

ЗВІТ
про науково-практичну конференцію
для лікарів Харківського регіону «Ендокринна патологія:
діагностика, терапія, профілактика ускладнень»
у рамках реалізації науково-освітнього проекту
«Український ендокринологічний практикум»
20 лютого 2025 року

20 лютого 2025 року ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» в рамках реалізації науково-освітнього проекту «Український ендокринологічний практикум» було проведено науково-практичну конференцію «Ендокринна патологія: діагностика, терапія, профілактика ускладнень» у режимі офлайн для лікарів Харківського регіону.

У роботі конференції взяли участь 95 представників Харківського регіону, а також м. Київ.

З привітанням до учасників конференції звернулися директорка ДУ «ІПЕП НАМНУ» д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Місюра К. В. та акад. НАМН України, д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Караченцев Ю. І.

В якості доповідачів окрім провідних фахівців ДУ «ІПЕП НАМНУ» були співробітники ХНМУ МОЗ України, ДУ «НІТ ім. Л. Т. Малої НАМН України», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» (Харків); УНПЦЕХ ТЕОіТ МОЗ України (Київ).

Програму конференції склали 15 доповідей, у т.ч. 7 — з проблем діабетології, 2 — тиреоїдології, 3 — ожиріння, 3 — з іншої ендокринної патології.

Відкрила конференцію з доповіддю «Стрес — розмовний термін? Чи проблема для системи охорони здоров'я? Погляд ендокринолога» д.мед.н., проф. Місюра К. В. (Харків). Доповідачка охарактеризувала основні патофізіологічні механізми соціального стресу, які зазнає практично все населення України в період воєнних дій, його наслідки для ендокринологічного здоров'я та можливі шляхи його подолання, у тому числі, завдяки застосуванню вітчизняних фармакологічних засобів.

Продовжила цю тему к.мед.н., доц. Тиха І. А. (Харків). Авторка зробила акцент на зв'язку між рівнем стресу і концентрацією вітаміну Д (25-ОН) у ендокринних хворих. Вона обґрунтувала перспективи застосування цього вітаміну для профілактики та лікування ендокринних порушень в умовах стресу.

Як завжди, на конференції багато доповідей було присвячено проблемам діабетології. В доповіді д.мед.н., проф. Кравчун Н. О. (Харків) були представлені дані найсучасніших рекомендацій щодо лікування цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Акцентовано увагу на клінічних рекомендаціях ADA 2025. Доповідачка представила

результати деяких багатоцентрових рандомізованих досліджень клінічної ефективності сучасних цукрознижувальних препаратів та узагальнила дані актуальних підходів менеджменту ЦД 2 типу.

У наступній доповіді «Предіабет та діабет — системна проблема, яка потребує персоніфікованого підходу» д.мед.н., проф. Місюра К. В. (Харків) ще раз акцентувала увагу на персоніфікації при підборі схеми терапевтичного лікування осіб із порушенням вуглеводного обміну та означила аспекти застосування препаратів метформіну у ній.

Багаторічний досвід досліджень дозволив встановити фактори, які негативно впливають на ініціацію, перебіг та смертність хворих із ЦД 2 типу. Перелік таких факторів, перш за все, включає серцево-судинну патологію та хронічну хворобу нирок. Тому доповідь д.мед.н., проф. Гончарової О. А. (Харків) «Кардіоренальні та метаболічні порушення при ЦД 2 типу: пріоритетність лікування» була своєчасною та актуальною. Авторка представила підходи щодо зниження ризику ускладнень ЦД 2 типу, які були рекомендовані ADA 2025 відносно використання іНЗКТГ-2 як препаратів першої лінії. Вона ще раз нагадала переваги емпагліфлозину, як представника іНЗКТГ-2, які пов'язані з доведеною здатністю знижувати серцево-судинну смертність, а також ризик розвитку та прогресування нефропатії у пацієнтів з ЦД 2 типу та серцево-судинними захворюваннями.

Продовжив цю тему д.мед.н., проф. Коваль С. М. (Харків). Він розповів про перспективи підвищення нефропротекторної терапії пацієнтів із ЦД 2 типу, в першу чергу, за допомогою використання нестероїдного блокатора мінералокортикоїдних рецепторів фінеренону.

В доповіді «Контроль глікемії залишається актуальним сьогодні?» д.мед.н., проф. Кравчун Н. О. (Харків) було надано інформацію міжнародних рекомендацій, національного протоколу з лікування ЦД 2 типу та місце Діабетону MR для досягнення добового контролю глікемії за даними CGM. Авторка підкреслила те, що одночасне призначення Діабетону MR з іНЗКТГ-2 скоро-

чує час досягнення індивідуальних цілей лікування, забезпечує краще та потужне зниження глікемії, подвійну кардіопротекцію, що відповідає сучасним настановам.

Аналіз впливу фітопрепаратів на нормалізацію глікемії у пацієнтів із предіабетом та ЦД 2 типу представила к.мед.н., доц. Дунаєва І. П. (Харків). Особливу увагу приділено органопротекторній дії фітопрепаратів, зокрема їх ролі у профілактиці діабетичних ускладнень, таких як нефропатія. Наведено результати клінічних досліджень із застосуванням комплексного фітопрепарату, який зменшує інсулінорезистентність і стимулює функцію β-клітин.

Патогенетичні особливості розвитку патології щитоподібної залози на тлі вуглеводних порушень в своїй доповіді розглянув к.мед.н. Смірнов І. І. (Харків). Він детально проаналізував зв'язок метаболічного синдрому та гіпотиреозу та терапевтичні підходи до корекції порушень метаболічного характеру у пацієнтів з поєднаною патологією.

Про когнітивні порушення у пацієнтів з ендокринними захворюваннями, зокрема ЦД і тиреоїдною патологією, доповіла к.мед.н., доц. Дунаєва І. П. (Харків). Доповідачка проаналізувала основні причини, механізми розвитку та фактори, що прискорюють деменцію, включаючи судинні, метаболічні та стресові впливи. Для покращення когнітивних функцій і мозкового кровообігу було запропоновано використати екстракт гінкго білоба (EGb 761®), а для корекції порушень сну та тривожності рослинні екстракти валеріани та меліси.

Демографічне старіння, яке офіційно визнано на рівні ООН, супроводжується зростанням розповсюдженості захворювань, до яких у т. ч. належить гіпотиреоз.

Про позитивний вплив та ризику терапії левотироксином у пацієнтів похилого віку з гіпотиреозом розповіла д.мед.н., проф. Гончарова О. А. (Харків). Доповідачка зазначила, що, зважаючи на прогресування супутньої патології у пацієнтів похилого віку, призначення замісної гормональної терапії левотироксином у літніх пацієнтів має бути більш повільним та вимагає більшого часу для титрації дозування.

Ожиріння — хронічне рецидивуюче захворювання, яке може призводити до інвалідизуючих та тяжких наслідків і потребує медикаментозного лікування.

Про сучасні можливості фармакотерапії у лікуванні ожиріння за межами зниження ваги розповіла слухачам д.мед.н., проф. Місюра К. В. (Харків). Доповідачка підкреслила, що препарат ліраглутид — офіційно зареєстрований в Україні препарат для лікування ожиріння. Показано, що лікування ліраглутидом у дозі 3,0 мг крім зменшення ваги в осіб з ожирінням має чисельні корисні властивості, зокрема уповільнення розвитку ЦД 2 типу в пацієнтів із предіабетом, поліпшення симптомів обструктивного апное сну і покращення рівнів біомаркерів серцево-судинних ризиків.

Критерії для старту терапії при виявленні предіабету та ожиріння у своїй доповіді представила к.мед.н., доц. Тиха І. А. (Харків). Був зроблений акцент на мультидисциплінарному підході до лікування цих нозологій з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Представлені сучасні дані досліджень щодо використання метформіну для старту терапії та його протекторних властивостей.

Сучасні підходи до нутрієнтної підтримки хворих на ожиріння, метою якої є забезпеченням достатнього споживання макро-

та мікроелементів для профілактики саркопенії, презентувала д.мед.н., проф. Микитюк М. Р. (Харків). Було показано, що застосування харчових добавок інозитолу (ліпотрофний фактор), вітаміну D (холекальциферол) і мікроелементу хрому (піколінат хрому) може бути розглянуто в комплексній терапії пацієнтів з ожирінням з урахуванням коморбідності.

Клінічний випадок «Ожиріння, стрес, метаболічні порушення» представила слухачам д.мед.н., проф. Юзвенко Т. Ю. (Київ). Вона звернула увагу, що наслідками дезадаптації пацієнтів в умовах підвищеного рівня стресу є розвиток багатьох патологічних станів. Лікування таких пацієнтів має бути багатофакторним, включати в себе модифікацію способу життя, збалансоване харчування, якісний сон, психологічну підтримку та медикаментозну терапію. За умов дефіциту вітаміну D рекомендовано застосовувати більш високі дозування препарату Олідетрим Д3 форте. Обов'язково перед початком терапії потрібно визначити рівень 25(ОН)Д в крові, а також проконтролювати його через 4-12 тижнів після призначеної терапії.

Конференція завершилася підведенням підсумків конференції модераторами.

Заступник директора з науково-організаційної роботи
к.мед.н., доц., Заслужений лікар України



Олександр
КОЗАКОВ

С.н.с. відділу ендокринної хірургії



Ірина
ГОПКАЛОВА

ЗВІТ
про науково-практичну конференцію з онлайн-трансляцією
«Досягнення та перспективи експериментальної
і клінічної ендокринології»
(Двадцять четверті Данилевські читання)
20–21 березня 2025 року

20–21 березня 2025 року ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» сумісно з Харківським національним медичним університетом МОЗ України проведена науково-практична конференція з онлайн-трансляцією «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології» (Двадцять четверті Данилевські читання).

Конференція включена до «Реєстру заходів БПР, які проводитимуться у 2025 році» (№ 1005790). Посилання на конференцію <http://iper.online/>

Кількість переглядів на кінець ефіру за 20.03. склала 1888, а за 21.03. — 1450.

Учасниками заходу стали представники усіх областей України, м. Києва, а також м. Краків (Польща), м. Тбілісі та м. Батумі (Грузія).

Із привітанням до учасників конференції звернулися директорка ДУ «ІПЕП НАМН України» д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Місюра К. В. та акад. НАМН України, д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Караченцев Ю. І.

В якості доповідачів окрім провідних фахівців ДУ «ІПЕП НАМН України» були співробітники ХНМУ МОЗ України, ДУ «ІОЗДП НАМН України», ДУ «НІТ ім. Л. Т. Малої НАМН України», ХНУ ім. В. Н. Каразіна, ІПКСФ НФаУ (Харків); НМУ ім. О. О. Богомольця, КЦ «Ендокринологія від Черенько», ДУ «ІГ ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України»; ДНУ «ЦІМТ НАН України», ДУ «ННЦ ім. акад. М. Д. Стражеска НАМН України», КНП «КМЛ № 8 (Київ); Буковинський ДМУ, ДУ «Чернівецький ОЦКПХ МОЗ України» (Чернівці); ІФНМУ (Івано-Франківськ); ЛНМУ ім. Данила Галицького, КНП ЛОР «ЛОКЛ» (Львів); ДУ МОН України (Суми), ТНМУ ім. І. Я. Горбачевського (Тернопіль).

Програму конференції склали 48 доповідей, у т.ч. 13 — з проблем діабетології, 12 — з проблем патології щитовидної та паращитовидної залоз, 5 — репродуктивної ендокринології, 2 — ожиріння, 16 — з іншої ендокринної патології.

Конференція розпочалася провідною доповіддю к.мед.н. Дубовика В. М. від групи авторів (Харків) під назвою «Первинний гіперпаратиреоз — актуальна проблема

сучасної ендокринології». Автор приділив увагу питанням епідеміології та патогенезу первинного гіперпаратиреозу. У доповіді були представлені особливості діагностичного алгоритму, який дозволяє виявляти первинний гіперпаратиреоз на ранніх стадіях. Зроблено акцент на лікувальній тактиці з урахуванням даних світової літератури та власних даних.

Другу свою доповідь к.мед.н. Дубовик В. М. присвятив особливостям діагностики та лікування первинного гіпотиреозу. Були розглянуті етіологічні фактори розвитку захворювання. Доповідач висвітлив відмінності замісної та супресивної терапії, підкреслив необхідність своєчасної корекції дози препаратів тироксину з урахуванням клінічних даних пацієнта, лабораторних показників та супутньої патології.

Актуальною проблемою лікування гіпотиреозу у хворих похилого віку є наявність у них супутньої патології і можливих ускладнень внаслідок поліпрагмазії. Тому д.мед.н., проф. Гончарова О. А. (Харків) у своїй доповіді зупинилася на необхідності ретельного підбору доз замісної гормональної терапії пацієнтам похилого віку для запобігання негативного впливу на перебіг супутньої патології. Особливо авторка зазначила, що неспецифічність симптоматики гіпотиреозу ускладнює ранню діагностику захворювання, особливо у похилому віці, і потребує підготовки лікарів первинної ланки медичної допомоги.

Про те, як зменшити ризики тривалого спостереження вузлових утворень щитоподібної залози (ЩЗ), розповів слухачам д.мед.н., проф. Черенько С. М. (Київ). У доповіді було розглянуто питання епідеміології, номенклатури, класифікації, патогенезу вузлових утворень ЩЗ. Наголошено на необхідності виключення тиреоїдного раку, гіпотиреозу, йод-дефіциту, гіперкальціємії та підвищеного тиреоглобуліну крові для визначення адекватної лікувальної тактики та можливостей тривалого спостереження.

Про сучасні стратегії органозберігаючих хірургічних втручань при фолікулярних неоплазіях та мікроаденокарциномах диференційованого раку ЩЗ від групи ав-

торів доповів д.мед.н., проф. Скрипко В. Д. (Івано-Франківськ). Особлива увага була приділена раціоналізації застосування методів, які дозволяють зберегти функцію залози, при цьому досягти оптимальних результатів лікування при диференційованому раку ЩЗ. Автор представив покрокову тактику хірургічного втручання, застосування новітніх методів діагностики та моніторингу після операцій, а також оптимізацію постопераційного лікування для покращення прогнозу та зниження ризиків рецидиву.

Погляди на класифікацію, діагностику та лікування вогнепальних поранень шиї з ушкодженням ЩЗ презентував від групи авторів д.мед.н., проф. Макаров В. В. (Харків). У доповіді були показані особливості діагностики вогнепальних ушкоджень ЩЗ. Надані різні види оперативних втручань та чітко визначено місце замісної гормональної терапії в післяопераційному періоді.

Огляд клінічного випадку синдрому Вільямса-Поллока був представлений від групи авторів аспірантом Маркевич М.Ю. Ю. (Львів). Клінічний випадок характерний тим, що у хворого, в анамнезі якого були оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин лівого наднирника та ЩЗ, була виявлена злоякісна пухлина іншого наднирника, після чого в клініці проведена правобічна адреналектомія. Це свідчить про те, що пацієнти з множинною ендокринною неоплазією (МЕН синдромом) після хірургічного лікування потребують постійного спостереження протягом всього життя для вчасної діагностики можливого рецидиву захворювання.

Про частоту та особливості перебігу аутоімунної тиреоїдної патології при наявності глютенної непереносимості від групи авторів доповіла д.мед.н., проф. Хижняк О. О. (Харків). Особливо авторка зупинилася на необхідності додаткової діагностики супутніх аутоімунних захворювань, у тому числі, непереносимості глютену у хворих на аутоімунний тиреоїдит, і довела ефективність застосування безглютенової дієти, як додаткового фактору в нормалізації тиреоїдного статусу.

Селен є важливим елементом для антиоксидантного захисту і його дефіцит може сприяти розвитку автоімунних захворювань ЩЗ. Погляд клініциста на роль йоду та селену в організмі представила слухачам д.мед.н., проф. Місюра К. В. (Харків). Вона ще раз нагадала, що добавка Se під час вагітності та в післяпологовому періоді знижує активність запалення ЩЗ та частоту гіпотиреозу. Україна входить до переліку країн із недостатнім споживанням йоду, тому авторка представила сучасні рекомендації щодо подолання йодного дефіциту.

Натепер, в умовах військового стану, серед чинників ризику хвороби Грейвса (ХГ) значне місце відводять стресовому фактору та спадковості. Тому у своїй доповіді д.мед.н., проф. Гончарова О. А. (Харків) звернула увагу слухачів на патогенезі впливу стресу на автоімунні процеси та на світовий досвід досліджень відносно стрес-індукованої ХГ. Авторка підкреслила, що клінічні характеристики ХГ, викликані стресом, відрізняються від ХГ нестресової етіології, тому на сьогодні необхідні додаткові дослідження, зосереджені на тривожності, її скринінгу, діагностиці та лікуванні пацієнтів із ХГ.

Про стресові розлади та стан тиреоїдної системи у підлітків з цукровим діабетом (ЦД) 1 типу, що опинилися в умовах війни в Україні, розповіла від групи авторів д.мед.н., с.н.с. Турчина С. І. (Харків). Авторкою були представлені підходи до профілактики та лікування тиреоїдної дисфункції в умовах хронічного стресу під час війни в Україні.

В доповіді д.мед.н., проф. Пасечко Н. В. (Тернопіль) було розглянуто клінічний випадок з власної практики, де пацієнтка має поєднану патологію ЩЗ та синдром полікістозних яєчників, звернуто увагу аудиторії на взаємозв'язок між цими двома патологіями. Були представлені основні діагностичні та терапевтичні підходи в веденні пацієнток із даною патологією. Доповідачка акцентувала увагу лікарів на рекомендаціях ЕТА по дозуванню левотироксину при призначенні замісної терапії у пацієнток з гіпотиреозом та особли-

вості призначення метформіну при СПКЯ згідно оновлених рекомендацій 2023 року.

В доповіді д.мед.н., проф. Скрипник Н. В. від групи авторів (Івано-Франківськ) було представлено патогенетичну концепцію розвитку інсулінорезистентності та метаболічно-асоційованої стеатозної хвороби печінки при гіпотиреозі. Обґрунтовано доцільність призначення гепатопротекторної терапії при гіпотиреозі. Результати представленого авторами дослідження можуть послужити підґрунтям для розробки індивідуальних підходів до лікування, враховуючи специфіку печінкової функції та метаболізму у пацієнтів з гіпотиреозом.

Патогенетичне обґрунтування застосування негормональних засобів для корекції тиреоїдної патології від групи авторів презентувала к.б.н., ст. досл. Сиротенко Л. А. (Харків). В доповіді було проведено глибокий аналіз виникнення тиреоїдної патології різного ґенезу. Розкрито патологічні зміни, що виникають на тлі цієї патології. Наведено результати експериментальних досліджень щодо використання негормональних сполук різного походження, з патогенетичним обґрунтуванням їх використання для корекції тиреоїдної патології.

Доповідь від групи авторів PhD в галузі біології Курилко Ю. С. (Харків) була присвячена експериментальному обґрунтуванню ефективності розробленого композиційного засобу рослинного походження у порівнянні з препаратом синтетичного тиреоїдного гормону. Представлені результати свідчать про потенціал цього засобу для стабілізації імунної системи при гіпотиреозі автоімунного ґенезу.

Як завжди, велика кількість доповідей була присвячена ЦД та його ускладненням. В своїй доповіді «Предіабет — мовчазний та підступний, чи потрібно лікувати?» д.мед.н., проф. Місюра К. В. (Харків) показала, що на етапі виявлення предіабету має сенс призначення пацієнтам препаратів метформіну та тіоктової кислоти, з додатковим джерелом α -ліпоевої кислоти, L-карнітину та коензиму Q10, з метою гальмування розвитку полінейропатії. Компоненти, що входять до складу цих препаратів, займають важливе місце в гальмуванні ін-

сулінорезистентності та переходу предіабету в діабет 2 типу, утилізації вуглеводів, здійсненні нормального енергетичного обміну, покращують «енергетичний статус» клітин, мають цитопротективну властивість; підтримують нормальну дезінтоксикаційну функцію печінки.

Одне з найпоширеніших ускладнень ЦД — діабетичну нейропатію, охарактеризувала у своїй доповіді д.мед.н., проф. Кравчун Н. О. (Харків). Вона представила основні типи нейропатії (симетрична полінейропатія, автономна нейропатія, радикулопатія, краніальна нейропатія, мононейропатія), їхні патогенетичні механізми, фактори ризику та клінічні прояви. Особлива увага була приділена скринінгу та діагностиці захворювання, а також диференціальній діагностиці. Okремо були обговорені питання ускладнень, таких як діабетична стопа, трофічні виразки та ампутації, а також сучасні підходи до лікування та профілактики.

Сучасні протоколи та шляхи розвитку метаболічної хірургії були представлені PhD в галузі медицини Побеленським К. О. (Харків).

Нові напрямки в формуванні здоров'я людини презентувала слухачам д.мед.н., проф. Комісаренко Ю. І. (Київ). Вона розповіла про роль вітаміну D в нормалізації метаболічних порушень на тлі патології ЩЗ, ЦД 2 типу, ожиріння та у формуванні нових підходів до здоров'я людини. В доповіді були представлені основні положення Консенсусу українських експертів 2023 «Профілактика та лікування D-дефіциту у дорослих».

На запитання «Чи може бути цукрознижувальний препарат нейропротекторним?» відповів у своїй доповіді к.мед.н. Зуєв К. О. (Київ). Він нагадав слухачам, що піоглітазон, завдяки дії на PPAR-гамма та PPAR-альфа рецептори, має виражений цукрознижувальний, гіполіпідемічний, антиатеросклеротичний та гепатопротекторний ефекти, та призводить до значного зниження повторного інсульту. Тому настанови Американської асоціації клінічних ендокринологів 2023 р. рекомендують піоглітазон та ін'єкційний семаглутид в якості

препаратів першої лінії для всіх пацієнтів з ЦД 2 типу, які мають інсульт або транзиторну ішемічну атаку в анамнезі.

У дуже змістовній доповіді від групи авторів д.мед.н., проф. Микитюк М. Р. (Харків) представила розширення уявлень щодо щільності інтеграції гіперурикемії в кластер факторів ризику порушень глюкозного гомеостазу. Авторкою було обґрунтовано механізми формування гіперурикемії у хворих на ЦД 1 та 2 типів та її впливу на клінічний перебіг захворювання і розвиток мікро- і макросудинних ускладнень на підґрунті встановлення зв'язків гіперурикемії з проявами інсулінорезистентності, дисфункцією вісцеральної жирової тканини, параметрами глюкозного гомеостазу, хронічного системного запалення і активності перекисного окислення ліпідів.

Досягнення оптимального контролю глікемії у пацієнтів з ЦД 2 типу потребує вибір терапії, яка забезпечує ефективне зниження рівня глюкози при мінімізації ризиків, зокрема гіпоглікемії та набору маси тіла. В доповіді к.мед.н. Саєнко Я. А. (Київ) був обговорений вплив віддагліптину та глімепіриду залежно від їхнього механізму дії на секрецію інсуліну. Наведено аналіз досліджень щодо їхньої ефективності, безпечності та впливу на серцево-судинний прогноз. Особливий акцент зроблено на виборі препарату залежно від фенотипу пацієнта.

Однією з причин декомпенсації та розвитку ускладнень у хворих на ЦД може бути дисбіоз кишківника. В доповіді д.мед.н., проф. Жердьової Н. М. (Київ) було наведено вплив лікування пробіотиком на стан компенсації ЦД а також корекцію рівня амонію. Okремо вона наголосила, що кишкова мікробіота — окремий «ендокринний орган». Тому дисбіоз кишківника впливає на розвиток метаболічного синдрому, ЦД, захворювань ЩЗ, шкіри, захворювань печінки. Складність досягнення оптимального глікемічного контролю підкреслює необхідність вивчення додаткових або альтернативних шляхів, щоб запропонувати більше терапевтичних стратегій.

Сучасні підходи в діагностиці, лікуванні та профілактиці ЦД та артеріальної гі-

пертензії (АГ) у практиці сімейного лікаря, а також перспективи використання інноваційних терапевтичних і цифрових технологій обґрунтував у своїй доповіді д.мед.н., проф. Корж О. М. (Харків). Особлива увага була приділена мультидисциплінарному підходу, індивідуалізації лікування та залученню пацієнтів до самоконтролю.

Терапевтичні рішення в лікуванні пацієнта з АГ та метаболічними порушеннями запропонував слухачам д.мед.н., проф. Рудик Ю. С. (Харків). Він акцентував увагу на тому, що очевидні переваги у цьому випадку мають антигіпертензивні препарати, які не лише контролюють артеріальний тиск, а ще й здатні сповільнити чи зупинити метаболічні порушення. Як приклад — моксонідин, який одночасно діє на центральні патогенетичні механізми розвитку АГ та позитивно впливає як на обмін глюкози, так і на ліпідний профіль.

Проблему інтегративного підходу до попередження серцево-судинних захворювань у пацієнтів з кардіо-рено-метаболічним синдромом і, зокрема, підходів до досягнення ефективного контролю артеріального тиску у цій групі хворих детально висвітлила д.мед.н., проф. Міщенко Л. А. (Київ).

Дані про вплив хронічного стресу воєнного часу (ХСВЧ) та субклінічного запалення на перебіг АГ у цивільних хворих, як з ЦД 2 типу, так і без нього, були наведені в доповіді к.мед.н., с.н.с. Милославського Д. К. (Харків). З метою діагностики розглянуті дані щодо провідних біомаркерів, які асоціюються з цими несприятливими станами, висвітлені шляхи профілактики коморбідних станів з позицій корекції особливостей характеру харчування цієї групи пацієнтів високого та дуже високого ризику.

Значення препаратів магнію для профілактики та лікування стресових розладів, серцево-судинних захворювань та інших захворювань з акцентом на докази ефективності та безпеки представила д.фарм.н., проф. Міщенко О. Я. (Харків).

Питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та принципів лікування діабетичних остеоартропатій розглянув у своїй доповіді від групи авторів к.мед.н. Федоров В. О. (Харків). Враховуючи обмежені терміни

перебування хворих у стаціонарі, авторами була розроблена інтенсивна схема призначення ін'єкційних хондропротекторів: по 1 мл внутрішньосуглобово через день № 5 (курс лікування в стаціонарі), а потім щоденно по 1 мл внутрішньом'язово загальним курсом 20 ін'єкцій. НПЗП приймали протягом 10 днів. Використання вказаної терапії у хворих на ЦД дає швидкий клінічний ефект.

Про вплив анізомелії на унілатеральний характер формування плантарних діабетичних виразок доповіла від групи авторів аспірантка Іванова А. С. (Суми). Вона довела, що у пацієнтів із ЦД і різницею в довжині ніг суттєво підвищується ймовірність розвитку плантарних трофічних дефектів на коротшій кінцівці, тобто асиметричний розподіл навантаження між кінцівками є важливим предиктором односторонніх трофічних уражень.

У пацієнтів із ЦД 2 типу найчастіше зустрічаються компульсивне переїдання та синдром нічного переїдання, що значно ускладнює досягнення цільових рівнів глікемії та компенсації вуглеводного обміну. Про комплексний підхід до менеджменту цих захворювань, включаючи модифікацію способу життя, застосування цукрознижувальних препаратів, здатних впливати на харчову поведінку, та психіатричну допомогу розповів слухачам від групи авторів PhD в галузі медицини Ланюш Ф. В. (Львів).

Діабетичний макулярний набряк — це ускладнення діабету, яке вражає сітківку, зокрема, її макулярну ділянку, що відповідає за центральний зір. Воно виникає через витік рідини та білків із пошкоджених кровоносних судин, що спричиняє набряк сітківки і порушення зору. У доповіді лікаря-офтальмолога Камінської М. Я. (Львів) було представлено діагностичні підходи, терапевтичні втручання та результати лікування пацієнтів з діабетичним макулярним набряком.

Основні функції вітаміну В12, причини, симптоми та наслідки гіповітамінозу було проаналізовано у доповіді від групи авторів д.мед.н., проф. Сергієнко В. О. (Львів). Особливу увагу присвячено захворюван-

ням, що спричиняють розвиток хронічного дефіциту В12, зокрема ЦД, а також профілактиці та лікуванню В12-дефіциту.

Питання гетерогенності ожиріння та особливості його окремих форм було розглянуто у доповіді від групи авторів д.мед.н., проф. Тихоною Т. М. (Харків). Були представлені результати власного дослідження щодо порушень харчової поведінки в осіб з первинним ожирінням.

Сучасні підходи до нутрієнтної підтримки хворих на ожиріння з метою забезпечення достатнього споживання макро- та мікроелементів для профілактики саркопенії представила слухачам д.мед.н., проф. Микитюк М. Р. (Харків). Показано, що застосування харчових добавок інозитулу (ліпотрофний фактор), вітаміну D (холекальциферол) і мікроелементу хрому (піколінат хрому) може бути розглянуто в комплексній терапії пацієнтів з ожирінням з урахуванням коморбідності.

Патогенетичне обґрунтування ефективності модулятора ГАМК-рецепторів при метаболічних порушеннях у щурів різної статі презентувала від групи авторів Прижбило О. М. (Чернівці). Результати проведених досліджень засвідчили, що використання модулятора ГАМК-рецепторів значно знижує інтенсивність набухання мітохондрій та покращує стан антиоксидантної системи мітохондрій гіпокампа.

Неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) було присвячено кілька доповідей. У доповіді к.мед.н., доц. Черняєвої А. О. (Харків) було представлено визначення та сучасні погляди на механізми розвитку НАЖХП, її поширеність, а також фактори, що сприяють прогресуванню. Особлива увага приділена новому терміну для НАЖХП — «метаболічно-асоційована стеатозна хвороба печінки», а також надано рекомендації щодо діагностики та її лікування.

Сучасну номенклатуру та діагностику метаболічно-асоційованої жирової хвороби печінки у підлітків з ожирінням за допомогою біохімічних показників у своїй доповіді представила від групи авторів к.мед.н., доц. Бузницька О. В. (Харків).

Вплив кишкової мікробіоти на формування та прогресування метаболічно асоці-

йованої жирової хвороби печінки у підлітків з ожирінням детально проаналізувала у своїй доповіді від групи авторів д.мед.н., проф. Страшок Л. А. (Харків). Наведено дані щодо значення зонуліну та ліпополісахариду в генезі даної патології у підлітків з ожирінням.

Дуже цікаві доповіді були присвячені проблемам репродуктивної ендокринології. Відомо, що жіноче безпліддя є глобальною проблемою, що зачіпає значну частину жіночого населення у всьому світі. В доповіді д.б.н., проф. Багатської Н. В. (Харків) було надано відомості про частоту подружнього безпліддя у світі та в Україні. Визначено різні причини формування жіночого безпліддя: анатомічні, імунологічні, ендокринні, інфекційні та генетичні. Серед генетичних причин особлива увага була приділена хромосомним аномаліям, генетичним мутаціям, сімейній історії.

Стан гонадотропної та пролактинсинтезуючої функції гіпофіза у дівчат-підлітків, хворих на олігоменорею, в залежності від тривалості захворювання охарактеризувала від групи авторів д.мед.н., с.н.с. Диннік В. О. (Харків). Увага слухачів була акцентована на тому, що характерною рисою олігоменореї є дисгонадотропінемія, що проявляється, в основному, високим або нормативним рівнем лютеїнізуючого гормону (ЛГ) у поєднанні з нормативним або зниженим вмістом фолікуло-стимулюючого гормону (ФСГ). Зростання, з подовженням існування олігоменореї, високих значень ЛГ, ЛГ/ФСГ, пролактину може сприяти формуванню ановуляторних менструальних циклів у цих дівчат, а в подальшому і СПКЯ. Гіпопролактинемія може призвести до інсулінорезистентності, аномального ліпідного профілю та до ожиріння.

У доповіді від групи авторів PhD в галузі медицини Гавенко Г. О. (Харків) було представлено особливості проявів стресу у дівчат-підлітків з наявністю психопатології і без неї. Проаналізовані рівні кортизолу (К), пролактину, дегідроепіандростерон-сульфату (ДГЕА-С) та співвідношення ДГЕА-С/К. Авторка зробила висновок, що вивчення цих показників допомагає глибше зрозуміти патогенетичні механізми по-

рушень менструальної функції та дозволяє розробити ефективні стратегії профілактики та лікування.

Корекцію репродуктопатій, обумовлених доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ), від групи авторів обґрунтувала к.б.н., с.н.с. Коренева Є. М. (Харків). В експериментальній частині роботи було виявлено, що сумісне застосування вітаміну D із референтним препаратом самцям щурів із індукованою гіперплазією простати призводить до нормалізації репродуктивного потенціалу. У клінічній частині роботи було показано, що у чоловіків молодого віку зі спермопатіями на тлі ДГПЗ та рівнями вітаміну D < 30,0 нг/мл призначення впродовж трьох місяців екстракту *Serenoa repens*, вітаміну E та вітаміну D призводить до зростання рівня тестостерону в крові та активації рухливості спермій.

Результати експериментальних досліджень щодо стану сім'яників та змін рівня вільного тестостерону щурів в умовах індукованого гепатиту різного генезу представила слухачам від групи авторів аспірантка Морозюк А. Ю. (Харків). Показано, що незалежно від форми гепатиту основними маркерами розвитку негативних змін процесу сперматогенезу є зниження спроможності печінки до синтезу та секреції попередників для статевих стероїдних гормонів, зокрема тестостерону, та недостатність енергозабезпечення процесу созрівання статевих клітин у вигляді дефіциту фруктози. Застосування нового засобу на основі похідного дикарбонової кислоти та селеновмісної сполуки сприяє нормалізації функціонально-метаболічних процесів в печінці, в результаті чого відновлюються показники сперматогенезу та гістоструктура сім'яників.

Нав'язана війна створила ситуацію хронічного стресу у житті українських дітей і підлітків, які отримали фізичні та психічні травми. Аналіз показників стрес-забезпечувальних систем у підлітків із ожирінням та надмірною вагою із різною стресостійкістю надала від групи авторів д.мед.н., с.н.с. Рак Л. І. (Харків). Встановлено, що більшість підлітків мали низьку стресо-

стійкість і також низьку рухову активність. Стресостійкість підлітків була прямо пропорційна їх фізичній активності. Наголошено, що фізичні тренування мають позитивний вплив на здатність протистояти стресу у дітей незалежно від параметрів фізичного розвитку.

Психічні розлади у дітей з хронічними неінфекційними (ендокринними, ревматологічними та гінекологічними) захворюваннями в реаліях війни представила від групи авторів к.мед.н. Матковська Т. М. (Харків). Так, серед хворих з ендокринною патологією (ЩД 1 типу) та ревматологічною патологією найбільшу питому вагу мали емоційні лабільні астеничні розлади, а у хворих з гінекологічною патологією — змішаний тривожно-депресивний розлад та невротичні розлади. Авторка наголосила, що аналіз психічних розладів у дітей в умовах війни потребує створення певної стратегії психосоціального втручання та медико-психологічного супроводу.

У доповіді від групи авторів д.мед.н., проф. Губиної-Вакулик Г. І. (Харків) були представлені міркування щодо схожості морфологічно-функціонально активних клітин пігментних невусів на нейроендокриноцити епіфіза мозку та мозкової речовини надниркових залоз, які продукують гормони — аміни. Імуногістохімічне виявлення в невоцитах хромограніну підтвердило нейроендокринну сутність пігментних невусів. Деякі клінічні дані також свідчать про їхню адаптаційну роль.

Вікові особливості поведінкової активності щурів з хворобою Альцгеймера та за умов використання модулятора ГАМК-рецепторів від групи авторів представив аспірант Дрезналь Є. П. (Чернівці). Були представлені результати вивчення (за допомогою гістохімічного методу) стану нейронів гіпокампа щурів різного віку із хворобою Альцгеймера та при використанні препарату корекції. Водночас з'ясовано, що модуляція ГАМК-рецепторів, яка здійснювалася карбацетамом, підтверджує припущення про їхню роль в механізмах адаптації, пізнавальної активності та пам'яті.

Завершилась конференція підведенням підсумків роботи та оголошенням кращих наукових робіт, які були представлені доповідачами:

- диплом I ступеня одержала д.мед.н., проф. Комісаренко Ю. І. за доповідь «Нові напрямки в формуванні здоров'я людини»;
- диплом II ступеня одержали к.мед.н. Дубовик В. М. зі співавторами за доповідь «Первинний гіперпаратиреоз — актуальна проблема сучасної ендокринології»;
- дипломи III ступеня одержали д.мед.н., с.н.с. Диннік В. О. зі співавторами за доповідь «Стан гонадотропної та пролактинсинтезуючої функції гіпофіза у хворих на олігоменорею в залежності від тривалості захворювання» та к.б.н., с.н.с. Коренева Є. М.

зі співавторами за доповідь «Корекція репродуктопатій, обумовлених доброякісною гіперплазією передміхурової залози».

За матеріалами конференції видано збірку тез в електронному вигляді (посилання https://ipep.com.ua/data/admin/ckeditor/kcfinder/upload/files/2025/Conferencii_2025/2025_03_20-21/materiali_conf.pdf).


Резолюція не приймалася.

Технічним організатором конференції було ТОВ «Triolan live».

Інформаційний партнер — медичний науково-практичний журнал «Проблеми ендокринної патології».

Учасникам конференції, які успішно пройшли тестування, відправлено сертифікати.

Заступник директора з науково-організаційної роботи
к.мед.н., доц., Заслужений лікар України



Олександр
КОЗАКОВ

С.н.с. відділу ендокринної хірургії



Ірина
ГОПКАЛОВА

ЗВІТ
про науково-практичну конференцію
для лікарів Харківського регіону
«Актуальні питання практичної ендокринології»
у рамках реалізації науково-освітнього проекту
«Український ендокринологічний практикум»
24 квітня 2025 року

24 квітня 2025 року ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України» було проведено науково-практичну конференцію «Актуальні питання практичної ендокринології» у режимі офлайн для лікарів Харківського регіону у рамках реалізації науково-освітнього проекту «Український ендокринологічний практикум».

У роботі конференції взяли участь 85 представників Харківського регіону, а також з м. Київ.

З привітанням до учасників конференції звернулися директорка ДУ «ІПЕП НАМН» д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Місюра К. В. та акад. НАМН України, д.мед.н., проф., Заслужений діяч науки і техніки України Караченцев Ю. І.

В якості доповідачів окрім провідних фахівців ДУ «ІПЕП НАМН» були співробітники ХНМУ МОЗ України, ДУ «НІТ ім. Л. Т. Малої НАМН України», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» (Харків); УНПЦЕХ ТЕОІТ МОЗ України (Київ).

Програму конференції склали 15 доповідей, у т.ч. 7 — з проблем діабетології,

4 — з питань щитовидної та паращитовидної залози, 4 — з іншої ендокринної патології.

Конференцію відкрила доповідь д.мед.н., проф. Місюри К. В. (Харків) «Предіабет: питання та відповіді». Доповідачка підкреслила необхідність своєчасного виявлення порушень вуглеводного обміну, а саме предіабету, задля зменшення економічного навантаження у воєнні та післявоєнні часи, а також надала чіткий алгоритм надання медичної допомоги при предіабеті, інсулінорезистентності та діабетичній полінейропатії.

Продовжила цю тему доповідь д.мед.н., проф. Гончарової О. А. (Харків). Вона докладно висвітлила роль предіабету у розвитку полінейропатії. Була акцентована увага слухачів на тому, що гіперглікемія, навіть на стадії предіабету, токсично впливає на нервові волокна. Проаналізовані фактори, що сприяють розвитку діабетичної сенсо-моторної полінейропатії: метаболічний синдром, мікросудинні аномалії, паління. Наприкінці авторка наголосила, що головною метою терапії діабетичної невропатії є досягнення стійкої нормоглікемії, а також лікування невропатичного

болю і попередження прогресування метаболічного синдрому.

Основні аспекти діабетичної нейропатії ретельно розібрала у своїй доповіді д.мед.н., проф. Кравчун Н. О. (Харків). Розглянуто основні типи нейропатії (симетрична полінейропатія, автономна нейропатія, радикулопатія, краніальна нейропатія, мононейропатія), їхні патогенетичні механізми, фактори ризику та клінічні прояви. Особлива увага приділена скринінгу та діагностиці захворювання, а також диференціальній діагностиці. Окремо були висвітлені питання ускладнень, таких як діабетична стопа, трофічні виразки та ампутації, а також сучасні підходи до лікування та профілактики.

Як знизити ризик ускладнень при цукровому діабеті (ЦД) 2 типу і покращити якість життя даної групи хворих, доповіла д.мед.н., проф. Кравчун Н. О. (Харків). Авторка відзначила що, клінічною метою лікування ЦД є досягнення стабільного контролю глікемії з мінімальним ризиком гіпоглікемії. Пацієнтам необхідно проводити корекцію дози препаратів згідно показника рШКФ (розрахована швидкість клубочкової фільтрації). Дапагліфлозин (препарат Форксіга) у дозі 10 мг знижує варіабельність глікемії протягом доби та може бути застосован в комбінації з пероральними та ін'єкційними препаратами для лікування ЦД 2 типу. Дапагліфлозин доведено впливає на кардіо-рено-метаболічний контроль при ЦД 2 типу.

Сучасні погляди на нефропротекцію представила к.мед.н. Чуб О. І. (Харків). Спікерка зазначила, що пацієнти з хронічною хворобою нирок (ХХН) часто мають комплексні супутні захворювання. Рекомендації KDIGO щодо ХХН від 2024 року підкреслюють необхідність мультидисциплінарного лікування ХХН. До міждисциплінарної команди лікування пацієнтів з ХХН входить первинна медична допомога, нефрологи, ендокринологи, кардіологи, лікарі інших спеціальностей. В дослідженні DAPA-SKD продемонстровані переваги дапагліфлозину (препарат Форксіга) щодо зниження смертності та впливу на СС події при ХХН. Дапагліфлозин забезпечує

кардіо-ренопротекцію, гальмує прогресування ХХН та впливає на прогноз пацієнта із ХХН з оглядом на зниження смертності від будь-яких причин скрізь всю популяцію дослідження, навіть на фоні діалізу. Дапагліфлозин захищає від ризику розвитку діабету при ХХН.

Продовжив цю тему к.мед.н. Смірнов І. І. (Харків). У своїй доповіді він наголосив на тому, що додавання дапагліфлозину (препарат Форксіга) до інсуліну або ін'єкційної терапії забезпечує ефективний контроль глікемії без збільшення дози інсуліну та без збільшення маси тіла, а також з меншим ризиком гіпоглікемії. Включення дапагліфлозину в схеми лікування пацієнтів з ЦД 2 типу призводить до зменшення МАСЕ (інфаркт міокарда, інсульт, серцево-судинна смертність) та зменшення ризику прогресування ХХН.

На запитання «Чи потрібні нутріцевтики при діабетичній ретинопатії?» відповіла у своїй доповіді к.мед.н. Дурас І. Г. (Харків). Вона звернула увагу на те, що у людей із ЦД спостерігається значне збільшення окисного стресу; як наслідок, розвивається діабетична ретинопатія, яка може прогресувати до макулярного набряку та викликати серйозні порушення зору. У своїй доповіді спікерка довела, що прийом дієтичної добавки «Оптикс преміям», завдяки своїй природній фізіологічній, біохімічній та молекулярній дії, допоможе зберігати структуру та функції сітківки в оці.

У доповіді к.мед.н., доц. Дунаєвої І. П. (Харків) було розглянуто патофізіологічні механізми впливу стресу на вуглеводний обмін, зокрема розвиток стресової гіперглікемії, інсулінорезистентності та дисліпідемії. Акцентовано увагу на гормональних (кортизол, адреналін), запальних (цитокіни) та метаболічних змінах, що сприяють формуванню метаболічного синдрому та підвищенню ризику розвитку ЦД 2 типу. Представлено дані клінічних випадків, що демонструють ефективність використання фітокомпозицій у складі комплексної терапії для нормалізації глікемії, ліпідного профілю, індексу інсулінорезистентності та покращення загального метаболічного стану пацієнтів. Доповідь містить рекомен-

дації щодо покращення менеджменту вуглеводних порушень у стресових умовах шляхом поєднання фармакологічних та немедикаментозних підходів, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Вплив стресу на ендокринного пацієнта представила у своїй доповіді к.мед.н., доц. Тиха І. А. (Харків). В доповіді розкриті патофізіологічні порушення, які виникають внаслідок дії хронічного стресу. Серед них — у функціонуванні ендокринної системи, оскільки стрес впливає на такі важливі залози, як гіпоталамус, гіпофіз, щитоподібна залоза, надниркові залози та підшлункова залоза. Розкритий взаємозв'язок стресу з рівнем вітаміну D: з одного боку, хронічний стрес сприяє зниженню рівня вітаміну D у крові, а з іншого — дефіцит цього прогормону може посилювати симптоми стресу, тривожності та депресії. Також наголошено, що збереження оптимального рівня вітаміну D може допомогти організму ефективніше протистояти стресовим факторам і запобігти розвитку хронічних захворювань.

К.мед.н., доц. Дунаєва І. П. (Харків) у своїй доповіді проаналізувала роль вітаміну D як важливого біомаркера кардіометаболічного та ендокринного здоров'я. Наведено дані про вплив дефіциту вітаміну D на розвиток автоімунних, метаболічних, серцево-судинних і нейропсихічних захворювань, зокрема, ЦД 1 і 2 типу, полікістозу яєчників, ожиріння, депресії. Представлено сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування дефіциту вітаміну D в Україні відповідно до консенсусу українських експертів. Також розглянуто роль препаратів холекальциферолу у підвищенні рівня 25(OH)D у крові та ефективність його застосування у пацієнтів із метаболічним синдромом.

Кілька доповідей були присвячені патології щитовидної (ЩЗ) та паращитовидних залоз. Доповідь «Гіпотиреоз як фактор ризику алопеції» представила слухачам д.мед.н., проф. Гончарова О. А. (Харків). Авторка нагадала слухачам, що сьогодні алопеція розглядається як захворювання, що має труднощі в лікуванні. Доведений

зв'язок алопеції зі станом ендокринної системи (зокрема, із гіпотиреозом) обумовлює інтерес ендокринологів до алопеції і перспектив її профілактики та моніторингу. Натепер в якості одного із методів лікування алопеції розглядається вживання левотироксину — як препарату, що впливає на патогенетичну складову алопеції.

Особливості ведення пацієнтів із гіпотиреозом в період вагітності та післяпологовий період надала у своєму виступі д.мед.н., проф. Юзвенко Т. Ю. (Київ). Вона наголосила на тому, що при вагітності необхідно збільшувати дозу левотироксину на 25–30%. При вперше виявленому гіпотиреозі у вагітній жінки розрахована доза левотироксину має бути 2,3 мкг/кг з обов'язковим контролем рівня ТТГ кожні 4 тижня.

Клінічний випадок сполучення раку ЩЗ та аденоми паращитовидної залози (ПЩЗ) з вираженим гіперпаратиреозом, що не часто зустрічається в клінічній практиці, проаналізував у своєму виступі к.мед.н. Дубовик В. М. (Харків). Зроблено акцент на необхідності комплексного обстеження таких хворих для визначення оптимальних підходів до лікування та вибору найбільш раціонального обсягу хірургічного втручання.

У доповіді к.мед.н. Герасименко Л. В. (Харків) було наведено клінічний випадок інтратиреоїдної аденоми ПЩЗ. На догоспітальному етапі було виявлено підвищений рівень паратгормону 99,34 пг/мл. Пацієнтці було проведено УЗД шиї, але в типовому місці аденом ПЩЗ не було виявлено. Тоді прийнято рішення зробити змив на паратгормон із вузла правої частини ЩЗ. Був отриманий рівень паратгормону більше 5000 пг/мл. Проведено видалення аденоми правої нижньої ПЩЗ. Заключне патогістологічне дослідження: Аденома ПЩЗ зі світлих парацитів.

Стратегію лікування коморбідного пацієнта з артеріальною гіпертензією (АГ) представив у своїй доповіді д.мед.н., проф. Рудик Ю. С. (Харків). Він нагадав слухачам, що сучасна концепція лікування АГ передбачає не тільки контроль арте-

ріального тиску, але і органопротекцію з метою зниження серцево-судинного ризику пацієнтів. Тому очевидні переваги мають антигіпертензивні препарати, які здатні сповільнити чи зупинити ураження органів-мішеней. Прикладом ефективного терапевтичного рішення в лікуванні пацієнта з АГ і порушенням функції

нирок є олмесартан, який одночасно діє на патогенетичні механізми розвитку АГ та володіє нефропротективними властивостями.

Конференція завершилася підведенням підсумків конференції модераторами.

Заступник директора з науково-організаційної роботи
к.мед.н., доц., Заслужений лікар України



Олександр
КОЗАКОВ

С.н.с. відділу ендокринної хірургії



Ірина
ГОПКАЛОВА

**ПЕРЕЛІК НАЙПОПУЛЯРНІШИХ СТАТЕЙ,
які були успішно переглянуті в мережі інтернет
за січень-квітень 2025**

№	Стаття	Кількість переглядів
1	<i>Літовченко Т. А., Дубенко А. Є., Сазонов С. О., Флорікян В. А., Завальна О. П., Сухоносова О. Ю.</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2023.3.12	Всього: 214 Анотації: 110 Повного тексту: 104
2	<i>Микитюк М. Р., Тітова Ю. О., Смольницька С. О.</i> ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА КЛІНІЧНУ ЕВОЛЮЦІЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЯКІСТЬ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦЮ ЕНДОКРИНОПАТІЮ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2023.3.13	Всього: 161 Анотації: 101 Повного тексту: 28
3	<i>Лурін І. А., Хорошун Е. М., Селюкова Н. Ю., Бойко М. О., Місюра К. В., Негодуйко В. В.</i> РІВНІ ТЕСТОСТЕРОНУ ТА СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНУ У ЧОЛОВІКІВ КОМБАТАНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБ'ЄМУ РАНОВОГО УШКОДЖЕННЯ ТІЛА DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2024.4.06	Всього: 127 Анотації: 96 Повного тексту: 31
4	<i>Тижененко Т. В., Місюра К. В., Кравчун Н. О., Горшунська М. Ю., Почерняев А. К., Красова Н. С., Гладких О. І., Леценко Ж. А., Федорова Г. В., Плохотніченко О. О., Громаковська О. Б., Колеснікова А. О., Йенсен Е., Караченцев Ю. І., Полтораєв В. В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТУ 2548G > А ГЕНА ЛЕПТИНУ НА РИЗИК РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2022.3.06	Всього: 114 Анотації: 95 Повного тексту: 19
5	<i>Лазуренко В. В., Железняков О. Ю., Новікова І. М., Кризьська О. В., Сафонов Р. А., Лященко О. А.</i> КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МІКРОБІОТИ ОРГАНІЗМУ ЖІНКИ В РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТА У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2024.4.05	Всього: 95 Анотації: 38 Повного тексту: 57
6	<i>Шумна Т. Є., Абрамов С. В., Тітов Г. І., Родинський О. Г., Островська С. С., Соколовський С. І., Трушенко О. С., Бурега І. Ю., Бойко О. В., М'ясоїд Ю. П., Ковтуненко Р. В., Жержова Т. А.</i> АНАМНЕСТИЧНА ТА КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З АУТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2023.3.09	Всього: 93 Анотації: 60 Повного тексту: 33
7	<i>Жердьова Н. М., Фалалеева Т. М., Степура О. А., Бака О. М., Швець Ю. В., Пенчук Ю. М., Костіцька І. О., Мазій С. І., Хоревіна К. М.</i> ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ МІКРОБІОМУ КИШКІВНИКА НА ГІПЕРАМОНІЄМІЮ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2024.4.02	Всього: 92 Анотації: 61 Повного тексту: 31
8	<i>Смоленко Н. П., Белкіна І. О., Коренева С. М., Бречка Н. М., Мараховський І. О., Бойко М. О., Бондаренко В. О.</i> ВПЛИВ ВІТАМІНУ D ТА/АБО ЕКСТРАКТУ ПЛОДІВ ПАЛЬМИ САБАЛЬ НА СПЕРМОГРАМУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СПЕРМАТОЗОЇДІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2025.1.06	Всього: 92 Анотації: 58 Повного тексту: 34

№	Стаття	Кількість переглядів
9	<p><i>Місюра К. В., Лурін І. А., Селюкова Н. Ю., Бойко М. О., Тиха І. А., Негодуйко В. В., Калашник С. В.</i> ЗМІНИ В ТИРЕОЇДНОМУ ГОРМОНАЛЬНОМУ СТАТУСІ ПОРАНЕНИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБ'ЄМУ РАНОВОГО УШКОДЖЕННЯ DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2024.1.05</p>	<p>Всього: 91 Анотації: 76 Повного тексту: 15</p>
10	<p><i>Юсра А., Валуйо А.</i> ПІДТРИМКА СІМ'Ї ЩОДО ПРИХИЛЬНОСТІ ТА КОНТРОЛЮ ГЛІКЕМІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД DOI: https://doi.org/10.21856/j-PER.2022.1.14</p>	<p>Всього: 90 Анотації: 52 Повного тексту: 38</p>

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

ВИМОГИ ДО ПОДАННЯ

1. Робота раніше не публікувалася та не знаходиться на розгляді для опублікування в інших виданнях.
2. Мова публікації українська та/або англійська.
3. Формат переважно doc, docx можливо rtf, гарнітура Times New Roman; кегль 14; інтервал 1,5; поля 2,5 см з усіх сторін тексту; вирівнювання тексту по ширині.
4. Стаття подається до редакції через форму «ПОДАННЯ» на сайті <https://jper.endocrinology.org.ua/index.php/1/about/submissions>.

Статті, надіслані на електронну адресу редакції, не розглядаються.

Під час завантаження у власному кабінеті на сайті журналу для кожного автора статті

повинна бути заповнена двома мовами форма автора, обов'язково заповнені наступні поля:

- Ім'я, Прізвище, Прізвище та ініціали. При перекладі прізвищ авторів англійською мовою рекомендується транслітерувати так само, як і в попередніх публікаціях.
- Електронна пошта.
- ORCID обов'язково.
- Повна назва установи. Якщо в автора декілька місць роботи, кожне зазначається окремо.
- Для відповідального автора, обов'язково ставиться позначка «контактна особа для редакційної кореспонденції» та контактний телефон у профілі користувача закладка «контакти».

СТРУКТУРНІ ЕЛЕМЕНТИ РУКОПISУ

Обов'язкові структурні елементи статті: Назва статті; повна інформація про авторів; реферати; ключові слова; текст статті (включно з таблицями, рисунками); додаткова інформація; список цитованої літератури.

- НАЗВА СТАТТІ (великими літерами).
- Прізвище та ініціали автора (авторів).
- Назва установи, де виконана робота (місто, де розташована установа, країна). Якщо в автора декілька місць роботи, кожне зазначається окремо.
- Електронна адреса автора-контактної особи.

Авторський **реферат** до статті є **основним джерелом інформації у вітчизняних і зарубіжних інформаційних системах і базах даних**, що індексують журнал.

У рефераті мають бути викладені лише суттєві факти роботи, вичерпний опис змісту статті, висновки.

Реферат не повинен містити загальних слів, перебільшувати або включати матеріал, відсутній у тексті статті.

Не повинен містити абревіатур, за винятком загальноприйнятих (наприклад, ДНК), виносок і посилань на літературні джерела.

Оформлюється двома мовами (українською, англійською).

Обсяг реферату має складати близько 250 слів або від 1800 до 2500 знаків.

Реферат оригінальної статті **має бути структурованим** і включати в україномовному варіанті 5 обов'язкових рубрик («Актуальність», «Мета дослідження», «Матеріали та методи», «Результати», «Висновки»); в англійськомовному варіанті — 4 рубрики *Background* (включає актуальність і мету дослідження), *Materials and Methods*, *Results*, *Conclusions*.

Ключові слова. Необхідно вказати 3–6 слів або словосполучень, що відповідають змісту

роботи й сприяють індексуванню статті в пошукових системах. У ключові слова оглядових статей слід включати слово «огляд». Ключові слова повинні бути ідентичними в українському й англійському варіантах.

Структура **повного тексту** рукопису, присвяченого опису результатів оригінальних досліджень, повинна відповідати загальноприйнятому шаблону й містити обов'язкові розділи: вступ, мета, матеріали та методи, результати та їх обговорення, висновки.

Розділи **мета** й **висновки** не повинні містити скорочень.

Матеріали та методи повинні містити докладний опис застосованих матеріалів, моделей та методик, чіткий опис використаних статистичних методів, заяву про відповідність етичним та юридичним нормам проведення досліджень з уточненням назви та (за наявності) дати протоколу комісії з етики, яка узгодила проведення роботи. Для інтервенційних досліджень повинно вказати, чи було отримано інформовану згоду від обстежених.

Таблиці та рисунки є самодостатнім елементом статті й дозволяють коротко й точно подати важливу інформацію, тим самим зменшуючи обсяг основного тексту рукопису.

Повинні доповнювати, а не дублювати текст. Повтор цифрових даних таблиці у тексті неприпустимий.

Відтворення одних і тих самих даних у вигляді і таблиць, і рисунків не допускається.

Таблиці повинні мати номер і назву **без скорочень**.

Таблиці бажано розташовувати в книжковій орієнтації з дотриманням полів.

Кольорові растрові зображення повинні мати роздільну здатність не менше 300 dpi, чорно-білі (grayscale) — 600 dpi.

Векторні зображення не повинні містити шрифтів.

Хімічні і математичні формули подаються за текстом.

Додаткова інформація наводиться після тексту статті, перед переліком посилань.

Автори обов'язково вказують, в межах якої **наукової тематики** виконана робота (назва, державний реєстраційний номер), зазначають установу, яка фінансувала проведення дослідження (наприклад, МОЗ України). Якщо дослідження є пошуковим та проведено за власною ініціативою авторів та за власний кошт, це також повинно бути вказано.

Автори повинні гарантувати відповідальність за все, що опубліковано в статті, а також вказати наявність/відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Автори можуть висловити **подяки** людям і організаціям, які сприяли проведенню дослідження, оформленню і публікації статті, але не були її авторами.

Література (References). Номера посилань вказують в порядку згадування в тексті цифрами у квадратних дужках.

Оформлення літератури (References) здійснюється відповідно до вимог стилю NLM (= Citing Medicine) — National Library of Medicine: без тире, крапок після ініціалів; рік видання ставиться строго після назви журналу (книги, та ін.), напис et al. допускається, якщо перераховується більше 4 авторів поспіль, перед ним ставиться кома.

Рекомендації при написанні: Прізвище та ініціали автора (між ними крапка не ставиться). Назва журналу — курсивом (можливість скорочення назви без крапок), після якої крапка не ставиться. Рік (крапка з комою); без пробілу — цифра, що позначає Том (Vol.); без пробілу в круглих дужках — цифра, що позначає №; двокрапка; з пробілом сторінки через тире без пробілів (крапка). doi. Книга описується наступним чином: прізвище та ініціали автора (крапка). Назва книги (кома), місто видання (курсивом, кома), рік видання (двокрапка); кількість сторінок.

При складанні списків літератури необхідно перевіряти коректність бібліографічних відомостей цитованих джерел, а саме: назву журналу (книги, тощо), рік, номер, сторінки і включати в опис **doi статті** за його наявності.

Російсько- та україномовні видання треба представляти в транслітерованому вигляді. На сайті <https://translit.net> можна скористатися програмою транслітерації тексту на латиницю, при цьому вибравши українську чи російську мову джерела для транслітерації.

При описі патентів достатньо навести його номер та назву (в транслітерації).

При описі електронних видань через кому пишеться курсивом *available at* та через двокрапку вказується електронна адреса курсивом.

Приклади оформлення:

Книга:

Obesity: Preventing and managing the global epidemic : Report of a WHO Consultation, *Geneva*, 2000: 252 p.

Klimov AN, Nikul'cheva JuG. Obmen lipidov i lipoproteidov i ih narusheniya, *Sankt-Peterburg*, 1999: 505 p. (приклад транслітерації).

Журнал:

Bikle DD. *Chem Biol* 2014;21(3): 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.chembiol.2013.12.016>.

Wang T, Bi Y, Xu M, et al. *Endocrine* 2011;40(1): 109-116. <https://doi.org/10.1007/s12020-011-9449-2>.

Патент:

Patent 112508. Sposib ocinki perebigu endogennoi intoksikacii.

Електронне видання:

HOMA Calculator. The Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism, available at: www.dtu.ox.ac.uk/homacalculator/index.php.

З ПИТАННЯМИ ЗВЕРТАТИСЯ ЗА АДРЕСОЮ:

Редакція журналу
«Проблеми ендокринної патології»
вул. Алчевських, 10, 61002, м. Харків, Україна
E-mail: journal@iper.com.ua

Відповідальний за друк журналу в типографії — ТОВ «Пульс»
E-mail: puls.ins.99@gmail.com