

ХРОНІКА ПОДІЙ

ЗВІТ

про проведення 59-ої щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська школа ендокринології»

4–5 червня 2015 року ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» сумісно з Харківською медичною академією післядипломної освіти МОЗ України та Харківським національним медичним університетом МОЗ України згідно затвердженого НАМН та МОЗ України «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводитимуться у 2015 році», (п. 135, с. 58), у м. Харкові проведено 59-ту щорічну науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Українська школа ендокринології».

У роботі конференції взяли участь 398 осіб — представників 13-ти областей України, м. Києва, гостей із Азербайджану, Грузії, Лівану, а також представники 14-ти фармацевтичних компаній та трьох ЗМІ.

Із привітанням до учасників конференції звернулись директор ДУ «ІПЕП ім. В. Я. Данилевського НАМН України» проф. Ю. І. Караченцев, керівник Північно-східного наукового центру МОЗ та НАМН України акад. О. М. Біловол (привітання зачитала професор кафедри клінічної фармакології Харківського національного медичного університету МОЗ України, д. мед. н. Л. Р. Бобронникова), проректор з наукової роботи ХНМУ проф. В. В. М'ясоєдов, директор Департаменту охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації О. В. Галацан, директор Департаменту охорони здоров'я Харківської міськради Ю. В. Сороколат.

Програму конференції склали 27 лекцій, із них 14 — з діабетології, 5 — із тиреоїдології, 4 — із репродуктології, 4 — з інших розділів ендокринології.

В якості лекторів, окрім провідних фахівців ДУ «ІПЕП», були запрошені співробітники Харківського національного медичного університету МОЗ України, Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківського національного фармацевтичного університету МОЗ України; вчені з київських наукових закладів: Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України», Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. академіка М. Д. Стражеска НАМН України»; Запорізького державного медичного університету МОЗ України, Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України.

Тематика лекційної програми за проблемою тиреоїдології охоплювала сучасні аспекти тиреоїдної хірургії, а також вплив йоду та селенодефіциту на показники здоров'я населення.

Проф. Ю. І. Караченцев (Харків) відзначив, що рак щитовидної залози (РЩЗ) є най-

частішою злоякісною пухлиною ендокринної системи, причому, його частота постійно зростає практично в усіх країнах світу, а в Україні темпи росту суттєво відрізняються у періоди до та після аварії на ЧАЕС. Доповідач детально зупинився на дискусійних питаннях діагностики та лікування РЩЗ та відзначив, що, не дивлячись на сучасні досягнення стосовно діагностичних технологій, сукупна точність клінічних, інструментальних і лабораторних методів діагностики по встановленню морфологічного походження осередка проліферації ЩЗ не перевищує 80 %. Водночас, використання інтраопераційних морфологічних методів здатне знизити кількість неадекватних за об'ємом хірургічних втручань. Не дивлячись на значний загальний публікаційний стосовно онкогенів, їх діагностична вартість на теперішній час не вирішує остаточно проблему діагностики онкопатології ЩЗ. На тепер не існує єдиної точки зору відносно об'єму оперативного втручання. Дискусійним залишається питання щодо об'єму хірургічного втручання на лімфатичних колекторах ший при карциномі ЩЗ. Значною проблемою залишається лікування йоднегативних метастазів РЩЗ і можливість дедиференцировки пухлини на тлі використання радіоактивного йоду. Променева терапія зараз вважається малоефективною при диференційованих формах РЩЗ. До кінця не визначене місце гамма-терапії. Всі ці питання потребують вирішення, а допомогу в цьому (на думку доповідача), надасть подальше накопичення медичного досвіду.

Д. мед. н. В. В. Хазієв (Харків) присвятив свій виступ діагностиці вузлової патології ЩЗ. Він відзначив, що для вибору правильної тактики лікування та адекватного об'єму оперативного втручання при вузлових утвореннях ЩЗ, насамперед, необхідно мати адекватну інформацію про їх морфоструктуру. Впровадження тонкогальної аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) ЩЗ значно поліпшило розпізнавання РЩЗ на доопераційному етапі. Проте стандартна ТАПБ не може в 15–30 % випадків диференціювати доброякісні та злоякісні пухлини, що мають схожу цитоморфологічну структуру. В якості критеріїв диференційної діагностики вузлового зоба та РЩЗ пропонуються численні імуногістохімічні, імуно-

цитохімічні та молекулярні маркери, жоден з яких не має стовідсоткової специфічності. Доповідач проаналізував існуючі на тепер маркери малігнізації, проте, констатував, що сьогодні проблема діагностики вузлової патології ЩЗ залишається відкритою. Успіх визначення злоякісності осередкового новоутворення ЩЗ доповідач бачить в опрацюванні молекулярно-генетичних маркерів і вважає, що темпи розвитку сучасних технологій у галузі молекулярної біології дозволяють очікувати значних результатів у найближчому майбутньому.

Доповідь к. мед. н. О. А. Товкай (Київ) була присвячена важливому питанню тиреоїдної хірургії — моніторингу пацієнтів, оперованих на ЩЗ. Доповідач детально зупинився на алгоритмах медичного супроводження оперованих на ЩЗ хворих залежно від характеру тиреопатології, яка стала причиною оперативного лікування. Більшій уваги було приділено хворим на РЩЗ, які після операції і променевої терапії потребують супресивної гормонотерапії, оскільки РЩЗ вважається у тій чи іншій мірі гормонозалежною пухлиною. Мета такої терапії — повне усунення секреції гіпофізарного тиротропного гормону.

Феномен «метаболічної пам'яті», який сьогодні досліджується різними науковими школами на прикладі впливу епізодів порушень вуглеводного обміну, дефіциту мікроелементів або надлишку токсичних речовин на розвиток у подальшому тієї чи іншої пов'язаної з віком хронічної патології, було розглянуто у доповіді проф. О. А. Гончарової (Харків). На прикладі селенопротеїнів дейодиназ, які необхідні для переводу прогормона тироксина (T_4) в активний гормон трийодтиронін (T_3), було розглянуто «долю» есенціальної дейодинази 3 (D_3), умовно неесенціальної D_1 та неесенціальної D_2 та механізми, за допомогою яких організм зберігає життя та фертильність в умовах селенодефіциту, і ризик яких саме хронічних неінфекційних захворювань мають особи після епізодів навіть помірного селенодефіциту. Доповідач навела результати власних спостережень, які свідчать про наявність помірного селенодефіциту в Сумській, Харківській та Одеській областях України.

Д. мед. н. М. Є. Маменко (Київ) свою доповідь присвятила проблемі йододефіциту,

в якій, зокрема, навела перелік «міфів», котрі негативно впливають на функціонування в Україні системи йодопрофілактики. До таких «міфів» доповідач віднесла наступні:

- йододефіцит існує тільки на Заході України;

- висока розповсюдженість тиреопатології у промислових регіонах обумовлена промисловими зобогенами;

- для усунення ризику йододефіцитних захворювань достатньо лише налагодити правильне харчування;

- із йодованої солі йод швидко випаровується; її неможна використовувати для консервації;

- йодопрофілактику неможливо проводити на територіях ЧАЕС.

Основним висновком доповіді М. Є. Маменко є необхідність прийняття на державному рівні законодавчих рішень щодо подолання йододефіциту та жорсткого контролю за їх виконанням.

Традиційно більшість доповідей на конференції була присвячена проблемам діабетології, а серед них — проблемі терапії хворих на цукровий діабет (ЦД).

Проф. Н. О. Кравчун (Харків) у доповіді підкреслила, що основною метою лікування ЦД 2 типу є зниження HbA_{1c} до цільового рівня та захист від ускладнень. При цьому, з одного боку, важливим моментом є вибір індивідуального цільового рівня HbA_{1c} залежно від віку та наявності ускладнень; з другого — треба мати на увазі, що підвищення HbA_{1c} на 1 % підвищує кардіоваскулярний ризик на 18 %, ІХС — на 13 %. Доповідач відзначила, що вибір терапії ЦД 2 типу повинен бути заснований на засадах доказової медицини, і в цьому плані є важливим той факт, що за результатами дослідження ADVANCE встановлено, що препарат Діабетон позитивно впливає на макро- і мікросудинні ускладнення ЦД, тобто, є судинним протектором. За даними дослідження ACCORD, інтенсифікація антидіабетичної терапії супроводжується ростом частоти гіпоглікемій (ГГ). Н. О. Кравчун охарактеризувала частоту ГГ, чинники ризику, типи, особливу небезпечність нічних ГГ, негативні наслідки, зокрема, підвищення кардіоваскулярного ризику із розвитком ішемії міокарда і протромботичними змінами; навела дані США стосовно коштовності однієї

ГГ, яка на 71 % перевищує річну вартість терапії хворого на ЦД 2 типу. Доповідач детально зупинилась на шляхах зниження ризику ГГ.

Проф. В. В. Полторак (Харків) нагадала, що формування та прогресування ЦД 2 типу обумовлено прогресуючим інсулінсекреторним дефектом на тлі інсулінорезистентності (ІР), і цей факт обумовлює патогенетичну обґрунтованість комбінованої терапії «метформін+глімеїрид+інсулін». Доповідач представила концепцію селективної (метаболічної) резистентності до інсуліну, яка демонструє взаємозв'язок між порушеною трансдукцією інсулінового сигналу та прискореним атерогенезом у осіб із ІР. У зв'язку з цим корекція гіперглікемії без зменшення ІР не може бути ні кардіопротекторною, ані антиатерогенною. До того ж, додавання глімеїриду до інсулінотерапії призводить до більш вираженого покращення глікемічного контролю та підвищення рівня адипонектину високої молекулярної маси у хворих на ЦД 2 типу, який є антиатерогенним адипоцитокіном. К. мед. н. І. М. Кондрацька (Київ) детально обґрунтувала необхідність стартування антидіабетичної терапії саме із призначення метформіну, але при необхідності інтенсифікації терапії теж віддала перевагу глімеїриду, який, зокрема, має і антитромботичну дію, і позитивно впливає на здатність міокарда на адаптацію в умовах погіршення кровопостачання.

Доповідь к. мед. н. Н. М. Жердевої (Київ) була присвячена прихованим причинам декомпенсації ЦД. Серед таких причин було відзначено порушення процедури змішування інсуліну НПХ у картриджах різних виробників, що може зумовити вірогідність одержання хворим неправильної дози. Також доповідач навела результати дослідження хворих на ЦД, які дотримувалися Рамадану. Було виявлено, що у цей період у них підвищувався ризик гіпоглікемій.

Доц. Є. М. Марцинік (Дніпропетровськ) звернув увагу на те, що хворі на ЦД 2 типу, крім контролю вуглеводного обміну, потребують корекції дисліпідемії, артеріального тиску, тромботичних факторів, маси тіла. На сьогодні встановлено, що гіперглікемія разом із вільними жирними кислотами та ІР призводить до оксидативного стресу,

активації протейнглуканів, рецепторів кінцевих продуктів глікування (RAGE), що спричиняє вазоконстрикцію, запалення, тромбози та прогресування атеросклерозу. Доповідач представив структуру гіполіпідемізуючих засобів, проаналізував їх вплив на ліпідний профіль, детально зупинився на секвестрантах жирних кислот, у т. ч. на Гуаремі.

Доц. Л. Г. Полозова (Харків) підкреслила, що моніторинг хворих на ЦД 2 типу має передбачати комплексний підхід до первинної та вторинної профілактики діабетичної полінейропатії (ДПН), яка визнана найчастішим ускладненням ЦД. З урахуванням сучасних досягнень, доповідач представила дані щодо патогенезу ДПН, у т. ч. типової та атипової форми, критерії діагностики, стратегії їх лікування.

К. мед. н. С. О. Чумак (Харків) ознайомила слухачів із сучасними підходами до терапевтичного навчання дітей, хворих на ЦД. Вона поінформувала, що у 2006 р. 61 сесія Генеральної Асамблеї ООН затвердила Резолюцію про ЦД, в якій відзначається необхідність надання доступу пацієнтам до лікування та навчання. Доповідач зупинилась на міжнародних стандартах навчання дітей і принципах контролю. Було представлено функції кабінету навчання самоконтролю, стандарти його оснащення, програми навчання. Доповідач підкреслила, що цінність навчання — у формуванні мотивації, використанні зворотного зв'язку, тренуванні та повторенні.

Проф. В. І. Паньків (Київ) присвятив свою лекцію організаційним аспектам надання допомоги хворим на ЦД 2 типу. Враховуючи високу соціальну та економічну значущість проблеми ЦД 2 типу, а також проведення в Україні реформування системи надання медичної допомоги, сьогодні є особливо актуальною задачею створення оптимального алгоритму моніторингу хворих із цією патологією, насамперед, в амбулаторних умовах. Тенденція до скорочення кількості ендокринологів, особливо в сільській місцевості, обертається необхідністю займатися моніторингом хворих на ЦД 2 типу лікарів загальної практики, які далеко не завжди володіють належними знаннями для такої діяльності. Тому існує потреба у вивченні реальної практики ведення хворих із ЦД 2 типу в плані профілактики, діагности-

ки, лікування (включаючи адекватний вибір цукрознижувальних препаратів); у критичній оцінці ступеня інформованості лікарів первинної ланки щодо цих складових, у створенні індикаторів якості такої роботи. Доповідач ознайомив із багаторічним власним досвідом налагодження практики ведення хворих на ЦД 2 типу в умовах районного лікувально-профілактичного закладу.

Виходячи з того, що на світовому рівні визнано, що ЦД 2 типу являє собою значну соціально-економічну проблему, учасники з інтересом прослухали лекцію проф. Л. В. Яковлевої (Харків), яка професійно та детально висвітлила економічні аспекти бюджетного тягаря, пов'язані з ЦД 2 типу.

На теперішній час накопичено чимало даних наукових досліджень, які свідчать про негативний внесок надлишкової маси тіла та ожиріння у розвиток кардіоваскулярної патології, у т. ч. в хворих на ЦД 2 типу. Тому певною мірою несподіваним виявились результати проспективних когортних досліджень відносно більшої загальної і кардіоваскулярної смертності в контингенті з нормальною масою тіла (нормМТ). Саме такій проблемі, яка в публікаціях називається «парадокс ожиріння», була присвячена лекція проф. О. А. Гончарової (Харків). Доповідач представила спектр існуючих на тепер гіпотез відносно механізмів «парадоксу ожиріння», а також результати власних досліджень, які роблять внесок у гіпотезу стосовно провідної ролі метаболічного ожиріння на тлі нормМТ як чинника більш високого кардіоваскулярного ризику в цього контингенту. На думку лектора, на сьогодні не до кінця оцінено роль м'язової тканини у цій проблемі, бо загальна маса цієї тканини на тлі нормМТ є вагомо меншою, ніж на тлі ожиріння, а вона бере участь у всіх метаболічних процесах, що відбуваються в організмі.

Значної уваги було приділено проблемі коморбідності в діабетології.

Ризик розвитку кардіоваскулярних захворювань (КВЗ) у хворих на ЦД 2 типу в 4 рази вищий, ніж у осіб без ЦД, а 80 % хворих на ЦД помирають від КВЗ. Стратегія профілактики КВЗ у пацієнтів із ЦД 2 типу, поряд із досягненням нормоглікемії, повинна бути спрямована на корекцію встановлених чинників її ризику: артеріальної гіпертензії,

дисліпідемії, гіперкоагуляції крові. Лекція акад. О. М. Біловола та проф. Л. Р. Боброникової (Харків) була присвячена сучасним підходам до корекції вказаних чинників ризику.

К. мед. н. В. Ю. Романов (Київ) зупинився на стратегії ведення пацієнтів із високим кардіометаболічним ризиком, яка враховує необхідність виділення чинників, що підлягають корекції, розглянув їх поширеність в Україні та сучасні підходи до модифікації з урахуванням супутньої патології.

Лекція акад. Т. О. Перцевої (Дніпропетровськ) була присвячена іншій коморбідній патології ЦД — захворюванням бронхо-легеневої системи. Доповідач акцентувала, що серед глобальних ризиків смертності населення ВООЗ на друге місце поставлено хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), а на третє — гіперглікемію. Встановлено, що ЦД підвищує ризик пневмонії в 2,5 рази, бронхіальної астми — в 2 рази, ХОЗЛ і пневмофіброзу — в 1,5 рази. Доповідач охарактеризувала особливості перебігу та терапії бронхо-легеневої патології у хворих на ЦД.

З чотирьох лекцій за проблемою репродуктології дві були присвячені чоловічому репродуктивному здоров'ю, одна — гіперандрогеніям у дівчат і одна — гендерним особливостям серцево-судинної патології.

Темою лекції проф. Є. В. Лучицького (Київ) була еректильна дисфункція (ЕД) у чоловіків із ЦД 2 типу та коморбідними станами. Доповідач відзначив, що ЕД є одним із найчастіших хронічних порушень репродуктивної сфери у чоловіків після 40 років. Водночас, статеві розлади є й одними з найбільш поширених ускладнень ЦД. Превалювання та тяжкість ЕД зростають із віком та за наявності коморбідних станів — ЦД 2 типу, абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії та серцево-судинних захворювань. Існує припущення, що такі ефекти опосередковані первинно через атеросклероз. Доповідач підкреслив, що своєчасне виявлення у пацієнта ЕД може зумовити більш детальне обстеження серцево-судинної системи, що є важливим для хворих на ЦД 2 типу. У той же час низька якість збору сексуального анамнезу ендокринологами не дозволяє своєчасно виявити

ЕД у хворих на ЦД, ускладнюючи ранню діагностику асоційованих з ЕД станів.

Проф. В. О. Бондаренко (Харків) присвятив лекцію ролі естрогенів у чоловічому здоров'ї. Доповідач детально ознайомив слухачів із метаболізмом естрогенів в організмі чоловіків, їх впливом на стан серцево-судинної системи, ендотеліальної функції, ліпідний спектр; із причинами та наслідками гіперестрогенемії, а також диференційованою тактикою, спрямованою на корекцію рівня естрогенів при різних формах і ступенях виразності гіперестрогенемії.

Гіперандрогенії (ГА) у дівчат пубертатного віку були темою виступу д. мед. н. О. А. Будрейко (Харків), в якому доповідач акцентувала, що ГА обумовлені не тільки надлишковою продукцією чоловічих статевих гормонів яєчниками та/або наднирковими залозами, але й посиленням перетворенням в андрогенчутливих тканинах андрогенів-посередників у більш активні тестостерон і дигідротестостерон, а також підвищенням утилізації андрогенів за умов підвищеної чутливості органів-мішеней до цих гормонів та при зниженні глобуліна, зв'язуючого статеві гормони. У доповіді була наведена фізіологічна роль андрогенів, їх периферична та центральна дія, клінічні форми гіперандрогенії у дівчат.

Проф. О. М. Ковальова (Харків) присвятила лекцію гендерним особливостям серцево-судинної патології. Доповідач констатувала, що за даними проспективних епідеміологічних досліджень була встановлена різниця в частоті, клінічних проявах, ісходах серцево-судинної і цереброваскулярної патології у чоловіків і жінок. В лекції були представлені гендерні особливості чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань, їх клінічної маніфестації і прогресування; особливості метаболізму статевих гормонів у чоловіків і жінок. Зроблено висновок, що пояснення гендерних впливів на серцево-судинну систему ґрунтується на тому, що естроген і тестостерон присутні в осіб різної статі в різних концентраціях, а їх ефекти залежать від метаболічних перетворень. Висунуто гіпотезу, що деякі сприятливі антисклеротичні та судинні ефекти тестостерону, які спостерігаються в чоловіків, обумовлені конвертацією андро-

генів в естрадіол і його метаболіти за участю редуктази та ароматази.

Інша ендокринна патологія, представлена за програмою конференції, торкалась питань з нейроендокринології, надниркової патології, а також лімфаденопатії в ендокринологічній практиці.

Проф. М. Л. Кирилюк (Київ) присвятив виступ гіпофізарному синдрому Кушинга, який включає в себе велику групу ознак і прогресуючих симптомів, котрі є результатом тривалого та надмірно високого впливу глюкокортикоїдів на тканини. Доповідач приділив увагу епідеміології і етіології гіперкортицизму, етіології синдрому Кушинга, його клінічним проявам і диференціальній діагностиці, зупинившись на станах, які асоційовані з гіперкортицизмом за відсутності синдрому Кушинга. Були представлені сучасні підходи до лабораторної та інструментальної діагностики синдрому, наведено перелік препаратів, котрі прискорюють метаболізм дексаметазона та впливають через різні механізми на оцінку діагностичних тестів. Значної уваги було приділено лікуванню синдрому Кушинга, в т. ч. хірургічному, радіаційному та медикаментозному.

За даними ВООЗ, на долю гіпертонії приходить до 45 % смертельних випадків серед кардіоваскулярної патології. У загальні артеріальних гіпертоній від 5 до 25 % займають симптоматичні артеріальні гіпертонії (САГ). Їх об'єднує наявність підвищеного артеріального тиску (АТ), причинно пов'язаного з якимось захворюванням або ушкодженням систем чи органів, що беруть участь в регуляції АТ. В інфраструктурі ендокринних форм САГ провідне місце займає артеріальна гіпертонія надниркового ґенезу, якій і присвятила свою лекцію доц. Л. Г. Полозова (Харків). Доповідач звернула увагу, що в останні роки має місце значне збільшення САГ завдяки використанню більш удосконалених лабораторних і інструментальних методів діагностики, на інтерпретації результатів яких вона детально зосередилась. У лекції були обговорені такі

нозології артеріальних гіпертоній надниркового ґенезу як синдром екзогенного гіперкортицизму, первинний гіперальдостеронізм, феохромоцитома.

Темою лекції проф. Л. М. Пасієшвілі (Харків) була лімфаденопатія в ендокринологічній практиці. Доповідач звернула увагу, що гомеостаз можна розглядати як трикутник, верхівками якого є імунна, нервова та ендокринна системи, тісно пов'язані між собою. В лекції була представлена структура імунної системи і функція кожного з її підрозділів. Доповідач підкреслила, що збільшення лімфовузлів (ЛВ) відноситься до загальних клінічних ознак, що можуть обумовити розвиток багатьох патологічних станів, тому потребує певного діагностичного пошуку. Захворювання, асоційовані зі збільшенням ЛВ, підрозділяють на шість основних категорій, одне з яких представляють ендокринні захворювання. Наявність лімфатичних фолікулів із гіперпластичними світлими центрами є звичною картиною в щитовидній залозі (ЩЗ) при гіпертиреозі. Збільшення ЛВ спостерігається при гострому гнійному тиреоїдиті, при онкопатології в ЩЗ. Доповідач наголосила, що у будь-якому випадку наявність збільшених ЛВ є поводом для обстеження хворого для подальшого моніторингу пацієнтів за діючим протоколом.

Окреме засідання було присвячене клінічним розборам хворих із ендокринною патологією, яка являла собою певні труднощі у діагностичному або лікувальному плані. Клінічні випадки представили науковці та лікарі клініки ДУ «ШПЕП» к. мед. н. Т. Л. Архипкіна, к. мед. н. Н. Є. Барабаш, к. мед. н. В. М. Дубовик, к. мед. н. О. Г. Дорош, к. мед. н. А. С. Мінухін, лікар К. Г. Манська.

Учасники конференції мали можливість ознайомитись із виставкою фармацевтичних фірм, отримали збірник лекцій та сертифікати.

Резолюція конференції не приймалась.

Заст. директора ДУ ШПЕП
з науково-організаційної роботи
к. мед. н., доцент **О. В. Козаков**,

Пров. наук. співроб.
к. мед. н. **І. М. Ільїна**