



Внедрение  
новых медицинских технологий,  
методик лечения и профилактики  
заболеваний в практическое  
здравоохранение

**XIII** межрегиональная  
конференция



**АЛГОРИТМЫ  
диагностики и лечения  
эндокринных  
заболеваний**  
16-17 декабря **2023**

здание Правительства Москвы  
**Новый Арбат, 36**

Программа

Материалы конференции

Каталог участников выставочной экспозиции

При поддержке

Медицинская секция МООИ «Московская диабетическая ассоциация»

Московская ассоциация эндокринологов

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Автономная некоммерческая организация содействия внедрению новых медицинских технологий в практическое здравоохранение «Медицина и Развитие в XXI веке»



Внедрение  
новых медицинских технологий,  
методик лечения и профилактики  
заболеваний в практическое  
здравоохранение



**XIII** межрегиональная  
конференция

# АЛГОРИТМЫ диагностики и лечения эндокринных заболеваний

## 16-17 декабря 2023

здание Правительства Москвы  
Новый Арбат, 36

Программа  
Материалы конференции  
Каталог участников выставочной экспозиции

Организатор

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127030, Москва, ул. Суцьевская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92,

8 (499) 750-07-27, 8 (499) 750-07-47



E-mail: [info@imfd.ru](mailto:info@imfd.ru)

Сайт: [www.imfd.ru](http://www.imfd.ru)

**ХIII МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Программа, материалы конференции,  
каталог участников выставочной экспозиции

**16 декабря 2023 года**

Время	Большой конференц-зал
10:00 – 10:10	Открытие конференции
10:10 – 11:10	<b><u>Пленарное заседание 1</u></b> <b>ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В МОСКВЕ (КРЕДО)»</b>
11:30 – 12:30	<b><u>Пленарная лекция (1)</u></b> <b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА</b>
12:50 – 13:50	<b><u>Пленарное заседание (2)</u></b> <b>АГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1: РАСШИРЯЯ ПРАКТИКУ ПРИМЕНЕНИЯ</b>
14:10 – 15:10	<b><u>Пленарное заседание (3)</u></b> <b>В АВАНГАРДЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: КАК ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ СТРАТЕГИЮ?</b>
15:30 – 16:20	<b><u>Пленарная лекция (2)</u></b> <b>ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ</b>
16:40 – 17:40	<b><u>Пленарное заседание (4)</u></b> <b>МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ГЕПАТОЛОГА И ЭНДОКРИНОЛОГА</b>

Данное мероприятие проводится без аккредитации в системе НМО

17 декабря 2023 года

Время	Большой конференц-зал	Малый конференц-зал
10:00 – 10:50	<u>Пленарное заседание (5)</u> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ	
11:20 – 12:20	<u>Пленарное заседание (6)</u> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ – БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ	
12:40 – 13:40	<u>Пленарное заседание (7)</u> УПРАВЛЕНИЕ ПРОГНОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ПРОФИЛАКТИКА ОНМК И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (Диалог экспертов)	
14:00 – 16:00 (БКЗ) 14:00 – 15:40 (МКЗ)	<u>Секционное заседание (1)</u> ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	Заседание секции молодых специалистов ШАГ ВПЕРЕД: ОТ ОБУЧЕНИЯ К ПРАКТИКЕ
16:00 – 16:15	<u>Закрытие конференции</u>	

**XIII Межрегиональная конференция  
«АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

16 декабря 2023 года (суббота)

10:00 – 10:10

**ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ**

*проф. Анциферов М.Б., главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, президент ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», профессор кафедры эндокринологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заслуженный врач Москвы и РФ, д.м.н.*

*Большой конференц-зал*

10:10 – 11:10

**Пленарное заседание 1  
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
ПРОЕКТА «СВОЕВРЕМЕННАЯ  
ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК  
У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ  
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА  
В МОСКВЕ (КРЕДО)»**

**Председатель:**

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

- 10:05 - 10:20 **Проект КРЕДО: дизайн, общая характеристика пациентов, ключевые конечные точки**  
*к.м.н. Пашкова Е.Ю., проф. Анциферов М.Б.*  
*ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России*
- 10:25 - 10:40 **Вопросы диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа**  
**Исследование DELIVER**  
*проф. Маркова Т.Н.*  
*ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России*
- 10:45 – 11:00 **Вопросы диагностики и лечения хронической болезни почек у пациентов с сахарным диабетом 2 типа**  
*проф. Демидова Т.Ю.*  
*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России*
- Дискуссия*
- 11:10 – 11:30 **Перерыв**

- 11:30 - 12:30 **Пленарная лекция 1**  
**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА**
- Докладчик:**  
*член-корр. РАН Фадеев В.В.*  
*заведующий кафедрой эндокринологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России*
- Модератор:**  
*проф. Анциферов М.Б.*  
*ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»*
- Дискуссия*
- 12:30 – 12:50 **Перерыв**

- 12:50 – 13:50 **Пленарное заседание 2**  
**АГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1: РАСШИРЯЯ ПРАКТИКУ ПРИМЕНЕНИЯ**
- Председатель:**  
*проф. Анциферов М.Б.*  
*ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»*
- 12:50 – 13:15 **Агонисты рецепторов ГПП-1 и их роль в регуляции углеводного и жирового обмена**  
*проф. Аметов А.С.*  
*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России*

13:15 - 13:40 **Клинические аспекты применения арГПП-1**  
*проф. Маркова Т.Н.*  
 ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

*Дискуссия*

13:50 – 14:10 **Перерыв**

*Большой конференц-зал*

14:10 – 15:10 **Пленарное заседание 3  
 В АВАНГАРДЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ  
 САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА:  
 КАК ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ  
 СТРАТЕГИЮ?**

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

14:10 – 14:30 **Современные технологии в управлении сахарным диабетом – сочетание технического прогресса и инновационных методов лечения**  
*к.м.н. Котешкова О.М., проф. Анциферов М.Б.*  
 ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

14:35 – 14:55 **Модернизация подходов к инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа в реальной клинической практике**  
*к.м.н. Демидов Н.А.*  
 ГБУЗ «Городская больница г. Московский Департамента здравоохранения города Москвы»

*Дискуссия*

15:10 – 15:30 **Перерыв**

*Большой конференц-зал*

15:30 – 16:20 **Пленарная лекция 2  
 ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
 ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
 С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

**Докладчики:**  
*к.м.н. Маркина Н.В.; Старыгина И.Е.*  
 ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

**Модератор:**  
*проф. Моргунов Л.Ю.*  
 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы»

*Дискуссия*

16:20 – 16:40 **Перерыв**

*Большой конференц-зал*

16:40 – 17:40 **Пленарное заседание 4  
 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ  
 ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ГЕПАТОЛОГА  
 И ЭНДОКРИНОЛОГА**

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

16:40 - 17:05 **Влияние ипраглифлозина на метаболические нарушения у коморбидного пациента с сахарным диабетом 2 типа**  
 к.м.н. **Зилов А.В.**  
 ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России

17:05 - 17:30 **Неалкогольная жировая болезнь печени: новый взгляд на коморбидность**  
 проф. **Буеверов А.О.**  
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

17:30 – 17:40 *Панельная дискуссия*  
 проф. **Анциферов М.Б.**, к.м.н. **Зилов А.В.**, проф. **Буеверов А.О.**

17 декабря 2023 года (воскресенье)

*Большой конференц-зал*

**10:00 – 10:50 Пленарное заседание 5  
 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ**

**Модераторы:**  
 проф. **Пронин В.С.**  
 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
 проф. **Астафьева Л.И.**  
 ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России

10:00 – 10:20 **Эндокринологическое сопровождение хирургического пособия при акромегалии**  
 проф. **Астафьева Л.И.**  
 ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России

10:25 – 10:45 **Прецизионный подход к лечению акромегалии**  
**Пронин Е.В., Алексеева Т.М., Пронин В.С., Анциферов М.Б.**  
 ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы»

*Дискуссия*

**10:50 – 11:20 Перерыв**

Большой конференц-зал

**11:20 – 12:20** **Пленарное заседание 6  
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ –  
БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ  
МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ**

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

**11:20 – 11:45** **Эволюция представлений о витамине D  
и его дефиците. Современный статус  
и подходы к терапии**  
*д.м.н. Пигарова Е.А.*  
*ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России*

**11:50 – 12:15** **Ранняя интенсификация терапии диабета:  
устойчивость на длинной дистанции**  
*проф. Маркова Т.Н.*  
*ГБУЗ «ГКБ № 52 Департамента здравоохранения  
города Москвы», ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.  
Евдокимова Минздрава России*

*Дискуссия*

**12:20 – 12:40** **Перерыв**

Большой конференц-зал

**12:40 – 13:40** **Пленарное заседание 7  
УПРАВЛЕНИЕ ПРОГНОЗОМ  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА:  
ПРОФИЛАКТИКА ОНМК  
И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ  
(Диалог экспертов)**

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

**Эксперты:**  
*проф. Галстян Г.Р.*  
*ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России*  
*д.м.н. Антонова К.В.*  
*ФГБНУ НЦН*

**13:40 – 14:00** **Перерыв**

Большой конференц-зал

**14:00 – 16:00** **Секционное заседание 1  
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ  
ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Сопредседатели:**  
*проф. Мкртумян А.М.*  
*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова  
Минздрава России, ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова  
Департамента здравоохранения города Москвы»*  
*проф. Суркова Е.В.*  
*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
(Сеченовский Университет) Минздрава России*



- 14:00 – 14:25 **Инновационные молекулы или новый взгляд на традиционные препараты – должны ли мы выбирать?**  
*проф. Мкртумян А.М.*  
 ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова  
 Минздрава России, ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова  
 Департамента здравоохранения города Москвы»
- 14:30 – 14:55 **Традиции и инновации в самоконтроле гликемии**  
*проф. Суркова Е.В.*  
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
 (Сеченовский Университет) Минздрава России
- 15:00 – 15:25 **Самоконтроль со смыслом – прогрессивный подход в ведении пациентов с сахарным диабетом**  
*к.м.н. Пашкова Е.Ю.*  
 ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина Департамента  
 здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ДПО  
 РМАНПО Минздрава России
- 15:30 – 15:45 **Пневмококковая инфекция и ее профилактика у пациентов с эндокринными заболеваниями**  
*проф. Харит С.М.*  
 ФГБУ «Детский научно-клинический центр  
 инфекционных болезней ФМБА»
- Дискуссия*

Малый конференц-зал

**14:00 – 15:40** **Заседание секции молодых специалистов**  
**ШАГ ВПЕРЕД: ОТ ОБУЧЕНИЯ К ПРАКТИКЕ**

**Председатель:**  
*руководитель проекта «Шаг вперед: от обучения к практике» для молодых эндокринологов,*  
*проф. Моргунов Л.Ю.*  
 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента  
 здравоохранения города Москвы»

14:00 – 14:15 **Первичная надпочечниковая недостаточность: сложности диагностики**

**Шевченко В.Д.**  
 Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский  
 университет дружбы народов»

14:20 – 14:35 **Остеопороз и эпилепсия: есть ли связь?**  
**Магомедова П.М.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава  
 России*

14:40 – 14:55 **Особенности течения LADA-диабета: клинический случай**  
**Рамазанова А.Ф.**

*Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский  
 университет дружбы народов»*

15:00 – 15:15 **Побочные эффекты тиреостатической терапии**  
**Газарян А.А., Аванесян М.Б.**

*Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский  
 университет дружбы народов»*

*Дискуссия*

Большой конференц-зал

**16:00 – 16:15** **Заккрытие конференции**

## ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

*Аванесян М.Б. – врач-ординатор; Газарян А.А. – врач-ординатор;*

*Моргунов Л.Ю. – д.м.н., профессор*

*Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия*

Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова) представляет собой аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору ТТГ, проявляющееся поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстращитовидной патологией (ЭОП, претибиальной микседемой, акропатией). В 1840 г. немецкий врач Карл Адольф фон Базедов (Carl Adolf von Basedow) описал симптомокомплекс, состоящий из экзофтальма, тахикардии и зоба (мерзбургская триада).

ДТЗ встречается с частотой от 30 до 200 на 100 тыс. населения в год. В регионах с отсутствием дефицита йода ДТЗ является наиболее частой причиной тиреотоксического состояния. В регионах с йододефицитом ДТЗ конкурирует с функциональной автономией ЩЖ (узловой и многоузловой токсический зоб). ДТЗ является одной из основных причин обращаемости населения за эндокринологической помощью. ДТЗ составляет до 80% всех случаев гиперфункции ЩЖ. Болеют преимущественно молодые в возрасте от 20 до 40 лет. Женщины заболевают в 10-20 раз чаще мужчин.

В настоящее время существует 3 метода лечения ДТЗ (консервативная терапия, хирургическое лечение, терапия радиоактивным йодом 131). Тиреостатический препарат первой линии – тиамазол. Изначально тиамазол назначается в дозах: 20, 30 или 40 мг. Однако, чем выше доза препарата, тем выше риск возникновения побочных эффектов от его применения. Побочные эффекты от приема тиреостатиков могут включать синдром цитолиза, агранулоцитоз, тромбоцитопению и повышение риска спонтанных кровотечений, а также формирование зоба на фоне возникновения гипотиреоза при приеме больших доз тиреостатиков. Один из самых грозных побочных эффектов – выявление у пациента агранулоцитоза. В таких случаях показана незамедлительная отмена тиреостатического препарата, проведение РЙТ. В случаях, когда РЙТ противопоказана или при отказе пациента, показано хирургическое лечение. Рекомендован ежедневный прием бета-адреноблокаторов (пропранолол 80-240 мг/сут), назначение глюкокортикостероидов неэффективно.

Одна из самых сложных проблем, с которой сталкивается врач при лечении пациентов с тиреотоксикозом, – синдром цитолиза. По литературным данным, повышение уровней печеночных ферментов выявляется примерно у 47% пациентов с болезнью Грейвса. В случае, если цитолитический синдром обусловлен действием тиреоидных гормонов, то показатели ферментов полностью нормализуются на фоне лечения тиреостатиками.

Цитолитический синдром у больного с тиреотоксикозом может быть обусловлен несколькими факторами:

- 1) влиянием избытка тиреоидных гормонов на ткань печени, что приводит к гипоксическому повреждению печени, ускорению апоптоза и повышению чувствительности к окислительному стрессу;
- 2) побочным действием тиреостатиков;
- 3) сердечной недостаточностью;
- 4) аутоиммунным поражением печени;
- 5) другими заболеваниями печени (вирусные гепатиты, алкогольное поражение печени, неалкогольная жировая болезнь печени и др.).

Трудность дифференциальной диагностики причин поражения печени при тиреотоксикозе остается одной из самых актуальных проблем при лечении заболеваний щитовидной железы.

На примере клинического случая из нашей практики мы акцентировали внимание на данной проблеме. О влиянии ДТЗ и тиреостатических препаратов на печень известно давно, однако, до сих пор нет четких критериев дифференциальной диагностики при данном состоянии.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хлынова О.В., Гирфанова Л.Г. Клинический случай тиреотоксического гепатита. *Доказательная гастроэнтерология*. 2020;9(3):73-76.
2. Клинические рекомендации Клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (болезнь Грейвса), узловым/многоузловым зобом.
3. Буеверов А.О., Богомоллов П.О., Нечаева О.А., Зилов А.В. Причинно-следственная связь патологии щитовидной железы и печени // *МС*. 2021. №15.

## ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ

*Астафьева Л.И. – д.м.н.*

*ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва, Россия*

Акромегалия – прогрессирующее нейроэндокринное заболевание, вызываемое в большинстве случаев аденомой гипофиза, секретирующей соматотропный гормон (СТГ). Общие цели лечения акромегалии включают нормализацию уровней СТГ и инсулиноподобного ростового фактора-1 (ИРФ-1), уменьшение объема опухоли, регресс симптомов заболевания, лечение осложнений акромегалии и снижение риска смертности. Применяются три основных метода лечения: хирургическая аденомэктомия, медикаментозная терапия и стереотаксическая радиотерапия/радиохирургия.

В настоящее время методом выбора является трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза нейрохирургами, специализирующимися на проведении такого рода операций в ведущих медицинских центрах, имеющих мультидисциплинарную команду специалистов, включая опытных эндокринологов. При соблюдении этих условий результаты хирургической ремиссии достигаются в 85% случаев при микроаденомах и 40-50% – при макроаденомах гипофиза с низким риском послеоперационных осложнений. Эндокринологи принимают участие во всех этапах ведения пациента, включая диагностику заболевания, выбор персонализированного метода лечения, а также наблюдение в периоперационном периоде. Средняя продолжительность пребывания пациентов после аденомэктомии гипофиза в стационаре НМИЦН им. акад. Н.Н. Бурденко составляет 4-5 дней. Эндокринный протокол послеоперационного введения включает мониторинг уровня электролитов, измерение диуреза, мониторинг функции надпочечников, назначение глюкокортикоидной терапии.

К основным эндокринным осложнениям нейрохирургического лечения в раннем послеоперационном периоде относят центральный несахарный диабет, в большинстве случаев транзиторный, гипопитуитаризм и гипонатриемию вследствие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. У пациентов с развитием симптоматики послеоперационного несахарного диабета рекомендуется назначение препаратов десмопрессина в режиме «по потребности». Гипонатриемия обычно

развивается уже после выписки пациента из стационара. Обязательной рекомендацией является определение уровня натрия на 5-7-е сутки после операции. В случае гипонатриемии легкой степени лечение пациента возможно амбулаторно с помощью ограничения приема жидкости, диеты с повышенным содержанием пищевой соли, назначения диуретиков. При тяжелой гипонатриемии необходима незамедлительная госпитализация в стационар.

Через 1,5 мес после операции пациенту необходимо проведение гормонального исследования крови с оценкой функции надпочечников, щитовидной и половых желез.

Послеоперационный эндокринный мониторинг при акромегалии включает исследование уровня СТГ в раннем послеоперационном периоде. Однако оценка результатов хирургического лечения рекомендуется через 12 недель после операции и включает исследование уровня ИРФ-1 и при необходимости уровня СТГ в ходе глюкозотолерантного теста. При отсутствии ремиссии акромегалии целесообразна терапия аналогами соматостатина (АСС) пролонгированного действия. В случае нерадикального удаления инвазивных опухолей больших размеров лечение АСС может быть инициировано в раннем послеоперационном периоде.

## НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ

*Буверов А.О. – д.м.н., профессор*

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Россия*

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Неалкогольная жировая болезнь печени является самой распространенной хронической патологией печени у человека. Частота ее в общей популяции составляет 25-40%, значимо увеличиваясь у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) до 55-80%. В последние годы становится общепринятым термин «метаболически-ассоциированная НАЖБП», включающая пациентов с одним или несколькими компонентами метаболического синдрома. Была продемонстрирована обоюдная патогенетическая связь НАЖБП с СД2: с одной стороны, инсулинорезистентность способствует прогрессированию стеатоза печени, с другой – печеночный

стеатоз и воспаление усугубляют дисфункцию  $\beta$ -клеток. Помимо СД2, НАЖБП ассоциирована с дислипидемией, ишемической болезнью сердца, хронической болезнью почек, остеопорозом и многими другими патологическими состояниями. Хотя биопсия печени остается «золотым стандартом» диагностики НАЖБП, в большинстве случаев диагноз устанавливается на основании неинвазивных инструментальных лучевых методов. Разработан ряд лабораторных индексов, позволяющих косвенно оценить степень печеночного фиброза, играющего роль в том числе в прогнозировании скорости прогрессирования коморбидных состояний.

Немедикаментозное лечение метаболически-ассоциированной НАЖБП включает модификацию образа жизни, направленную на снижение массы тела с удержанием достигнутого результата. Из лекарственных препаратов наиболее существенная доказательная база накоплена для тиазолидинионов и агонистов глюкагоноподобного пептида-1. Вместе с тем, исследования последних лет демонстрируют высокую эффективность ингибиторов натрий-глюкозного контранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2), уменьшающих выраженность баллонной дистрофии гепатоцитов, печеночного стеатоза и воспаления наряду со снижением кардиоваскулярных рисков. Более того, в работе Н. Takahashi et al. (2020 г.) показано значимое уменьшение фиброза в результате терапии ипраглифлозином на основании парных биопсий печени. Следовательно, иНГЛТ-2 могут рассматриваться в качестве перспективных средств для лечения НАЖБП. Однако полученные данные должны быть подкреплены результатами развернутых контролируемых клинических исследований.

## **ПРЕВЕНТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ. АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ПО УПРАВЛЕНИЮ ПРОГНОЗОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Галстян Г.Р.<sup>1</sup> – д.м.н., профессор; Антонова К.В.<sup>2</sup> – д.м.н.*

*<sup>1</sup> Институт диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, г. Москва, Россия*

*<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва, Россия*

Пациенты с СД2 подвержены высокому риску сердечно-сосудистых осложнений (ССО), ранней и частой манифестации атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ), артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии и ожирению, объединяемых в метаболический синдром. В течение последних десяти лет глобальная распространенность острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) увеличилась на 70%. На долю ишемического инсульта (ИИ) приходится более 60% всех случаев острых мозговых катастроф. Уровень многолетней заболеваемости ИИ в РФ составляет 2,81–5,37 случаев на 1000 населения. Данные мировой практики свидетельствуют, что первыми тремя ведущими причинами ИИ являются: неконтролируемая АГ, с которой связано 55,5% от общего числа инсультов, высокий индекс массы тела (ИМТ), на него приходится 24,3%, и высокий уровень глюкозы в плазме натощак, он связан с 20% ИИ. При наличии СД риск развития ИИ увеличивается более чем в два раза.

В течение последних пяти лет произошел рост смертности от СД2, при этом первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания – более 50% летальных исходов. Из них 25% смертей вызвано хронической недостаточностью кровообращения, 13% – острыми сердечно-сосудистыми событиями и 12% – нарушением мозгового кровообращения. Следует отметить, что частота смертельных исходов от АССЗ более чем в 20 раз превышает частоту летальных исходов от причин, непосредственно связанных с диабетом. Таким образом, ключевой задачей терапии СД, помимо достижения контроля углеводного обмена, является снижение риска АССЗ, включая ИИ.

Новые Российские Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД 11-го выпуска обновили позицию пиоглитазона как

кардиопротективного сахароснижающего препарата (ССП) с потенциальными преимуществами по уменьшению риска ССО у пациентов с АССЗ и СД2, с отдельным фокусом на перспективное направление превентивной медицины, ранее слабо представленное для сахароснижающей терапии СД, – снижение риска повторных инсультов. Данное положение соответствует международным обновленным гайдлайнам по терапии СД2, представленным, в частности, консенсусом ADA/EASD 2022 г. Стандарты ADA 2023 г. также рекомендуют отдавать предпочтение «органопротективным» классам ССП, список которых дополнен пиоглитазоном, вне зависимости от предшествующей терапии метформином у пациентов с СД2 и ССЗ, или высоким СС-риском, или неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) в анамнезе. Пиоглитазон рекомендован в низких дозах – 15мг/30мг в сутки. Это приводит к улучшению профиля безопасности без потери клинической эффективности терапии. В обновленных стандартах ADA 2023 г. была выделена отдельная ниша для применения пиоглитазона – снижения риска инсульта или инфаркта миокарда у пациентов с ОНМК и подтвержденной инсулинорезистентностью или предиабетом (уровень доказательности «А»).

Поскольку крайне важно использовать все возможности для улучшения прогноза на раннем этапе терапии СД2, выбор фиксированной комбинации алоглиптина и пиоглитазона для достижения гликемических целей, продолжительного контроля гликемии, снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и управления множественными кардиометаболическими факторами риска будет рациональным.

## **МОДЕРНИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Демидов Н.А. – к.м.н.*

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

Согласно анализу данных Федерального регистра сахарного диабета, в 2021 г. 48% больных с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) не достигали уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) <7%[1]. В результате прогрессирующего течения СД 2 типа пациентам может

потребоваться назначение инсулинотерапии и в дальнейшем ее интенсификация. Однако, по данным исследований, использование инсулина ассоциировано с целым рядом опасений – как со стороны врача, так и со стороны пациента: увеличение массы тела, риск гипогликемий, сложность многократного режима инъекций, недостаток времени на обучение [2, 3, 4].

Для пациентов с СД 2 типа, не достигших гликемического контроля на базальном инсулине, существует несколько вариантов интенсификации терапии: добавление агониста рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1 (арГПП-1) или инсулина короткого действия, переход на готовые смеси препаратов инсулина или фиксированные комбинации базального инсулина и арГПП-1 [5]. В 2023 г. были представлены результаты исследований реальной клинической практики, в которых изучались вопросы эффективности и приверженности терапии фиксированной комбинации аналога базального инсулина гларгин 100 ЕД/мл и ликсисенатида (ИГларЛикси).

CHANCE – первое обсервационное проспективное многоцентровое исследование реальной практики применения ИГларЛикси, в котором 29% пациентов с СД2 использовали флэш-мониторирование глюкозы (ФМГ) в Германии. В исследование были включены 70 пациентов с СД2, из которых 20 чел. использовали ФМГ. HbA1c снизился более, чем на 0.7 процентных пунктов спустя 24 недели терапии ИГларЛикси. Спустя 24 недели терапии ИГларЛикси была достигнута тройная цель [время в целевом диапазоне (ВЦД) > 70% (> 16 ч 48 мин)], время ниже целевого диапазона (ВНД) < 4% (< 1 ч), время выше целевого диапазона (ВВД) ~ 25% (~ 6 ч). Через 24 недели лечения ИГларЛикси масса тела снизилась относительно исходного уровня в среднем на 3,0 кг (p = 0,002). Частота гипогликемий существенно не изменялась и оставалась очень низкой. При ФМГ отмечалось больше случаев гипогликемии (недостаточное репортирование).

По итогам исследования интенсификация терапии базальным инсулином в сочетании с ПССП с помощью препарата ИГларЛикси приводила к значительному улучшению показателей HbA1c и глюкозы плазмы крови натощак, а также достижению рекомендованных значений расчетного времени в целевом диапазоне (pВЦД)/ВЦД, расчетного времени выше целевого диапазона (pВВД)/ВНД, а также расчетного времени ниже целевого диапазона (pВНД)/ВВД [6,7].

SOLO – ретроспективное когортное исследование, проведенное в Москве в период с ноября 2018 г. по июль 2020 г. Исследуемая популяция включала 383 взрослых ( $\geq 18$  лет) пациента с СД2 с уровнем HbA1c  $\geq 7\%$ , в течение 90 дней до и/или в течение 14 дней после начала терапии ФК гларгина 100 Ед/мл и ликсисенатида. В результате средний уровень HbA1c через 6 мес терапии снизился на 1,38 процентных пункта, через 12 мес – на 1,74. Отмечено статистически значимое снижение массы тела со 101,62 кг на  $1,96 \pm 4,03$  кг за 6 мес и на  $3,13 \pm 4,71$  кг за 12 мес наблюдения. В течение 12 мес терапии у 4 пациентов (1,04%) были отмечены подтвержденные симптоматические гипогликемии (гликемия  $\leq 3,9$  ммоль/л). Тяжелых гипогликемий не зарегистрировано [8].

В ходе проекта REALI был проведен анализ объединенных данных на уровне отдельных пациентов всех постмаркетинговых проспективных исследований препарата иГларЛикси, прошедших в Европе. В объединенной базе данных REALI были проанализированы данные 1317 человек с СД2, принимавших препарат иГларЛикси в течение 24 недель. Эффективность и безопасность препарата иГларЛикси анализировалась в зависимости от предшествующего применения инсулина (инсулин-наивные пациенты и пациенты, ранее получавшие инсулин) [9]. В результате были получены следующие данные. Средний HbA1c снизился с  $9,1 \pm 1,4\%$  до  $7,7 \pm 1,2\%$  на 24-й неделе. Среднее изменение HbA1c составило -1,57 процентных пункта в группе инсулин-наивных пациентов и -1,29% - в группе пациентов, ранее получавших инсулин. Число сообщений о гипогликемии и НЯ со стороны ЖКТ в обеих группах было низким (тошнота отмечалась только у 1% пациентов). В группе инсулин-наивных пациентов был зарегистрирован один случай тяжелой гипогликемии.

Таким образом, лечение препаратом иГларЛикси хорошо переносилось и улучшало гликемический контроль во всех группах; в группе инсулин-наивных пациентов наблюдалось более выраженное снижение HbA1c, чем в группе пациентов, ранее получавших терапию инсулином.

Таким образом, представленные результаты расширяют имеющуюся палитру клинических исследований, демонстрирующих параметры эффективности и безопасности применения фиксированных комбинаций базального инсулина и арГПП-1.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов И.И. и др. // *Сахарный диабет*. - 2021. - Т. 24. - №3. - С. 204-221.
2. Khunti K. et al. // *Diabetes Care*. — 2013. — Vol. 36. — P. 3411–3417.
3. Nakar S. et al. // *Diabetes Complications*. — 2017. — Vol. 21 (4). — P. 220–226.
4. Peyrot M. et al. // *Diabetes obes Metab*. — 2012. — Vol. 14. — P. 1081–1087.
5. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl. 1):S125–43
6. Wiesner T. et al ADA 2023 Poster 794-P
7. Battelino T et al. *Diabetes Care* 2019; 42: 1593–603; 2. Aroda VR et al. *Diabetes Care* 2016; 39: 1972–80
8. Анциферов М.Б., Демидов Н.А., Балберова М.А., Сафронова Т.И., Мишра О.А., Магомедова С.Г. Эффективность использования фиксированной комбинации инсулина гларгин 100 ЕД/мл и ликсисенатида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в условиях реальной амбулаторной практики: ретроспективное когортное исследование SOLO. *Сахарный диабет*. 2022;25(2):112-119..
9. J. Seufert et.al. *Diabetes* 2023;72(Supplement\_1):789-P

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Демидова Т.Ю. – *д.м.н., профессор*

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Одной из ведущих причин развития хронической болезни почек (ХБП) является сахарный диабет (СД) 2 типа. По мере увеличения длительности сахарного диабета возрастает распространённость ХБП у лиц с СД. Около 40% составляет распространённость диабетической нефропатии, по данным ряда крупных популяционных исследований. Стоит отметить, что пациенты с СД имеют повышенный риск прогрессирования заболевания до терминальной стадии почечной недостаточности. Так, более половины диализных пациентов имеют в анамнезе СД. С другой стороны,

наличие у пациента ХБП и СД повышает риск развития сердечно-сосудистой и общей смертности по сравнению с пациентами, не имеющими СД.

ИНГЛТ-2 блокируют реабсорбцию глюкозы в проксимальных канальцах почек, что приводит к глюкозурии и сопровождается снижением уровня глюкозы в крови без увеличения риска развития гипогликемии. Кроме того, ИНГЛТ-2 обладают диуретическим и гемодинамическим эффектами. В основе диуретического действия лежит блокада реабсорбции натрия в проксимальных почечных канальцах. Помимо этого, натрийурез регулирует тубулогломерулярную обратную связь, проявляющуюся в констрикции приносящей артериолы и снижении внутривенного давления, тем самым обеспечивая защиту клубочков почек

Таким образом, ИНГЛТ-2 оказывают действия на различные патогенетические механизмы развития ХБП.

В исследовании DECLARE-TIMI 58 были доказаны нефропротективные свойства дапаглифлозина у пациентов с СД 2 типа и относительно сохранной функцией почек. В данном исследовании был проведен анализ комбинированной вторичной конечной точки (снижение рСКФ на  $\geq 40\%$ , ТПН, почечная или СС смерть). По представленным результатам, частота неблагоприятных кардио-ренальных исходов была на 24% ниже в группе пациентов получавших дапаглифлозин, по сравнению с плацебо (ОР, 0.76; 95% ДИ, 0.67;0.87). При этом, риск развития вторичной комбинированной точки снижался на 47% (ОР, 0.53; 95% ДИ 0.43–0.66) по сравнению с плацебо.

DAPA-CKD представляет собой международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое исследование III фазы с участием 4304 пациентов.

Целью исследования являлась оценка эффективности дапаглифлозина в дозе 10 мг по сравнению с плацебо у пациентов с ХБП 2–4-й стадии с повышенной экскрецией альбумина с мочой, независимо от наличия СД 2 типа. Дапаглифлозин применяли один раз в сутки в дополнение к стандартной терапии. Из-за высокой эффективности препарата исследование было завершено досрочно. Медиана наблюдения составила 2,4 года.

В исследовании DAPA-CKD было продемонстрировано, что добавление дапаглифлозина в дозе 10 мг 1 раз в день к стандартной терапии у пациентов с ХБП снижает относительный риск комбинированной первичной конечной точки по сравнению с плацебо на 39% (ОР 0,61; 95% ДИ: 0,51 – 0,72;  $P < 0,001$ ), NNT =19 (95% ДИ: 15 – 27). В данном исследовании

дапаглифлозин продемонстрировал преимущество в отношении всех вторичных конечных точек. Отношение рисков для почечной комбинированной конечной точки (стойкое снижение рСКФ на 50% и более, терминальная стадия заболевания почек или смерть вследствие почечных причин) составило 0,56 (95% ДИ: 0,45 – 0,68;  $P < 0,001$ ); комбинированной конечной точки (сердечно-сосудистая смерть или госпитализация по поводу сердечной недостаточности) – 0,71 (95% ДИ: 0,55 – 0,92;  $P = 0,009$ ); конечной точки (смерть от любой причины) – 0,69 (95% ДИ: 0,53 – 0,88;  $P = 0,004$ ).

Таким образом, терапия дапаглифлозином приводила к снижению риска развития и прогрессирования нарушения функции почек у пациентов с ХБП вне зависимости от наличия СД 2 типа.

## **ВЛИЯНИЕ ИПРАГЛИФЛОЗИНА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Зилов А.В. – к.м.н.*

*кафедра эндокринологии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, г. Москва, Россия*

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 сходной химической структурой и эффектами. Избирательно ингибируя натрий-глюкозный ко-транспортёр 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 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 – дапаглифло-

зин, канаглифлозин и эмпаглифлозин. Ипраглифлозин (Суглат) – новый селективный ингибитор НГЛТ-2, зарегистрированный в РФ в мае 2018 г.

Согласно данным рандомизированных исследований, ипраглифлозин как в монотерапии, так и при добавлении к предшествующей терапии 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 (трехлетнее) исследование STELLA-LONG TERM показало устойчивое влияние ипраглифлозина на гликемический контроль и другие независимые факторы сердечно-сосудистого риска (на 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 м<sup>2</sup>), что обеспечивает удобство использования препарата Суглат в клинической практике.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ – СОЧЕТАНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА И ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Котешкова О.М. – к.м.н.*

*ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы» г. Москва, Россия*

В последние годы непрерывный мониторинг гликемии (НМГ) как метод оценки гликемического контроля становится все более распространенным. Данный метод позволяет оценить вариабельность гликемии, которая представляет собой степень колебаний уровней глюкозы у пациента от высоких до низких в течение суток [1]. Основными параметрами НМГ, которые вошли в международные и отечественные рекомендации по лечению сахарного диабета (СД), являются время в целевом диапазоне (time in range – TIR), время выше целевого диапазона (time above range-TAR), время ниже целевого диапазона (time below range-TBR) и коэффициент вариации [2,3]. Данные параметры позволяют более широко оценить качество гликемического контроля, помогают лечащему врачу подобрать индивидуальную схему терапии. Кроме того, их используют в клинических исследованиях.

Для обеспечения низкой вариабельности гликемии были разработаны аналоги инсулина пролонгированного действия – инсулин гларгин 300 ЕД/мл и инсулин деглудек [4, 5, 6].

ULTRAFLEXI-1 – рандомизированное одноцентровое перекрестное исследование с четырьмя периодами, целью которого являлось сравнение базальных инсулинов гларгин 300 ЕД/мл и деглудек 100 ЕД/мл по показателю времени ниже диапазона (TBR) < 3,9 ммоль/л в двух дозах (100% и 75% обычной дозы) в периоды незапланированных тренировок у взрослых пациентов с СД1 по данным НМГ [7].

Исследуемая популяция включала: 25 взрослых (≥18 лет) пациентов с СД1 на инсулинотерапии в режиме многократных ежедневных инъекций, средний уровень HbA1c  $\geq 7,5\% \pm 0,8$ , ИМТ  $23,7 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>, средний возраст пациентов составил  $41,4 \pm 11,9$  года, медиана длительности СД1: 16,8 лет. Согласно полученным данным, TBR в течение первых 24 часов после незапланированных тренировок был статистически ниже при применении инсулина Гла-300 по сравнению с Дег-100 при введении обычной суточной дозы.



СОМЕТ-Т – неинтервенционное многоцентровое проспективное исследование лечения инсулином гларгин 300 Ед/мл в сочетании с болюсным инсулином пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД1) с недостаточным гликемическим контролем. Решение о лечении препаратом Гла-300 было принято заранее и без какого-либо влияния со стороны исследования.

В исследовании СОМЕТ-Т впервые проспективно изучались эффекты перехода с базального инсулина на Гла-300 у людей с СД1 и неадекватным гликемическим контролем в повседневной практике с использованием непрерывного мониторинга глюкозы.

В ходе исследования были получены следующие результаты: TIR существенно не отличался от исходного уровня на 12 и 24 неделе (+4,5%;  $p=0,078$ ); к 24 неделе значительно снизился HbA1c ( $p=0,001$ ) и CV; уровень ГПН снизился при практически неизменной массе тела и базальной дозе инсулина. Сообщалось, что гипогликемические явления при приеме препарата Гла-300 наблюдались реже, чем на предшествующей терапии; тяжелых гипогликемических эпизодов (уровень АДА 3) при применении препарата Гла-300 не было. Всего было зарегистрировано 29 нежелательных явлений, из которых только 2 были связаны с применением препарата Гла-300. Профиль безопасности и переносимости препарата Гла-300 соответствует результатам предыдущих исследований.

Таким образом, в исследовании СОМЕТ-Т у людей с СД1 и неадекватным гликемическим контролем наблюдалось улучшение гликемических параметров (время достижения цели, HbA1c, ГПН) и снижение эпизодов гипогликемии в течение 24 недель при переходе с базального инсулина на Гла-300. [8]

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Beck R.W., et al. // *Diabetes Care*. — 2019. — Vol. 42(3). — P. 400–405.
2. Дедов И.И. и др., *Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом*. 10-ый выпуск. DOI: 10.14341/DM12802
3. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl. 1):S125–43
4. Pettus J. et al. // *Diabetes Metab Res Rev*. — 2016. — Vol. 32. — P. 478–496.
5. Owens D.R. et al. // *Diabetes Metab Res Rev*. — 2014. — Vol. 30. — P. 104–109.

6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Туджео СолоСтар®. РУ ЛП-003653 от 30.05.2016
7. Moser O, et al. Comparison of Insulin Glargine 300 U/mL and Insulin Degludec 100 U/mL around spontaneous exercise sessions in adults with type 1 diabetes – a randomized cross-over trial (ULTRAFLEXI-1 study/*Diabetes* 2022;71 (Supplement 1):39–LB.
8. Stefan Götz et al. *DDG Diabetes Berlin 2023* 17.-20. May 2023 P 090

#### ОСТЕОПОРОЗ И ЭПИЛЕПСИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

**Магомедова П.М.**

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Россия

**Введение.** Остеопороз (ОП) – это метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и, как следствие, переломами при минимальной травме [1,2] Часто остеопороз развивается не только вследствие различных заболеваний, но и приема лекарственных средств, в том числе и противоэпилептических препаратов (ПЭП) [3]. Пациенты, страдающие эпилепсией, вынуждены длительно, а иногда и пожизненно, принимать ПЭП, которые способны приводить к преждевременной потере минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у лиц любого возраста, вмешиваясь в различные этапы костного ремоделирования и, как следствие, увеличивая риск возникновения низкоэнергетических переломов у пациентов с эпилепсией, подверженных травматизации в связи с основным заболеванием [4,5].

**Цель.** Продемонстрировать влияние ПЭП на МПКТ и минеральный обмен на примере истории болезни молодого мужчины, с детства страдающего эпилепсией, длительно принимающего ПЭП, выявить факторы риска остеопороза и предложить превентивные мероприятия.

**Материал и методы.** Анализ истории болезни пациента 34 лет, страдающего структурной фокальной эпилепсией с билатеральными тонико-клоническими приступами, циклолептическим течением, длительно принимающего различные ПЭП, имеющего патологические переломы грудных позвонков и плечевой кости в анамнезе. Методы исследования: клинический (осмотр невролога, эндокринолога), лабораторные (клинический и биохимический).

мический анализы крови, исследование уровня 25 (ОН) D, кальция, ионизированного кальция, ПТГ и т.д.); инструментальные (МРТ головного мозга, рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника и бедренных костей в динамике; видео-ЭЭГ-мониторинг).

**Результаты.** Под нашим наблюдением находится пациент Р., 1988 г.р., с детства страдающий фокальной эпилепсией с билатеральными тонико-клоническими приступами, серийным и статусным течением. Принимал различные ПЭП: карбамазепин, бензобарбитал, вальпроовую кислоту; в настоящее время принимает левитирацетам 2000 мг/с и перампанел 6 мг/с, на которых наступила ремиссия 1,5 года. В 2016 г. у пациента были судорожные приступы, осложнившиеся компрессионными переломами 5-8 грудных позвонков с последующей вертебропластикой, в 2017 г. – переломом правой плечевой кости, в связи с чем пациент был обследован на предмет остеопении/остеопороза. Рентгеновская денситометрия выявила признаки остеопении в поясничном отделе позвоночника: в 2017 г. Z-критерий (Total) составил -1,8 СО, в динамике (2023 г.) снизился до -2,2 СО. Дефицит витамина D - 10,4 нг/мл.

**Выводы.** На данном клиническом примере у пациента степень снижения МПКТ не соответствует тяжести остеопороза. В этом случае продемонстрирована взаимосвязь эпилепсии, длительного приема ПЭП, остеопении/остеопороза и патологических переломов у молодого трудоспособного мужчины. Подчеркивается важность междисциплинарного подхода к ведению таких пациентов. Необходимо углубленное изучение данной проблемы для своевременной коррекции противоэпилептической терапии и проведения превентивного лечения остеопении/остеопороза с целью снижения риска переломов у пациентов с эпилепсией, длительно принимающих ПЭП.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Kanis JA on behalf of the WHO Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the primary health-care level. Technical Report. Sheffield (UK): University of Sheffield (UK), WHO Collaborating Centre; 2008 cit *Остеопороз и остеопатии*. 2021; 24(2):4-47 ed 2021 Jul 26. Available from: [https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/pdfs/WHO\\_Technical\\_Report.pdf](https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/pdfs/WHO_Technical_Report.pdf)
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению, профилактике остеопороза. *Остеопороз и остеопатии*. 2021; 24(2):4-47. doi: doi.org/10.14341/osteol2930

3. Lazzari A., M Dussault P., Thakore-James M., Gagnon D., Baker E., A Davis S., M Houranieh A. Prevention of bone loss and vertebral fractures in patients with chronic epilepsy-Antiepileptic drug and osteoporosis prevention trial. *Epilepsia* 2013; 54(11): 1997–2004. doi: 10.1111 / epi.12351
4. Жидкова И.А, Казначеева Т.В., Демидова Е.Ю., Берсенева В.В. Молекулярные механизмы влияния антиэпилептической терапии на минеральную плотность костной ткани пациентов с эпилепсией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2016; 1: 59-65. doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1S-59-65
5. Pack A., Gidal B, Vazquez B: Bone disease associated with antiepileptic drugs. *Cleve Clin J Med*. 2004, 71 Suppl 2: S42-8. doi: 10.3949/ccjm.71.suppl\_2.s42

#### ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. ИССЛЕДОВАНИЕ DELIVER

**Маркова Т.Н. – д.м.н., профессор**

ГБУЗ «ГКБ №52 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре госпитализаций и смертности пациентов. Изучение подходов к лечению ХСН остается актуальной проблемой в спектре внимания медицинского сообщества. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2), разработанные изначально для лечения сахарного диабета 2 типа, в последние годы являются одним из самых исследуемых классов препаратов, доказавших свою эффективность у пациентов с ХСН.

Так, в мае 2022 г. были представлены результаты международного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого сравнительного исследования III фазы DELIVER, ставшего крупнейшим на сегодняшний день клиническим исследованием пациентов с ХСН с ФВ более 40%. Согласно дизайну, пациенты получали дапаглифлозин в дозировке 10 мг один раз в сутки либо плацебо в дополнение к стандартной терапии.

В исследование включали пациентов 40 лет и старше; со стабилизированной сердечной недостаточностью; ФВ ЛЖ на момент рандомизации составляла 40% и более; с признаками структурных заболеваний сердца и повышенным уровнем натрийуретического пептида. К участию допускались как амбулаторные, так и госпитализированные пациенты.

Медиана периода наблюдения составила 2,3 года. За этот период первичная конечная точка была зарегистрирована у 512 из 3131 пациентов (16,4%) в группе дапаглифлозина и у 610 из 3132 пациентов (19,5%) в группе плацебо (ОР 0,82; 95% ДИ 0,73-0,92;  $p < 0,001$ ). Ухудшение течения СН произошло у 368 пациентов (11,8%) в группе дапаглифлозина и у 455 пациентов (14,5%) в группе плацебо (ОР 0,79; 95% ДИ 0,69-0,91); сердечно-сосудистая смерть наступила у 231 пациента (7,4%) и 261 пациента (8,3%), соответственно (ОР 0,88; 95% ДИ 0,74-1,05). Общее количество событий и выраженность симптомов были ниже в группе дапаглифлозина. Результаты анализа первичного исхода у пациентов с ФВ ЛЖ менее 60% были аналогичны результатам в общей популяции (ОР 0,83; 95% ДИ 0,73-0,95;  $p = 0,009$ ). Влияние дапаглифлозина на первичную конечную точку было аналогичным во всех заранее определенных подгруппах, включая наличие или отсутствие СД2 и снижения в анамнезе ФВ ЛЖ менее 40%.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ МОЛЕКУЛЫ ИЛИ НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРАДИЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ – ДОЛЖНЫ ЛИ МЫ ВЫБИРАТЬ?**

*Мкртумян А.М. – д.м.н., профессор*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия*

У 20–30% пациентов первым проявлением сахарного диабета 2 типа могут быть сердечно-сосудистые (СС) осложнения: инфаркт миокарда, инсульт, потеря зрения и др. Острые cerebroкардиоваскулярные катастрофы – основная причина смерти и инвалидизации пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) трудоспособного возраста. Инсульт в их структуре является важной медико-социальной проблемой.

Целью терапии у пациентов с СД2 является не только контроль гликемии и массы тела, но и влияние на кардиоренальный прогноз, снижение риска инсульта. Для некоторых агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа (арГПП-1) и ингибиторов натрий-глюкозного

котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) в ряде крупномасштабных исследований доказано снижение СС, почечных и церебральных рисков. Это отражено в показаниях и болезнь-модифицирующей стратегии, а именно: для пациентов с высоким риском атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) или уже имеющимися АССЗ, хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек следует рассмотреть возможность включения в схему лечения арГПП-1 или иНГЛТ-2 с подтвержденными преимуществами (показаниями), даже если у пациента достигнута целевая гликемия на фоне текущей терапии.

В российских реалиях и в связи с уменьшением доступности для пациентов арГПП-1 становится актуальным поиск альтернативных терапевтических схем. иНГЛТ-2 и канаглифлозин как представитель этого класса с особым двойным механизмом действия обеспечивает контроль гликемии и массы тела, снижение СС, церебральных и почечных рисков. Канаглифлозин – единственный из иНГЛТ-2, зарегистрированных в России на октябрь 2023 года, имеет в инструкции показание «снижение риска серьезных неблагоприятных осложнений со стороны СС системы (СС смерти, нефатального инфаркта миокарда и нефатального инсульта)» у пациентов с СД2 и имеющимся СС заболеванием.

Метформин является базовой терапией для пациентов с сахарным диабетом 2 типа, его роль в контроле гликемии и слабopоложительное влияние на массу тела при доступности большинству пациентов подчеркивают рекомендации ведущих диабетологических ассоциаций: РАЭ, ADA, EASD. Со времен UKPDS накоплен огромный массив метадаанных об гипогликемической эффективности метформина, его благоприятных плейотропных эффектах, в том числе позитивном влиянии на СС, церебральные и почечные исходы. В дополнение к длительному позитивному опыту применения у метформина большие перспективы: в 2023 г. в инструкцию оригинального метформина в России внесены изменения, разрешающие его использование во время беременности и в предгравидарной подготовке. Метформин модифицированного высвобождения позволяет улучшить приверженность лечению за счет лучшей переносимости, что крайне важно для длительной терапии СД2.

Своевременная интенсификация терапии метформином путем добавления иНГЛТ-2 с доказанными cerebroкардиоренальными преимуществами, канаглифлозином в частности, является перспективной терапевтической стратегией для пациентов с СД2.

## ПРОЕКТ КРЕДО: ДИЗАЙН, ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, КЛЮЧЕВЫЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ

*Пашкова Е. Ю. – к.м.н.*

*ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия*

С появлением новых классов сахароснижающих препаратов, меняются подходы ведения пациентов с СД 2 типа. И при выборе класса инновационных препаратов врач должен руководствоваться доминирующей клинической проблемой, в частности наличия атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания, хронической сердечной недостаточности (ХСН) или хронической болезни почек (ХБП). Наличие у пациента хронической сердечной недостаточности позволяет врачу сделать выбор сахароснижающей терапии в пользу ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2), так как данный класс препаратов занимает приоритетную линию в клинических рекомендациях для пациентов с СД 2 типа и ХСН.

С целью оценки распространенности ХСН и ХБП среди пациентов с СД 2 типа, госпитализированных в многопрофильные стационары, анализа клинических и демографических характеристик, а также профиля терапии данных пациентов был инициирован проект КРЕДО.

Проект КРЕДО – это многоцентровое исследование с участием 8 стационаров Департамента здравоохранения города Москвы.

За период с августа 2022 года по апрель 2023 года были проанализированы данные 445 пациентов с СД 2 типа.

Основными критериями включения было наличие СД 2 типа более 3 лет и возраст пациентов  $\geq 50$  лет.

Первичные конечные точки исследования:

- доля пациентов с ХСН среди обследованных с СД 2 типа.
- доля пациентов с ХБП среди обследованных с СД 2 типа.

Вторичные конечные точки: доля пациентов с диагнозом ХСН и ХБП, доля пациентов со снятым диагнозом ХСН и ХБП, назначенная терапия пациентов с ХСН и ХБП.

В данном проекте были получены следующие результаты. Среди больных с СД 2 типа доля пациентов с подтвержденным диагнозом ХСН составила 49%. Диагноз ХСН впервые выставлен 28% пациентов, 12,6% диагноз ХСН был снят. Диагноз ХБП был подтвержден у 43%

пациентов из числа больных с СД 2 типа, впервые выявлен – у 40%, снят - у 6%.

Из 445 лиц с СД 2 типа, включённых в исследование, сахароснижающую терапию, в том числе комбинированную, на момент госпитализации получали 423 пациента (95%). Из них препараты сульфаниламочевины принимали 38%, ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа – 20%, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 – 8 %, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа – 30%, инсулинотерапию – 54%, метформин – 26%.

При выписке были рекомендованы иНГЛТ-2 – 77% (n=344) пациентов, статинами – 87% (n=386), АМКР – 23% (n=103) и диуретиками – 46% (n=205).

В результате полученных данных ХСН была выявлена в 77% случаях. Диагноз ХБП был установлен у 83% пациентов с СД 2 типа, госпитализированных в стационары города Москвы. Полученные данные подтверждают тесную кардио-рено-метаболическую взаимосвязь. У пациентов старше 50 лет с СД 2 типа и длительностью более 3 лет врачи должны проявлять настороженность относительно верификации ХСН и ХБП.

## ПРЕЦИЗИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКРОМЕГАЛИИ

*Пронин Е.В.<sup>1</sup>; Алексеева Т.М.<sup>1</sup>; Пронин В.С.<sup>1,2</sup> – д.м.н., профессор; Анциферов М.Б.<sup>1,2</sup> – д.м.н., профессор*

*<sup>1</sup>ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия*

*<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия*

Согласно классификации ВОЗ от 2022 г., синдром акромегалии объединяет множество гистологических подтипов нейроэндокринных соматотрофных опухолей (СО), персонализированное лечение которых требует качественного изменения фармакотерапевтической парадигмы с переходом от устаревшего метода «проб и ошибок» к прецизионному подходу с использованием клинико-лабораторных, радиологических и морфологических предикторов, отражающих чувствительность СО к планируемой медикаментозной терапии. Прецизионный подход представляет собой перспективную модель практического здравоохранения, при которой

проводимые методы лечения адаптируются к индивидуальным особенностям каждого пациента (или стратифицированной группы) на основе прогнозируемой реакции и диагностического тестирования.

Современный алгоритм медицинской помощи при акромегалии последовательно включает хирургическое лечение, лекарственную и лучевую терапию. В связи с запоздалой диагностикой и большим объемом опухолей с экстраселлярным распространением хирургическое лечение не всегда приводит к радикальной аденомэктомии. По данным Московского регистра больных акромегалией и гипофизарным гигантизмом, только 31% от общего числа прооперированных больных достигли полной ремиссии заболевания, тогда как оставшимся пациентам потребовалось адъювантное лечение, включающее, в первую очередь, назначение вторичной фармакотерапии.

К сожалению, эффективность традиционной медикаментозной терапии аналогами соматостатина 1-й генерации (АС1) с учетом многообразия патоморфологических вариантов СО наблюдается не более чем у 50% пациентов, что подтверждает актуальность поиска и верификации биомаркеров, позволяющих прогнозировать результативность долгосрочного лечения АС1.

К известным предикторам высокой чувствительности к АС1 относят наличие плотногранулированной СО с выраженной экспрессией 2-го подтипа соматостатиновых рецепторов, а также относительную гипоинтенсивность опухолевого сигнала на T2-взвешенных МР изображениях. Дополнительной диагностической опцией является фармакотерапевтическое тестирование (т.е. оценка величины снижения инсулиноподобного фактора роста-1 через 3 и 6 месяцев от начала лечения АС1). Его использование рекомендуется в том числе в случае невозможности проведения иммуногистохимического анализа или адекватного радиологического обследования. В докладе обсуждается опыт Эндокринологического диспансера ДЗМ по использованию данных предикторов в клинической практике.

Таким образом, реализация прецизионного подхода с учетом до- и послеоперационных предикторов рецепторной экспрессии СО будет способствовать прогнозированию отдаленных результатов использования АС1 и оптимизации лечения пациентов с синдромом акромегалии.

## ТЕЧЕНИЕ ЛАТЕНТНОГО АУТОИММУННОГО ДИАБЕТА ВЗРОСЛЫХ

*Рамазанова А.Ф. – врач-ординатор; Морзунов Л.Ю. – д.м.н., профессор Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия*

Латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA), медленно прогрессирующий инсулинозависимый диабет (SPIDDM), диабет 1.5 типа и двойной диабет - термины, описывающие сущность заболевания, отличая болезнь от «классического» сахарного диабета 1 типа.

Пациенты с LADA рассматриваются как отдельная подгруппа больных сахарным диабетом, у которых он развивается постепенно и проявляется чаще во взрослом возрасте - как у больных сахарным диабетом 2 типа. В течение 2-3 лет после появления симптомов пациентам с LADA не требуется инсулинотерапия, но затем они начинают проявлять все классические признаки сахарного диабета 1 типа, включая потребность в лечении инсулином. Обычно LADA развивается у молодых людей с нормальной массой тела или у лиц среднего возраста.

Распространенность LADA достаточно высока. Среди больных сахарным диабетом 2-го типа старше 35-40 лет она достигает 10%, а при возрасте менее 35 лет возрастает до 25%. Международной группой по иммунологии сахарного диабета предложены следующие критерии его выявления: возраст манифестации обычно 25-50 лет, наличие по крайней мере одного из четырех классов аутоантител, свойственных сахарному диабету 1-го типа (ICA – антитела к цитоплазме островковых клеток; GAD – антитела к глутаматдекарбоксилазе; IA-2 – антитела к тирозинфосфатазе; IAA – антитела к инсулину; ZnT8 – антитела к транспортеру цинка 8), отсутствие потребности в инсулинотерапии в течение по крайней мере первых 6 месяцев после установки первоначального диагноза, индекс массы тела менее 25 кг/м<sup>2</sup>, в семейном анамнезе часто указывается сахарный диабет 2 типа, низконормальный уровень С-пептида.

B.Nambam и соавт. считают, что LADA можно классифицировать на тип 1 и тип 2 в зависимости от титра антител к GAD. Пациенты с высоким титром GAD относятся к LADA 1 типа и имеют фенотипические сходства с диабетом 1 типа (относительно часто развивающийся кетоацидоз, более низкий уровень С-пептида, ИМТ и инсулинрезистентности). Пациенты с более низким уровнем антител к GAD классифицируются как

пациенты с LADA 2 типа, который имеет определенные фенотипические сходства с СД 2 типа. В то же время при LADA тип 2 более часто встречается кетоацидоз и менее выражена дислипидемия в сравнении с СД 2 типа. При LADA тип 1 частота ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем при 2-м типе LADA. В настоящее время описана клиническая картина, подобная LADA тип 2 в детском и подростковом возрасте. Данные варианты получили название LADY-like (латентный аутоиммунный диабет у юношей) и LADC (латентный аутоиммунный диабет у детей)

Таким образом, помимо классического LADA, для которого не характерно ожирение или избыточная масса тела, существует LADA тип 2 с фенотипом пациента характерным для СД 2 типа. Этиология заболевания до конца не изучена, но известны факторы риска.

Основываясь на консенсусе Американской диабетической ассоциации (ADA)/Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) 2020 года в отношении и гетерогенности в рамках аутоиммунного диабета, международной группой экспертов была положена и опубликована в журнале Американской диабетической ассоциации градация выбора стартовой терапии по уровню С-пептида:

- более 0,7 нмоль/л – допустима тактика ведения как при СД 2 типа с назначением ПССП;
- 0,3-0,7 нмоль/л – «серая зона», показана комбинация инсулина с ПССП;
- менее 0,3 нмоль/л – введение инсулина по алгоритмам лечения СД 1 типа.

Представлен клинический случай пациента 22 лет, у которого в течение 3-х лет при амбулаторном обследовании отмечалась гипергликемия до 22,7 ммоль/л, от госпитализации и лечения отказывался. После прохождения осмотра в райвоенкомате была выявлена выраженная гипергликемия 16,0 ммоль/л и кетонурия, в связи с чем пациент экстренно госпитализирован в ГКБ имени А.К. Ерамишанцева. При обследовании в стационаре: С-пептид 1,2 нг/мл., кетоновые тела 1+ ммоль/л, HbA1c 11,2%. Назначена базис-болюсная инсулинотерапия. В связи с нетипичной картиной для СД 1 типа и СД 2 типа, а именно: отсутствие потребности в инсулинотерапии на протяжении 3-х лет, низконормальный уровень

С-пептида и нормальная масса тела, был предположительно установлен диагноз LADA. Пациент был отправлен на дообследование в Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии. На основании молекулярно-генетических исследований, вариантов, объясняющих причину заболевания, не выявлено. Исследования уровня антител: к инсулину (IAA), IgG - 3,63 ЕД/мл (норма <10), к глутамат-декарбоксилазе (GAD) – 0,73 ЕД/мл (норма <1), к островковым клеткам (ICA) – 4 (норма <4). На основании клинической картины и лабораторных данных пациенту был установлен диагноз – LADA диабет.

В настоящее время проводятся масштабные эпидемиологические исследования распространенности диабета LADA. Согласно полученным результатам, во многих случаях диагноз «сахарный диабет 1 типа» является ошибочным и требует уточнения, поскольку в действительности имеет место LADA-диабет. Следовательно, каждый пациент с нетипичной клинической картиной, которому был поставлен диагноз СД, нуждается в тщательном дополнительном исследовании для подбора адекватной терапии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голодников И.И., Русяева Н.В., Никонова Т.В., Кононенко И.В., Шестакова М.В. Латентный аутоиммунный диабет взрослых — современное представление. *Сахарный диабет*. 2023;26(3):262-274. <https://doi.org/10.14341/DM12994>
2. Тимакова А.А., Салтыков Б.Б. Особенности развития латентного диабета взрослых (LADA). *Архив патологии*. 2019;81(3):78-82. <https://doi.org/10.17116/patol20198104178>
3. Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, et al. Management of latent autoimmune diabetes in adults: A consensus statement from an international expert panel. *Diabetes*. 2020;69(10):2037-2047. <https://doi.org/10.2337/dbi20-0017>
4. Yin W, Luo S, Xiao Z, et al. Latent autoimmune diabetes in adults: a focus on  $\beta$ -cell protection and therapy. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;(13). <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.959011>

## **ХРОНИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Шевченко В.Д. – врач-ординатор; Моргунов Л.Ю. – д.м.н., профессор  
Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы  
народов», г. Москва, Россия*

Хроническая надпочечниковая недостаточность (ХНН) - прогрессирующее заболевание, которое возникает при снижении выработки гормонов корой надпочечников. Эту болезнь впервые в медицинских трактатах описал английский врач Томас Аддисон в 1855 г. С тех пор это состояние еще называют «болезнь Аддисона».

Распространенность первичной ХНН колеблется от 40-60 до 110 случаев на 1 млн населения в год. На сегодняшний день хронической надпочечниковой недостаточностью страдают преимущественно мужчины в работоспособном возрасте в возрасте от 20 до 50 лет.

Различают первичную и вторичную надпочечниковую недостаточность. Первичная возникает при поражении коркового слоя надпочечников, которые не производят достаточного количества гормонов. Вторичная надпочечниковая недостаточность обусловлена заболеваниями гипоталамуса или гипофиза, приводящими к уменьшению продукции адренокортикотропного гормона и вторичным снижением функции надпочечников, и атрофией их коры.

Недостаточность коры надпочечников характеризуется незаметным началом и медленным нарастанием симптомов. Пациенты жалуются на постоянную слабость, быструю мышечную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, периодическую рвоту, резкое снижение массы тела, склонность к соленой пище, боли в пояснице. Пигментация наблюдается почти у всех больных. Золотисто-коричневый оттенок кожи более интенсивен в складках шеи, сосках молочных желез, в области локтевых, коленных, пястно-фаланговых суставах, а также на слизистых оболочках (щеки, мягкого неба, десны). У некоторых пациентов имеются участки депигментации. Температура тела бывает ниже нормальной. Артериальное давление низкое, пульс частый, плохо прощупывается. Во время обострения заболевания характерны приступы болей в животе. Также развивается гипогликемия, которая проявляется в виде приступов, характеризующихся слабостью, раздражительностью, чувством голода, потливостью. У женщин отмечается выпадение волос, нарушение менструаль-

ного цикла. У мужчин снижается половое влечение. Больные склонны к депрессии или развитию острого психоза.

При наличии у больного клинических симптомов в первую очередь необходимо определение в крови уровней кортизола, АКТГ, альдостерона, ренина, глюкозы, калия, натрия, в суточной моче – свободного кортизола. Для уточнения состояния надпочечников назначают УЗИ или КТ надпочечников, при подозрении на вторичную ХНН – МРТ головного мозга.

Современная эндокринология обладает эффективными методами лечения надпочечниковой недостаточности. Выбор зависит, прежде всего, от причины возникновения и преследует две цели: ликвидация причины болезни и заместительная терапия. При наличии необратимых процессов в надпочечниках гипокортицизм сохраняется и требует пожизненного проведения заместительной терапии гормонами коры надпочечников. Сопутствующие заболевания и стресс требуют коррекции доз глюкокортикоидов. Недопустимо самостоятельное снижение дозы пациентами, т.к. это может привести к тяжелому осложнению - острой надпочечниковой недостаточности.

Из вышеизложенного следует, что даже несмотря на то, что надпочечниковая недостаточность не является самой распространенной эндокринной патологией, врачам любых специальностей следует помнить о ней и при наличии симптомов, не укладывающихся в картину «профильного» заболевания, проводить соответствующие обследования и консультации.

В работе представлен клинический случай молодой пациентки, наблюдающейся с жалобами на судорожные подергивания в конечностях и теле, судороги в мышцах конечностей (в руках по типу «акушера»), боль в животе непостоянного характера, озноб, жидкий стул, рвоту, выраженную общую слабость. Больная была госпитализирована в реанимационное отделение, где исключены острые хирургическая, гинекологическая, кардиальная патологии, проведена коррекция водно-электролитных нарушений. В связи с подозрением на кишечную инфекцию пациентка была переведена в инфекционную больницу, где установлен диагноз «неуточненный гастроэнтерит» и «колит инфекционного происхождения». После выписки обратилась в ведомственную клинику, больная бригадой СМП была доставлена в приемный покой ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, где был установлен правильный диагноз и назначена заместительная терапия.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *J Clin Pathol.* 2022 Jul;75(7):435-442. doi: 10.1136/jclinpath-2021-207895.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. *Эндокринология: Учебник.* – М.: Медицина, 2007. – 632 с
3. Husebye ES, Pearce SH, Krone NP, Kämpe O. *Adrenal insufficiency. Lancet.* 2021
4. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. *Diagnosis and management of adrenal insufficiency. Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015

## КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ

**АКРИХИН**  
**АСТЕЛЛАС ФАРМА ПРОДАКШЕН**  
**АСТРАЗЕНЕКА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ**  
**АСЦЕНЗИЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ**  
**ФИРМА ЕВРОСЕРВИС**  
**ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ**  
**ИМФД – ЭКСПО**  
**ИПСЕН**  
**ЛАЙФСКАН РАША**  
**МЕРК (MERCK)**  
**НПО ПЕТРОВАКС ФАРМ**  
**РУСФИК (RECORDATI RARE DISEASES)**  
**СВИКС ХЭЛСКЕА**  
**НИЖФАРМ (STADA)**  
**КОМПАНИЯ «ЭЛТА»**



**ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ****ИЗДАТЕЛЬСТВО «ДИНАСТИЯ»****ФО ЖУРНАЛ «КТО ЕСТЬ КТО В МЕДИЦИНЕ»****ММА «МЕДИАМЕДИКА»****АМИ «МЕДФОРУМ»****ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»****ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПРОФМЕДПРЕСС»****ГРУППА РЕМЕДИУМ****ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА****ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «АБВ-ПРЕСС»****АКТИОН МЕДИЦИНА****ОБЩЕРОССИЙСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ СЕТЬ «ВРАЧИ РФ»****НПМ ЖУРНАЛ «ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»****НПМ ЖУРНАЛ «ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ»****ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ «МИРВРАЧА»****НП РФ «МОСКОВСКИЕ АПТЕКИ»****ЦИФРОВОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО «OMNIDOC TOR»****ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛ «ALL EVENTS»****ИНТЕРНЕТ-РЕСУРС «EXROMAR.RU»****АО «АКРИХИН»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 105064, Россия, г. Москва,  
ул. Земляной Вал, д. 9  
Тел.: +7 (495) 721-36-97  
E-mail: info@akrikhin.ru  
Сайт: www.akrikhin.ru

АО «АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармацевтических компаний, выпускающая современные, эффективные, доступные по цене и высококачественные лекарственные средства. В продуктивном портфеле компании насчитывается более 250 препаратов, около 45% из которых входят в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Препараты относятся к основным фармакотерапевтическим направлениям – дерматология, кардиология, педиатрия, офтальмология, неврология, гинекология, эндокринология и др. – и выпускаются в полном соответствии со стандартами GMP.

**ООО «АСТЕЛЛАС ФАРМА ПРОДАКШЕН»  
(ЯПОНИЯ)**

Адрес: 109147, Россия, г. Москва,  
ул. Марксистская, д. 16  
Тел.: +7 (495) 737-07-56  
Сайт: www.astellas.com/ru

Астеллас – международная фармацевтическая компания с ясной стратегией: быть в авангарде перемен в здравоохранении, воплотить научные открытия в медицинские решения, приносящие пользу и надежду пациентам.

Информация для специалистов здравоохранения.  
NON\_2022\_0005\_RU\_MAR\_2022

**ООО АСТРАЗЕНЕКА  
ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ  
(РОССИЯ)**

Адрес: 123112, г. Москва,  
1-й Красногвардейский проезд, д. 21, стр. 1  
Тел.: +7 (495) 799-56-99 (ext.1200)  
E-mail: [Moscow.reception@astrazeneca.com](mailto:Moscow.reception@astrazeneca.com)  
Сайт: [www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru), [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)

«АстраЗенека» является международной инновационной биофармацевтической компанией, нацеленной на исследования, развитие и коммерческое использование рецептурных препаратов в таких основных терапевтических областях, как онкология, сердечно-сосудистые заболевания, болезни обмена веществ и почек, респираторные, воспалительные и аутоиммунные заболевания. Компания представлена более чем в 100 странах мира, а ее инновационными препаратами пользуются миллионы пациентов.

Россия является одним из ключевых рынков, приоритетных для деятельности компании «АстраЗенека». Компания присутствует на российском рынке с 1993 года. За 26 лет в России более 40 оригинальных препаратов компании были зарегистрированы и разрешены к использованию на территории страны. Одна из ключевых задач «АстраЗенека», Россия – внести весомый вклад в формирование инновационной фармацевтической индустрии в России.

**ООО Асцензия Диабетическая Продукция  
Ascensia Diabetes Care  
(РОССИЯ)**

Адрес: 123610, г. Москва,  
Краснопресненская наб., д. 12, оф. 706  
Тел.: +7 (800) 200-44-43  
E-mail: [info.ru@ascensia.com](mailto:info.ru@ascensia.com)  
Сайт: [www.diabetes.ascensia.com.ru](http://www.diabetes.ascensia.com.ru)

Ascensia Diabetes Care – международная компания, ставящая своей задачей улучшать жизнь людей с сахарным диабетом и обеспечивать их возможностью осуществлять контроль за своим здоровьем и благополучием.

Ascensia Diabetes Care, основанная в 2016 году в результате приобретения диабетического подразделения концерна Bayer (Bayer Diabetes Care) компанией Panasonic Healthcare Holdings, опирается на более чем 70-летний опыт создания инновационных продуктов и решений в области мониторинга гликемии, которые вносят положительные изменения в жизнь людей с сахарным диабетом

**АО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 142717, МО, г. Видное,  
п. Развилка, тер. квартал 1, влд.7  
Тел.: +7 (495) 789-46-19  
E-mail: [info@euro-service.ru](mailto:info@euro-service.ru)  
Сайт: <https://euro-service.ru/>

Фармацевтическая компания

**ООО «ИМФД-ЭКСПО»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 127030, г. Москва,  
ул. Сущевская, д. 25, корп. 1  
Тел.: +7 (495) 797-62-92,  
+7 (499) 750-07-47, +7 (499) 750-07-27 (многоканальные)  
E-mail: [info@imfd-expo.ru](mailto:info@imfd-expo.ru)  
Сайт: [www.imfd-expo.ru](http://www.imfd-expo.ru)

ИМФД ЭКСПО – значимое направление компании «ИнфоМедФарм Диалог». Наша специализация – организация, строительство, дизайн, проектирование выставочных экспозиций и стендов любого формата и уровня сложности. Мы разрабатываем и реализуем как масштабные проекты, так и эксклюзивные заказы частных компаний. Также мы предоставляем полный спектр услуг по организации и обслуживанию конгрессно-выставочных мероприятий любого формата.

Наши преимущества:

- профессиональный и индивидуальный подход к каждому клиенту;
- качественное и своевременное исполнение проектов;
- создание гармоничной целостной композиции;
- оригинальные решения;
- неповторимый дизайн.

**ООО Информационно-выставочное агентство  
«ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 127030, Москва,  
ул. Сущевская, д. 25, корп. 1  
Тел.: +7 (495) 797-62-92,  
+7 (499) 750-07-47, +7 (499) 750-07-27 (многоканальные)  
E-mail: [info@imfd.ru](mailto:info@imfd.ru)  
Сайт: [www.imfd.ru](http://www.imfd.ru)

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог» более 15 лет является ведущей компанией в сфере организации конгрессно-выставочных мероприятий медицинского и фармацевтического профиля в России. Основные направления деятельности:

- организация конгрессов, научно-практических конференций, форумов, симпозиумов, семинаров, круглых столов, школ, мастер-классов, специализированных выставок в России и за рубежом;
- организация и комплексное сопровождение мероприятий «под ключ» (изготовление сувенирной и полиграфической продукции, оформление выставочных стендов, подготовка и проведение промо-акций и т.д.);
- реализация маркетинговых соглашений по продвижению товарных марок компаний, продукции и услуг на российском и зарубежном рынках;
- проведение мероприятий в конференц-зале «Диалог», созданном с учетом всех требований для комфортного проведения конференций, презентаций, семинаров, совещаний, торжественных мероприятий.

**ООО «ИПСЕН»  
(ФРАНЦИЯ)**

Адрес: 109147, г. Москва,  
ул. Таганская, д. 17-23  
Тел.: +7 (495) 258-54-00  
Факс: +7 (495) 258-54-01  
Сайт: [www.ipsen.ru](http://www.ipsen.ru)

ИПСЕН – международная фармацевтическая компания, основанная в 1929 году и представленная в 115 странах мира. Компания выпускает на рынок более 20 лекарственных препаратов. ИПСЕН стремится стать ведущей биотехнологической компанией в области инноваций и предоставления специализированной помощи для лечения тяжелых заболеваний. ИПСЕН активно занимается разработками в сфере онкологии, что подтверждается растущим портфелем препаратов. В портфеле ИПСЕН в России представлены 9 препаратов компании, применяемых в общей терапевтической практике и в сфере специализированной помощи.

**ООО «ЛайфСкан Раша»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 121614, г. Москва,  
ул. Крылатская, д. 17, корп. 4, этаж 2,  
помещение I, комната 2  
Тел.: +7 (495) 139-26-89  
Сайт: [www.onetouch.ru](http://www.onetouch.ru)

Компания LifeScan является мировым лидером в области средств самоконтроля – более 20 миллионов человек во всем мире используют продукты OneTouch®, которые помогают им в управлении диабетом.

Наша главная цель - создать мир без границ для людей с диабетом, для их близких и для специалистов сферы здравоохранения.

Уже более 35 лет компания LifeScan способствует развитию средств самоконтроля, совершенствуя технологии и разрабатывая продукты, которые завоевывают доверие пользователей, отличаются простотой и точностью.

LifeScan предлагает своим пользователям лучшие продукты и технологические решения для управления диабетом, начиная с глюкометров, тест-полосок и ланцетов под брендом OneTouch® и заканчивая современным программным обеспечением для мониторинга гликемии для людей с диабетом и врачей.

**MERCK  
(ГЕРМАНИЯ)**

Адрес: 115054, г. Москва,  
ул. Валовая, д.35  
Тел.: +7 (495) 937-33-04  
Факс: +7 (495) 937-33-05  
E-mail: [russia@merckgroup.com](mailto:russia@merckgroup.com)  
Сайт: [www.merckgroup.com/ru-ru](http://www.merckgroup.com/ru-ru)

«МЕРК» – мировой лидер в производстве препаратов для лечения СД 2 типа. В настоящее время почти 6 млн пациентов более чем из 100 стран принимают препараты Глюкофаж® и Глюкофаж® Лонг.

ГЛЮКОФАЖ ЛОНГ® – высокотехнологичная форма оригинального метформина для терапии пациентов с СД 2 и предиабетом.

В соответствии с достигнутыми с компанией Janssen Pharmaceutica N.V. соглашениями, со II квартала 2021 года компания «МЕРК» осуществляет маркетинг, импорт, дистрибуцию и продажу препарата ИНВОКАНА® в России и ряде других стран.

ИНВОКАНА® (канаглифлозин) - инновационный препарат класса ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, предназначенный для контроля уровня глюкозы в крови и снижения риска сердечно-сосудистых и почечных осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**ООО «НПО Петровакс Фарм»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 123112, г. Москва,  
Пресненская наб., д. 12, этаж 38  
(комплекс «Федерация», башня «Восток»)  
Тел.: +7 (495) 730-75-45  
E-mail: [info@petrovax.ru](mailto:info@petrovax.ru)  
Сайт: [www.petrovax.ru](http://www.petrovax.ru)

«Петровакс» – российская биотехнологическая компания полного цикла с 25 летним опытом успешной работы на фармацевтическом рынке.

Продуктовый портфель включает собственные оригинальные препараты, локализованные лекарственные средства и вакцины, а также дженерические препараты и биологически активные добавки.

**ООО «Русфик»  
Группа компаний Recordati  
(РОССИЯ)**

Адрес: 123610, г. Москва,  
Краснопресненская наб., д. 12, ЦМТ,  
офисное здание №2, подъезд №7, 6 этаж, офис 605-608  
Тел.: +7 (495) 225-80-01, +7 (495) 258-20-07  
E-mail: [info@rusfic.com](mailto:info@rusfic.com)  
Сайт: [www.rusfic.ru](http://www.rusfic.ru)

Разработка, производство и продажа на мировом фармацевтическом рынке эксклюзивных препаратов для лечения редких заболеваний.

**ООО «Свикс Хэлскеа»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 105064, г. Москва,  
ул. Земляной вал, д. 9  
Тел.: +7 (495) 229-06-61  
E-mail: [russia.info@swixxbiopharma.com](mailto:russia.info@swixxbiopharma.com)  
Сайт: [www.swixxbiopharma.com](http://www.swixxbiopharma.com)

Свикс Биофарма представляет филиалы или отдельные бизнес-подразделения транснациональных компаний – производителей биофармацевтических, безрецептурных препаратов и медицинских устройств в странах Центральной и Восточной Европы и за ее пределами, где они не ведут деловую активность. Свикс Биофарма является профессиональным и надежным партнером, отвечающим самым высоким стандартам в тех областях, где мы работаем.

В Свикс мы уверены, что каждый должен иметь доступ к лучшим медицинским разработкам, позволяющим сохранить здоровье и повысить качество жизни. Несмотря на то, что мы являемся фармацевтической компанией без собственного портфолио и исследований, мы стремимся соответствовать стандартам и культуре транснациональной фармацевтической компании.

Мы – команда высокопрофессиональных специалистов, и наш опыт – это наша сила. Мы объединили усилия и используем свои знания, чтобы постоянно выполнять нашу миссию по обеспечению доступа к современным лекарственным препаратам наших партнеров.

Для получения дополнительной информации о компании Свикс, пожалуйста, посетите наш сайт: [www.swixxbiopharma.com](http://www.swixxbiopharma.com)

**АО «Нижегородский  
химико-фармацевтический завод»  
АО «Нижфарм»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 603950, г. Нижний Новгород,  
ул. Салагарская, д. 7  
Тел.: +7 (831) 278-80-88  
Факс: +7 (831) 430-72-13  
E-mail: [med@stada.ru](mailto:med@stada.ru)  
Сайт: [www.stada.ru](http://www.stada.ru)

STADA – международная группа компаний, один из крупнейших производителей качественных аналогов инновационных лекарств – дженериков. Миссия компании — заботиться о здоровье людей, выстраивая доверительные отношения с партнерами и потребителями. Уже 125 лет STADA работает для того, чтобы современные и качественные медикаменты были доступными для каждого.

Сегодня продукция STADA представлена в 130 странах. В состав концерна входят 19 производственных площадок во всем мире, в том числе российские заводы — НИЖФАРМ (г. Нижний Новгород) и ХЕМОФАРМ (г. Обнинск). STADA помогает потребителям и профессионалам сделать уверенный выбор в пользу качественных и безопасных лекарств по справедливой цене.

**ООО «Компания ЭЛТА»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 124365, г. Москва, Зеленоград,  
Георгиевский проспект, корп. 1651  
Тел.: +7 (499) 995-25-47  
E-mail: [mail@eltaltd.ru](mailto:mail@eltaltd.ru)  
Сайт: [www.eltaltd.ru](http://www.eltaltd.ru)

Медицинские инструменты.  
Оборудование и техника.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ

**ООО «Издательство «Династия»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 117149, Москва,  
вн.тер.г. Муниципальный округ Зюзино,  
ул. Азовская, д.6, к.3, этаж, блок 8,8/2, помещ. 12  
Тел.: 7 (495) 660-6004  
E-mail: [podpiska@phdynasty.ru](mailto:podpiska@phdynasty.ru)  
Сайт: [www.phdynasty.ru](http://www.phdynasty.ru)

ООО «Издательство «Династия» работает более 20 лет и специализируется на выпуске научной медицинской литературы, публикует оригинальные исследования, обзоры литературы, лекции, методические рекомендации, клинические наблюдения, официальные документы органов управления здравоохранением.

Выпускает научно-практические журналы:

- «Вопросы детской диетологии» включен в Scopus, ВАК, РИНЦ.
- «Вопросы диетологии» включен в ВАК, РИНЦ.
- «Инфекционные болезни» включен в Scopus, ВАК, Ulrich`s Periodicals Directory, РИНЦ
- «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии» включен в Scopus, ВАК, Ulrich`s Periodicals Directory и РИНЦ.
- «Вопросы практической педиатрии» включен в Scopus, ВАК, EBSC, РИНЦ.
- «Вопросы урологии и андрологии» включен в ВАК, РИНЦ.
- «Бактериология» включен в РИНЦ.

**Федеральный отраслевой журнал  
«Кто есть Кто в медицине»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 107023, г. Москва,  
пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1  
Тел.: +7 (499) 704-04-24  
E-mail: [journal@kto-kto.ru](mailto:journal@kto-kto.ru)  
Сайт: [www.ktovmedicine.ru](http://www.ktovmedicine.ru)

Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений, служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины. Журнал издаётся с 2003 года в 6-ти форматах с открытым доступом. Выбирайте удобный формат и присоединяйтесь к диалогу [qr.kto-kto.ru/ktokto](http://qr.kto-kto.ru/ktokto).

**ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство  
«МедиаМедика»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 115054, г. Москва,  
Жуков проезд, дом 19  
Тел: +7 (495) 926-29-83  
E-mail: [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)  
Сайт: [www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)

Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» представляет информационный портал для врачей и фармацевтов [www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)

- Вебинары НМО
- Видеотрансляции с ключевых мероприятий (съездов, конгрессов, конференций)
- Круглые столы и телемосты
- Анонсы предстоящих мероприятий
- Дайджесты по материалам симпозиумов

Быть пользователем портала [www.con-med.ru](http://www.con-med.ru) – это значит быть в курсе всех новейших достижений в области современной медицины.

**Агентство Медицинской Информации «Медфорум»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 127422, г. Москва,  
ул. Тимирязевская, д.1, стр. 3  
Тел.: +7 (494) 234-07-34  
E-mail: [info@medforum-agency.ru](mailto:info@medforum-agency.ru), [mediapartnership@mail.ru](mailto:mediapartnership@mail.ru)  
Сайт: [www.medforum-agency.ru](http://www.medforum-agency.ru); [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru); [www.webmed.ru](http://www.webmed.ru)

Агентство медицинской информации «Медфорум» обеспечивает организацию мероприятий, комплексное развитие онлайн-проектов, печатных изданий, социальных медиа.

Выходят следующие издания:

- Научно-практический журнал «Эффективная фармакотерапия» выпускается с 2005 года. Входит в перечень ВАК.

Издание было создано для информационного обеспечения непрерывного профессионального развития врачей.

- Журнал «Национальная Онкологическая Программа 2030» – часть Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года ([nop2030.ru/zhurnal-nop2030](http://nop2030.ru/zhurnal-nop2030)).

Журнал является профессиональной и общенациональной дискуссионной площадкой для оперативного освещения реформы онкологической службы на федеральном и региональных уровнях.



### Журнал «Поликлиника» (РОССИЯ)

Адрес: 111524, г. Москва,  
Электродная ул. д. 12, стр 1  
Тел.: +7 (495) 723-3520  
E-mail: medpres@mail.ru  
Сайт: www.poliklin.ru

«Поликлиника» – журнал, затрагивающий все современные проблемы медицины и развития современных медицинских технологий. Это профессиональный журнал для руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ, позволяющий обмениваться опытом между коллегами и узнавать новости из первых рук. Журнал включает много направлений и предлагает большое количество статей, исследований, клинических рекомендаций и размышлений ведущих специалистов. Издание будет особенно полезным для терапевтов и врачей общего профиля, специалистов, а также производителей медицинской техники, препаратов и лабораторных товаров. Журнал издаётся ежеквартально с 1999 года и распространяется по всей стране по подписке. Кроме того, на сайте журнала представлен электронный архив всех статей. Редакция «Поликлиники» тесно сотрудничает с ведущими медицинскими центрами и врачебными ассоциациями России, что позволяет выпускать тематические номера журнала. Так были подготовлены спецвыпуски «Терапевт сегодня» и «Кардиология и Эндокринология», «Лекарственные препараты и клинические рекомендации по лечению основных заболеваний человека», «Лаборатория ЛПУ», «Болезни органов дыхания», «Неврология и Ревматология», «Гастроэнтерология», «Оснащение медицинских организаций». Журнал «Поликлиника» включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), журналу присвоен Международный стандартный серийный номер ISSN 2311-2441, являющийся уникальным идентификатором журнала.

Форма распространения:

- свежим новостям и анализу событий из мира медицины;
- разбору юридических аспектов мед. помощи;

- регулярно пополняемой базе клинических рекомендаций и гайдлайнов;
- материалам по аккредитации;
- подборке актуальных вакансий для врачей в вашем регионе.

Получайте новые знания, общайтесь на форуме с коллегами и делитесь своим опытом!

### ООО Агентство «Профессиональная Медицинская Пресса» ПрофМедПресс (РОССИЯ)

Адрес: 117545, г. Москва,  
ул. Подольских Курсантов,  
дом 3, стр. 2, этаж 3, ком. №35  
Тел.: +7 (926) 195-21-37  
E-mail: info@pmp-agency.ru  
Сайт: [www.pmp-agency.ru](http://www.pmp-agency.ru)

В Агентстве выходят журналы:

«Фармакология & Фармакотерапия» – адресован врачам разных специальностей; Журнал включен в ВАК.

«Практическая аллергология» – для врачей аллергологов-иммунологов, а также врачей разных специальностей.

«Поведенческая неврология» – адресован неврологам, психиатрам, геронтологам, педиатрам и др.

**ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 105005, г. Москва,  
набережная Ак. Туполева,  
д. 15, корп. 2, офис 411  
Тел.: +7 (495) 780-34-25  
E-mail: [remedium@remedium.ru](mailto:remedium@remedium.ru)  
Сайт: [www.remedium.ru](http://www.remedium.ru)

Основными направлениями деятельности «ГРУППЫ РЕМЕДИУМ» стали - выпуск специализированных периодических изданий (журналы «Медицинский совет»,

«Российские аптеки», «Атеротромбоз», «Амбулаторная хирургия»), справочной литературы, предоставление электронных баз данных, организация и проведение мероприятий, аренда медицинских представителей, организация рекламной и PR поддержки.

**ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА****Издательский дом «АБВ-пресс»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 115478, г. Москва,  
Каширское шоссе, д.24, стр.15,  
НИИ канцерогенеза, 3-й этаж  
Тел.: 7 (499) 929-9619  
E-mail: [abv@abvpress.ru](mailto:abv@abvpress.ru)  
Сайт: [www.abvpress.ru](http://www.abvpress.ru)

«АБВ-ПРЕСС» – одно из ведущих специализированных медицинских издательств в России и странах СНГ.

На рынке медицинской литературы с 2005 г.

Издательские проекты выпускаются в партнерстве с крупными отечественными профильными сообществами: Российское общество онкоурологов, Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи, Российское общество онкомаммологов, Общество специалистов по онкологической колопроктологии, Профессиональная ассоциация андрологов России, Общество специалистов по нервно-мышечным болезням, Ассоциация нейрохирургов России, Российское общество онкопатологов.

Наши издания поддержаны ведущими зарубежными обществами ASCO и ESMO.

Издательский дом АБВ-пресс выпускает периодическую научную, справочную, методическую литературу, интернет-сайты по проблемам онкологических заболеваний, по опросам современной кардиологии, терапии, неврологии, педиатрии, урологии, гинекологии, маммологии, гематологии, проктологии и др.

**Акцион Медицина  
(РОССИЯ)**

Адрес: г. Москва,  
1-й Земельный переулок, д. 1  
Тел.: +7 (800) 511-98-62  
Сайт: <https://action-medicine.ru/>

Акцион Медицина – все, что нужно специалисту для ежедневной работы.

Акцион Медицина – информационная экспертная поддержка специалистов медицинских организаций. Помогает в решении ежедневных практических задач.

**Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 123007, г. Москва,  
ул. 5-я Магистральная, д. 12  
Тел.: +7 (495) 249-04-37  
E-mail: [info@vrachirf.ru](mailto:info@vrachirf.ru)  
Сайт: [www.vrachirf.ru](http://www.vrachirf.ru)

«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 600 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково».

**Научно-практический медицинский журнал  
«ЛЕЧЕНИЕ и ПРОФИЛАКТИКА»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 125212, г. Москва,  
Головинское шоссе, д. 8, стр. 2А  
Тел: +7 (495) 232-61-71  
E-mail: [info@lechprof.ru](mailto:info@lechprof.ru)  
Сайт: [www.lechprof.ru](http://www.lechprof.ru)

Целевая аудитория: врачи медицинских специальностей, научные сотрудники, ординаторы, аспиранты, студенты медицинских ВУЗов. Основная тематика: Новые технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, организации медицинской помощи; фундаментальные исследования в медицине. В Перечне ВАК – 14.01.00 «Клиническая медицина». Издается 4 раза в год.

**Научно-практический журнал «Лечащий врач»  
ООО «Издательство «Открытые системы»**

Адрес: 123056, г. Москва, а/я 82  
Тел: +7 (495) 725-47-80  
E-mail: [lvrach@osp.ru](mailto:lvrach@osp.ru)  
Сайт: [www.lvrach.ru](http://www.lvrach.ru)

Научно-практический журнал «Лечащий Врач» – профессиональное медицинское издание, в котором публикуются статьи ведущих специалистов России и бывших стран СНГ. Выпускается с 1998 г. С 2008 г. решением Президиума Высшей Аттестационной Комиссии журнал «Лечащий Врач» включен в список ведущих рецензируемых научных изданий.

Портал [www.lvrach.ru](http://www.lvrach.ru) публикует полный архив журнала, экспериментальные и обзорные статьи и освещает последние новости медицины, текущие мероприятия и зарубежный опыт.

**Интернет-портал МирВрача  
(РОССИЯ)**

Адрес: г. Москва,  
ул. Бауманская, д.16  
Тел.: +7 (495) 661-15-54  
E-mail: [ad@mirvracha.ru](mailto:ad@mirvracha.ru)  
Сайт: [mirvracha.ru](http://mirvracha.ru)

МирВрача – закрытый профессиональный портал.  
Более 490 000 врачей уже являются нашими активными пользователями!

Приглашаем вас присоединиться к врачебному сообществу, где вы получите доступ к:

- свежим новостям и анализу событий из мира медицины;
- разбору юридических аспектов мед. помощи;
- регулярно пополняемой базе клинических рекомендаций и гайдлайнов;
- материалам по аккредитации;
- подборке актуальных вакансий для врачей в вашем регионе.

Получайте новые знания, общайтесь на форуме с коллегами и делитесь своим опытом!

**НП РГ «Московские аптеки»  
(РОССИЯ)**

Адрес: 109456, г. Москва,  
ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1  
Тел.: +7 (495) 170-93-20  
E-mail: [adv@apteka.ru](mailto:adv@apteka.ru)  
Сайт: [www.mosapteki.ru](http://www.mosapteki.ru)

- актуальные темы фармации, медицины и системы здравоохранения;
- мнения экспертов фармацевтического рынка;
- новости фармацевтического рынка, медицины и системы здравоохранения;
- мониторинг и анализ фармацевтического рынка;
- фармацевтическое производство и дистрибуция;
- управление аптекой, управление продажами и ассортиментом;
- бизнес тренинги и консультации для провизоров и для фармацевтов;
- исследование мнения населения об аптеках;
- фармацевтическое образование и кадры;
- аналитические и медицинские статьи по фармакотерапии, педиатрии, женском здоровье, геронтологии, фитотерапии.

**Цифровое издательство OMNIDOCTOR  
(РОССИЯ)**

Адрес: 125252, г. Москва,  
ул. Алабяна, 13, кор. 1  
Тел.: +7 (495) 098-03-59  
E-mail: [info@omnidocor.ru](mailto:info@omnidocor.ru)  
Сайт: [www.omnidocor.ru](http://www.omnidocor.ru)

Цифровое издательство OmniDoctor.

Профессиональный медицинский портал для врачей, провизоров и фармацевтов. На сайте [www.omnidocor.ru](http://www.omnidocor.ru) представлена электронная библиотека 12 научных медицинских журналов и газет, медиатека записей вебинаров и подкастов с ведущими специалистами, актуальные мероприятия, новости медицинского и фармацевтического рынка.

Задача OmniDoctor – предоставлять врачам полную и актуальную информацию по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, что помогает принимать правильные клинические решения.

Команда OmniDoctor с 1999 издает журналы «Consilium Medicum», «Терапевтический архив», «Современная онкология», «Гинекология», «Педиатрия.Consilium Medicum» и многие другие.

**Интернет-портал All Events  
(РОССИЯ)**

Адрес: 121170, г. Москва,  
Кутузовский проспект д.36 стр.3  
Тел: +7 (495) 138-49-30  
E-mail: [ads@all-events.ru](mailto:ads@all-events.ru)  
Сайт: [www.all-events.ru](http://www.all-events.ru)

Информационный портал деловых мероприятий. Самые актуальные деловые конференции и бизнес-семинары.

Каждый день мы отслеживаем и пополняем календарь деловых мероприятий, и вы можете принять участие в пополнении программы и разместить свои бизнес-мероприятия у нас на сайте, зарегистрировавшись как организатор.

**Интернет-ресурс Exromap.ru  
(РОССИЯ)**

Адрес: 117639, г. Москва,  
Варшавское ш, д.1, стр. 1-2  
Тел.: +7 (499) 999-12-07  
E-mail: [info@exromap.ru](mailto:info@exromap.ru)  
Сайт: [www.exromap.ru](http://www.exromap.ru)

Exromap – самый посещаемый в России и СНГ каталог выставок и конференций с более чем 500 000 просмотров страниц в месяц.

