

Официальный сайт съезда:
ENDO.MOSCOW



XVI МОСКОВСКИЙ
ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД
ЭНДОКРИНОЛОГОВ

**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
СТОЛИЦЫ**
9-11 октября **2020**

Патронат

Медицинская секция МООИ «Московская диабетическая ассоциация»

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России



**XVI МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ
«ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СТОЛИЦЫ – 2020»**

**Программа, материалы конференции,
каталог участников выставочной экспозиции**

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ СЪЕЗДА

Анциферов М.Б.	председатель оргкомитета, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель структурного подразделения «Медицинская секция» МООИ «Московская диабетическая ассоциация», профессор, д.м.н.
Токарев А.С.	заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Аметов А.С.	заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, профессор, д.м.н.
Петунина Н.А.	член-корр. РАН, заведующая кафедрой эндокринологии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России
Фадеев В.В.	член-корр. РАН, председатель Московской городской ассоциации эндокринологов, заведующий кафедрой эндокринологии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России
Дорофеева Л.Г.	заведующая организационно-методическим отделом по эндокринологии Департамента здравоохранения города Москвы
Барина Н.А.	директор Информационно-выставочного агентства «ИнфоМедФарм Диалог»

Данное мероприятие проводится без аккредитации в системе НМО

© Коллектив авторов, 2020

9 ОКТЯБРЯ 2020 ГОДА

БКЗ	МКЗ
10:00 – 10:10 Открытие съезда	
10:10 – 10:40 Приветствия. Награждение номинантов	
10:40 – 11:40 «Эндокринологическая служба Москвы: вопросы организации и анализ работы»	
12:00 – 13:30 Пленарное заседание 1 «Инновационные подходы в рутинной практике сегодня и завтра»	
13:50 – 15:20 Пленарное заседание 2 «Навигатор контроля сахарного диабета 2 типа – время действовать!»	
15:40 – 17:10 Пленарное заседание 3 «Современные подходы к управлению сахарным диабетом»	
17:30 – 18:40 Секционное заседание 1 «Актуальные вопросы клинической эндокринологии»	17:30 – 18:40 Секционное заседание 2 «Вопросы эффективного управления сахарным диабетом»

10 ОКТЯБРЯ 2020 ГОДА

БКЗ	МКЗ
10:00 – 11:10 Секционное заседание 3 «Активное долголетие пациентата с сахарным диабетом 2 типа: и невозможное возможно»	10:00 – 11:10 Секционное заседание 4 «Управление метаболическим здоровьем: прошлое, настоящее и будущее»
11:30 – 13:00 Пленарное заседание 4 «Глюкозоцентричность? Прогнозоцентричность? Пациентоцентричность!»	
13:20 – 14:50 Пленарное заседание 5 «Прокрустово ложе» кардиорено- метаболического континуума при сахарном диабете 2 типа: есть выход!»	
15:10 – 16:20 Секционное заседание 5 «Ранняя комбинированная терапия – новый стандарт лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа»	15:10 – 15:40 Секционное заседание 6 «Практика лечения сахарного диабета»
	15:40 – 16:30 Секционное заседание 7 «Практика лечения осложнений сахарного диабета»
16:40 – 17:50 Секционное заседание 8 «Кардиопротекция в диабетологии: сегодня и завтра»	16:40 - 17:20 Мастер-класс «Подбор дозы инсулина в реальной клинической практике»
	17:25 - 18:10 Секционное заседание 9 «Flash мониторинг глюкозы в клинической практике: как меняются подходы к оценке гликемического контроля»

11 ОКТЯБРЯ 2020 ГОДА

БКЗ	МКЗ
<p>10:00 – 11:00 Актовая лекция «Современные алгоритмы ведения больных с раком щитовидной железы»</p>	
<p>11:20 – 12:30 Секционное заседание 10 «Сложные вопросы в терапии акромегалии»</p>	<p>11:20 – 13:40 Круглый стол (I) «Эндокринная хирургия в Москве: опыт и перспективы развития»</p>
<p>12:50 – 15:10 Секционное заседание 11 «Актуальные вопросы диагностики и лечения эндокринных заболеваний»</p>	<p>14:00 – 16:00 Круглый стол (II) «Эндокринная хирургия в Москве: опыт и перспективы развития»</p>
<p>15:30 – 17:00 Секционное заседание 12 «Патогенетическая терапия сахарного диабета типа 2 – как сделать рациональный выбор»</p>	
<p>17:00 – 17:15 Закрытие съезда</p>	

ПРОГРАММА

XVI МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ
 «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СТОЛИЦЫ – 2020»

Инновационный центр «Сколково»,
 Бизнес-центра «Амальтея»

9 октября 2020 г. (пятница)

09:00 – 12:00 Регистрация участников съезда

10:00 – 10:10 Открытие съезда *Большой конференц-зал*

Анциферов М.Б., главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», Заслуженный врач Москвы и РФ, профессор

10:10 – 10:40 Приветствия. Награждение номинантов

10:40 – 11:40 «Эндокринологическая служба Москвы: вопросы организации и анализ работы»
проф. Анциферов М.Б. (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

11:40 – 12:00 Перерыв

12:00 – 13:30 Пленарное заседание 1 *Большой конференц-зал*
 «Инновационные подходы в рутинной практике сегодня и завтра»

Сопредседатели:
академик РАН Шестакова М.В. (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)
проф. Анциферов М.Б. (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

- 12.00 – 12.25 «Инсулин деглудек (Тресибя) – простое решение для любого пациента на инсулинотерапии»
к.м.н. **Зилов А.В.**
(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России)
- 12.30 – 12.55 «Применение инсулинов нового поколения по данным Московского регистра больных сахарным диабетом»
к.м.н. **Демидов Н.А.**
(ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения города Москвы»
проф. **Анциферов М.Б.**
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)
- 13.00 – 13.25 «Пациент с сахарным диабетом 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском: упущенные возможности и новые горизонты»
проф. **Маркова Т.Н.**
(ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России)
Дискуссия
- 13:30 – 13:50 Перерыв
- 13:50 – 15:20 **Пленарное заседание 2** *Большой конференц-зал*
«Навигатор контроля сахарного диабета 2 типа – время действовать!»
Председатель:
проф. **Анциферов М.Б.**
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)
- 13:50 – 14:10 «Хроническая сердечная недостаточность у пациента с сахарным диабетом 2 типа: путь от профилактики до лечения»
член-корр. **РАН Кобалава Ж.Д.**
(ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»)

- 14:15 – 14:35 «Хроническая болезнь почек в зеркале сахарного диабета 2 типа: в поисках новых решений»
проф. **Мкртумян А.М.**
(ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России)
- 14:40 – 15:00 «Реальная клиническая практика: меняем траекторию движения»
проф. **Демидова Т.Ю.**
(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России)
Дискуссия
- 15:20 – 15:40 Перерыв

15:40 - 17:10 Пленарное заседание 3 *Большой конференц-зал*
«Современные подходы к управлению сахарным диабетом»

Сопредседатели:

- проф. **Аметов А.С.**
(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)
член-корр. **РАН Петунина Н.А.**
(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России)
проф. **Анциферов М.Б.**
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

- 15:40 – 16:15 «Эволюция подходов к терапии сахарного диабета 2 типа»
проф. **Аметов А.С.**
(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)
- 16:20 – 16:55 «Основные эффекты ингибиторов НГЛТ-2 на примере ипраглифлозина»
член-корр. **РАН Петунина Н.А.**
(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России)

Дискуссия

Модератор:

проф. Анциферов М.Б.

(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

17:10 – 17:30 Перерыв

17:30 – 18:40 **Секционное заседание 1** *Большой конференц-зал*
«Актуальные вопросы клинической эндокринологии»

Сопредседатели:

член-корр. РАН Петунина Н.А.

(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Минздрава России)

к.м.н. Зилов А.В.

(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Минздрава России)

17:30 – 17:55 «Устоит ли метформин на первой линии терапии сахарного диабета 2 типа?»

к.м.н. Зилов А.В.

(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Минздрава России)

18:00 – 18:25 «Тактика ведения больных с рецидивирующим диффузным токсическим зобом»

член-корр. РАН Петунина Н.А.

(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. Сеченова» Минздрава

России)

Дискуссия

17:30 – 18:40 **Секционное заседание 2** *Малый конференц-зал*
«Вопросы эффективного управления сахарным диабетом»

Сопредседатели:

проф. Мкртумян А.М.

(ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России)

проф. Суркова Е.В.

(ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

17:30 – 17:55 «Цифровые технологии в самоконтроле: как получить только плюсы?»

проф. Майоров А.Ю.

(ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

18:00 – 18:15 «Метформин снова на передовой: новости последних клинических рекомендаций»

проф. Мкртумян А.М.

(ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»

Минздрава России)

18:20 – 18:35 «Роль пациента в лечебном процессе: что изменилось в эпоху новейших технологий?»

проф. Суркова Е.В.

(ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

Дискуссия

10 октября 2020 г. (суббота)

09:00 – 12:00 Регистрация участников съезда**10:00 – 11:10** Секционное заседание 3 *Большой конференц-зал*
«Активное долголетие пациента с сахарным диабетом 2 типа: и невозможное возможно»**Сопредседатели:**

член-корр. РАН **Мацкеплишвили С.Т.**
(Университетская клиника «Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова») **проф. Галстян Г.Р.**
(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

10:00 – 10:25 «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: возможности сахароснижающей терапии»
член-корр. РАН **Мацкеплишвили С.Т.**
(Университетская клиника «Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова»)

10:30 – 10:55 «Дизайн и результаты исследования REWIND. Что нужно знать практикующему врачу?»
проф. Галстян Г.Р.
(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)
Дискуссия

10:00 – 11:10 Секционное заседание 4 *Малый конференц-зал*
«Управление метаболическим здоровьем: прошлое, настоящее и будущее»**Председатель:**

проф. Анциферов М.Б.
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

10:00 – 10:30 «Управление метаболизмом жира»
проф. Аметов А.С.
(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)

10:35 – 11:05 «Управление сердечно-сосудистыми рисками»
член-корр. РАН **Арутюнов Г.П.**
(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»)
Дискуссия

11:10 – 11:30 Перерыв**11:30 – 13:00** Пленарное заседание 4 *Большой конференц-зал*
«Глюкозоцентричность? Прогнозоцентричность? Пациентоцентричность!»**Председатель:**

проф. Анциферов М.Б.
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

11:35 – 12:00 «Место нового подхода к старту инсулинотерапии в клинических рекомендациях»
проф. Галстян Г.Р.
(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

12:00 – 12:25 «Стартуем инсулинотерапию по-новому: достигая цели»
к.м.н. **Пашкова Е.Ю.**
(ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)

12:25 – 12:50 «Стартуем инсулинотерапию по-новому: избегая рисков»
проф. Маркова Т.Н.
(ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России)
Дискуссия

13:00 – 13:20 Перерыв

13:20 – 14:50 **Пленарное заседание 5** *Большой конференц-зал*
«Прокрустово ложе» кардиоренометаболического континуума при сахарном диабете 2 типа: есть выход!»

Председатель:*проф. Анциферов М.Б.**(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)*

13:20 – 13:45 «Сердечно-сосудистые осложнения сахарного диабета 2 типа: от Дамоклова меча к нити Ариадны»

*член-корр. РАН Аругюнов Г.П.**(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»)*

13:50 – 14:15 «Современная фармакотерапия сахарного диабета 2 типа: от Ахиллесовой пяты к Панацее?»

*проф. Халимов Ю.Ш.**(Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург)*

14:20 – 14:40 Клинический разбор
 «Коррекция кардионефрометаболического континуума у больных сахарным диабетом 2 типа: сочетание эмпирики и рациональности»

Дискуссия

14:50 – 15:10 Перерыв

15:10 – 16:20 **Секционное заседание 5** *Большой конференц-зал*
«Ранняя комбинированная терапия – новый стандарт лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа»

Председатель:*проф. Анциферов М.Б.**(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)*

15:10 – 15:35 «Результаты исследования VERIFY. Долгосрочные преимущества ранней комбинированной терапии вилдаглиптином и метформином в 5-летнем мультинациональном исследовании»

*проф. Маркова Т.Н.**(ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России)*

15:40 – 16:05 «Результаты исследования МАСТЕР. Преимущества стартовой комбинации вилдаглиптина и метформина в реальной клинической практике в РФ»

*к.м.н. Демидов Н.А.**(ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения города Москвы») Дискуссия*

15:10 – 15:40 **Секционное заседание 6** *Малый конференц-зал*
«Практика лечения сахарного диабета»

Председатель:*проф. Демидова Т.Ю.**(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России)*

15:10 – 15:35 «Класс-эффекты ингибиторов ДПП-4: наступило ли время реализовать очевидное?»

*проф. Демидова Т.Ю.**(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России) Дискуссия*

15:40 – 16:30 Секционное заседание 7 *Малый конференц-зал*
«Практика лечения осложнений сахарного диабета»

Сопредседатели:

проф. Демидова Т.Ю.

(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России)

к.м.н. Комелягина Е.Ю.

*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

к.м.н. Шадричев Ф.Е.

*(СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
 центр №1», территориальный диабетологический центр,
 г. Санкт-Петербург)*

15:40 – 15:55 «Дифференцированный подход к лечению
 болевого синдрома у больных сахарным диабетом
 с поражением нижних конечностей»

к.м.н. Комелягина Е.Ю.

*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

16:00 – 16:25 «Алгоритмы ведения пациента с диабетическим
 поражением сетчатки»

к.м.н. Шадричев Ф.Е.

*(СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический
 центр №1», территориальный диабетологический центр,
 г. Санкт-Петербург)
 Дискуссия*

16:30 – 16:40 Перерыв

16:40 – 17:50 Секционное заседание 8 *Большой конференц-зал*
**«Кардиопротекция в диабетологии:
 сегодня и завтра»**

Председатель:

проф. Анциферов М.Б.

*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

16:40 – 17:00 «Семаглутид (Оземпик):
 создаем будущее наших пациентов сегодня»
проф. Галстян Г.Р.
*(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии»
 Минздрава России)*

17:05 – 17:20 «Эволюция аналогов ГПП-1:
 снижение сердечно-сосудистых рисков»
к.м.н. Зилов А.В.
*(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
 Минздрава России)*

17:25 – 17:40 «Портреты пациентов с сахарным диабетом 2 типа
 и высоким сердечно-сосудистым риском
 (данные Московского регистра)»
к.м.н. Демидов Н.А.
*(ГБУЗ «Городская больница г. Московский
 Департамента здравоохранения города Москвы»);
 проф. Анциферов М.Б.*
*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)
 Дискуссия*

16:40 – 17:20 Мастер-класс *Малый конференц-зал*
**«Подбор дозы инсулина
 в реальной клинической практике»**

к.м.н. Гурова О.Ю.

*(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
 Минздрава России)
 Дискуссия*

17:25 – 18:10 Секционное заседание 9 *Малый конференц-зал*
**«Flash мониторинг глюкозы
 в клинической практике: как меняются подходы
 к оценке гликемического контроля»**

Председатель:
проф. Галстян Г.Р.
*(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии»
 Минздрава России)*

17:25 – 17:40 «Время в целевом диапазоне: рекомендации
 Международного консенсуса»
к.м.н. Зилов А.В.
*(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
 Минздрава России)*

17:45 – 18:00 «Практические аспекты использования Flash мониторинга:
 разбор клинического случая»
к.м.н. Черникова Н.А.
(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)
Дискуссия

11 октября 2020 г. (воскресенье)

09:00 – 12:00 Регистрация участников съезда

10:00 – 11:00 Актовая лекция *Большой конференц-зал*
 «Современные алгоритмы ведения
 больных с раком щитовидной железы»

проф. Румянцев П.О.
(ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

Председатель:
проф. Анциферов М.Б.
*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

11:00 – 11:20 Перерыв

11:20 – 12:30 Секционное заседание 10 *Большой конференц-зал*
«Сложные вопросы в терапии акромегалии»

Сопредседатели:
проф. Пронин В.С.
(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)
проф. Астафьева Л.И.
*(ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко»
 Минздрава России)*

11:20 – 11:35 «Московский регистр акромегалии:
 статус 2020 года и перспективы развития»
Пронин Е.В., Алексеева Т.М., проф. Анциферов М.Б.
*(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

11:40 – 12:00 «Современные проблемы и перспективы
 медикаментозного лечения акромегалии»
Андреева А.В.
*(ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева
 Департамента здравоохранения города Москвы»)*

12:05 – 12:20 «Новые вызовы в диагностике и лечении акромегалии: фокус на коморбидность»
проф. Астафьева Л.И.
 (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России)
 Дискуссия

12:30 – 12:50 Перерыв

12:50 – 15:10 **Секционное заседание 11** *Большой конференц-зал*
«Актуальные вопросы диагностики и лечения эндокринных заболеваний»

Сопредседатели:

проф. Мкртумян А.М.
 (ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России)

проф. Смирнова О.М.
 (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

12:50 – 13:05 «Гипогонадизм, как недооценённое звено в формировании ожирения и инсулинорезистентности у мужчин»
проф. Мкртумян А.М.
 (ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России)

13:10 – 13:40 «Возможности липидснижающей терапии у пациентов с сахарным диабетом и атеросклерозом: опыт Москвы»
 к.м.н. **Ершова А.И.**
 (ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России)

13:45 – 14:00 «Все ли ингибиторы ДПП-4 одинаковы?»
 к.м.н. **Черникова Н.А.**
 (ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)

14:05 – 14:20 «Есть ли место у препаратов сульфонилмочевины в современной клинической практике»
проф. Смирнова О.М.
 (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

14:25 – 14:50 «Подходы к ведению сложных пациентов с акромегалией»
Пронин Е.В.
 (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)
 Дискуссия

15:10 – 15:30 Перерыв

15:30 – 17:00 **Секционное заседание 12** *Большой конференц-зал*
«Патогенетическая терапия сахарного диабета типа 2 – как сделать рациональный выбор»

Сопредседатели:

член-корр. РАН **Петунина Н.А.**
 (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России)

проф. Галстян Г.Р.
 (Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

15:30 – 16:05 «Потенциал тиазолидиндионов в современной стратегии лечения сахарного диабета 2 типа»
проф. Галстян Г.Р.
 (Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

16:05 – 16:40 «Стандарты и персонифицированный подход к пациенту: есть ли противоречие?»
 член-корр. РАН **Петунина Н.А.**
 (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России)

16:40 – 17:00 Клинический разбор больного сахарным диабетом 2 типа с учетом патогенетических целей лечения
проф. Галстян Г.Р.
(Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)
член-корр. РАН Петунина Н.А.
(ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России)
 Дискуссия

11:20 – 13:40 Круглый стол (I) *Малый конференц-зал*
«Эндокринная хирургия в Москве: опыт и перспективы развития»

Модераторы:

проф. Щеголев А.А.
*(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»,
 Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»)*
проф. Митичкин А.Е.
(Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»)
проф. Анциферов М.Б.
(ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»)

11:30 – 11:45 «Системы TIRADS: возможности, ограничения, роль в определении показаний к пункционной биопсии образований щитовидной железы»
Артемова А.М.
(ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России)

11:50 – 12:05 «Пункционная тонкоигольная биопсия: современный взгляд на место и значение в диагностике заболеваний щитовидной железы»
проф. Щеголев А.А.
(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
проф. Митичкин А.Е., к.м.н. Пантелеев И.В., Слободяник А.С., Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р.
Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
к.м.н. Миносян А.М. *(ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы»)*

12:10 – 12:25 «Возможности эндокринолога в подготовке больных с диффузным токсическим зобом к хирургическому лечению»
к.м.н. Пашкова Е.Ю., член-корр. РАН Шабунин А.В., проф. Долидзе Д.Д. *(ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России);*
к.м.н. Лебединский И.Н. *(ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»);*
проф. Аметов А.С. *(ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)*

12:30 – 12:45 «Видеопрезентация «Использование нейромониторинга возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе»
проф. Щеголев А.А. *(ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);*
проф. Митичкин А.Е., к.м.н. Пантелеев И.В., Слободяник А.С., Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р.
Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);

12:50 – 13:05 «Трудности выбора наилучшего метода хирургического лечения заболеваний щитовидной железы»
Фейдоров И.Ю., Тигров М.С., Малкина Н.А.
 (ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Мосин С.В., Курашинова Л.С.**
 (ГБУЗ «ГКБ №40 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»)
 к.м.н. **Глаголев Н.С.** (ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы», ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»)

13:10 – 13:25 «Принципы хирургического лечения гиперпаратиреоза. 15-летний опыт»
 проф. **Щеголев А.А.**, к.м.н. **Когут О.Б.**,
 к.м.н. **Ланвен Л.А.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
 проф. **Митичкин А.Е.**, к.м.н. **Пантелеев И.В.**
 (Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Ларин А.А.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», ФГБУЗ «КБ №85 ФМБА РФ»);
 к.м.н. **Мазурова О.И.**, к.м.н. **Потемкин А.В.**
 (ФГБУЗ «КБ №85 ФМБА РФ»)
 Дискуссия

13:40 – 14:00 Перерыв

14:00 – 16:00 **Круглый стол (II)** *Малый конференц-зал*
 «Эндокринная хирургия в Москве: опыт и перспективы развития»

Модераторы:

проф. **Щеголев А.А.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
 проф. **Митичкин А.Е.**
 (Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
 проф. **Долидзе Д.Д.**
 (ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)

14:00 – 14:20 «Возможности малоинвазивных технологий в хирургии крупных опухолей надпочечников»
 проф. **Хрипун А.И.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»);
 к.м.н. **Махуова Г.Б.**, д.м.н. **Миронков А.Б.**, **Юсуфов М.П.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Авдеева Т.Ф.**, **Лихарев А.Ю.**
 (ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»)

14:25 – 14:40 «Пункция надпочечников – за и против»
 к.м.н. **Лебединский И.Н.**, **Евсиков А.И.**
 (ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»),
 член-корр. РАН **Шабунин А.В.**, проф. **Долидзе Д.Д.**,
 к.м.н. **Чеченин Г.М.**
 (ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России);
Кованцев С.Д.
 (ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России)

- 14:45 – 15:00 «Случай сложной диагностики и лечения первичного гиперальдостеронизма»
Юсуфов М.П., к.м.н. **Махуова Г.Б.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Авдеева Т.Ф.** (ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Маркина Н.В.**
 (ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»);
 проф. **Хрипун А.И.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»)
- 15:05 – 15:20 «Лечебно-диагностическая тактика в отношении пациентов с кистами надпочечников»
 к.м.н. **Мосин С.В.** (ГБУЗ «ГКБ №40 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»);
 д.м.н. **Бельцевич Д.Г.** (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России);
 д.м.н. **Кулезнева Ю.В., Фейдоров И.Ю.**,
 к.м.н. **Малкина Н.А., Тигров М.С., Мелехина О.В.**
 (ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Пантелеев И.В., Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р.**
 (Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
Кириллова М.С. (ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения города Москвы»);
 член-корр. РАН **Сажин А.В., Курашинова Л.С.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»);
 к.м.н. **Глаголев Н.С.** (ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы»)

- 15:25 – 15:40 «Персонализация доступов при операциях на надпочечниках»
 проф. **Щеголев А.А.**
 (ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»);
 к.м.н. **Пантелеев И.В., Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р., Слободяник А.С.**
 (Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»)
 Дискуссия

17:00 – 17:15 **Закрытие съезда**

Большой конференц-зал

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

проф. Аметов А.С.

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) как в России, так и во всем мире неуклонно растет. В структуре больных СД на сахарный диабет 2 типа (СД2) приходится 90-95%.

СД2 представляет собой серьезную медико-социальную проблему, что обусловлено его высокой распространенностью, тенденцией к стремительному росту числа больных, хроническим течением, высокой инвалидизацией и необходимостью создания системы специализированной медицинской помощи. Распространенность СД2 растет параллельно росту заболеваемости ожирением, что объясняется метаболическими нарушениями, которые приводят к резистентности к инсулину.

Критически важными звеньями патогенеза СД2 являются инсулинорезистентность и нарушение секреции инсулина панкреатическими β -клетками. Резистентность к инсулину при СД2 способствует увеличению продукции глюкозы в печени и уменьшению поглощения глюкозы в мышцах и жировой ткани. Кроме того, нарушаются взаимодействия между панкреатическими α -клетками, продуцирующими глюкагон, и инсулин продуцирующими β -клетками, в результате чего уровень глюкагона повышается. Дисфункция β -клеток необязательно следует за нарушением резистентности к инсулину и может развиваться уже на ранних этапах СД2. Кроме того, в настоящее время доказана роль в развитии СД2 нарушений инкретинового ответа, провоспалительных цитокинов, оксидативного стресса. Все это в совокупности приводят к развитию гипергликемии – неотъемлемого метаболического признака СД и патогенетического фактора развития микро- и макрососудистых осложнений.

Несомненно, что для эффективного управления СД достижение целевых значений уровня гликемии и снижение связанных с ней рисков развития и прогрессирования осложнений диабета является приоритетной задачей. Однако, основной причиной смерти пациентов с СД2 являются сердечно-сосудистые (СС) заболевания. Поэтому, при лечении пациентов с СД2 важно не только достижение целевых значений гликемии, но и модификация других факторов риска ССЗ: повышенного артериального давления, ожирения и дислипидемии.

В последние несколько лет накоплены убедительные доказательства, что некоторые сахароснижающие препараты обладают не только сахароснижающей активностью, но и способствуют снижению массы тела, а также оказывают кардио- и ренопротективные эффекты. Наибольший интерес с позиции многофакторного управления как СД, так и СС-рисками представляют агонисты рецепторов ГПП-1, ингибиторы НГЛТ-2.

Ингибиторы НГЛТ-2 селективно блокируют транспортеры, отвечающие за реабсорбцию глюкозы в проксимальных канальцах почек, и стимулируют лекарственную глюкозурию и связанные с ней диурез, натрийурез и осмодиурез, которые, в свою очередь, индуцируют целый ряд системных эффектов, в том числе модулирующих сердечно-сосудистые факторы риска.

Накопленные доказательства о СС-преимуществах терапии с использованием ингибиторов НГЛТ-2 явились веским аргументом для изменения парадигмы в управлении СД2, что нашло отражение в международных и Российских клинических рекомендациях как по лечению СД, так и по профилактике СС-заболеваний и предиабета. Согласно рекомендациях Российской ассоциации эндокринологов (2019 г.) ингибиторы НГЛТ-2 и агонисты рецепторов ГПП-1 рассматриваются в качестве препаратов для первичной профилактики ССЗ у пациентов с сердечно-сосудистыми факторами риска, для лечения пациентов с атеросклеротическими СС-заболеваниями, а также показаны при лечении СД2 у лиц с сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек.

ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ СЛОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ

*проф. Анциферов М.Б.¹, Пронин Е.В.¹, Алексеева Т.М.¹,
проф. Пронин В.С.²*

¹ ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Акромегалия является тяжелым хроническим нейроэндокринным заболеванием. Проблемы её лечения заключаются в запоздалой диагностике, существовании множественных клинико-патологических вариантов ГР-секретирующих аденом, отличающихся по степени агрессивности течения и чувствительности к предъявляемому лечению, а также наличию необратимых сочетанных системных и обменных нарушений, снижающих качество и продолжительность жизни пациентов.

Многолетний опыт ведения Московского регистра больных акромегалией и гипопитарным гигантизмом позволил подтвердить наличие возраст-половых особенностей течения заболевания, оценить эффективность различных схем лечебной тактики и фармакотерапии. Наибольшую сложность представляет лечение агрессивных (слабо гранулированных и смешанных) соматотропином, отличающихся высокой секреторной и пролиферативной активностью, инвазивным ростом с развитием интракраниальной компрессии и склонностью к рецидивированию. К сожалению, используемая традиционная тактика лечения таких больных с помощью октреотид- и ланреотидсодержащих препаратов (даже в режимах эскалации дозы, уменьшения междуинъекционных интервалов, подключения агонистов дофамина) не всегда приводит к ремиссии заболевания в силу низкой экспрессии 2-го подтипа соматостатиновых рецепторов и, соответственно, резистентности к используемым лекарственным препаратам.

В данной ситуации для лечения таких пациентов требуется дифференцированный подход с подключением к вторичной терапии аналогов соматостатина 2-й генерации (пасиреотид) или пегвисоманта. Пегвисомант является антагонистом рецептора ГР и способен дозозависимо блокировать его биологическое действие, обеспечивая стойкую биохимическую ремиссию заболевания. Важной особенностью данного препарата является отсутствие диабетогенного действия и возможность его использования при нарушениях углеводного обмена. Наиболее перспективной в реальных условиях представляется комбинированное использование аналогов соматостатина и пегвисоманта.

В докладе анализируются способы прогнозирования эффективности лечебных мероприятий, а также рациональные схемы комбинированного лечения ГР-секретирующих аденом с использованием хирургического и фармакологического подходов.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНАЛОГАМ СОМАТОСТАТИНА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ В МОСКВЕ

Андреева А.В.

ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы»

Акромегалия – редкое тяжелое нейроэндокринное заболевание, характеризующееся полиорганными нарушениями, приводящими при отсут-

ствии адекватного лечения к снижению качества и продолжительности жизни пациентов. Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения, летальность больных акромегалией в 2-4 раза превышает данный показатель в популяции. Возможные методы лечения акромегалии включают нейрохирургическое удаление соматотропиномы, медикаментозное лечение и стереотаксическую радиохирургию. Нейрохирургическое лечение (транссфеноидальная аденомэктомия) рекомендуется в качестве первой линии лечения у большинства пациентов с акромегалией, которые не имеют соматических противопоказаний для операции. Согласно современным рекомендациям больным, не достигшим биохимического контроля после оперативного лечения, обязательно назначается медикаментозная терапия. Врачебный арсенал медикаментозного лечения составляют аналоги соматостатина, агонисты дофаминовых рецепторов и антагонисты рецепторов гормона роста. Аналоги соматостатина (АСС) (ланреотид и октреотид) являются безусловными лидерами среди препаратов для терапии акромегалии не только за счет доказанной эффективности, но и вследствие значительной доступности и распространенности в практике врачей-эндокринологов. Ответ на терапию аналогами соматостатина оценивается по степени снижения уровней ГР и ИФР-1, а также по уменьшению размеров аденомы гипофиза или ее остаточной ткани. Адекватным биохимическим ответом считается достижение целевых показателей или хотя бы снижение уровней ГР и/или ИФР-1 на 50% и более. При использовании АСС в качестве первой линии терапии ожидается более активный противоопухолевый ответ на лечение и уменьшение объема аденомы гипофиза более чем на 20%. Несмотря на рекомендации в своей практике врач часто сталкивается с резистентностью к терапии АСС. В настоящее время частичная резистентность отмечается у 50% пациентов. Согласно клиническим рекомендациям, возможностями преодоления резистентности к АСС являются: увеличение дозы пролонгированной формы октреотида, укорочение интервалов между введениями для пролонгированного ланреотида до 28 дней, комбинированная терапия (с каберголином), переключение на другой АСС (в том числе второго поколения). По заключению Американской ассоциации клинических эндокринологов, октреотид и ланреотид обладают сопоставимым профилем эффективности и безопасности. С целью оценки побочных эффектов терапии в 2017 году были опубликованы результаты исследования по изучению безопасности препарата ланреотид при увеличении дозы/частоты инъекций у пациентов с ранее неконтролируемой

акромегалией при приеме стандартных доз аналогов соматостатина. В исследовании не было показано негативного влияния увеличения дозы ланреотида на углеводный обмен. Отмечено, что у 1/3 пациентов с исходным нарушением толерантности к глюкозе при повышении дозы/частоты инъекций нормализовался уровень глюкозы в плазме крови, что можно связать с улучшением биохимического контроля акромегалии. В то же время, во многих исследованиях показано, что для пациентов с непереносимостью одного из АСС возможно эффективное и безопасное применение другого препарата данного класса. В ретроспективном анализе Московского регистра больных акромегалией, наблюдали 118 пациентов, переведенных с октреотида на ланреотид в период с 2009 по 2016 гг. Причинами перевода были: непереносимость октреотида; недостаточный терапевтический эффект (резистентность к проводимой терапии); возможность назначения препарата с увеличенными интервалами введения; необходимость проведения инъекций в домашних условиях. В группе, включившей 97 пациентов, переведенных на ланреотид, в период с 2009 по 2013 гг., наблюдалась клинко-биохимическая компенсация у 87% пациентов, средняя концентрация ИФР1 составила 130,5 нг/мл. В группе, включившей 21 пациента, переведенных с октреотида на ланреотид в период с 2013 по 2016 гг., ремиссия на фоне приема ланреотида наступила у 71,4%. В другом исследовании было показано, что перевод пациентов с октреотида на ланреотид с увеличением межинъекционного интервала позволил сохранить лечебный эффект и контроль за биохимическими показателями, а также упростить режим терапии и инъекций. Таким образом у пациентов с активной акромегалией, получающих лечение АСС, возможно применение одной из тактик преодоления резистентности, обеспечивающих персонализированный подход и максимальную приверженность к назначаемой терапии.

СЕЛЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ (ПИЛОТНОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ACROSCREEN)

Анциферов М.Б.¹, Пронин В.С.², Алексеева Т.М.¹, Мезоноб П.³, Ионова О.А.¹, Дорофеева Л.Г.¹, Мартынова Е.Ю.⁴, Потешкин Ю.Е.⁴, Чуброва Н.А.⁴, Жеребчикова К.Ю.⁴

¹ ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», Москва, Россия

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва, Россия

³ Ipsen Pharma, Булонь-Бийанкур, Франция

⁴ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Обоснование: Акромегалия является полиорганным инвалидизирующим заболеванием, эффективность лечения которого и профилактика отдаленных осложнений напрямую зависят от своевременной диагностики. Целью настоящего исследования явилась клиническая апробация диагностического комплексного подхода с использованием селективного скрининга для выявления случаев акромегалии у пациентов с сочетанными соматическими заболеваниями.

Методы: Клиническое поперечное исследование (ACROSCREEN) было проведено в 2013–2015 гг. в Москве. Поиск потенциальных больных акромегалией проводился среди пациентов с эндокринными и соматическими нарушениями. Алгоритм диагностического поиска включал анкетирование пациентов, оценку клинического статуса, проведение лабораторно-инструментального обследования и экспертную оценку полученных результатов с заполнением анкеты врача. При наборе более 18 баллов проводилось более специфическое обследование: двукратное определение уровня инсулиноподобного ростового фактора 1 (ИРФ-1), проведение ОГТТ с определением величины гормон роста (ГР) надира, а также МРТ головного мозга с контрастным усилением. Диагноз акромегалии ставился на основании анкетных данных, экспертной оценки клинического статуса, результатов лабораторного и инструментального обследований. Для изучения диагностических предикторов акромегалии были использованы модели логистической регрессии и дискриминантного анализа

Результаты: Первичное анкетирование и стационарное обследование было проведено у 367 и 329 пациентов, соответственно. Наиболее распространенными причинами визита в исследовательский центр были сахарный диабет (261/329; 79,3%) и болезни щитовидной железы (33/329; 10,0%). В результате гормонального обследования 329 пациентов у 35 (10,6%) больных было отмечено повышение в крови уровня ИРФ-I. У 19 больных стойкое повышение уровня ИРФ-I сочеталось с отсутствием подавления ГР менее 0,4 нг/мл на фоне глюкозной нагрузки. При проведении МРТ у 9 больных была выявлена аденома гипофиза (у 2 – микро- и у 7 – макроаденома). (У одного пациента микроаденома гипофиза была выявлена

позднее за рамками протокола данного исследования.) Таким образом, диагноз акромегалии был подтвержден у 9 из 329 (2,7%) обследованных пациентов. С помощью модели дискриминантного анализа было выявлено, что прогностическими маркерами акромегалии являются типичное изменение внешности и увеличение размеров конечностей ($p=0,017$), увеличение мягких тканей лица (губ) ($p=0,007$) и головная боль ($p=0,043$). Статистически значимым параметром в логистической регрессионной модели было увеличение мягких тканей лица в области губ (отношение шансов: 7,34; 95% доверительный интервал: 1,38–39,11; $p=0,0196$).

Заключение: В результате проведенного исследования обнаружено 9 впервые выявленных больных акромегалией, которым было назначено адекватное лечение. Внедрение технологии селективного скрининга ACROSCREEN в практику работы эндокринолога позволит повысить эффективность диагностического поиска больных акромегалией, оценить распространенность заболевания в России и потребность в специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: акромегалия, диагностика, селективный скрининг.

АКРОМЕГАЛИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ: АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

проф. Астафьева Л.И.

ФГАУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко»

Акромегалия – тяжелое хроническое нейроэндокринное заболевание, сопровождающееся такими сопутствующими состояниями, как сахарный диабет, нарушение сердечно-сосудистой и дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, увеличением числа новообразований. К сопутствующим акромегалии заболеваниям и состояниям относят: сахарный диабет (15-38%), гипертонию (33-46%), нарушение липидного обмена (повышение триглицеридов и ЛПНП), поражения клапанного аппарата сердца, аортальную и митральную регургитацию, синдром обструктивного апноэ во сне (69%), головную боль (55%), новообразования (полипы толстой кишки, доброкачественные и злокачественные новообразования щитовидной железы; (20-54%), изменение в скелетно-мышечном аппарате [артропатии, остеопороз, компрессионные переломы позвонков, карпальный туннельный синдром (64-77%)]. Уровень смертности пациентов с акромегалией выше, чем в общей популяции. Также отмечено, что риск смерти возрастает с появлением сопутствующей патологии, такой как, например, сахарный диабет или

сердечно-сосудистые заболевания. Это связано с развитием сердечной недостаточности. Пациентам с акромегалией и сердечно-сосудистой патологией необходимо как патогенетическое лечение основного заболевания, так и терапия связанных с ним осложнений. В тех случаях, когда хирургическое лечение невозможно, не показано или явилось неэффективным, аналоги соматостатина являются первой линией терапии. В ряде исследований было показано, что применение аналогов соматостатина (АСС) ассоциировано с уменьшением ЧСС, индекса массы миокарда ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки, улучшением переносимости нагрузки и фракции выброса. Так в исследовании Annamalai было показано, что применение ланреотида приводит к достоверному снижению скорости распространения пульсовой волны на аорте (аСРПВ) на 0,4 м/с ($p=0,046$), улучшает показатели функции эндотелия [увеличение показателя поток-опосредованной дилатации на 1,73% ($p=0,0013$)], снижает степень тяжести гипертрофии левого желудочка [изменение массы миокарда ЛЖ на 11,8 г/см², ($p=0,019$)], что ассоциируется со снижением осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. В исследовании Maffei был показано, что применение ланреотида приводит к достоверному снижению систолического АД у пациентов с артериальной гипертонией (со 137 до 128 мм.рт.ст., $p=0,003$) или дилатацией ЛЖ (со 128,5 до 120,2 мм.рт.ст., $p=0,01$). В этом же исследовании у пациентов с акромегалией отмечалось достоверное снижение уровня общего холестерина (с 5,4 ммоль/л до 4,9 ммоль/л, $p=0,005$) и индекса инсулинорезистентности НОМА-R (с 3,7 до 2,6 $p=0,005$). Эти показатели также относятся к факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В другом исследовании Primagus у пациентов, получавших ланреотид, также было отмечено достоверное снижение уровня триглицеридов и повышение уровня ЛПВП. Уменьшение выраженности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний приводит к снижению риска смерти. Давно известно о негативном влиянии АСС на углеводный обмен. Это скорее всего связано с механизмом действия этой группы препаратов: подавление уровня ГР и, как следствие, секреции инсулина. При этом в post hoc анализе исследования Primagus было показано, что у пациентов с сахарным диабетом снижался уровень глюкозы и HbA1c на фоне приема препарат ланреотид (с 9 до 7,1 ммоль/л и с 8 до 6,8% соответственно). В общей популяции их уровень не изменялся. Одним из частых проявлений акромегалии является патология опорно-двигательного аппарата, которая чаще всего проявляется нарушением архитектоники, снижением минеральной плотности и резорбцией костной ткани. Всем пациентам с диагнозом акромегалия рекомендуется оценивать риск развития

остеопороза, включая дефицит витамина Д и недостаточное потребление кальция. Следует отметить, что с этими факторами связана и более высокая, чем в обычной популяции, частота переломов у пациентов с акромегалией. (10-40%). Согласно метаанализу ряда исследований активность заболевания, мужской пол и гипогонадизм коррелируют с большей частотой перелома позвоночника, чем в других соответствующих группах сравнения. Согласно клиническим рекомендациям по ведению пациентов с акромегалией и сопутствующими заболеваниями, всем пациентам рекомендуется оценка состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА), а при необходимости незамедлительное начало лечения артропатий с использованием хирургических методов или медикаментозной терапии (класс доказательности С). Денситометрия должна выполняться при указании на переломы или гипогонадизм в анамнезе. При наличии остеопороза, не поддающегося коррекции даже при нормальных биохимических показателях (ИРФ-I, ГР), следует назначить антирезорбтивную терапию (класс доказательности С). Но, в большинстве случаев контроль за биохимическими показателями (ГР и ИРФ-I) приводит к улучшению состояния костной-мышечной системы, в том числе уменьшению толщины сустава, выраженности артралгии и парестезий. Так, в исследованиях Lombardi и Colao при применении препарата ланреотид Аутожел у пациентов с акромегалией отмечалось достоверное снижение частоты развития туннельного синдрома, а также парестезий и артралгий в коленном суставе, конечностях и позвоночнике в среднем в 2-3 раза. Патогенетическая терапия акромегалии приводит к уменьшению выраженности основных проявлений заболевания и, тем самым, к снижению риска смерти. За последние годы был выпущен ряд клинических рекомендаций по ведению пациентов с акромегалией и сопутствующими заболеваниями. Необходим индивидуальный подход к лечению каждого пациента, тщательный мониторинг основных клинических показателей, не только симптоматическое, но и адекватное патогенетическое лечение основного заболевания.

ДИЗАЙН И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ REWIND. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ?

проф. Галстян Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Сахарный диабет типа 2-го типа – хроническое прогрессирующее заболевание, представляющее собой независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений.¹ Современные требования к са-

хароснижающей терапии СД2 включают не только эффективный гликемический контроль, но и сердечно-сосудистую безопасность.² В ранее проведенных крупных проспективных исследованиях сердечно-сосудистых исходов препараты классов иНГЛТ-2 и арГПП-1 доказали свою эффективность в снижении основных сердечно-сосудистых исходов у пациентов с СД2 с уже диагностированным сердечно-сосудистым заболеванием.³

В 2019 году были опубликованы результаты исследования REWIND, впервые продемонстрировавшего, что применение препарата класса арГПП-1 дулаглутида снижает риск развития больших сердечно-сосудистых событий (комбинированная конечная сердечно-сосудистая точка 3-MACE) на 12% не только у пациентов с СД2 с ранее установленным ССЗ, но и у пациентов с наличием факторов риска, без ранее установленного ССЗ.⁴

REWIND – рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование с параллельными группами, в которое было включено 9901 пациент (средний возраст составил 66 лет) из них 46% женщин, период наблюдения составил 5,4 года, средний исходный уровень HbA1c – 7,3%. В структуре сахароснижающей терапии большое число пациентов получало метформин и производные сульфанилмочевины новых генераций (классическая сахароснижающая схема терапии), 24% пациентов получали инсулинотерапию, при этом препараты инновационных классов составили 5%⁴. Все это говорит о том, что исследование REWIND отличается от других исследований сердечно-сосудистых исходов тем, что когорта пациентов, включенных в исследование фактически сопоставима с амбулаторными пациентами с СД2, которые встречаются в рутинной клинической практике.⁴

Несмотря на низкий исходный средний уровень HbA1c – 7,3% в группе дулаглутида уровень HbA1c снизился на ~ 0.6% и сохранялся ниже 7% в течение всего периода наблюдения на протяжении более 5 лет терапии.⁴ Статистически значимо в группе дулаглутида имело место снижение массы тела на 1.5 кг, ЛПНП, систолического АД на 1.7 мм рт.ст.⁵ В группе дулаглутида также статистически значимо было меньше новых случаев впервые возникшей макроальбуминурии в сравнении с плацебо.

Исследование REWIND доказало, что применение инновационных классов сахароснижающих препаратов, а именно арГПП-1 (дулаглутид), позволяет более широко подходить к терапии СД 2 типа, не только

безопасно снижая уровень гликированного гемоглобина, но и риск развития больших сердечно-сосудистых событий и может использоваться для не только вторичной, но и первичной профилактики ССЗ.

Список литературы:

1. Newman JD, Schwartzbart AZ, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus, Journal of the American College of Cardiology 2017;70:883-893
2. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes 2018 Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S86–S104 | <https://doi.org/10.2337/dc18-S009>
3. Scheen AJ. Cardiovascular outcome studies in type 2 diabetes: Comparison between SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists. Diabetes Res Clin Pract. 2018 Sep;143:88-100. doi: 10.1016/j.diabres.2018.06.008. Epub 2018 Jun 23. Review.
4. Gerstein HC, Colhoun HM, et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled trial, www.thelancet.com Published online June 10, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31149-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31149-3)

СЕМАГЛУТИД (ОЗЕМПИК®): СОЗДАЕМ БУДУЩЕЕ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ СЕГОДНЯ

проф. Галстян Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Последние 10-15 лет в развитии диабетологии отмечены не только появлением новых классов сахароснижающих препаратов, но и их качественным обновлением, т.е. появлением лекарств с принципиально новыми механизмами действия, таких как агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1), ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) и ингибиторы натрий-глюкозного транспортера 2 (НГЛТ-2).

Клиническая эффективность разных классов сахароснижающих препаратов хорошо изучена у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и различными коморбидными патологиями. Хорошо известно, что сердечно-сосудистые (СС) заболевания являются ведущей причиной смерти больных с СД2. Оптимизация контроля гликемии при СД2 улучшает прогноз микрососудистых осложнений, однако, существенно не влияет на частоту развития сердечно-сосудистых событий и смертность.

В связи с вышеизложенным, появление каждого нового лекарственного препарата, обладающего не только доказанной эффективностью и безопасностью в управлении углеводным обменом, но и обладающего кардиоваскулярными преимуществами, вызывает живой интерес врачебного сообщества.

Данный доклад посвящен семаглутиду, новому аналогу ГПП-1 для подкожного введения 1 раз в неделю (Оземпик®) и его плеотропным эффектам.

В докладе акцент сделан на модификацию молекулы человеческого ГПП-1, приведшей к появлению нового аналога ГПП-1 семаглутида для введения однократно в неделю, механизмах действия препарата, вызывающих стабильное улучшение гликемического контроля с достижением целевого HbA1c < 7% в среднем у 80% пациентов, снижения массы тела > 5% у 56% пациентов и > 10% примерно в 20% случаев.

Успешность в лечении СД2 это не просто коррекция гипергликемии, но и обязательное сведение к минимуму риска гипогликемий, снижение массы тела, значимое уменьшение риска СС осложнений. По результатам проведенного исследования кардиоваскулярных исходов для семаглутида SUSTAIN 6 было доказано снижение риска развития больших СС событий на 26%, что является максимальным для всей группы ар-ГПП-1 на настоящий момент. Семаглутид безопасен у пациентов с СД2 и поражением почек, не требует коррекции дозы и может назначаться таким пациентам вплоть до показателей рСКФ 15 мл/мин./1,73 м².

Таким образом, современным приоритетом при выборе сахароснижающих препаратов для лечения пациентов с СД2 с учетом максимального снижения риска СС осложнений должна быть эффективность сахароснижающего действия препарата в сочетании с безопасностью для пациентов (как краткосрочной, так и долгосрочной) и способностью снижать риск СС заболеваний. Семаглутид (Оземпик®) обладает всеми вышеозначенными характеристиками, что позволяет отнести его к категории препаратов, модифицирующих течение заболевания.

ПОТЕНЦИАЛ ТЗД В СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

проф. Галстян Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва

Цель: актуализация важности коррекции инсулинорезистентности и определение места терапии тиазолидиндионами в современной стратегии лечения сахарного диабета 2 типа.

Актуализация: инсулинорезистентность — это состояние, сопровождающееся нарушением биологического ответа периферических тканей организма на воздействие эндогенного или экзогенного инсулина. В широком

смысле понятие инсулинорезистентность отражает реакцию периферических тканей на все эффекты инсулина, включая его воздействие на жировой и белковый метаболизм, однако клинический термин инсулинорезистентность характеризует это состояние как нарушение ответа тканей на сахароснижающее действие инсулина. Инсулинорезистентность лежит в основе патогенеза СД 2 типа.

Для лечения пациентов с сахарным диабетом в настоящее время применяется девять классов сахароснижающих препаратов. При этом, согласно данным литературных источников, достижение индивидуальных целей терапии пациентов происходит примерно в 50% случаев. И при подборе терапии пациентам с СД 2 типа возникает масса вопросов.

Для лечения которой в настоящий момент зарегистрировано всего два класса сахароснижающих препаратов: бигуаниды и тиазолидиндионы. «Золотой стандарт» для начала терапии таких пациентов – метформин. Однако не все пациенты хорошо переносят терапию метформином. В таком случае, когда воздействовать на инсулинорезистентность не представляется возможным, назначение стандартной терапии будет менее эффективным и у таких пациентов сложнее всего достигнуть целей лечения. Однако инсулинорезистентность является независимым фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые очень часто сопровождают пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Сложную историю применения в клинической практике имеет класс тиазолидиндионов. Так, в 2000 году на фармацевтическом рынке присутствовало 3 препарата группы тиазолидиндионов. К настоящему времени один был полностью запрещен (троглитазон), к использованию второго (розиглитазон) имеются очень устойчивые и широко распространенные клинические претензии, а третий (пиоглитазон), применяется в мировой практике терапии пациентов с СД, однако, в настоящий момент, не представлен на российском рынке.

Тиазолидиндионы активируют ядерные PPAR γ -рецепторы, что приводит к изменению регуляции углеводного обмена за счет повышения чувствительности к инсулину жировой, мышечной и печеночной тканей. Отсутствие пиоглитазона приводит к тому, сильно страдают пациенты, остро нуждающиеся в устойчивом патогенетическом лечении, воздействующем на инсулинорезистентность.

Тиазолидиндионы были испытаны во многих клинических исследованиях, подтвердивших их эффективность для лечения и профилактики

СД 2 типа. Результаты клинических исследований пиоглитазона доказывают, что помимо устойчивого и длительного гипогликемического действия, данный препарат снижает частоту развития крупных сердечно-сосудистых событий, снижает риск развития сахарного диабета у пациентов с инсулинорезистентностью, замедляет прогрессирование атеросклероза коронарных артерий и обладают выраженным антиатерогенным действием.

Выводы: появление препаратов пиоглитазона на российском фармацевтическом рынке поможет решить проблему терапии пациентов с высоким уровнем инсулинорезистентности. Кроме того, за счет того, что пиоглитазон может приводить к снижению частоты развития крупных сердечно-сосудистых событий, замедлению прогрессирования атеросклероза коронарных артерий, антиатерогенному действию, он сможет стать в один ряд с препаратами, применяющимися в современной стратегии лечения сахарного диабета 2 типа.

ГЛЮКОЗОЦЕНТРИЧНОСТЬ? ПРОГНОЗОЦЕНТРИЧНОСТЬ? ПАЦИЕНТОЦЕНТРИЧНОСТЬ!

проф. Галстян Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

к.м.н. Пащикова Е.Ю.

ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

проф. Маркова Т.Н.

ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Согласно данным российского Регистра сахарного диабета, в 2018 года только 52% пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) достигли значений HbA1c < 7% [1]. S. Edelman отмечает, что основной вклад в разницу между результатами клинических исследований и данных реальной клинической практики вносит низкая приверженность пациентов (особенно приверженности к сложным режимам инсулинотерапии) [2]. В формирование клинической инертности, позднего старта инъекционной терапии вносят свой вклад опасения по поводу увеличения веса и риска гипогликемии, как со стороны пациента, так и лечащего врача [3, 4].

Таким образом, учитывая все нерешенные проблемы в терапии СД 2 типа, актуальным является вопрос появления новых, инновационных

сахароснижающих препаратов. Одним из таких инновационных препаратов является Соликва СолоСтар® – фиксированная комбинация аналога базального инсулина гларгин 100 ЕД/мл и агониста рецепторов глюкогагон-подобного пептида типа 1 (аГПП-1) ликсисенатида [6].

В исследовании LixiLan-O проводилась оценка эффективности и безопасности препарата Соликва СолоСтар® у пациентов с СД 2 типа, не достигших целевого HbA1c при применении пероральных сахароснижающих препаратов [5]. Препарат Соликва СолоСтар® продемонстрировал преимущество в снижении уровня HbA1c у пациентов, получавших метформин ± другие пероральные сахароснижающие препараты (ПССП), с показателями безопасности аналогичными инсулину гларгин 100 ЕД/мл и ликсисенатиду [5]. Значимо большая, в сравнении с базальным инсулином, доля пациентов (74%) достигла уровня HbA1c < 7% в группе пациентов, получавших Соликву СолоСтар®. Важно отметить, что данные результаты были достигнуты без дополнительного риска гипогликемий и влияния на массу тела в группе препарата Соликва СолоСтар® в сравнении с группой пациентов на инсулине гларгин 100 МЕ/мл [5, 6]. Дополнительным удобством как со стороны пациента, так и лечащего врача, является режим использования 1 раз в сутки и хорошо известная врачам схема титрации по ГПН [6].

На сегодняшний день, опция старта инсулинотерапии с фиксированных комбинаций базального инсулина и аГПП-1 вошла как в мировые [7], так и в российские клинические рекомендации по терапии сахарного диабета 2 типа [8].

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. и соавт. Атлас регистра сахарного диабета РФ. Статус 2018 г. Сахарный диабет. Том 22, № 2S (2019).
2. Edelman S. et al. Diabetes Care 2017; 40: 1425–1432
3. Patient Prefer Adherence. 2015; 9: 1225–1231.
4. Khunti K et al. Diabetes Care. 2013; 36: 3411–3417
5. Julio Rosenstock et al. Diabetes Care 2016 Nov; 39(11): 2026–2035;
6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Соликва СолоСтар®, ЛП-004874-300518
7. Melanie J. Davies et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2018.
8. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.

ПОДБОР ДОЗЫ ИНСУЛИНА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

к.м.н. *Гурова О.Ю.*

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Неадекватный гликемический контроль при сахарном диабете может быть следствием страха перед гипогликемией как у врача, так и у пациента. Меньшее количество гипогликемий в течение периода интенсивного подбора дозы инсулина способствует формированию доверия пациента и повышению его приверженности к проводимому лечению.

Новая форма инсулина гларгин 300 ЕД/мл разработана для обеспечения еще более плавного профиля активности препарата, пролонгирования его действия и обеспечения более стойкого поддержания концентрации глюкозы крови.

Исследование BRIGHT – первое и единственное рандомизированное клиническое исследование прямого сравнения эффективности и безопасности инсулина гларгин 300 ЕД/мл (Гла-300) и инсулина деглудек 100 ЕД/мл (Дег-100) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, ранее не получавших инсулин, показало сопоставимый эффект по снижению HbA1c на 1,6% при использовании инсулина Гла-300 и инсулина Дег-100 к концу исследования (24 нед.). Отмечались сопоставимые показатели встречаемости и частоты развития гипогликемии ($\leq 3,9$ ммоль/л и $< 3,0$ ммоль/л) в течение поддерживающего периода лечения (13–24 нед.) и всего 24-недельного периода исследования. Частота развития подтвержденной гипогликемии менее 3,0 ммоль/л в любое время суток была на 43% ниже, а ночной гипогликемии $\leq 3,9$ ммоль/л на 35% ниже в группе, получавшей лечение препаратом Гла-300, чем в группе, получавшей лечение инсулином Дег-100, в течение периода интенсивного подбора дозы (первые 12 нед.).

Полученные данные позволяют акцентировать внимание на важности периода активного подбора дозы инсулинотерапии в реальной клинической практике, так как он может определять долгосрочных успех гликемического контроля и, как следствие, качество жизни пациентов с СД 2 типа. Более того, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что самостоятельный подбор дозы инсулина гларгин 300 ЕД/мл превосходил подбор дозы, управляемый врачом, с точки зрения снижения HbA1c. Накопленная научная база служит основой для оптимизации инсулинотерапии пациентов с сахарным диабетом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МАСТЕР. ПРЕИМУЩЕСТВА СТАРТОВОЙ КОМБИНАЦИИ ВИЛДАГЛИПТИНА И МЕТФОРМИНА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РФ

к.м.н. Демидов Н.А.

ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность стартовой комбинации Вилдаглиптин+Метформин, определяемые как достижение контроля уровня глюкозы крови ($HbA1c < 7,0\%$) без доказанных гипогликемий, по сравнению с любыми другими подходами комбинированной пероральной терапии (за исключением инъекций), используемыми в повседневной клинической практике.

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте старше 18 лет с впервые выявленным СД 2 не получавшие ранее сахароснижающую терапию с $HbA1c > 7,5\%$

Материалы и методы: исследование МАСТЕР это «Многоцентровое проспективное наблюдательное неинтервенционное когортное исследование оценки эффективности и безопасности Вилдаглиптин + Метформин в фиксированной комбинации 50/1000 мг в сравнении с существующими в рутинной практике режимами комбинированной пероральной сахароснижающей терапии (за исключением инъекций — инсулина и агонистов ГПП-1) в качестве стартовой терапии у пациентов с впервые выявленным СД 2 типа и уровнем $HbA1c > 7,5\%$, ранее не получавших сахароснижающую терапию, в реальной клинической практике на протяжении 6 месяцев». Всего было включено 1398 пациентов из 18 клинических центров, расположенных на территории РФ, продолжительность исследования составила 6 месяцев.

Результаты и обсуждение:

Клиническая характеристика больных в исследуемых группах «Вилдаглиптин + Метформин» ($n=729$) и «Другая комбинация» ($n=669$) достоверно не различалась: возраст (лет): $56,6 \pm 9,8 / 58,4 \pm 10,1$; мужской пол (%): $40,1 / 35,9$; продолжительность СД2 (дни): $168,7 / 179,8$; ИМТ ($кг/м^2$): $32,2 \pm 4,6 / 32,1 \pm 4,8$, АД (мм.рт.ст): $130,1 \pm 12,6 / 130,3 \pm 8,1$ и $132,1 \pm 12,0 / 80,5 \pm 8,2$, н/д, соответственно. В группе «Другая комбинация» $66,5\%$ получали комбинацию бигуаниды+препараты сульфонилмочевины, $15,2\%$ – бигуаниды + ингибиторы ДПП-4, $12,7\%$ – бигуаниды + ингибиторы НГЛТ-2.

Было установлено, что раннее назначение комбинированной терапии Вилдаглиптин + Метформин позволяет достичь контроля гликемии (целевой $HbA1c < 7\%$) без доказанных гипогликемий у $68,7\%$ пациентов с впервые установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа. Стартовая терапия с помощью комбинации Вилдаглиптин + Метформин способствует снижению $HbA1c$ на $1,6\%$ по окончании 6 мес., снижению веса на $3,2$ кг, а также достижению контроля гликемии с целевым $HbA1c < 6,5\%$ без доказанных гипогликемий у $31,5\%$ пациентов. Исследование показало низкую частоту доказанных гипогликемий ($0,4\%$ пациентов) на фоне терапии Вилдаглиптин+Метформин, а также продемонстрировало положительное влияние исследуемой терапии на эмоциональное состояние пациента относительно ожидаемых гипогликемий. Исследуемая терапия Вилдаглиптин + Метформин имела хороший профиль безопасности и переносимости.

Заключение: Стартовая комбинированная терапия Вилдаглиптин + Метформин продемонстрировала лучшую эффективность и безопасность по показателям достижения контроля гликемии, динамики $HbA1c$, веса, частоте гипогликемий в сравнении с другой комбинированной пероральной сахароснижающей терапией (включая такие комбинации как Метформин + Глимепирид, Метформин + Гликлазид, Метформин + Дапаглифлозин).

ПОРТРЕТЫ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ (ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА)

к.м.н. Демидов Н.А.

ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения города Москвы»

Медико-социальная значимость сахарного диабета 2 типа (СД2) определяется широкой распространенностью данного заболевания, а также высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые для значимой части больных становятся фатальными.

В Московском сегменте Федерального регистра сахарного диабета (МСФРСД) на 01.01.2020 г. зарегистрировано $331,6$ тыс. больных СД2. При этом, отмечается выраженная тенденция к росту распространенности данного заболевания на протяжении длительного времени.

Смертность больных СД2 по данным МСФРСД почти в 70% случаев ассоциирована с ССЗ. При этом, максимальный риск сердечно-сосудистых

событий имеют пациенты с ССЗ в анамнезе (10-12% от всех больных СД2 по данным МСФРСД).

Пациенты без ССЗ в анамнезе, но имеющие множественные факторы риска (возраст ≥ 55 лет + гипертрофия ЛЖ или стеноз $>50\%$ коронарных, каротидных артерий или артерий нижних конечностей, СКФ <60 мл/мин/1,73 м² или альбуминурия), также имеют высокий риск сердечно-сосудистых событий и смерти от них.

Современные алгоритмы терапии СД2 предполагают ранжирование пациентов по наличию ССЗ в анамнезе и риска их развития, так как появившиеся в последние годы терапевтические опции позволяют осуществлять управление данными рисками.

В настоящее время определены классы препаратов для лечения СД2, которые в крупномасштабных исследованиях доказали эффективность не только для вторичной, но и для первичной профилактики ССЗ. Это препараты двух основных классов: ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) и агонисты рецептора глюкагоноподобного пептида 1 (арГПП-1) с доказанным кардиоваскулярными преимуществами.

Если использование иНГЛТ-2 имеет ряд ограничений, таких как возраст пациентов старше 75 лет или СКФ <45 мл/мин, то для арГПП-1 такие ограничения практически отсутствуют. При этом, по данным МСФРСД, препараты из класса арГПП-1 на сегодняшний день применяют порядка 0,5% пациентов СД2.

Таким образом, кардио- и нефропротективные свойства арГПП-1, а также огромное количество пациентов, у которых данные клинические преимущества могли бы быть реализованы, являются основанием для пересмотра сложившихся подходов к терапии больных СД2 и более широкому использованию препаратов данного класса.

КЛАСС-ЭФФЕКТЫ иДПП-4. НАСТУПИЛО ЛИ ВРЕМЯ РЕАЛИЗОВАТЬ ОЧЕВИДНОЕ?

*проф. Демидова Т.Ю., Лобанова К.Г.
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России*

Согласно Алгоритмам специализированной помощи больным сахарным диабетом (СД), рекомендовано переводить пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) на комбинацию двух препаратов, если на фоне монотерапии метформином не удастся достичь целевых показателей HbA1c в течение 3-6 месяцев наблюдения.

По данным отечественных Алгоритмов 2019 г., приоритетными препаратами второй линии являются аГПП-1 и иНГЛТ2. В рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов 2019г., пациентам, находящимся на терапии метформином и имеющим атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание (АССЗ) или высокий/очень высокий сердечно-сосудистый (СС) риск, показано добавление препаратов из группы аГПП-1 или иНГЛТ-2. Согласно рекомендациям ADA 2020 г., предпочтение также отдается препаратам из группы аГПП-1 и иНГЛТ-2. В случае отсутствия у пациента АССЗ, ХСН, ХБП, избыточной массы тела, с целью минимизации риска гипогликемии рекомендуют рассмотреть возможность назначения иДПП-4 как наиболее безопасной, эффективной и патогенетически обоснованной группы ССП.

Механизм иДПП-4 базируется на пролонгировании действия инкретиновых гормонов, к основным эффектам которых относят протективный эффект в отношении бета-клеток поджелудочной железы (ПЖЖ), подавление секреции глюкагона, глюкозозависимую секрецию инсулина. Это, с одной стороны, определяет влияние иДПП-4 на патогенетические звенья СД2, а, с другой стороны, обеспечивает низкий риск гипогликемий. ПСМ, в отличие от иДПП-4, стимулируют секрецию инсулина бета-клетками ПЖЖ в независимости от концентрации глюкозы в крови. Поэтому ПСМ ассоциированы с риском развития гипогликемий. Так, в исследовании Salutini E и соавт., процент госпитализаций по поводу гипогликемий, был максимальным (92%) среди пациентов, получающих комбинированную терапию, включающую ПСМ. Напротив, комбинация иДПП-4 и метформина была связана с наименьшим риском госпитализаций по поводу гипогликемий (8%).

Имеются данные о выраженных различиях иДПП-4 по сравнению с ПСМ в отношении развития кардиоваскулярных событий, микрососудистых осложнений и ожидаемого долгосрочного прогноза. По данным Шведского национального регистра, на фоне терапии иДПП-4 отмечается снижение частоты СС событий, тяжелых гипогликемий и смертности. В мета-анализе Dan Liu и соавт., подтверждается безопасность терапии иДПП-4 в отношении кардиоваскулярных событий.

По данным Регистра СД, монотерапию метформином получают 63,4% пациентов, монотерапию ПСМ – 34,6% пациентов, и только 2% пациентов получают монотерапию иДПП-4/аГПП-1/иНГЛТ2. Комбинированную терапию из 2-х ССП получают 27,6% пациентов. При этом наиболее распространенной комбинацией является терапия метформином и ПСМ – 89,4%.

Широкое применение ПСМ объясняется их низкой стоимостью. Однако, в настоящее время имеется препарат из группы иДПП-4 – эвоглиптин, имеющий оптимальную стоимость.

В исследовании ЭВОКОМБИ эвоглиптин продемонстрировал аналогичную эффективность и сопоставимую безопасность по сравнению с ситаглиптином. В исследовании EVERGREEN, сахароснижающий эффект (включая вариабельность гликемии) и переносимость эвоглиптина были сопоставимы с эффективностью и переносимостью линаглиптина.

Таким образом, на данный момент имеется возможность использования препарата из группы иДПП-4, стоимость которого сопоставима с ценой ПСМ, а эффективность и безопасность – с ситаглиптином и линаглиптином.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ: ОПЫТ МОСКВЫ

к.м.н. Ершова А.И.

ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России

Пациенты с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (АССЗ) и СД по современным представлениям относятся к категории очень высокого риска сердечно-сосудистых (СС) осложнений. Существенного долгосрочного снижения СС риска у пациентов с АССЗ и СД можно добиться лишь путем воздействия на множественные факторы, среди которых одним из ведущих является дислипидемия, коррекция которой имеет по некоторым данным наибольший вклад в снижение СС риска. Основной целью при коррекции дислипидемии у пациентов с СД и АССЗ является достижение целевых уровней холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) (<1,4 ммоль/л). Важной вторичной целью гиполипидемической терапии является снижение холестерина липопротеинов не относящихся к липопротеинам высокой плотности (ХС-нЛВП). ХС-ЛнВП, по некоторым данным, может быть лучшим предиктором СС риска в сравнении с ХС-ЛНП, особенно у пациентов с СД и смешанной дислипидемией.

Высокоинтенсивная терапия статинами является основой коррекции дислипидемии у пациентов с СД и АССЗ. При недостижении целевых уровней ХС-ЛНП показана комбинированная липидснижающая терапия: присоединение эзетимиба и/или ингибитора PCSK9. В исследовании IMPROVE IT в подгруппе пациентов с недавним ОКС, имеющих сопутствующий СД, было получено наибольшее снижение риска СС событий на

фоне терапии статином в комбинации с эзетимибом в сравнении с пациентами без сопутствующего СД.

По данным рандомизированных исследований, добавление ингибиторов PCSK9 к терапии максимально переносимыми дозами статинов позволяет добиваться дополнительного снижения ХС-ЛНП на 50-60% от исходного и достигать целевого уровня ХС-ЛНП у большинства пациентов с АССЗ и СД. Так, по данным объединенного анализа 9 исследований из программы ODYSSEY на фоне терапии алирокумабом 83% пациентов с АССЗ и СД достигли уровня ХС ЛНП <1,8 ммоль/л, а 73% достигли уровня ХС ЛНП <1,4 ммоль/л. В исследовании FOURIER добавление эволюкумаба приводило к снижению риска крупных СС событий у пациентов с АССЗ вне зависимости от наличия или отсутствия СД. В исследовании ODYSSEY OUTCOMES, терапия алирокумабом у пациентов, перенесших ОКС и получавших высокоинтенсивную терапию статинами, сопровождалась более выраженным снижением абсолютного риска крупных СС событий у пациентов с сопутствующим СД по сравнению с пациентами, не имеющими нарушений углеводного обмена.

ЭВОЛЮЦИЯ АНАЛОГОВ ГПП-1: КАК МЫ ЗАЩИЩАЕМ СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ?

к.м.н. Зилов А.В.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

У пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) ССЗ являются основной причиной заболеваемости и смертности. Риск развития ССЗ у данной когорты пациентов связан с несколькими факторами, как модифицируемыми, включая недостаток физической активности, нерациональное питание, курение, так и факторами, влияющими на развитие и усугубление СС рисков - артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС) в состоянии покоя, масса тела, уровень липидов и глюкозы крови.

Среди многочисленных классов сахароснижающих препаратов многофакторным управлением углеводным обменом с положительным влиянием на СС систему обладают лишь некоторые из них, включая агонисты рецепторов ГПП-1. Помимо усиления секреции инсулина путем стимуляции бета-клеток поджелудочной железы, ГПП-1 замедляет опорожнение желудка и подавляет секрецию глюкагона, снижая таким образом эндогенную продукцию глюкозы печенью. К настоящему времени реализованы два способа усилить действие ГПП-1 – введение извне агонистов рецепторов ГПП-1

(арГПП-1) либо применение ингибиторов фермента дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4), которые увеличивают время жизни эндогенного ГПП-1. Последняя группа препаратов (ситаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин, алоглиптин и вилдаглиптин), несмотря на удовлетворительный сахароснижающий потенциал и хорошую переносимость, не обладает кардиоваскулярными преимуществами. К тому же у пациентов высокого риска лечение отдельными ингибиторами ДПП-4 сопровождалось достоверным ростом частоты госпитализаций по поводу сердечной недостаточности.

В лечении пациентов с СД2 применяется несколько арГПП-1. Структурные различия между этими препаратами влияют на продолжительность их действия, а состав и дозы могут влиять на эффективность снижения уровня гликемии и массы тела, а также на сердечно-сосудистые эффекты.

По результатам исследований сердечно-сосудистых исходов, в которых арГПП-1 изучались применительно к пациентам с высоким и очень высоким риском ССЗ, таких как: ELIXA (Lixisenatide), LEADER (Liraglutide), SUSTAIN-6 (Semaglutide), EXSCEL (Exenatide) и REWIND (Dulaglutide), были получены разнородные результаты для группы арГПП-1. Так, миметики ГПП-1, относящиеся к группе производных эксендина, не показали кардиоваскулярных преимуществ, но доказали свою кардиоваскулярную безопасность. В группе аналогов ГПП-1 максимальное снижение риска наступления MACE (комбинированной конечной точки, включавшей СС смерть, нефатальный ИМ, нефатальный инсульт) – на 26% – было получено для семаглутида (Оземпик®) в исследовании SUSTAIN-6. В исследовании REWIND, показавшем кардиоваскулярные преимущества дулаглутида со снижением риска MACE на 12%, изучалась самая большая (69%) в сравнении с другими CVOTs, популяция пациентов без наличия АССЗ, но с высоким риском развития ССЗ. В исследовании LEADER терапия лираглутидом (Виктоза®) привела к достоверному снижению риска наступления MACE на 13%, смертности от ССЗ – на 22% и общей смертности – на 15%.

Учитывая вышесказанное, ведущие международные и российские клинические руководства и рекомендации, принятые в 2018-2019 гг, такие как Консенсусный доклад EASD/ADA (European Association for the Study of Diabetes/American Diabetes Association) и сделанные к нему в 2019 г обновления, Консенсусный доклад АСА (American College of Cardiology), клинические рекомендации ADA и Руководство по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям ESC (European Society of Cardiology)/EASD, а также российские Алгоритмы специализированной помощи пациентам с СД в качестве препаратов первой линии в терапии пациентов с

СД 2 и АССЗ указывают аналоги ГПП-1 с доказанными кардиоваскулярными преимуществами, в том числе и для терапии пациентов без наличия АССЗ, но с высоким риском развития данной патологии.

ТРЕСИБА® – ПРОСТОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ЛЮБОГО ПАЦИЕНТА НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

к.м.н. Зилов А.В.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Достижение целей гликемического контроля посредством активной клинической тактики ведения пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа является важным условием снижения риска развития и прогрессирования связанных с данным заболеванием осложнений. Распространенность микро- и макрососудистых осложнений диабета в России имеет высокий уровень. Это является следствием поздней диагностики СД 2 типа, отсутствием своевременного начала терапии заболевания и не всегда тщательно подобранной сахароснижающей терапии, что подчеркивает необходимость улучшения контроля заболевания. Для пациентов с СД 2 типа, когда терапия пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) в сочетании с изменением образа жизни оказывается неэффективной, наиболее часто используемой опцией старта инсулинотерапии является назначение базального инсулина.

Тресибя® (инсулин деглудек) – единственный базальный инсулин сверхдлительного действия (более 42 часов), имеющий ровный, беспиковый профиль действия и меньшую среди других препаратов базального инсулина вариабельность действия. К настоящему моменту в рандомизированных клинических исследованиях по оценке эффективности и безопасности инсулина деглудек приняло участие более 21 тысячи человек. В исследованиях принимали участие больные с СД 1 типа, с СД 2 типа как на старте инсулинотерапии, так и при интенсификации лечения. В исследованиях реальной клинической практики применения инсулина деглудек приняло участие более 8 тысяч человек. Все полученные данные из этих исследований согласуются с результатами клинических исследований инсулина Тресибя®, что подтверждено уменьшением риска развития гипогликемии при применении инсулина Тресибя® по сравнению с другими базальными инсулинами.

Наиболее значимо инсулин деглудек снижает общий риск гипогликемии по сравнению с инсулинами гларгин 100 ЕД/мл (на 61% при СД 2 типа

и на 21% при СД 1 типа) и гларгин 300 ЕД/мл (на 30% при СД 2 типа), а также риск ночных и тяжелых гипогликемий по сравнению с инсулином гларгин 100 ЕД/мл (на 36% и 86% соответственно) и гларгин 300 ЕД/мл (на 43% и 62% соответственно).

В настоящее время врачи имеют реальный алгоритм действий, позволяющий своевременно назначать и интенсифицировать сахароснижающую терапию у больных с СД 2 типа. У больных с СД 1 типа современные инсулины позволяют подобрать оптимальную схему инсулинотерапии с учётом индивидуальных особенностей пациента. В соответствии с новыми данными и рекомендациями по лечению больных сахарным диабетом, а также результатами завершённых международных и отечественных рандомизированных клинических исследований инсулин Тресиб[®] занимает достойное место в управлении заболеванием и улучшает результаты лечения, направленные на эффективный гликемический контроль и снижение риска развития и прогрессирования сосудистых осложнений.

НАВИГАТОР КОНТРОЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА – ВРЕМЯ ДЕЙСТВОВАТЬ!

*член-корр. РАН Кобалава Ж.Д.¹, проф. Мкртумян А.М.²,
проф. Демидова Т.Ю.³*

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

² ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

³ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Хроническая сердечная недостаточность у пациента с СД 2 типа: путь от профилактики до лечения. Сердечная недостаточность (СН) – это серьёзная медико-социальная проблема. 68% пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа имеют признаки дисфункции левого желудочка через 5 лет после постановки диагноза СД 2 типа [1]. Хроническая СН стоит на первом месте в структуре сердечно-сосудистой (СС) смерти у пациентов с СД 2 типа в РФ. 30% пациентов умирают в течение года после госпитализации по поводу СН [2].

В клиническом исследовании DECLARE-TIMI 58 дапаглифлозин показал статистически значимое снижение относительного риска возникновения событий первичной комбинированной точки (госпитализация по причине сердечной недостаточности и СС-смерть) по сравнению с

плацебо на 17% (4,9% vs 5,8%, ОР 0,83 [95% ДИ 0,73-0,95], $p = 0,005$; снижение относительного риска больших неблагоприятных СС событий (инфаркт миокарда, инсульт, СС-смерть) на 7% (8,8% vs 9,4%; ОР 0,93 [95% ДИ 0,84 - 1,03], $p = 0,17$ [3]. В декабре 2019 г. для дапаглифлозина было зарегистрировано новое показание в РФ: «сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности». В качестве факторов риска определены: возраст у мужчин ≥ 55 лет или ≥ 60 лет у женщин и наличие не менее одного фактора риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, курение) [4].

В предзапланированном субанализе исследования DAPA-HF в подгруппе пациентов с СД 2 типа с СН со сниженной фракцией выброса левого желудочка дапаглифлозин продемонстрировал снижение относительного риска событий первичной конечной точки (СС-смертность, госпитализация по поводу СН и обращение за неотложной помощью по СН) – на 25% (ОР 0,75 [95% ДИ, 0,63-0,90]. Также показано снижение относительного риска событий вторичной конечной точки (СС-смерть / госпитализация по поводу СН) на 25% (ОР 0,75 [0,63-0,90]. Снижение относительного риска смерти от всех причин составило 22% (ОР 0,78 [95% ДИ 0,63-0,97] [5].

Лечение пациента с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек: в поисках новых решений. В исследовании DECLARE-TIMI 58 группе дапаглифлозина наблюдалось статистически значимое снижение относительного риска событий составной кардиоренальной точки (стойкое доказанное снижение рСКФ не менее чем на 40% до уровня менее 60 мл/мин на 1,73м², терминальная стадия почечной недостаточности, смерть от почечных причин, СС-смерть) на 24% (ОР 0,76 [95% ДИ 0,67-0,87], $P < 0,0001$) и почечной специфичной конечной точки (события составной кардиоренальной точки за исключением СС-смерти) на 47% (ОР 0,53, [95% ДИ 0,43-0,66] $P < 0,0001$) по сравнению с плацебо. Положительные ренопротективные эффекты наблюдались в широкой популяции пациентов с СД 2 типа, как с атеросклеротическими заболеваниями, так и без них, у большинства из которых функция почек была сохранена [6].

Реальная клиническая практика: меняем траекторию движения. Согласно совместным рекомендациям ESC 2019 в консенсусе с EASD (Европейского общества кардиологов и эндокринологов) по лечению

сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний ИНГЛТ2-ингибиторы (эмпаглифлозин, канаглифлозин или дапаглифлозин) рекомендованы пациентам с СД 2 типа и ССЗ или с очень высоким/высоким СС риском для снижения риска развития СС событий (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7]. НГЛТ2-ингибиторы (эмпаглифлозин, канаглифлозин и дапаглифлозин) рекомендованы для снижения риска госпитализаций по поводу СН у пациентов с СД (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7]. Лечение с помощью НГЛТ2-ингибитора (эмпаглифлозина, канаглифлозина или дапаглифлозина) ассоциируется с более низким риском развития почечных конечных точек (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7]. Руководства ACC 2019 и ESC 2019 рекомендуют ингибиторы SGLT2, в том числе дапаглифлозин, для профилактики сердечной недостаточности у пациентов с СД2 вне зависимости от наличия атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе [8,9,10].

Отечественные «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 2019 года говорят о стратификации лечебной тактики у пациентов с СД 2 типа в зависимости от уровня HbA1c в дебюте и разрешают использование глифлозинов уже на старте лечения в виде монотерапии (при непереносимости метформина или наличии противопоказаний к его приему с учетом рекомендаций по персонализации выбора сахароснижающих препаратов), а также для интенсификации терапии в качестве препарата второго и третьего ряда. Препараты ИНГЛТ2 рекомендованы для применения у пациентов множественными сердечно-сосудистыми факторами риска (УДД 2, УУР А), с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (УДД 2, УУР А), хронической болезнью почек (УДД 2, УУР А), с ХСН (УДД 2, УУР А) [11].

Список литературы:

1. Faden G, et al. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013; 101:309-316.
2. Chen J. et al. *JAMA.* 2011; 306:1669–1678.
3. Wiviott SD et al. Online ahead of print. *N Engl J Med.* 2018.
4. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Форсига (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг), с учетом изменений 1-8. Регистрационное удостоверение ЛП-002596 от 21.08.2014 (переоформлено 24.12.2019)
5. McMurray JJV, et al. *Eur J Heart Fail.* 2019 Nov;21(11):1402-1411
6. Mosenzon O et al. *The Lancet Diabetes & Endocrinology.* doi.org/10.1016/s2213-8587(19)30180-9.

7. Cosentino F et al. Online ahead of print. *Eur Heart J.* 2019.
8. Das SR. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 72:3200-3223.
9. Atherton JJ et al. *Heart Lung Circ.* 2018;27:1123-1208.
10. Piepoli MF et al. *Atherosclerosis.* 2016; 252:207-274.
11. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

к.м.н. **Комелягина Е.Ю.**, проф. **Анциферов М.Б.**
ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

Болевой синдром у больных сахарным диабетом с поражением нижних конечностей встречается при наличии диабетической периферической полинейропатии (ДПН) и нарушении магистрального кровотока в артериях нижних конечностей. Боль при отсутствующем или сниженном магистральном кровотоке относится к смешанному типу боли и устраняется с регрессом этиопатогенетического фактора, вызвавшего ее, то есть восстановлением магистрального кровотока. Медикаментозная поддержка заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов, неопиоидных и опиоидных анальгетиков. Диабетическая периферическая нейропатия (ДПН) характеризуется наличием симптомов и/или признаков нарушения функции периферических нервов у больных сахарным диабетом после исключения других причин. Клинические проявления ДПН во многом зависят от стадии развития процесса. На ранних стадиях преобладает достаточно яркая клиническая симптоматика: боль, жжение, парестезии, судороги. Объективные признаки нарушения чувствительности на этой стадии минимальны. На более поздних стадиях, напротив, симптомы проявляются менее ярко. Однако, при объективном осмотре выявляются выраженные признаки снижения чувствительности. В подобной ситуации может развиваться нейропатическая форма синдрома диабетической стопы. Диагноз ДПН необходимо установить как можно раньше с целью назначения необходимых лечебно-профилактических мероприятий. В настоящее время основной целью медикаментозной терапии ДПН является

воздействие на симптомы ДПН, которые значительно снижают качество жизни больных. Показанием к назначению лекарственной терапии является наличие у пациента болевой формы ДПН (острой или хронической). При этом лечение может иметь патогенетическую направленность, а также воздействовать на его симптомы. К средствам симптоматической терапии относятся: трициклические антидепрессанты, противосудорожные препараты, анальгетики, средства местного воздействия. Назначение средств патогенетической терапии базируется на воздействии на основные патогенетические компоненты ДПН. В настоящее время доказано положительное воздействие на течение ДПН препаратов а-липовой кислоты, ингибиторов альдозоредуктазы, средств комплексного воздействия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ VERIFY. ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВИЛДАГЛИПТИНОМ И МЕТФОРМИНОМ В 5-ЛЕТНЕМ МУЛЬТИНАЦИОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

проф. Маркова Т.Н.

*ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы»,
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России*

Обоснование исследования: ранняя интенсификация терапии, обеспечивающая стабильный контроль гликемии, имеет огромное значение для замедления развития осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа. Применение комбинированной терапии с самого начала лечения может способствовать достижению лучших результатов по сравнению с традиционной ступенчатой терапией, однако целесообразность такого подхода ранее не была доказана.

Материалы и методы: Рандомизированное двойное слепое исследование в параллельных группах VERIFY (Vildagliptin Efficacy in combination with metfoRmIn For earlY treatment of type 2 diabetes) проводилось в 254 исследовательских центрах 34 стран мира среди пациентов с впервые выявленным СД 2 типа. Исследование включало 2-недельный период скрининга, 3-недельный вводный период, в течение которого пациенты получали только метформин, и период лечения продолжительностью 5 лет. В исследование включали пациентов в возрасте 18–70 лет с наличием СД 2 типа, диагностированным в течение 2 лет перед включением, уровнем гликированного гемоглобина

A1c (HbA1c) 6,5–7,5%. В 1-м периоде исследования пациенты получали раннюю комбинированную терапию метформином (в постоянной суточной дозе 1000, 1500 или 2000 мг) и вилдаглиптином в дозе 50 мг 2 раза в сутки или стартовую стандартную монотерапию метформином (в постоянной суточной дозе 1000, 1500 или 2000 мг) и плацебо 2 раза в сутки. Если начальная терапия не обеспечивала поддержания HbA1c на уровне <7,0% по данным анализов на двух последовательных плановых визитах с интервалом 13 недель, пациентам в группе поэтапной интенсификации монотерапии метформином назначали вилдаглиптин 50 мг 2 раза в сутки вместо плацебо, и они вступали во 2-й период исследования, в течение которого все больные получали комбинированную терапию.¹

Результаты исследования: 2001 участник, соответствовавший критериям включения, был рандомизирован в группу ранней комбинированной терапии ($n = 998$) или группу поэтапной интенсификации монотерапии метформином ($n = 1003$). Неудача начальной терапии в 1-м периоде отмечена у 429 (43,6 %) пациентов в группе ранней комбинированной терапии и у 614 (62,1 %) пациентов в группе монотерапии. Медиана наблюдаемого времени до неудачи лечения в группе монотерапии составила 36,1, а расчетное значение медианы времени до неудачи лечения у пациентов, получавших раннюю комбинированную терапию, было больше длительности исследования и составило 61,9 месяца. В группе ранней комбинированной терапии установлено статистически значимое снижение относительного риска для времени до неудачи начальной терапии по сравнению с группой монотерапии за 5 лет исследования (ОР 0,51 [95 % ДИ 0,45–0,58]; $p < 0,0001$). Оба подхода к терапии отличались безопасностью и хорошей переносимостью.¹

Заключение: Раннее начало комбинированной терапии вилдаглиптином и метформином обеспечивает более выраженный и длительный эффект по сравнению со стандартной начальной монотерапией метформином у пациентов с впервые выявленным СД 2 типа.¹

Список литературы:

Matthews DR, Paldanius PM, Proot P et al. Glycaemic durability of an early combination therapy with vildagliptin and metformin versus sequential metformin monotherapy in newly diagnosed type 2 diabetes (VERIFY): a 5-year, multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* 2019; 394: 1519-1529.

ПАЦИЕНТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ: УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ГОРИЗОНТЫ

проф. Маркова Т.Н.

*ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы»,
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России*

В последнее десятилетие опубликованы данные большого количества исследований по изучению сердечно-сосудистой (СС) безопасности сахароснижающей терапии. Все данные опубликованных исследований по различным классам сахароснижающих средств свидетельствуют о их безопасности в отношении риска развития СС событий. Однако, эффективно предотвращающими и снижающими риск развития больших СС событий оказались лишь некоторые препараты из класса агонистов рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1 (арГПП-1) и класса ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера-2 (иНГЛТ-2).

Лечение пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) должно преследовать 2 основные цели, неразрывно связанные между собой – достижение адекватного контроля гликемии, липидов крови, артериального давления и снижение риска СС осложнений. Очевидно, что успешность лечения СД2 – это не просто коррекция гипергликемии, но и обязательное сведение к минимуму риска гипогликемий, снижение массы тела, значимое уменьшение риска СС осложнений. Приоритетом при выборе сахароснижающих препаратов для лечения пациентов с СД2 с учетом максимального снижения риска ССО должна быть эффективность сахароснижающего действия препаратов в сочетании с безопасностью для пациентов (как краткосрочной, так и отдаленной) и способностью снижать риск СС3.

Именно этот комплексный подход к терапии коморбидных состояний у пациентов с СД2 и СС3 нашел отражение при раннем назначении подобным пациентам препаратов класса арГПП-1 с доказанными СС преимуществами, таких, например, как лираглутид (Виктоза®) и семаглутид (Оземпик®), обладающих помимо значимого влияния на углеводный обмен и массу тела еще и рядом других плеотропных эффектов, лежащих в том числе в основе их прямого кардиопротективного действия.

Ведущие международные и российские клинические руководства и рекомендации, принятые в 2018-2020 гг, такие как Консенсусный доклад EASD/ADA (European Association for the Study of Diabetes/American Diabetes Association) и сделанные к нему в 2020 г обновления, Консенсус-

ный доклад АСА (American College of Cardiology), клинические рекомендации ADA и Руководство по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям ESC (European Society of Cardiology)/EASD, а также российские Алгоритмы специализированной помощи пациентам с СД отводят ведущую роль назначению персонализированной терапии.

Так, в данных документах для пациентов с СД2 и атеросклеротическим и СС3 (АСС3) рекомендовано предпочтительное назначение арГПП-1 с доказанной эффективностью при СС заболеваниях. Более того, в обновлениях к Консенсусному докладу EASD/ADA данная группа препаратов рекомендуется для снижения риска развития больших СС событий и у пациентов без доказанных АСС3, но с факторами высокого риска развития последних, такими как возраст ≥ 55 лет + гипертрофия ЛЖ или стеноз $>50\%$ коронарных, каротидных артерий или артерий нижних конечностей, СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² или альбуминурия. Фактически, речь идет, в том числе, о первичной профилактике АСС3 у пациентов с СД2.

Настоящий подход к выбору персонализированной терапии пациентов с СД2 необходим для привлечения внимания врачей всех специальностей к проблемам лечения пациентов с СД2 и СС3. Выбор препаратов для сахароснижающей терапии должен определяться эффективностью, безопасностью и возможностью снижать риск сердечно-сосудистых осложнений с учетом индивидуальных характеристик пациента. Достижение контроля гликемии с помощью препаратов, позволяющих уменьшить вес пациента, достигнуть целевого уровня АД и доказано снизить риск ССО, принесет определенную пользу. Целью лечения любого заболевания является снижение риска осложнений и смерти от них, что особенно актуально для пациентов с СД2 и СС3.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ВОЗМОЖНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

член-корр. РАН Мацкеплишвили С.Т.

Университетская клиника «Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова

Макроангиопатия является ведущим осложнением сахарного диабета 2 типа (СД2). Сердечно-сосудистые заболевания – главная причина инвалидизации и смертности у лиц с СД2.¹ Несмотря на широкое использование кардиопротекторов с доказанной эффективностью в течение послед-

них 20 лет, СД продолжает вносить свой вклад в смертность по причине сердечно-сосудистых событий. Известно, что при СД2 риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний повышается в 1,5-2 раза.² У пациентов с СД2 в возрасте 60 лет старше с сердечно-сосудистым заболеванием в анамнезе ожидаемая продолжительность жизни сокращается более, чем на 12 лет.^{2,3} В связи с этим актуальным является проведение профилактических мер, направленных на предотвращение развития грозных сердечно-сосудистых событий у пациентов с СД 2 типа. Важно отметить проведение не только вторичной профилактики, т.е. предупреждение развития нефатального инфаркта миокарда, нефатального инсульта или смерти по причине сердечно-сосудистых событий (3-MACE) у пациентов с высоким риском их развития по причине установленного сердечно-сосудистого заболевания. Не менее важным является первичная профилактика, направленная на предупреждение возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы и развития макроангиопатии у пациентов, не имеющих в текущем моменте сердечно-сосудистых заболеваний.

До недавнего времени первичная профилактика включала в себя комплекс мер, направленных на модификацию образа жизни, здоровое питание, увеличение физической активности, а также медикаментозную терапию с целью нормализации липидного спектра крови, артериального давления, антиагрегантную терапию.⁴ В комплекс мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД также входит и нормализация уровня гликемии. Мета-анализ четырех масштабных эпидемиологических исследований UKPDS, ACCORD, ADVANCE, VADT показал, что при более интенсивном снижении уровня глюкозы на протяжении 4,4 лет у пациентов с СД 2 типа отмечалось умеренное снижение частоты основных макрососудистых событий, однако повышался риск развития тяжелой гипогликемии. Результатом анализа послужило решение, что схемы гипогликемической терапии необходимо подбирать индивидуально для каждого пациента.⁴

В 2008 году FDA выпустило руководство с требованием ко всем фармацевтическим производителям при регистрации новых сахароснижающих препаратов подтверждать безопасность в отношении сердечно-сосудистой системы. В ходе ряда исследований препаратов классов инГЛТ-2 и арГПП-1 был продемонстрирован потенциал для проведения вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.⁵ В 2019 году были представлены результаты исследования REWIND, данные которого расширили понимание возможностей применения класса арГПП-1. В исследовании

REWIND применение дулаглутила привело к снижению риска развития больших сердечно-сосудистых событий на 12%, как в группе пациентов с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и у пациентов с наличием факторов риска, но без диагностированного ССЗ. Это означает возможность проведения не только первичной, но и вторичной профилактики ССЗ у пациентов с СД2 наряду с контролем гликемии.⁵

Список литературы:

1. American Diabetes Association. 9. Cardiovascular Disease and Risk Management. *Diabetes Care* 2017;40(Suppl 1):S75-87.
2. Emerging Risk Factors Collaboration, Di Angelantonio E, et al. Association of Cardiometabolic Multimorbidity With Mortality. *JAMA* 2015;314(1):52-60 (updated 314:1179).
3. Newman JD, Schwartzbart AZ, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus, *Journal of the American College of Cardiology* 2017;70:883-893
4. Turnbull FM, Abraira C, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009 Nov;52(11):2288-98
5. Gerstein HC, Colhoun HM, et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled trial, www.thelancet.com Published online June 10, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31149-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31149-3)

МЕТФОРМИН СНОВА НА ПЕРЕДОВОЙ: НОВОСТИ ПОСЛЕДНИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

проф. Мкртумян А.М.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно от сахарного диабета (СД) во всем мире умирает 4,9 млн. человек. Эта цифра в три раза превышает более ранние показатели. Для сравнения: от таких заболеваний, как СПИД или туберкулез, ежегодно в мире гибнет около 1,5 млн человек. Последние данные, опубликованные Международной федерацией диабета в конце 2019 года, свидетельствуют о том, что 463 миллиона человек в мире страдает сахарным диабетом, из них 232 млн человек не знают о своей диагнозе, а это каждый второй взрослый с сахарным диабетом. По последним прогнозам, организации к 2045 году число больных сахарным диабетом достигнет 700 миллионов человек, что опережает прогноз, сделанный в 2017 году, на 71 миллион.

Метформин в течение длительного времени рассматривается как один из основных препаратов для терапии сахарного диабета 2 типа благодаря

достаточной сахароснижающей способности, а также возможности комбинации с большинством других пероральных сахароснижающих препаратов и/или инсулином. С 2012 года метформин является первой линией терапии сахарного диабета 2 типа согласно международным и отечественным клиническим рекомендациям.

В конце августа 2019 года Европейское общество кардиологов вместе с Европейской ассоциацией по изучению диабета выпустило совместные клинические рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям, в которых пациентам с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа, не получавшим медикаментозную терапию и имеющим высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск, в первой линии терапии были рекомендованы ингибиторы НГЛТ-2 или агонисты рецепторов ГПП-1.

Однако, уже в декабре 2019 года вышли обновленные совместные рекомендации Американской диабетической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению диабета, в которых метформин сохранил свои позиции как первая линия терапии сахарного диабета 2 типа.

В дополнение к совместным клиническим рекомендациям, Американская диабетическая ассоциация выпустила клинические рекомендации 2020 года, в которых также подтвердила место метформина в первой линии терапии сахарного диабета 2 типа.

В настоящее время в России доступен метформин пролонгированного высвобождения как усовершенствованная форма метформина. Метформин пролонгированного высвобождения в дозировках 500, 750 и 1000 мг показан пациентам с сахарным диабетом 2 типа, а также пациентам с предиабетом (в дозировках 500 и 750 мг) в качестве монотерапии в случае, если изменение образа жизни не позволило достичь адекватного гликемического контроля. Метформин пролонгированного высвобождения имеет ряд клинически доказанных преимуществ перед метформином немедленного высвобождения, позволяя повысить эффективность терапии и приверженность пациентов лечению.

ГИПОГОНАДИЗМ, КАК НЕДООЦЕНЕННЫЙ ФАКТОР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У МУЖЧИН

проф. Мкртумян А.М.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Инсулинорезистентность представляет собой нарушение метаболического ответа на эндогенный или экзогенный инсулин. Данное состоя-

ние приводит к компенсаторному повышению концентрации инсулина в плазме крови по сравнению с физиологическими значениями. Инсулин, помимо сахароснижающего эффекта, обладает выраженным антилипидическим действием, препятствующем распаду жира что в конечном итоге приводит к развитию ожирения. Липолитические процессы при ожирении приводят к эктопической аккумуляции липидов усугубляя инсулинорезистентность. Таким образом, именно избыточное количество жира, особенно висцерального, является значимым фактором инсулинорезистентности. Есть доказательства того, что вклад в развитие абдоминального ожирения (а это равнозначно инсулинорезистентности), в большей степени вносит дефицит тестостерона у мужчин. В научной литературе есть однозначное мнение, что полные мужчины имеют низкий уровень тестостерона и высокий уровень эстрогена. Есть исследования, показавшие что тестостерон снижает абдоминальную жировую прослойку и повышает чувствительность тканей к инсулину. Таким образом, андрогенный дефицит способен вызвать ожирение преимущественно висцерального типа, проявляться нарушениями липидного и углеводного обменов, костного метаболизма репродуктивной, копулятивной функций. Целями лечения инсулинорезистентности являются улучшение качества жизни пациента, купирование симптомов гипогонадизма, снижение жировой массы, достижение которых заключается в поддержании тестостерона на уровне нижней границы физиологической нормы для молодых мужчин. Существуют препараты тестостерона для перорального, инъекционного и трансдермального введения, отличающиеся фармакокинетическими особенностями. Начинать терапию рекомендуется с препаратов короткого действия. Это позволяет при необходимости прекратить лечение, если возникнут любые нежелательные явления, которые могут развиться во время терапии. К препаратам короткого действия относится 1% гель тестостерона (Андрогель), обеспечивающий равновесную концентрацию тестостерона без супрафизиологических колебаний. С позиции безопасности длительного применения инъекционные формы имеют ряд недостатков по сравнению с трансдермальными препаратами. Удобство и безболезненность применения трансдермальной формы играет важную роль в сохранении пациентом приверженности лечению в долгосрочной перспективе. Помимо тестостерон заместительной терапии мужчины с инсулинорезистентностью должны модифицировать образ жизни (правильное питание, физическая активность). Исследования показали, что тестостеронзаместительная терапия способствует повышению чувстви-

тельности к инсулину, увеличению тощей массы, снижению маркеров воспаления и жировой массы. Во время терапии необходимо контролировать гематокрит и состояние простаты.

Противопоказаниями к терапии препаратами тестостерона являются:

- рак предстательной железы;
- рак грудной железы у мужчин;
- необходимость репродуктивной реабилитации;
- гематокрит > 54%;
- тяжелая хроническая сердечная недостаточность – IV класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации.

ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ НГЛТ-2 НА ПРИМЕРЕ ИПРАГЛИФЛОЗИНА

член- корр. РАН Петунина Н.А.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. Сеченова» Минздрава России

Изучение новых патогенетических механизмов, ответственных за поддержание хронической гипергликемии, и роли почек в патогенезе сахарного диабета 2 типа (СД2) привело к разработке уникального класса сахароснижающих препаратов, блокирующих почечную реабсорбцию глюкозы, – ингибиторов НГЛТ-2.

Ингибиторы НГЛТ-2 отличаются сходными эффектами и химической структурой. Избирательно ингибируя натрий-глюкозный ко-транспортер 2 типа, ингибиторы НГЛТ-2 способствуют экскреции глюкозы с мочой и снижению уровня гликемии. В свою очередь, увеличение почечной экскреции глюкозы благоприятствует отрицательному энергетическому балансу. Поэтому применение ингибиторов НГЛТ-2 приводит к значимому снижению массы тела, что является важным преимуществом для большинства пациентов с СД2, которые, как правило, имеют избыточный вес. При этом, даже скромное снижение массы тела может способствовать улучшению контроля гликемии.

До недавнего времени в России для лечения пациентов с СД2 в клинической практике было доступно три ингибитора НГЛТ-2 – дапаглифлозин, канаглифлозин и эмпаглифлозин. Ипраглифлозин (Суглат) – новый селективный ингибитор НГЛТ-2, зарегистрированный в РФ в мае 2018 г.

Согласно данным рандомизированного исследования, ипраглифлозин как в монотерапии, так и при добавлении к предшествующей те-

рапии пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) или инсулином оказывает выраженное сахароснижающее действие, вызывает быстрое и стабильное улучшение уровня гликемии натощак и после приема пищи, приводит к значимому снижению уровня HbA1c без увеличения риска гипогликемии, способствует уменьшению вариабельности гликемии (снижает MAGE - среднюю амплитуду колебаний гликемии), позволяет большему количеству пациентов достичь целевого уровня HbA1c (<7%). Кроме того, терапия ипраглифлозином способствует уменьшению массы тела и объема висцерального жира, влияет на уровень регуляторных пептидов (снижает уровень лептина и инсулина натощак, повышает уровень адипонектина), а также приводит к устойчивому снижению систолического и диастолического артериального давления (АД), благодаря стимуляции натрийуреза, а также снижения симпатического тонуса.

Длительное (3-летнее) исследование STELLA-LONG TERM показало устойчивое влияние ипраглифлозина на гликемический контроль и другие независимые факторы сердечно-сосудистого риска (снижение массы тела, АД и дислипидемию), а также долгосрочную безопасность и хорошую переносимость препарата.

При лечении ипраглифлозином нет необходимости в подборе дозы, а также ее коррекции у пожилых пациентов (старше 75 лет) и пациентов с СД2 и нарушенной функцией почек (при СКФ >30 мл/мин/1,73 м²), что обеспечивает удобство использования препарата Суглат в клинической практике.

ЧТО ВАЖНЕЕ: СТАНДАРТЫ ИЛИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА?

член- корр. РАН Петунина Н.А.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Цель: совершенствование знаний в области персонализированного управления диабетом с учетом особенностей пациента: возраста, целевых значений гликированного гемоглобина, коморбидных состояний и приверженности к терапии.

Актуализация: на последних конгрессах по диабетологии много внимания уделяется важности персонализированного подхода к пациенту. Подбор терапии у коморбидных пациентов требует детального изучения их особенностей и большого внимания к оценке сопутствующих заболева-

ний, присущих пожилому и старческому возрасту. В зависимости от наличия АССЗ, стажа диабета, показателей гликемии, пациенты, имея зачастую показания к назначению приоритетных групп препаратов, таких как агонисты ГПП-1, ингибиторы НГЛТ-2, имеют и противопоказания к ним по факту сопутствующих заболеваний или осложнений СД.

Проблема коморбидных пациентов с одной стороны, обусловлена феноменом «старения населения» в развитых странах, с другой стороны именно старшая возрастная группа населения определяет максимальный прирост заболеваемости сахарным диабетом тип 2, который обуславливает более 90% всех случаев диабета в популяции.

Согласно российским и международным руководствам по терапии пациентов с сахарным диабетом (СД) интенсифицировать лечение необходимо через 3-6 месяцев в случае плохого гликемического контроля. Однако в реальной клинической практике существует проблема клинической инертности, которая может возникать из-за осторожности в отношении гипогликемии, увеличения массы тела, а также нежеланием пациентов изменить образ жизни и менять текущую терапию. При этом, раннее назначение комбинированной терапии при СД 2 типа приводит к быстрому достижению целевых значений гликемии, предотвращению клинической инертности, возможности воздействия на различные звенья патогенеза заболевания.

У пожилых, коморбидных пациентов при подборе терапии прежде всего возникает вопрос о безопасности терапии и сохранении качества жизни. Соответственно таким пациентам необходима эффективная, безопасная и патогенетически обоснованная терапия, которая не будет повышать сердечно-сосудистые риски, не будет приводить к повышению массы тела или гипогликемиям. И еще один важный вопрос: терапия должна быть доступной.

Одним из наиболее безопасных классов пероральных сахароснижающих препаратов в настоящий момент являются ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа (иДПП-4). Данный класс является преимущественным при назначении пожилым пациентам, хорошо переносится и практически не имеет побочных эффектов, а самое главное не повышает риск развития гипогликемии и не приводит к набору веса. Кроме того, применение некоторых препаратов данного класса доказано улучшает функцию β -клеток и их пролиферацию. Назначение комбинированных с метформином препаратов группы иДПП-4 является безопасным и патогенетически обоснованным.

Одним из представителей класса иДПП-4 на российском фармацевтическом рынке является алоглиптин. Алоглиптин зарекомендовал себя как препарат, который доказал свою кардиобезопасность в исследовании EXAMINE, где он применялся у самых тяжелых пациентов: у пациентов на 15-90 день после перенесенного инфаркта миокарда.

В исследовании SPEAD-A, посвященном оценке влияния долгосрочной терапии алоглиптином на толщину интима медиа, (суррогатный маркер сердечно-сосудистых заболеваний) у пациентов с СД2 без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, лечение алоглиптином приводило к уменьшению толщины интима медиа сонных артерий.

Кроме того, в исследовании ENDURE алоглиптин доказал длительное удержание гликемического контроля на протяжении двух лет терапии и было доказано, что у пациентов пожилого возраста алоглиптин не уступает глипизиду, при существенно более низкой частоте гипогликемий.

На последних конгрессах по диабетологии большой акцент сделан на важности персонализированного подхода к пациенту. И новое исследование алоглиптина ENTIRE в российской клинической практике врачей доказало, что алоглиптин обладает индивидуальным действием у каждого конкретного пациента и снижает HbA1c в зависимости от исходного уровня гликемии, а среднее снижение HbA1c во всех группах составило 1,2%, что выше, чем среднее по данным клинических рандомизированных исследований.

Выводы: В связи с увеличением количества коморбидных пациентов в когорте пациентов с сахарным диабетом, подбор персонализированной терапии приоритетен. Таким пациентам показана эффективная, безопасная и патогенетически обоснованная терапия.

МОСКОВСКИЙ РЕГИСТР АКРОМЕГАЛИИ: СТАТУС 2020 ГОДА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*проф. Анциферов М.Б.¹, Пронин Е.В.¹, Алексеева Т.М.¹,
проф. Пронин В.С.²*

¹ ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Акромегалия является хроническим полиорганным заболеванием, негативно влияющим на качество и продолжительность жизни пациента. При отсутствии контроля смертность при данной патологии в 2-4 раза выше,

чем в общей популяции. По данным национальных регистров распространенность акромегалии и гипофизарного гигантизма составляет от 28 до 137 случаев на 1 млн населения. Как правило, причиной заболевания являются ГР-секретирующие опухоли гипофиза, патоморфологическое строение которых определяет секреторную активность, скорость опухолевого роста, особенности клинического течения, чувствительность к терапии и склонность к рецидивированию.

Благодаря совершенствованию методов лабораторно-инструментальной диагностики, эндоскопических способов оперативного лечения и успехам фармакотерапии, к настоящему времени обозначена общая методология лечебного пособия при акромегалии, позволяющая в большинстве случаев достичь либо полной ремиссии заболевания, либо стойкого медикаментозного контроля его активности. Важной предпосылкой для достижения такого технологического прорыва явилось создание национальных и региональных регистров, благодаря которым удалось объединить и взять под контроль значительную часть пациентов с данной патологией с целью выяснения эпидемиологических, клинических и психо-социальных особенностей течения заболевания, внедрения в клиническую практику наиболее оптимальных схем медицинской и лекарственной помощи.

Созданный в 2003 году Московский регистр больных акромегалией и гипофизарным гигантизмом является примером мультидисциплинарного подхода к решению проблемы ведения редких заболеваний с организацией современной диагностической и лечебной базы, преемственного характера лечения, эффективного лекарственного обеспечения. В настоящее время на учете состоит 656 пациентов с акромегалией в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст 59 ± 14 лет). Распространенность данной патологии в Москве составляет 54 случая/млн., заболеваемость – 4,9 случая/млн.

В докладе оцениваются возрастные и гендерные особенности заболевания, эффективность использования аналогов соматостатина 1-й генерации и агонистов дофамина в качестве первичной или вторичной медикаментозной терапии. Обсуждается проблема ведения агрессивных опухолей гипофиза. Предлагаются наиболее рациональные схемы комбинированного лечения ГР-секретирующих макроаденом с использованием хирургических и фармакологических подходов. Анализируются способы активного ведения регистра и расширения его экспертных возможностей с учетом персонализированного подхода к лечению акромегалии и результатов медико-социальной реабилитации.

ЕСТЬ ЛИ МЕСТО У ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

проф. Смирнова О.М.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Впервые сахароснижающее действие производных сульфонилмочевины было отмечено в 1942 г. Данная группа препаратов (2 генерация) с успехом применяется во всем мире до сегодняшнего времени. С внедрением в клиническую практику новых препаратов, таких как ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида (ГПП-1), были пересмотрены Алгоритмы лечения больных сахарным диабетом 2 типа. Для изучения механизмов действия перечисленных препаратов был выполнен ряд экспериментальных и клинических исследований, которые позволили выявить новый сигнальный путь секреции инсулина β -клеткой. В экспериментах на животных было установлено, что ингибиторы ДПП-4 и агонисты ГПП-1 имеют свой рецептор и передают секреторный сигнал β -клетке через специфический белок Ерас2А. Производные сульфонилмочевины могут передавать сигнал обоими путями, кроме гликлазида, который действует только через рецептор сульфонилмочевины (SUR1). Дальнейшие клинические исследования доказали, что комбинированная терапия ингибитором ДПП-4 и ПСМ целесообразна и оправдана при наличии вторичной резистентности к сахароснижающим препаратам, β -клеток к глюкозе. Гликлазид уникален тем, что, воздействуя специфически на КАТФ-зависимые каналы β -клеток, не активирует Ерас2А. Последние исследования, результаты которых были представлены на Европейском конгрессе по изучению сахарного диабета в 2019 г. (CAROLINA и VERIFY) доказали отсутствие существенной разницы в частоте сердечно-сосудистой смертности между пациентами, лечеными Линаглиптином и Глимепиридом (CAROLINA). В исследовании VERIFY установлены достоверные различия во времени появления первого макрососудистого события при комбинированной терапии Метформином и Вилдаглиптином в сравнении с монотерапией Метформином. Был сделан важный вывод, что стратегия ранней комбинированной терапии с назначением Вилдаглиптина плюс Метформина у пациентов с недавно диагностированным сахарным диабетом 2 типа достоверно и устойчиво улучшала долгосрочную эффективность сахароснижающей терапии, по сравнению с монотерапией метформином. В исследовании K.Khunti и соавт. (2018) проведен анализ 628 рандомизированных клинических исследований с уча-

стием 575 734 пациентов. Сравнивали эффективность и безопасность всей группы препаратов сульфонилмочевин со всеми другими сахароснижающими препаратами. Были сделаны выводы, что ПСМ – это эффективные препараты длительного применения без избыточного влияния на вес пациентов. ПСМ последнего поколения более безопасны в отношении гипогликемий. Доступность, приемлемая цена, эффективность и безопасность делают препараты ПСМ оправданным выбором для большинства пациентов и любой системы здравоохранения. В Рекомендации АДА внесены существенные изменения по сравнению с 2017 г. После коррекции образа жизни и лечения метформином пациенты с СД 2 типа и клинически проявленном атеросклеротическом сердечно-сосудистом заболевании (КПА ССЗ определяли, как ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярное заболевание или заболевание периферических артерий) должны получать препарат с доказанными выгодами в улучшении сердечно-сосудистых исходов и/или сердечно-сосудистой смертности (в настоящее время эмпаглифлозин и лираглутид). Частота использования ПСМ в разных странах составляет: 31% в США, 41-45% в Великобритании, 47% в Нидерландах. Препараты сульфонилмочевин как класс продолжают ценить за их высокую эффективность и низкую стоимость.

СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ОТ АХИЛЛЕСОВОЙ ПЯТЫ К ПАНАЦЕЕ?

проф. Халимов Ю.Ш.

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ,
г. Санкт-Петербург*

До внедрения в клиническую практику новых классов противодиабетических препаратов, в частности, ингибиторов НГЛТ-2 (иНГЛТ-2) и агонистов рецепторов ГПП-1 (аГПП-1), к наиболее сложным вопросам фармакотерапии СД 2 типа относились: персонализированный подход, основанный на приоритете безопасности, а не эффективности; наличие в арсенале специалистов препаратов, оказывающих гипогликемизирующее действие без положительного влияния на дисфункцию жировой ткани; негликемические факторы риска и показатели метаболического статуса, а также клинические исходы; отсутствие доказательств органопротективных свойств используемых препаратов. Данные причины служили основным барьером для реализации основной цели терапии СД

2 типа – увеличения продолжительности жизни пациентов и снижения числа наиболее часто встречаемых сердечно-сосудистых и почечных осложнений.

Появление «новых» препаратов с доказанными сердечно-сосудистыми и почечными преимуществами явилось реальным прорывом в клинической диабетологии и привело к пересмотру существующих подходов к выбору терапии на этапах ее инициации и интенсификации в зависимости от клинических особенностей пациента, из которых наиболее важными явились наличие у больного атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания, хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек, а также избыточной массы тела и повышенного риска гипогликемий. «Венцом» доказательности в диабетологии послужил заложенный в глобальных алгоритмах антигипергликемической терапии ADA/EASD (2018) иерархический принцип выбора конкретных представителей классов агонистов ГПП-1 или глифлозинов с учетом результатов исследований сердечно-сосудистой безопасности.

К наиболее актуальным и обсуждаемым проблемам современной фармакотерапии СД2 типа относится вопрос о месте метформина в современных алгоритмах и клинических рекомендациях у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском, которое можно охарактеризовать эволюцией от вопроса «что после метформина?», к вопросам «что вместе с метформином?» и «что вместо метформина?». Абсолютно новаторскими представляются глобальные рекомендации смены терапии у лиц СД 2 типа высокого риска с обязательным включением в схему аГПП-1 и иНГЛТ-2 с доказанными сердечно-сосудистыми и почечными преимуществами независимо от степени контроля углеводного обмена.

ПРИМЕНЕНИЕ СТРУКТУРИРОВАННОГО АНАЛИЗА АМБУЛАТОРНОГО ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

к.м.н. Черникова Н.А.

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

В основе управления сахарным диабетом (СД) лежит достижение безопасного и адекватного контроля гликемии. Уровень HbA1c является эталонным маркером для оценки гликемического контроля и прогнозирования риска развития долгосрочных осложнений СД, а также показателем, определяющим дальнейшую медикаментозную тактику. Однако у HbA1c

существуют и ограничения. Так, при одном уровне HbA1c у разных пациентов могут регистрироваться разные профили гликемии по количеству гипо-, гипер – и нормогликемии. Таким образом, в наряду с оценкой уровня HbA1c, гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, особое внимание должно уделяться оценке такого параметра как время в целевом диапазоне, а также суточной вариабельности гликемии, как фактору, ведущему к ухудшению прогноза СД. Вариабельность гликемии — параметр, более чувствительный в отношении развития диабетических осложнений, чем уровень HbA1c. M. Brownlee считает, что вариабельность гликемии является независимым фактором риска развития диабетических осложнений, а E.S. Kilpatrick рассматривает данный показатель, как маркер риска развития гипогликемии. С внедрением в клиническую практику непрерывного мониторинга гликемии (НМГ) появилась возможность оценивать время в целевом диапазоне, вариабельность и стабильность гликемии, что предполагает персонализацию подхода к управлению диабетом и повышение эффективности клинических решений.

Последней инновационной разработкой стала система Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre (производитель Эбботт). Согласно результатам исследования FLARE-NL4 использование системы Flash мониторинга в течение 1 года связано со значительным снижением HbA1c, наиболее выраженным у пациентов с исходно худшим гликемическим контролем, сокращением дней нетрудоспособности и связанных с диабетом госпитализаций [Фоккерт, 2019].

Для стандартизации оценки данных непрерывного мониторинга в Международном диабетологическом центре Миннеаполиса (IDC) профессором Роджером Маззе была предложена методика определения амбулаторного профиля глюкозы (АПП), которая основывалась на простом методе анализа данных [Маззе 1987]. После 14 дней ношения датчика через программное обеспечение формируются отчеты для анализа, на основе которых оценивают основные показатели гликемии (время в целевом диапазоне, вариабельность, стабильность глюкозы в течение суток, риск развития гипо- и гипергликемии).

Анализ АПП включает 5 шагов.

1. Оценка качества данных

Оптимальный вариант – непрерывно собирать данные в течение от 14 дней (как минимум) до 28 дней (максимум) [Данн 2010]. Если больной использовал измерительный датчик в течение более чем 70 % времени оценки, объем данных считается достаточным для анализа.

2. Время в целевом диапазоне

Эффективное использование АПП также требует правильного указания целевых диапазонов. Следует отметить, что в АПП определяется целевой диапазон, который включает как пре-, так и постпрандиальный уровень глюкозы. Консенсусная группа рекомендует для взрослых пациентов с 1 и 2 типом СД целевой диапазон 3,9-10,0 ммоль/л и время в целевом диапазоне $\geq 70\%$

3. Риск развития гипогликемии.

Согласно Официальному заявлению American Diabetes Association (ADA) от 2016 года предлагаются три степени классификации гипогликемии:

1. Степень 1: $\leq 3,9$ ммоль/л
2. Степень 2: $\leq 3,0$ ммоль/л
3. Степень 3: тяжелая форма гипогликемии, при которой больной нуждается в помощи специалистов.

Кроме степени гипогликемии эксперты выделяют продолжительность в минутах, частоту и глубину гипогликемии. В зависимости от этого существуют особые рекомендации по коррекции фармакотерапии.

4. Анализ уровня вариабельности глюкозы.

С помощью АПП можно оценить вариабельность уровня глюкозы [Маззе 2008, Маттей 2014, Зигмунд 2015]. Чтобы выявить причину вариабельности уровня глюкозы целесообразно, чтобы больные фиксировали в электронном дневнике сканера прием углеводов, физическую активность и другие явления. Это поможет в принятии решений по коррекции терапии и/или образа жизни.

5. Стабильность гликемического профиля.

Стабильность гликемического профиля отражает скорость подъема или падения уровня глюкозы. Основой для оценки является поведение медианной кривой [Маззе 2008]. Рекомендуется поддерживать медианную кривую как можно более ровной.

Если при анализе АПП выявлена необходимость корректировки тактики лечения, то рекомендуется делать не более 1-2 коррекций на дату оценки АПП. Таким образом, применение новых технологий в виде непрерывного мониторинга гликемии дает врачу и пациенту дополнительную информацию, включающую такие показатели, как время в целевом диапазоне, вариабельность и стабильность гликемии, скрытые гипо- и гипергликемии. Используя структурированный анализ амбулаторного профиля глюкозы, врач может с большей уверенностью говорить об имеющихся

проблемах у пациента и, соответственно, решать их максимально эффективно, осуществляя персонализированный подход к диагностике и лечению.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИСТАМИ И КИСТОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

к.м.н. *Мосин С.В.*^{1,5}, д.м.н. *Бельцевич Д.Г.*², д.м.н. *Кулезнева Ю.В.*³, *Фейдоров И.Ю.*³, к.м.н. *Пантелеев И.В.*⁴, *Светлов Е.В.*⁴, *Малкина Н.А.*³, *Кириллова М.С.*⁶, *Тигров М.С.*³, *Мелехина О.В.*³, *Шафигуллин Р.Р.*⁴, *Курашинова Л.С.*⁵, к.м.н. *Глаголев Н.С.*⁷

¹ ГБУЗ «ГКБ №40 Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

³ ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»

⁴ ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»

⁵ ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»

⁶ ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения города Москвы»

⁷ ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы»

Кисты надпочечников – заболевание, для которого на настоящий момент не разработан единый лечебно-диагностический алгоритм и применяются различные виды хирургического лечения, показания к которым также чётко не определены. Среди пациентов с кистами могут встречаться и пациенты с кистозными опухолями, тактика лечения которых отличается от лечения простых кист.

Цель исследования: изучение результатов диагностики и лечения пациентов с кистами и кистозными опухолями надпочечников и разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 52 пациентов с установленным диагнозом «киста надпочечника», проходивших лечение в четырёх стационарах г. Москвы с 2009 по 2019 гг. Критерии исключения составили пациенты с диагнозами «опухоль надпочечника» и «гормонально-активная опухоль надпочечника», даже если опухоль носила кистозно-солидный характер, но пациенту было выполнено радикальное

лечение, а пункционное лечение не могло быть рассмотрено в качестве альтернативного варианта.

Всем пациентам, вошедшим в исследование, проводилось лабораторно-инструментальное исследование: изучался стандартный гормональный профиль, включающий метанефрины суточной мочи, АРС, кортизол, выполнялось УЗИ надпочечников, и 46 пациентам было выполнено 4-х фазное МСКТ с внутривенным контрастированием.

В общем числе, с учётом данных произведённых вмешательств – хирургическое вмешательство было рекомендовано 42 из 52 пациентов (80,7%), остальным – наблюдение. Дренирование кисты под УЗ-наведением выполнено 22 пациентам, радикальная операция – 13. Среди 17 не оперированных – в 1 случае выявлена двухсторонняя кортикостерома с кистозной трансформацией, в трёх – клинически значимое повышение норметанефринов, в связи с чем рекомендовано хирургическое лечение. Две пациентки с кистами 10 и 11 см и беременностью успешно родоразрешены (физиологические роды). Трёх пациентам с рецидивом после перенесённого пункционного и хирургического лечения рекомендована повторная пункция.

Пункционно-дренажное лечение выполнено у 22 пациентов. Во всех случаях выполнялось цитологическое изучение эвакуированной жидкости. В качестве склерозантов использовались 40% р-р глицерина с экспозицией до 15-20 минут, при объёме кисты более 150-200 мл, или 96% этанол с экспозицией 5 минут, с кратностью введения от 1 до 4 – при кистах объёмом 50-150 мл. Склерозирующий эффект проявлялся не ранее 3-го месяца, окончательный результат оценивался в срок 3-6 месяцев.

Радикально оперированы 13 пациентов: среди них открытая адреналэктомия выполнена в 2 (15,4%) случаях, лапароскопическая (в том числе 1 внебрюшинная) – в 7 (53,4%) и лапароскопическая резекция надпочечника – в 4 (30, 8%).

Результаты. Нами проанализированы КТ-изображения и описания кист надпочечников 21 пациента, в том числе у всех радикально оперированных пациентов, чьи данные сравнивали с морфологической картиной в удалённом препарате. Учитывая, что в настоящее время не существует стандартизированной классификации УЗ- и КТ-характеристик кист надпочечников, все изученные кисты по результатам пересмотра были разделены на две группы – «простые кисты» и «кистозные опухоли». У оперированных пациентов в 10 из 13 (77,0%) случаев нами установлена неоднозначная интерпретация данных КТ, при пересмотре

изображений и сравнении их с дооперационным описанием. Остальные 11 КТ-изображений пациентов, в том числе тех, которым были выполнены пункции, соответствовали критериям простой кисты.

КТ- характеристиками простой кисты являлись форма, близкая к округлой, тонкая или неопределяемая капсула, отсутствие тканевого компонента в полости. Средний размер кист составил 7,6 см (от 5 до 12 см), нативная плотность от -80 до 15 НУ, не накапливающая контраст. В случае кистозной опухоли средняя плотность определялась в пределах от -20 до 15 НУ, достоверного накопления контраста не отмечено, средний размер – 6,0 см (от 4,5 до 9). Достоверным признаком кистозной опухоли являлось наличие тканевого компонента в стенке («капсуле») и в просвете кисты с плотностью 19-35-65 НУ, накапливающего контраст в этих пределах. Этот признак отмечен у 4 пациентов, у трёх – после операции выявлена феохромоцитома. У двух пациентов отмечалась поликистозная опухоль неправильной формы, ещё у двух – форма, близкая к овальной, что нехарактерно для простых кист. Признак наличия кальцинатов оказался не характерным для злокачественной опухоли (кальцинаты встречались при посттравматических кистах и миелолипомах).

Таким образом, КТ-признаки кистозной опухоли выявлены у 38,1% изображений от изученных данных, или 19,5% от общего числа выполненных исследований.

При небольших размерах кисты (до 5-6 см), бессимптомном течении, отсутствии гормональной активности и КТ-семиотике простой кисты обычно рекомендовалось наблюдение. Показаниями к дренированию кист являлись: размер кисты 6-7 см и более, а также симптомное течение (боли в поясничной области, которые отмечены у 7 (31,8%) пациентов.

Эффективность склерозирования составила 77,2%, когда полость кисты на контрольном УЗИ не определялась через 1 год. Процент осложнений при пункционном лечении составил 13,5%. У 2 (9%) пациентов отмечалось кровотечение в полость кисты (Clavien I), и в 1 (4,5%) случае – инфицирование гематомы, потребовавшее повторной пункции (Clavien III).

Относительными показаниями к радикальной операции являлись: рецидив после пункционного лечения и большой размер кисты (n=1), подозрительные КТ-характеристики кисты (n=5), сочетание различных факторов с неопределёнными КТ- признаками (n=2), быстрый рост кисты (n=1), клиническое подозрение на феохромоцитому (n=1) и не-

уточнённые показания (n=3). Учитывая результаты КТ оперированных пациентов, среди которых в 77,0% случаев можно было определить критерии кистозной опухоли, можно предположить, что в первую очередь неоднозначные («подозрительные») КТ-характеристики кист являлись основным показанием к хирургическому лечению. Для определения оптимального вида операции нами не выявлено достоверных критериев, наиболее вероятно, это определялось предпочтениями оперирующего хирурга в сочетании с КТ-характеристиками кистозной опухоли и её размерами. Осложнений после выполненных хирургических операций не было.

При изучении гистологического материала истинные кисты выявлены у 3 (23,1%) пациентов, псевдокиста посттравматического характера – у 2 (15,4%), аденомы и миелолипомы с кистозной трансформацией – у 5 (38,5%), и феохромоцитома – у 3 (23,1%) пациентов. Всего среди оперированных пациентов истинные и ложные кисты выявлены у 5 (38,5%) пациентов, у 8 (61,5%) – кистозно-изменённые опухоли. Во всех случаях феохромоцитом у пациентов в анамнезе отмечалась артериальная гипертензия различной степени, уровень метанефринов был на верхней границе нормы или умеренно повышен (это не расценивалось, как однозначно клинически значимое повышение), а КТ-характеристики при уточнении соответствовали кистозной опухоли, с параметрами накопления в капсуле и солидном компоненте кисты, характерном для аденом и феохромоцитом (20-65 НУ).

Выводы. В лечении пациентов с данной патологией обязательным условием является предоперационное изучение гормонального профиля и оценка КТ-критериев кисты по данным 4-х фазного КТ с внутривенным контрастированием, и выделение пациентов с простыми кистами и кистозными опухолями. Частота встречаемости кистозных опухолей среди всех пациентов с кистами составила 19,5%. Достоверно чаще при выявлении кистозных опухолей на КТ выявляются плотная стенка кисты и солидный компонент в полости, накапливающие контраст. Пункционно-дренажное лечение (склерозирование) может быть показано в случае простых кист при наличии симптомов. Метод характеризуется 77,2% эффективностью и 13,6% частотой осложнений (Clavien I-III). В случае подозрения на кистозную опухоль целесообразно рассмотреть вопрос об оперативном лечении, с применением общих показаний к операции для опухолей надпочечников.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ КРУПНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*проф. Хрипун А.И.¹, к.м.н., доцент Махуова Г.Б.^{1,2},
д.м.н. Миронков А.Б.^{1,2}, к.м.н. Авдеева Т.Ф.²,
Лихарев А.Ю.², Юсуфов М.П.^{1,2}*

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ»,
кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения
города Москвы»

Актуальность: известно, что лапароскопическая адреналэктомия (ЛАЭ) является методом выбора для большинства пациентов с опухолями надпочечников. Накопленный опыт демонстрирует принципиальную осуществимость ее у пациентов с большими опухолями. Вместе с тем, имеется определенная закономерность: по мере увеличения размеров образований – ухудшаются непосредственные результаты и возрастают риски оперативного лечения. Наибольшее значение имеет интраоперационная кровопотеря – самая частая причина конверсии доступа, периоперационных осложнений и летальности.

Цель исследования: улучшение результатов и повышение безопасности ЛАЭ у пациентов с большими опухолями.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 147 пациентов, оперированных по поводу различных опухолей надпочечников в клинике хирургии и эндоскопии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ им. В.М. Буянова в период с 2008 по 2019 гг. Мужчины составили 19%, женщины – 81%. Средний возраст пациентов – 52 года. Всем пациентам до операции проводили лабораторную диагностику, в том числе определение гормонального профиля, УЗИ и КТ в нативном режиме и с контрастным усилением. Гормональноактивные опухоли составили 39,5%. Средний размер опухолей надпочечников составил 44,4±19 мм, при этом доля крупных опухолей со средним размером 72,4±17 мм составила 20%. У всех пациентов операцию начинали эндоскопически. В случае выявления в ходе оперативного вмешательства признаков инвазивного роста опухоли с вовлечением окружающих органов и структур, при развитии осложнений, выполняли конверсию доступа, доля которых составила 5,2%. С 2016 года, в рамках программы повышения безопасности и улучшения результатов ЛАЭ у пациентов с большими опухолями, в алгоритм их предоперационного обследования включили ангиографическое исследование с оценкой сосудистого русла. Опухоли надпочечника размерами равные или превышающие 6 см явились показанием к предоперационной

эмболизации. В качестве эмболизационных агентов при артериальной эмболизации использовали частички на основе поливинилового спирта диаметром от 250 до 1000 микрон. Эмболизацию центральной вены осуществляли после ее селективной катетеризации, с последующим введением эмболизационных спиралей. После выполнения рентгенэндоваскулярного вмешательства осуществляли мониторинг АД, ЧСС, температуры тела, лабораторный контроль. У пациентов с гормональноактивными опухолями выполняли анализ крови на уровень соответствующих гормонов. Через 12 часов после эмболизации выполняли КТ органов брюшной полости с контрастным усилением, для оценки динамики морфологических показателей опухоли и сосудов, до и после эмболизации. Второй этап оперативного лечения у этих пациентов – ЛАЭ, выполняли в сроки, не превышающие 24 часов после эндоваскулярного этапа.

Результаты: ангиографические исследования выполнены 11 пациентам, из них в 9 случаях проведена эмболизация сосудов надпочечника. Осложнений эндоваскулярных вмешательств не было. При сравнении результатов лечения больных с опухолями надпочечников в группе с превентивной эмболизацией отмечали достоверное снижение количества осложнений, частота конверсий доступа составила 0 против 5,2%, летальность 0 против 1,3% в группе без эндоваскулярного этапа.

Выводы: выполнение эмболизации в качестве первого этапа в комплексном лечении крупных опухолей надпочечников сопровождается достоверным снижением частоты как интра-, так и послеоперационных осложнений. Двухэтапный подход в хирургическом лечении крупных опухолей надпочечника обеспечивает необходимую эффективность и безопасность малоинвазивных вмешательств, что позволяет расширить показания к их применению.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОКРИНОЛОГА В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

*член-корр. РАН, проф. Шабунин А.В.^{1,2}, проф. Долидзе Д.Д.^{1,2},
к.м.н. Лебединский И.Н.¹, к.м.н. Пашикова Е.Ю.^{1,2}*

¹ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения
города Москвы»

²ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Традиционно лечение диффузного токсического зоба (ДТЗ) предполагает выбор одного из альтернативных вариантов: консервативного и радикального, включающего радиойодтерапию (РЙТ) или тиреоидэктомию.

При высокой эффективности и безопасности РЙТ, хирургическое лечение имеет ограниченные показания. Тем не менее, в стационар нередко попадают пациенты, для которых именно тиреоидэктомия является единственным вариантом лечения. В большинстве случаев речь идет о пациентах, имеющих осложнения тиреостатической терапии (развитие нейтропении или агранулоцитоза, лекарственный гепатит) или серьезную аллергическую реакцию. Этим пациентам необходимо быстро и бережно подготовить к оперативному лечению. В Боткинской больнице ДЗМ в тесном сотрудничестве работают отделения эндокринологии и эндокринной хирургии, что позволило накопить и обобщить опыт работы с такими пациентами. Помимо этого, проведена работа по оптимизации подготовки пациентов с ДТЗ к тиреоидэктомии, что позволило уменьшить интраоперационную кровопотерю и сократить время оперативного вмешательства.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА. ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ

проф. Щеголев А.А.¹, проф. Митичкин А.Е.², к.м.н. Пантелеев И.В.², к.м.н. Ларин А.А.^{1,3}, к.м.н. Мазурова О.И.³, к.м.н. Потемкин А.В.³, к.м.н. Козут О.Б.^{1,2}, к.м.н. Крамарова Л.А.^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ», кафедра госпитальной хирургии

² ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»

³ ФГБУЗ «КБ №85 ФМБА РФ»

Проведен анализ результатов хирургического лечения (2003-2019 г.г.) года 792 пациентов с гиперпаратиреозом (ГПТ), в том числе, 283 (35,7 %) пациентов с первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ), 192 (24,2 %) пациентов с вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ), обусловленным дефицитом витамина D, 317 чел. (40,0 %) с ВГПТ на фоне хронической болезни почек (ХБП) 5 стадии.

В общей сложности выполнено 868 хирургических вмешательств. Необходимо подчеркнуть, что 716 (90,4 %) пациентов оперированы однократно, а 76 чел. (9,5 %) оперированы дважды в связи с персистенцией или рецидивом ГПТ.

Полученные результаты: у 741 (93,6 %) больного достигнута нормализация уровня паратгормона (ПТГ), или его снижение ниже 300 пг/мл (касательно пациентов с ВГПТ на фоне ХБП 5 стадии).

Обсуждение.

Анализ полученных результатов позволил (с учетом Российских и международных клинических рекомендаций) сформировать следующие алгоритмы, диагностики и лечения таких пациентов.

- Диагноз гиперпаратиреоза ставится на основании единственного критерия – повышенного уровня ПТГ.
- Методики, применяемые с целью визуализации околощитовидных желез (ОЩЖ) необходимо использовать при планируемом хирургическом лечении и в случае согласия больного на хирургическое лечение.
- При отсутствии ХБП, при выявлении ГПТ, необходимо определять уровень Са⁺⁺ крови, Са⁺⁺ суточной мочи и уровень витамина D.
- При нормальном уровне витамина D и наличии ГПТ диагноз должен трактоваться как ПГПТ и больному предлагается хирургическое лечение.
- При дефиците витамина D, нормальном уровне Са⁺⁺ крови и нормальном уровне Са суточной мочи, пациенту должно проводиться восполнение дефицита витамина D препаратами холекальциферола. Если восполнение дефицита витамина D привело к нормализации уровня ПТГ, за больным проводится динамическое наблюдение.
- В случае если на фоне терапии холекальциферолом возникает повышение уровня Са⁺⁺ крови и/или Са суточной мочи, пациенту предлагается хирургическое лечение.
- При подготовке к операции, кроме стандартного клинического обследования проводятся исследования, направленные на визуализацию ОЩЖ: ультразвуковое исследование и однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) (сцинтиграфия) с ⁹⁹Tc (сестамиби). В случае если при обеих методиках удалось визуализировать измененную ОЩЖ, дальнейшие визуализирующие методики применять нецелесообразно. Если ОЩЖ удалось визуализировать только одним методом, (или если ОЩЖ не визуализирована), целесообразно выполнить МСКТ шеи и средостения. В случае успешной визуализации ОЩЖ выполняется хирургическое вмешательство из доступа по Кохеру или минидоступа, удаляется визуализированная до операции ОЩЖ, ревизию других зон возможного расположения ОЩЖ проводить нецелесообразно. Если при обследовании до операции ОЩЖ визуализировать не удалось, проводится операция из доступа по Кохеру с визуализацией всех возможных зон локализации ОЩЖ и удаления 1 или 2 аденоматозно измененных ОЩЖ.

- Определение уровня Са⁺⁺ и ПТГ необходимо проводить на второй день после операции. Хорошим результатом считается нормализация уровня ПТГ и Са⁺⁺. При первичном гиперпаратиреозе за больным проводится динамическое наблюдение, контроль уровня Са⁺⁺ и ПТГ, каждые 6 мес., в дальнейшем 1 раз в год.
 - При ВГПТ, связанным с дефицитом витамина D, необходимо с целью профилактики рецидива заболевания произвести восполнение дефицита витамина D препаратами холекальциферола. Контроль уровня Са⁺⁺, ПТГ и витамина D крови производится через 3, 6, 12 мес. после операции и далее 1 раз в год.
 - При ВГПТ на фоне ХБП 5 стадии показанием к операции является уровень ПТГ выше 800 пг/мл, или явные клинические проявления гиперпаратиреоза при уровне ПТГ < 800 пг/мл, при условии что пациенту не менее 6 месяцев проводилась терапия кальцимитетиками, или если проведение данной терапии было невозможно. С целью дооперационной визуализации используется УЗИ шеи. Если при этом удалось визуализировать более чем одну ОЩЖ, применение других методик нецелесообразно. Если при УЗИ ОЩЖ не визуализированы (или визуализирована только одна ОЩЖ) необходимо выполнить ОФЭКТ (сцинтиграфию) с ⁹⁹Tc (сестамиби), в случае если при этом не удалось получить дополнительной информации о визуализации ОЩЖ, необходимо выполнить МСКТ шеи и средостения. Необходимо подчеркнуть, что даже при отрицательных результатах исследования, пациент все равно должен быть оперирован. Стандартный объем операции - тотальная паратиреоидэктомия из доступа по Кохеру, с аутотрансплантацией фрагмента ОЩЖ в предплечье. Определение уровня ПТГ, у таких пациентов должно производиться на следующий день после операции. Хорошим результатом операции считается снижение уровня ПТГ < 300 пг/мл. В отдельных случаях мы производится интраоперационное определение уровня ПТГ.
- Персистенция и рецидив гиперпаратиреоза.
Персистенция ГПТ – сохраняющийся высокий уровень ПТГ после паратиреоидэктомии или возникшее вновь повышение уровня ПТГ в течении первого года после операции. Это свидетельствует о том, что во время операции были удалены не все железы обуславливающие повышенную продукцию ПТГ.
- Рецидив ГПТ – повышение уровня ПТГ, более чем, через 1 год после операции.

- При персистенции ГПТ и рецидиве ГПТ диагностический алгоритм аналогичен описанному выше. Необходимо отметить, что рецидив ВГПТ при ХБП 5 стадии, может быть обусловлен гиперфункцией ауто-трансплантата ОЩЖ. В этом случае производится удаление ауто-трансплантата.
- Тактика визуализации ОЩЖ при персистенции и рецидиве ГПТ, такая же, как и при первичном обследовании. Хирургическое вмешательство предпринимается только в случае если «оставленную» в ходе первой операции ОЩЖ удалось визуализировать.
- В тех случаях, когда при персистенции и рецидиве ГПТ визуализировать ОЩЖ не удалось, проводится вынужденное консервативное лечение. Наиболее эффективными препаратами в этом случае являются кальцимитетики.

СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

Юсуфов М.П.^{1,2}, к.м.н. Авдеева Т.Ф.², к.м.н. Маркина Н.В.³, к.м.н. Махуова Г.Б.^{1,2}, проф. Хрипун А.И.¹

¹ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»

³ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

Первичный гиперальдостеронизм (ПГ) является одной из наиболее распространенных причин вторичной артериальной гипертензии (АГ). Его клиническая картина складывается из сосудистого, нейро-мышечного и почечного синдромов. Ассоциация АГ с гипокалиемией является важным диагностическим маркером, а увеличение в крови альдостерона и снижение ренина позволяет подтвердить этот диагноз. Тем не менее, широкий спектр клинических проявлений данного состояния может затруднять дифференциальную диагностику.

Пациент И., 34 лет, поступил в хирургическое отделение ГКБ им. В.М. Буянова 15 апреля 2019 г. с диагнозом ПГ, альдостерома левого надпочечника, для решения вопроса об оперативном лечении. Из анамнеза известно, что с 2012 г. отмечается повышенное АД, по поводу чего пациент получал гипотензивную терапию. С января 2016 г. появились эпи-

зоды мышечной слабости, миалгий. В ноябре 2016 г. в связи с нарастанием мышечной слабости обследован в неврологическом стационаре, впервые выявлено повышение в крови КФК, снижение калия. В связи с мышечным синдромом, наличием воспалительной инфильтрации в мышечной ткани по данным биопсии, повышением КФК, диагностирован полимиозит, назначена гормонотерапия — преднизолон в высоких дозах, а также верошпирон. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика, пациент наблюдался по ревматологическому профилю с диагнозом дерматомиозит, проводилось снижение дозы преднизолона, назначена терапия метотрексатом. В апреле 2018 г., на фоне перенесенной ОРВИ, состояние пациента ухудшилось, выросла мышечная слабость вплоть до тетрапареза с развитием слабости дыхательной мускулатуры, что потребовало лечения в ОРИТ, проведения ИВЛ, развились вторичные инфекционные осложнения. В анализах выявлено значительное повышение КФК, снижение калия до 1,1, повышение альдостерона. Проводилась гормональная пульс терапия, сеансы плазмафереза и гемофильтрации. Состояние пациента оставалось тяжелым, развитие некроза стенки толстой кишки потребовало экстренной операции. П/о течение тяжелое с развитием гнойно-септических осложнений в брюшной полости, язвенного поражения слизистой оболочки толстой кишки с кровотечением. По данным КТ впервые выявлена опухоль левого надпочечника диаметром до 20 мм. Пациент консультирован эндокринологом, выставлен диагноз альдостеромы левого надпочечника, продолжена терапия верошпироном. На фоне проводимой высокодозной терапии преднизолоном наблюдалась некоторая стабилизация симптоматики, отмечено развитие гормон ассоциированных побочных осложнений: нарушение липидного и углеводного обмена, развитие тромбоза вен нижних конечностей. Несмотря на проводимую терапию и нормализацию КФК, сохранялась мышечная слабость, персистировала гипокалиемия. В ноябре 2018 г. пациент обследован в эндокринологическом стационаре, подтвержден диагноз ПГ, альдостеромы левого надпочечника. Решением консилиума, ввиду тяжелого течения дерматомиозита с полиорганным поражением, выраженных метаболических нарушений, от операции решено воздержаться, назначен спиронолактон 300 мг в сутки, препараты калия.

При поступлении в стационар состояние пациента средней тяжести, жалобы на высокие цифры АД, слабость в мышцах конечностей, увеличение грудных желез, изменение овала лица. Лабораторно – повышение альдостерона до 839,0 пг/мл и КФК, снижение ренина до 0.7 мкМе/мл,

калия – до 2,8 ммоль/л. Продолжена гормональная терапия, попытки снижения дозы приводили к нарастанию мышечной слабости и повышению КФК. В связи с высоким риском адреналэктомии, с целью снижения секреции альдостерона и нормализации водно-электролитного обмена, первым этапом, 22 апреля 2019 г. выполнена эмболизация артерии левого надпочечника. П/о период протекал гладко, отмечено стойкое снижение альдостерона, нормализация ренина, калия и КФК. Продолжена гормональная, гипотензивная терапия, прием верошпиронона. 14 мая, вторым этапом, выполнена ретроперитонеоскопическая адреналэктомия слева (опухоль размером 22 мм, гистологически – светлоклеточная аденома). В п/о периоде отмечена стойкая нормализация КФК, ренина, альдостерона, калия, регресс АГ, отсутствие эпизодов мышечной слабости, что позволило произвести постепенную отмену преднизолона, верошпиронона и гипотензивной терапии. Период наблюдения составил более 6 месяцев.

Анализ течения заболевания, в частности регресс двигательных нарушений после выполнения адреналэктомии, позволяет рассматривать их в рамках нейро-мышечного синдрома при ПГ. Атипичный характер его проявления, имитирующий течение аутоиммунного процесса, стал причиной затянувшейся диагностики и отложенного оперативного лечения. Лечебный подход, включающий выполнение первым этапом эмболизации питающих опухоль сосудов, позволил снизить гормональную гиперсекрецию, ликвидировать водно-электролитные и метаболические нарушения и эффективно и безопасно выполнить вторым этапом адреналэктомию.

ПУНКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ: ЗА И ПРОТИВ

к.м.н. Лебединский И.Н.¹, член-корр. РАН, проф. Шабунин А.В.^{1,2}, проф. Долидзе Д.Д.^{1,2}, к.м.н. Чеченин Г.М.^{1,2}, Евсиков А.И.¹, Кованцев С.Д.²

¹ ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Введение. Инциденталомы надпочечников выявляются у 0.6-4,4% обследованных пациентов при КТ органов брюшной полости и в большинстве случаев представлены адреналкортикальными аденомами без гормональной активности. Несмотря на их доброкачественную природу достаточно часто пациентам проводятся оперативные вмешательства ввиду неясного злокачественного потенциала образования. С целью морфоло-

гической верификации патологического процесса надпочечников, в ряде случаев, необходимо выполнение пункционной биопсии как оптимального метода дообследования пациентов.

Цель. Уточнить диагностическую ценность пункционной биопсии у больных с инциденталомами надпочечников.

Материал и методы. Исследование основано на изучении результатов обследования 100 больных с различными образованиями надпочечников, которые находились в ГКБ им. С.П. Боткина в 2016-2020 гг. У 40 (40%) больных с образованиями надпочечников диаметром от 4 до 25 см с подозрением на злокачественный процесс выполнялась контролируемая под КТ и УЗИ наведением пункционная биопсия.

Результаты. По результатам пункционной биопсии надпочечников выявлены: злокачественные образования надпочечников в 8 (8%) случаях, метастазы рака желудка и поджелудочной железы – в 2 (2%), доброкачественные новообразования (аденомы) – в 27 (27%) наблюдениях. У 3 (3%) пациентов биопсия была малоинформативна. После выполнения диагностических манипуляций зафиксированы 3 (3%) осложнения. У 2 (2%) пациентов был отмечен выраженный болевой синдром, купированный в течение 2 суток ненаркотическими анальгетиками и у 1 (1%) пациента – гематома печени, разрешившаяся на фоне консервативного лечения. Из 100 пациентов с инциденталомами в 87 (87%) случаях показаний к операции не установлено (на основании отсутствия гормональной активности, отрицательных результатов биопсии). Один (1%) больной с метастазом рака поджелудочной железы был направлен в отделение химиотерапии для проведения профильного лечения.

У 9 (9%) пациентов была выполнена адреналэктомия в связи со злокачественными новообразованиями (8 (88,9%) больных) и наличием метастаза (1 (11,1%) больной) надпочечников. В 3 (3%) случаях при неинформативном материале пункционной биопсии операция выполнена в связи с ростом опухолевидного образования надпочечника. Благодаря морфологической верификации диагноза не было выполнено ни одного оперативного пособия при доброкачественных гормонально неактивных образованиях надпочечников.

Заключение. На основании проведенного исследования можно думать о возможности применения пункционной биопсии в комплексе диагностических мероприятий у больных с инциденталомами надпочечников с целью уточнения диагноза и определения необходимости хирургического вмешательства.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НАДПОЧЕЧНИКАХ

проф. Щеголев А.А.^{1,2}, проф. Митичкин А.Е.¹, к.м.н. Пантелеев И.В.¹, Светлов Е.В.¹, Шафигуллин Р.Р.¹, Слободяник А.С.¹

¹ Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России», кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета

Актуальность и цель

Современная эндокринная хирургия располагает широким спектром доступов при операциях на надпочечниках как «открытых», так и эндоскопических, причем в качестве «золотого стандарта» рассматривается эндоскопическая адреналэктомия. Целью этого исследования явилась разработка персонализированного подхода к выбору доступа при оперативном вмешательстве в зависимости от конституциональных особенностей пациента, размера опухоли, ее расположении и злокачественного потенциала.

Материалы и методы

За период с 2013 по 2019 гг. адреналэктомия выполнена 221 пациентом. У 173 пациентов (78,3%) была выполнена адреналэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий. Из них 71 пациенту (41%) была выполнена эндоскопическая левосторонняя адреналэктомия ретроперитонеальным доступом; 102 пациентам (59%) - лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия. Вид оперативного вмешательства определялся размером опухоли, топографо-анатомическими особенностями расположения образований, злокачественного потенциала опухоли и ИМТ пациента.

Результаты

«Открытым» доступом оперированы 48 пациентов. Показаниями к выбору доступа послужили большие (более 6 см) размеры опухоли, высокий злокачественный потенциал образования и выраженное морбидное ожирение (ИМТ более 35 кг/м²).

Эндоскопический доступ использован у 173 пациентов.

У 6 больных (3,4 %) потребовалась конверсия. Одному пациенту с кистозно-измененной опухолью правого надпочечника размером 7 см потребовалась конверсия ввиду технически сложной мобилизации опухоли и интраоперационного кровотечения из центральной вены правого надпочечника. Индекс массы тела у этого больного составил 32 кг/м². Еще

4 пациентам с размерами образований менее 6 см, но с ИМТ более 35 кг/м² потребовалась конверсия ввиду некачественной визуализации опухоли и большого количества жировой клетчатки в забрюшинном пространстве. Еще одной пациентке с опухолью левого надпочечника 4,5 см, ИМТ – 25 кг/м² и высоким злокачественном потенциале образования потребовалась конверсия ввиду сложного топографо-анатомического расположения опухоли с близлежащими органами и травмой селезеночной артерии.

Выводы

Полученные результаты позволяют предположить, что при опухолях надпочечников более 6 см, ИМТ пациента больше 35 кг/м² и высоком риске злокачественности образований операциями выбора должны быть «открытые» вмешательства. Гормональная активность опухолей при этом не рассматривается.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОМОНИТОРИНГА ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

проф. Щеголев А.А.^{1,2}, проф. Митичкин А.Е.¹, к.м.н. Пантелеев И.В.¹, Слободяник А.С.¹, Светлов Е.В.¹, Шафигуллин Р.Р.¹

¹Центр эндокринной хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы»

²ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета

Введение. При операциях на щитовидной железе возможны осложнения, которые отрицательно сказываются на качестве жизни пациента в послеоперационном периоде. Во время таких операций риску повреждения подвергается возвратный гортанный нерв, функциональная значимость которого в голосообразовании очень высока. При выполнении повторных операций риск повреждения двигательных нервов существенно повышается. При использовании нейромониторинга риск таких осложнений значительно снижается

Цель исследования. Продемонстрировать эффективность применения нейромониторинга возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе.

Материалы и методы. В период с 2018-2019 г.г. проведен анализ результатов хирургического лечения 55 больных с различной патологией щитовидной железы с использованием нейромонитора возвратного гортанно-

го нерва. Всего было выполнено 55 операций. Больные были разделены на две группы: 1 – с непрерывным нейромониторингом 39 (71%), 2 – с переменным нейромонитором 16 (29%). Был проведен анализ послеоперационных осложнений, связанных с повреждением возвратного гортанного нерва в этих двух группах.

Во время операции мы используем систему для нейромониторинга NIM NEURO 3.0 с электродами для непрерывного и переменного нейромониторинга.

До операции всем больным проводилась непрямая ларингоскопия, при которой нарушений подвижности голосовых складок не выявлено.

Результаты и обсуждение. Используемые нами методы обнаружения возвратного гортанного нерва позволили идентифицировать его во всех случаях.

После операции только у одной пациентки из 2 группы выявлена неподвижность правой голосовой складки (парез правой половины гортани), причем во время операций потеря сигнала на мониторе LOS у нее не была зафиксирована.

Жалобы на утомляемость голоса, охриплость, потерю звучности выявлены у 2 больных из 1 группы (5%) и у 5 больных из 2 группы (38%), причем кашлевой толчок у всех был эффективный. У всех больных эти симптомы ликвидированы спустя две недели после операции. Во время операции во всех случаях LOS не зафиксирован.

При осмотре больной с парезом правой голосовой складки после операции спустя 3 недели, при не прямой ларингоскопии подвижность голосовых складок восстановлена в полном объеме.

Выводы. Использование нейромониторинга возвратного гортанного нерва позволяет хирургу избежать травмы возвратного гортанного нерва и сохранить его функциональную способность. При использовании непрерывного нейромониторинга транзиторные изменения голоса в послеоперационном периоде наблюдаются значительно реже, нежели при использовании переменного нейромониторинга.

Аркрус
 Астеллас
 АстраЗенека Фармасьютикалз
 Асцензия Диабетическая продукция
 БАЙЕР
 Безен
 Бектон Дикинсон Б.В.
 Берингер Ингельхайм
 Берлин-Хеми/А. Менарини
 ГЕРОФАРМ
 ИМФД - ЭКСПО
 ИнфоМедФарм Диалог
 ИПСЕН
 ЛайфСкан Раша
 Лилли Фарма
 Мерк
 MSD Фармасьютикалс
 Новартис Фарма
 Ново Нордиск
 ПРОМОМЕД ДМ
 Рош Диабетес Кеа Рус
 Санофи-авентис груп
 Сервье
 Фармстандарт
 ШТАДА
 Эбботт Лэбораториз
 Элта

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ

ООО «Издательство «Династия»
 Научно-практический медицинский журнал
 «ЛЕЧЕНИЕ и ПРОФИЛАКТИКА»
 ООО «ММА «МедиаМедика»
 Издательство «Медиа Сфера»
 Журнал «Медицинский алфавит»
 ООО «Отраслевые справочники»
 ООО «Медицинская пресса», журнал «Поликлиника»
 ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»
 Журнал «РМЖ»
 Журнал «Diabetic Living»

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Портал для врачей «Врачи вместе»
 Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»
 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
 ООО «ЕЛЛ СИСТЕМС РУ»
 Федеральный отраслевой журнал «Кто есть Кто в медицине»
 НП РГ «Московские аптеки»
 Регистр лекарственных средств России
 Интернет-выставка медицинского оборудования «ТехМедЭКСПО»
 ООО «ФАРМиндекс адверт»
 Интернет-ресурс Exromar.ru

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ СЪЕЗДА	3
ПРОГРАММА	4
ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	
<i>Аметов А.С.</i>	28
ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ СЛОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ	
<i>Анциферов М.Б., Пронин Е.В., Алексеева Т.М., Пронин В.С.</i>	29
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНАЛОГАМ СОМАТОСТАТИНА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ В МОСКВЕ	
<i>Андреева А.В.</i>	30
СЕЛЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ (ПИЛОТНОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ACROSCREEN)	
<i>Анциферов М.Б., Пронин В.С., Алексеева Т.М., Мезоноб П., Ионова О.А., Дорофеева Л.Г., Мартынова Е.Ю., Потешкин Ю.Е., Чуброва Н.А., Жеребчикова К.Ю.</i>	32
АКРОМЕГАЛИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ: АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ	
<i>Астафьева Л.И.</i>	34
ДИЗАЙН И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ REWIND. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ?	
<i>Галстян Г.Р.</i>	36
СЕМАГЛУТИД (ОЗЕМПИК®): СОЗДАЕМ БУДУЩЕЕ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ СЕГОДНЯ	
<i>Галстян Г.Р.</i>	38
ПОТЕНЦИАЛ ТЗД В СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	
<i>Галстян Г.Р.</i>	39

ГЛЮКОЗОЦЕНТРИЧНОСТЬ? ПРОГНОЗОЦЕНТРИЧНОСТЬ? ПАЦИЕНТОЦЕНТРИЧНОСТЬ!	
<i>Галстян Г.Р., Пашкова Е.Ю., Маркова Т.Н.</i>	41
ПОДБОР ДОЗЫ ИНСУЛИНА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
<i>Гурова О.Ю.</i>	43
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МАСТЕР. ПРЕИМУЩЕСТВА СТАРТОВОЙ КОМБИНАЦИИ ВИЛДАГЛИПТИНА И МЕТФОРМИНА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РФ	
<i>Демидов Н.А.</i>	44
ПОРТРЕТЫ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ (ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА)	
<i>Демидов Н.А.</i>	45
КЛАСС-ЭФФЕКТЫ иДПП-4. НАСТУПИЛО ЛИ ВРЕМЯ РЕАЛИЗОВАТЬ ОЧЕВИДНОЕ?	
<i>Демидова Т.Ю., Лобанова К.Г.</i>	46
ВОЗМОЖНОСТИ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ: ОПЫТ МОСКВЫ	
<i>Ершова А.И.</i>	48
ЭВОЛЮЦИЯ АНАЛОГОВ ГПП-1: КАК МЫ ЗАЩИЩАЕМ СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ?	
<i>Зилов А.В.</i>	49
ТРЕСИБА® – ПРОСТОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ЛЮБОГО ПАЦИЕНТА НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	
<i>Зилов А.В.</i>	51
НАВИГАТОР КОНТРОЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА – ВРЕМЯ ДЕЙСТВОВАТЬ!	
<i>Кобалава Ж.Д., Мкртумян А.М., Демидова Т.Ю.</i>	52

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Комелягина Е.Ю., Анциферов М.Б.</i>	55	ЕСТЬ ЛИ МЕСТО У ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Смирнова О.М.</i>	69
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ VERIFY. ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВИЛДАГЛИПТИНОМ И МЕТФОРМИНОМ В 5-ЛЕТНЕМ МУЛЬТИНАЦИОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ <i>Маркова Т.Н.</i>	56	СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ОТ АХИЛЛЕСОВОЙ ПЯТЫ К ПАНАЦЕЕ? <i>Халимов Ю.Ш.</i>	70
ПАЦИЕНТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ: УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ГОРИЗОНТЫ <i>Маркова Т.Н.</i>	58	ПРИМЕНЕНИЕ СТРУКТУРИРОВАННОГО АНАЛИЗА АМБУЛАТОРНОГО ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Черникова Н.А.</i>	71
ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ВОЗМОЖНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Мацкеплишвили С.Т.</i>	59	ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИСТАМИ И КИСТОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ <i>Мосин С.В., Бельцевич Д.Г., Кулезнева Ю.В., Фейдоров И.Ю., Пантелеев И.В., Светлов Е.В., Малкина Н.А., Кириллова М.С., Тигров М.С., Мелехина О.В., Шафигуллин Р.Р., Курашинова Л.С., Глаголев Н.С.</i>	74
МЕТФОРМИН СНОВА НА ПЕРЕДОВОЙ: НОВОСТИ ПОСЛЕДНИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ <i>Мкртумян А.М.</i>	61	ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ КРУПНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ <i>Хрипун А.И., Махуова Г.Б., Миронков А.Б., Авдеева Т.Ф., Лихарев А.Ю., Юсуфов М.П.</i>	78
ГИПОГОНАДИЗМ, КАК НЕДООЦЕНЕННЫЙ ФАКТОР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У МУЖЧИН <i>Мкртумян А.М.</i>	62	ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОКРИНОЛОГА В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ <i>Шабунин А.В., Долидзе Д.Д., Лебединский И.Н., Пащикова Е.Ю.</i>	79
ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ НГЛТ-2 НА ПРИМЕРЕ ИПРАГЛИФЛОЗИНА <i>Петунина Н.А.</i>	64	ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА. ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ <i>Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Пантелеев И.В., Ларин А.А., Мазурова О.И., Потемкин А.В., Козут О.Б., Крамарова Л.А.</i>	80
ЧТО ВАЖНЕЕ: СТАНДАРТЫ ИЛИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА? <i>Петунина Н.А.</i>	65	СЛУЧАЙ СЛОЖНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА <i>Юсуфов М.П., Авдеева Т.Ф., Маркина Н.В., Махуова Г.Б., Хрипун А.И.</i>	83
МОСКОВСКИЙ РЕГИСТР АКРОМЕГАЛИИ: СТАТУС 2020 ГОДА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>Анциферов М.Б., Пронин Е.В., Алексеева Т.М., Пронин В.С.</i>	67		

ПУНКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ: ЗА И ПРОТИВ
Лебединский И.Н., Шабунин А.В., Долидзе Д.Д.,
Чеченин Г.М., Евсиков А.И., Кованцев С.Д. 85

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ДОСТУПОВ
 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НАДПОЧЕЧНИКАХ
Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Пантелеев И.В.,
Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р., Слободяник А.С. 87

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОМОНИТОРИНГА
 ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА
 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Пантелеев И.В.,
Слободяник А.С., Светлов Е.В., Шафигуллин Р.Р. 88

КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ 90

ДЛЯ ЗАМЕТОК



Научное издание

**XVI МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ
«ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СТОЛИЦЫ – 2020»**

**Программа, материалы конференции,
каталог участников выставочной экспозиции
9-11 октября 2020 г., Москва**

Данное мероприятие проводится без аккредитации в системе НМО

Формат 148x210. Бумага офсетная, 80 г/м²

Гарнитура Таймс. Печать офсетная.