

III Украинская эндокринологическая неделя:

15-16 декабря 2009 года в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием «III Украинская эндокринологическая неделя». Как и в прошлом году, она должна была проводиться 14-16 ноября, то есть быть приуроченной ко Всемирному дню борьбы с диабетом. Но в связи с эпидемией гриппа организаторы были вынуждены перенести мероприятие на середину декабря.

С каждым годом научная программа эндокринологической недели расширяется и углубляется. На этот раз в рамках конференции были широко представлены не только диабетология и тиреологика, но и были проведены отдельные секции по диагностике и лечению нейроэндокринных опухолей, по эндокринной гинекологии, симптоматической артериальной гипертензии надпочечникового генеза, остеопорозу, эндокринной хирургии и патоморфологии. Часть докладов и лекций носила обзорный характер, другие были посвящены практическим аспектам ведения пациентов с эндокринными заболеваниями, а в некоторых рассматривались сугубо научные вопросы. В работе конференции, помимо ведущих украинских эндокринологов, приняли участие ученые из России и Израиля.



С открытием III Украинской эндокринологической недели ее участников поздравил **главный специалист МЗ Украины по специальности «Эндокринология», директор Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины Александр Сергеевич Ларин.** Он напомнил, что 19 ноября 2009 г.

Украинскому научно-практическому центру эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей исполнилось 16 лет. За это время коллективу центра удалось многого достичь и внести значительный вклад в развитие отечественной эндокринологии.



Со вступительным словом и приветствием выступила также **заместитель директора Департамента развития медицинской помощи МЗ Украины Зоя Григорьевна Крушинская.** Она поздравила коллектив Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей с 16-й годовщиной и отметила, что

МЗ Украины очень высоко оценивает работу центра, его руководства и всего трудового коллектива. За последние 3 года в данном учреждении был реализован ряд важнейших мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи больным с эндокринной патологией. Совместно с МЗ Украины и другими ведущими научно-практическими учреждениями были разработаны проект новых клинических протоколов, приказ о развитии эндокринологической службы, государственная целевая программа «Сахарный диабет», концепции и программы предупреждения других эндокринологических заболеваний; проведено несколько научных исследований, направленных на улучшение профилактики, диагностики и лечения эндокринных заболеваний.



Научную программу конференции открыл доклад **заведующего отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, доктора медицинских наук, профессора Владимира Ивановича Паныкива,** в котором

были освещены основные проблемы клинической эндокринологии в нашей стране и предложены возможные пути их решения.

— В последние десятилетия мы наблюдаем постоянный рост распространенности целого ряда хронических неинфекционных болезней, в том числе и многих заболеваний желез внутренней секреции. Приблизительно 25% населения планеты проживает в условиях йодной

недостаточности, что способствует развитию йододефицитных состояний; около 300 млн человек страдают сахарным диабетом (СД); стремительно увеличивается количество лиц с избыточной массой тела и ожирением, а также лиц, страдающих артериальной гипертензией и депрессией. Многие заболевания эндокринной системы, несмотря на очень высокий уровень развития современной медицины, по-прежнему неизлечимы. Таким пациентам необходимо обеспечить надлежащее качество жизни и научить их контролировать свою болезнь.

Самой масштабной проблемой для мировой и отечественной эндокринологии является СД. Согласно данным, представленным на XX конгрессе Международной диабетической федерации (г. Монреаль, 2009 г.), каждые 10 с в мире умирает 1 больной СД и у 2 человек впервые выявляют это заболевание. Ежегодно от осложнений СД умирают около 4 млн пациентов, 700 тыс. таких больных теряют зрение, проводится более 1 млн ампутаций нижних конечностей. Сегодня СД является не просто серьезной медико-социальной проблемой, а проблемой, которая должна решаться на государственном уровне.

Количество официально зарегистрированных больных СД в нашей стране уже достигло 1,2 млн, более 180 тыс. из них инсулинозависимы. Эксперты считают, что еще большее количество наших граждан болеют СД, но не знают о наличии у них этого заболевания. Поэтому одной из важнейших задач отечественной эндокринологии является развитие профилактики и ранней диагностики СД. К сожалению, в настоящее время мы не располагаем эффективными средствами профилактики СД 1 типа, а профилактика СД 2 типа затрудняется тем, что большинство украинцев пренебрежительно относятся к своему здоровью. Так, по распространенности ожирения, которое играет немаловажную роль в этиопатогенезе СД 2 типа, Украина уже вплотную приближается к странам Западной Европы и США.

Остается немало нерешенных вопросов, касающихся ведения пациентов с СД. Несмотря на наличие современных международных руководств и новых клинических протоколов, утвержденных в нашей стране, в большинстве случаев лечение больных СД проводится неадекватно. В результате более 90% украинских пациентов с СД не компенсированы.

Следует подчеркнуть, что в нашей стране только врач-эндокринолог несет ответственность за лечение больных СД, в то время как в развитых странах этим занимается многопрофильная команда специалистов (эндокринолог/диабетолог, подолог, диетолог, психолог и др.), что дает возможность значительно повысить эффективность терапевтических мероприятий и проводить полноценное обучение пациентов. Нельзя забывать и о том, что ответственность за состояние своего здоровья должен нести и сам пациент, поскольку возможность достижения компенсации СД более чем на 90% зависит от четкого выполнения предписаний врача.

Хорошо известно, что контроль диабета позволяет существенно снизить риск развития осложнений. Ключевым моментом в терапии СД является достижение целевых значений гликемии и гликозилированного гемоглобина (HbA1c). По данным исследования UKPDS, при снижении уровня HbA1c на 1% уменьшается риск развития инсульта на 12%, инфаркта миокарда — на 14%, сердечной недостаточности — на 16%, катаракты — на 19%, микрососудистых осложнений — на 37%, ампутаций нижних конечностей — на 43%. Лечение СД необходимо проводить с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента; оно должно включать не только контроль гликемии, но и нормализацию артериального давления, уровня липидов крови, массы тела и т. д.

В качестве примера эффективного ведения больных СД можно привести систему оказания медицинской помощи этой категории пациентов в г. Москве. Благодаря тщательному контролю над заболеванием и формированию ответственного отношения пациентов к своему здоровью на протяжении 10 лет (с 1995 по 2005 год) удалось снизить средний уровень HbA1c среди москвичей, страдающих СД, с $9,1 \pm 0,4$ до $7,7 \pm 0,3\%$. При этом средняя продолжительность жизни мужчин, болеющих СД,

увеличилась до 67 лет, в то время как этот показатель среди мужской части населения г. Москвы в целом составляет 62 года.

К сожалению, в Украине практически не проводится первичная профилактика СД 2 типа, плохо организованы скрининг заболевания и вторичная профилактика (предупреждение и раннее выявление осложнений у пациентов с СД). Одним из путей повышения эффективности ведения больных СД может быть создание специализированных эндокринологических центров, в которых будет возможно оказание полного объема лечебно-диагностических мероприятий для таких пациентов, включая гемодиализ, сосудистую хирургию и т. д. Подобные центры созданы и успешно работают в Российской Федерации.

Нерешенной на сегодняшний день для Украины остается также проблема йодной недостаточности. В целом в Украине йодной профилактикой сегодня охвачено не более 30% населения, а среднее потребление йода в 2-3 раза меньше рекомендованных норм (40-80 мкг/сут при норме 200-250 мкг/сут).

Установлено, что йодный дефицит 1-й степени имеет место практически по всей территории нашей страны. Если раньше эндемическими по йодной недостаточности считались западные регионы Украины, то сегодня ситуация с йододефицитом в Луганской и Донецкой областях более серьезная, чем во Львовской или Ивано-Франковской областях, где достаточно успешно работают соответствующие региональные программы. Поэтому мероприятия по ликвидации йодной недостаточности должны проводиться в каждом регионе нашей страны.

Количество йододефицитных заболеваний неуклонно возрастает. Известно, что йододефицитные состояния могут приводить к нарушению репродуктивной функции у женщин (невывнашивание на ранних сроках беременности, бесплодие), снижению интеллектуального потенциала населения. В йододефицитных регионах страны IQ школьников находится на нижней границе нормы (80-89 баллов), а младенческая смертность и заболеваемость детей первого года жизни в 1,5-3 раза выше по сравнению с регионами, в достаточной мере обеспеченными йодом.



Руководитель отдела эндокринной хирургии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Сергей Макарович Черненко остановился на основных мировых достижениях в области эндокринной хирургии.

— Эндокринная хирургия как самостоятельная отрасль эндокринологии сформировалась сравнительно недавно. Только в 1979 г. была создана Международная ассоциация эндокринных хирургов (International Association of Endocrine Surgeons — IAES), в 1980-1985 гг. были организованы национальные ассоциации эндокринных хирургов в США, странах Западной Европы, Японии. В 2004 г. создана Европейская ассоциация эндокринных хирургов (European Society of Endocrine Surgeons — ESES), в 2008 г. — Украинская ассоциация эндокринных хирургов. Сегодня эндокринная хирургия представляет собой одну из наиболее наукоемких областей как хирургии, так и эндокринологии.

В последнее время возможности диагностики хирургических заболеваний эндокринных органов значительно расширились. Этому способствовало появление иммунорадиометрических и иммуноферментных методов определения концентрации гормонов III-IV поколения (увеличение чувствительности в 5-10 раз), новых гормональных маркеров и онкомаркеров (прокальцитонина, хромогранина А, матричной РНК тиреоглобулина (mRNA-TG), матричной РНК тиреотропного гормона — mRNA-rTSH), внедрение новых критериев диагностики заболеваний и их тяжести (титр антител к рецепторам гормонов щитовидной железы (TRAB), mRNA-rTSH).

Наиболее значимые достижения последних лет в эндокринологии связаны с генетикой и молекулярной биологией: раскрытие генетических причин эндокринопатий, внедрение генетических способов диагностики и дифференциальной диагностики, определение прогноза заболевания и поиск носителей причинных мутаций среди родственников с целью проведения своевременного

Событие года для отечественной эндокринологии

или даже профилактического хирургического вмешательства. Генетические методы диагностики позволили проводить таргетную терапию злокачественных опухолей (направленную на определенные молекулярно-биологические пути прогрессии опухоли – сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), тирозинкиназы, мишень рапамицина – m-TOR), применять вирусные векторы для уничтожения опухолевых клеток или изменения их свойств. В этом направлении отечественная эндокринология практически не развивается. На сегодняшний день в Украине нет ни одной лаборатории, определяющей нарушения в структуре ДНК, связанные с наследственными формами эндокринных заболеваний.

Следует отметить значительный прогресс в направлении визуализационных методов диагностики опухолей эндокринных органов. Системы здравоохранения развитых стран располагают такими прогрессивными методами визуализации, как трехмерная (3D) сонография, мульти-спиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) высокого разрешения, сцинтиграфия с новыми опухолевидными радиофармацевтическими препаратами, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), виртуальная ангиография, компьютерное объединение результатов нескольких визуализационных методов исследования, эндоскопическая (в т. ч. лапароскопическая) сонография и ряд других методов, большая часть из которых малодоступна или недоступна в Украине. Для визуализации опухолей эндокринных органов в нашей стране используют преимущественно ультразвуковое исследование (УЗИ), КТ, МРТ, сцинтиграфию.

Что касается лечения хирургических заболеваний эндокринных органов, то современная эндокринная хирургия подразумевает проведение прицельных малоинвазивных оперативных вмешательств, в том числе эндоскопических; применение новых средств гемостаза, инструментов для сшивания тканей, роботизированных хирургических систем. Перечисленные методы очень дорогостоящие и в государственных лечебных учреждениях нашей страны практически не применяются.

Одним из важных направлений в лечении хирургических заболеваний эндокринных органов, в первую очередь опухолей, является длительное наблюдение больных после оперативного вмешательства. Оно включает адекватную заместительную гормональную терапию, визуализационную, биохимическую и гормональную регистрацию рецидивов или метастазов опухолей. Количество больных с эндокринными опухолями постоянно возрастает (например, в США количество пациентов с раком щитовидной железы (ЩЖ) превышает 300 тыс., в Украине – около 60 тыс.), поэтому обеспечение соответствующего качества их жизни является важной задачей системы здравоохранения.

В отношении лечения метастазов первичных опухолей эндокринных органов, то сегодня эндокринологи развитых стран имеют в своем арсенале такие инновационные методы, как прицельная молекулярно-генетически направленная химиотерапия, биотерапия (аналоги соматостатина, интерферон), блокирование ангиогенеза, прицельная радиоизотопная терапия метастазов. К сожалению, и эти методы практически недоступны в Украине.

Большинство оперативных вмешательств в эндокринной хирургии (около 60%) проводится сегодня на ЩЖ. Актуальным вопросом является дифференциальная диагностика доброкачественных образований и рака ЩЖ. С этой целью используют генетические маркеры, прицельную пункционную биопсию, эластографию. Эластография является современным методом диагностики, основанным на измерении сопротивления и плотности тиреоидных узлов (в Украине еще не применяется). Определение ряда молекулярно-биологических и генетических маркеров дает возможность прогнозировать течение дифференцированного рака ЩЖ. Например, мутация BRAF-онкогена является наиболее значимым фактором неблагоприятного прогноза высокодифференцированного рака ЩЖ.

Мы привыкли считать, что медулярный рак ЩЖ является редкой патологией. В действительности при аутопсии медулярный рак обнаруживают приблизительно в 0,5% случаев, что свидетельствует о достаточно высокой его распространенности. Для диагностики этой формы рака ЩЖ и выявления его метастазов необходимо применение современных диагностических методов, включая генетические методы и ПЭТ, позволяющую выявить метастазы, которые не накапливают стандартные радиофармацевтические препараты. Актуальными для медулярного рака являются своевременная

диагностика его семейных форм (40 известных мутаций RET-протоонкогена), профилактическое хирургическое вмешательство у носителей мутации, разработка и внедрение новых таргетных химиотерапевтических препаратов.

Одной из нерешенных проблем терапии рака ЩЖ в нашей стране является ограниченное применение хирургического лечения его распространенных и метастатических форм. Американские хирурги уже давно оперируют пациентов с такими опухолями ЩЖ, которые в Украине считаются неоперабельными. После расширенных операций они выполняют реконструкцию органов средостения с наложением сосудистых анастомозов. Подобные оперативные вмешательства при распространенном дифференцированном раке (папиллярный или фолликулярный рак) ЩЖ позволяют продлить жизнь больных на 5 и более лет, в течение которых пациенты получают радиоизотопную терапию.

Согласно современным представлениям, решение об оперативном вмешательстве при диффузном токсическом зобе принимают с учетом прогноза заболевания (на основании результатов определения уровня антител к рецепторам тиреотропного гормона), при наличии показаний к операции ткань ЩЖ должна быть удалена полностью.

Серьезной проблемой по-прежнему остается первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ), его скрининг и лечение. Основная научно-исследовательская работа ведется сегодня в направлении поиска генетических причин ПГПТ, разработки и совершенствования методов предоперационной визуализации аденом паращитовидных желез, определения критериев необходимого объема оперативного вмешательства (субтотальная/тотальная паратиреоидэктомия), внедрения малоинвазивных операций.

Достаточно распространенным заболеванием является вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ). Среди важнейших задач по оптимизации результатов лечения больных ВГПТ, которые решаются в настоящее время, следует выделить такие: поиск путей консервативного лечения этой патологии (фосфатбиндеры, кальциймиметики), определение показаний к проведению операции, выбор оптимальной техники и объема операции, внедрение методов интраоперационной экспресс-диагностики ВГПТ (определение уровня паратиреоидного гормона).

В настоящее время в Украине около 2 тыс. человек находятся на гемодиализе, и их количество с каждым годом увеличивается. Практически у каждого из этих



пациентов рано или поздно развивается ВГПТ (осложнение хронической почечной недостаточности), который при отсутствии адекватной терапии может стать непосредственной причиной смерти. Своевременное лечение или даже предупреждение ВГПТ должно быть обязательным компонентом схемы ведения пациентов с хронической почечной недостаточностью. К сожалению, на эту проблему в нашей стране не обращают должного внимания.

Что касается патологии надпочечников, то наибольшую проблему составляет аденокортикальная карцинома, так как высокоэффективные методы лечения этого заболевания до сих пор не разработаны. За неимением лучшей альтернативы эндокринологи сегодня вернулись к использованию митогана для лечения метастазов аденокортикального рака с обязательным мониторингом концентрации препарата в крови. В Украине митоган не зарегистрирован, и больные пока не имеют возможности получить эффективную терапию. Дифференциальная диагностика аденокортикальных аденом и карцином основывается на проведении генетических исследований, ПЭТ, МСКТ, сцинтиграфии с опухолевидными радиофармацевтическими препаратами, поэтому в нашей стране она затруднена. Очень важен скрининг первичного альдостеронизма как основной причины симптоматической артериальной гипертензии эндокринного генеза (около 10% всех случаев артериальной гипертензии), а также проведение тестов на гормональную активность опухолей надпочечников. Около 90% операций на надпочечниках в нашей стране проводится лапароскопическим путем, что соответствует тенденциям мировой хирургической практики.

Поджелудочную железу достаточно часто поражают нейроэндокринные опухоли, для диагностики которых также необходимы современные методы визуализации (сцинтиграфия с меченым соматостатином, тест с селективной артериальной инъекцией секретина, МСКТ, ПЭТ, эндоскопическая сонография, интраоперационная сонография), определение уровня соответствующих гормонов (хромогранин, гастрин, инсулин), генетические методы. Сегодня в мире принята концепция, согласно которой при гастриномах не показано хирургическое лечение в связи с наличием распространенных метастазов (более 80% случаев) и невозможностью проведения радикальной операции. Но продолжительность жизни таких пациентов может быть существенно увеличена с помощью таких методов, как био-, химиотерапия (m-TOR-блокаторы, блокаторы ангиогенеза, тирозинкиназы), таргетная радиоизотопная терапия, эмболизация сосудов печени при метастазах в этом органе, высокочастотная абляция метастазов печени.

Несмотря на то что гипофиз является эндокринной железой, оперативные вмешательства при его поражении, как правило, проводят нейрохирурги. В нашей стране операции на гипофизе выполняют только через трансфеноидальный доступ. Такое хирургическое вмешательство не только является достаточно травматичным, но и не дает возможности произвести прицельное удаление аденомы гипофиза. В развитых странах выполняют эндоскопические вмешательства на гипофизе, что позволяет сократить сроки госпитализации больных до 2-3 суток.

Подготовила **Наталья Мищенко**

Фото автора