



Московская городская конференция эндокринологов



Лечение эндокринных заболеваний с позиций современной медицины

15–16 марта 2011 г. в здании Правительства Москвы прошла VI Московская городская конференция эндокринологов «Фармакотерапия в эндокринологии». Ключевыми пунктами научной программы конференции стали вопросы организации фармакотерапии больных эндокринными заболеваниями, современных методов лечения сахарного диабета (СД), новых возможностей оптимизации терапии СД 2 типа, мультидисциплинарных подходов в терапии акромегалии и другие. Своим опытом и новейшими знаниями по этим вопросам поделились ведущие российские ученые и врачи-эндокринологи. Конференция транслировалась в режиме онлайн.

Работу конференции открыл профессор М.Б. АНЦИФЕРОВ (главный эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Эндокринологического диспансера, заслуженный врач РФ, д. м. н.), который передал участникам мероприятия слова приветствия и пожелания плодотворной работы министра Правительства Москвы Л.М. Печатникова (руководитель Департамента здравоохранения Москвы, заслуженный врач РФ, д. м. н.). С приветственными словами выступили профессор В.В. ФАДЕЕВ (председатель Московской ассоциации эндокринологов, зам. директора ФГУ «Эндокринологический на-



«Фармакотерапия в эндокринологии»



учный центр», д. м. н.) и профессор А.С. АМЕТОВ (зав. кафедрой эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии ГОУ ДПО РМАПО, д. м. н.), которые подчеркнули значимость конференции для эндокринологической службы и практического здравоохранения не только Москвы, но и России.

Президент Московской диабетической ассоциации Э.В. ГУСТОВА от лица Российской диабетической федерации (РДФ) вручила профессору М.Б. Анциферову медаль РДФ за личный вклад в развитие общественного диабетического движения. Завершая вступительную часть, главный эндокринолог Москвы, в свою очередь, вручил награды Департамента здравоохранения Правительства Москвы Л.Г. ДОРОФЕЕВОЙ (зав. организационно-методологическим отделом по эндокринологии Департамента здравоохранения г. Москвы), С.Г. ВЕДЯШКИНОЙ

(зав. отделением эндокринологии ГКБ № 67) и М.В. ЧАЧИАШВИЛИ (зав. отделением эндокринологии ГКБ № 70) за многолетний труд в деле развития эндокринологической службы столицы.

По словам Михаила Борисовича Анциферова, четыре важных события определили активность текущего года: 90-летие со дня открытия инсулина; 70-летие со дня рождения выдающегося ученого, главного эндокринолога страны академика И.И. Дедова и избрание его президентом РАМН; разработка Проекта «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа»; признание Правительством Москвы развития городского здравоохранения одним из приоритетных направлений деятельности, в связи с чем Департамент здравоохранения Москвы разработал и присту-

пил к реализации Программы реформирования здравоохранения. Профессор М.Б. Анциферов кратко сформулировал основные направления развития специализированной помощи больным эндокринными заболеваниями на ближайшие годы. Во-первых, это разработка медико-экономических стандартов стационарной и амбулаторной помощи при эндокринных заболеваниях. Это большая и важная работа, поскольку со следующего года все бюджетные учреждения переходят на новую, одноканальную систему финансирования в рамках ОМС. Во-вторых, развитие мультидисциплинарных подходов в работе многопрофильных стационаров. В частности, на базе ГКБ № 20 будет развиваться направление по СД и сердечно-сосудистым заболеваниям; на базе ГКБ № 52 (МНПЦ) – диабетическая нефропатия; на базе ГКБ № 57 – поражение сосудов нижних конечностей.



Московская городская конференция эндокринологов



*Президент
Московской
диабетической
ассоциации
Э.В. ГУСТОВА
вручила
профессору
М.Б. АНЦИФЕРОВУ
медаль РФ
за личный вклад
в развитие
общественного
диабетического
движения*

стей у больных СД; на базе ГКБ № 67 – диабетическая ретинопатия; на базе роддомов ГКБ № 29 и № 68 – СД и беременность; на базе ГКБ № 81 – межтерриториальный центр «Диабетическая стопа». В-третьих, это совершенствование оказания высокотехнологичной медицинской помощи на базе городских ЛПУ. В-четвертых, это более широкое применение стационарозамещающих технологий в городских ЛПУ.

Согласно данным, представленным в докладе профессора М.Б. Анциферова, на 1 января 2011 г. в Москве зарегистрировано 581 тыс. больных эндокринными заболеваниями, из них 68 тыс. детей и подростков. Ежегодный прирост больных с эндокринной патологией составляет 5–6%. При анализе динамики роста количества больных за 12 лет (1999–2011) отмечено увеличение на 241 тыс. человек. В структуре эндокринных заболеваний ведущее место занимают сахарный диабет (45%) и заболевания щитовидной железы (40%). Боль-

ные ожирением составляют 11%, с другими эндокринными патологиями – 4%. Из общего количества эндокринных больных на долю пациентов с сахарным диабетом приходится 262 тыс. человек, из них: с СД 1 типа – 17 тыс. человек (в том числе 2 тыс. детей и подростков), с СД 2 типа – 245 тыс., или 94%.

Фармакотерапия больных проводилась в рамках системы ОНЛС (ДЛО) в соответствии с федеральным перечнем льготных лекарственных препаратов, перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) и городскими стандартами лекарственной терапии основных заболеваний. Около 80% всех расходов приходится на лекарственные препараты для лечения сахарного диабета, а с учетом расходов на средства самоконтроля и введения инсулина они достигают 90%. В практике лечения эндокринных больных применяются современные лекарственные препараты, в том числе аналоги инсулина, инкретиноми-

метики, комбинированные антидиабетические препараты, аналоги соматостатина пролонгированного действия, препараты гормона роста и др. Продолжается внедрение в практику лечения больных СД аналогов инсулина, которые используют 32 тыс. больных (45%). С 2006 г. в 12 раз увеличилось число пациентов с СД, применяющих помпы для введения инсулина, сегодня их насчитывается 694 человека, в том числе 329 детей. 200 тыс. больных сахарным диабетом используют средства самоконтроля. За последние 10 лет частота применения комбинированной терапии пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) у больных СД 2 типа выросла с 14% до 58%. Своевременная инсулинотерапия и применение комбинированной терапии ПССП существенно улучшают качество жизни таких пациентов. «По данным регистра, продолжительность жизни женщин с СД 2 типа составляет в среднем 77 лет, мужчин – 72 года, что доказывает, что наши затраты на фармакотерапию не напрасны», – отметил М.Б. Анциферов.

Москва является регионом с дефицитом йода легкой степени, что требует постоянного проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий. Согласно результатам мониторинга дефицита йода на фоне йодной профилактики, частота зоба составляет 5,1%, показатель йодурии – 129%, что характерно для региона, свободного от йодного дефицита. Терапию специфическими лекарственными средствами получают пациенты с нейроэндокринными заболеваниями: с недостаточностью СТГ – 264 человека; с акромегалией – 296 человек; с несахарным диабетом – 739; с хронической надпочечниковой недостаточностью – 569; с первичным гиперпаратиреозом – 93 человека.

В целом, в Москве проводится современная рациональная фармакотерапия больных с эндокрин-



«Фармакотерапия в эндокринологии»

ными заболеваниями. Большинство секционных заседаний конференции было посвящено новейшим методам лечения сахарного диабета. Исследования последних лет показали, что поддержание гликемии на уровне, максимально близком к нормальным значениям, является основой для предотвращения хронических осложнений сахарного диабета 1 и 2 типа. Вместе с тем длительное поддержание целевого уровня гликемии сопровождается увеличением частоты гипогликемических эпизодов.

О гипогликемии как о барьере к достижению хорошего контроля заболевания говорил в своем докладе профессор Г.Р. ГАЛСТЯН (зав. отделением терапевтических и хирургических методов лечения диабетической стопы ФГУ «Эндокринологический научный центр», д. м. н.). «Частота развития гипогликемий при СД 1 типа зависит от длительности заболевания, при СД 2 типа – от длительности инсулинотерапии. Общее число гипогликемических эпизодов при СД 2 типа значительно выше с учетом его большей распространенности и большого числа пациентов СД 2 типа на инсулинотерапии», – пояснил докладчик. В последние годы вопросам гипогликемии при СД 2 типа уделяется пристальное внимание. Это связано с результатами крупных исследований, в которых была зарегистрирована более высокая летальность у пациентов в группе интенсивного контроля. Особое внимание следует уделять пациентам с нарушением распознавания гипогликемий. В связи с этим становится понятной необходимость более тщательного контроля гликемии и индивидуализации целевых значений гликемии. По словам профессора Г.Р. Галстяна, для восстановления распознавания гипогликемий повышают целевые значения гликемии: натошак – до 7,2–8,3 ммоль/л, после еды – до 8,3–10,0 ммоль/л, на ночь – до

7,2–8,3 ммоль/л. Контроль гликемии проводят как минимум 4 раза в течение дня, 1–2 раза – в течение ночи.

Одно из ведущих мест в структуре эндокринных патологий занимают заболевания щитовидной железы. Вопросам диагностики и лечения первичного гиперпаратиреоза (ПГПГ) посвятила свое выступление Н.В. МАРКИНА (Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения г. Москвы, к. м. н.). Причиной развития ПГПГ в 85% случаев является аденома одной из четырех околощитовидных желез (ОЩЖ). При этом в 5% случаев выявляются множественные аденомы, в 10% случаев – гиперплазия ОЩЖ и в 1–5% – с карциномой ОЩЖ. «Лабораторная диагностика ПГПГ основывается на гиперкальциемии, подтвержденной дважды и сопровождающейся повышением уровня паратиреоидного гормона (ПТГ). В суточном анализе мочи, как правило, выявляется гиперкальциурия и гиперфосфатурия», – уточнила Наталья Викторовна Маркина. Топическую диагностику аденомы начинают с УЗИ в области ОЩЖ. Применяются дополнительные методы обследования: денситометрия с определением МПКТ по Т-критерию в дистальном отделе лучевой кости, проксимальном отделе бедренной кости и позвоночнике, УЗИ почек, ЭГДС. Среди клинических форм различают мягкую и манифестную формы. Ведение пациентов с мягкой формой ПГПГ основано на динамическом наблюдении с назначением препаратов из группы бисфосфонатов и диеты с ограничением употребления кальция до 800 мг в сутки, контролем уровней ПТГ, кальция, суточной секрецией кальция с мочой. Денситометрия проводится 1 раз в год. Манифестная форма ПГПГ может быть установлена, если уровень Са – более чем 0,25 ммоль/л, превышает референсные значения, имеются костные

или висцеральные осложнения. Лечение пациентов с манифестной формой ПГПГ предполагает оперативное удаление аденомы ОЩЖ. В послеоперационном периоде пациентам назначаются активные метаболиты витамина D в дозах от 1,5 до 3,0 мкг/сутки, препараты кальция – 1500–3000 мг в сутки. Пациентам с манифестной формой ПГПГ, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания, в случае рецидивирующего течения, при атипичном расположении ОЩЖ, без четкой визуализа-



ции аденомы назначается препарат из группы кальцимиметиков. Бесспорно, научная программа конференции была разнообразной и очень содержательной. В ее работе приняли участие 422 специалиста из Москвы, Московской области, различных российских регионов, а также из Казахстана, Беларуси, Украины. Высокий интерес со стороны медицинского сообщества в очередной раз подтвердил то, что регулярно проводимая городская конференция эндокринологов вносит вклад в распространение актуальной научной информации среди широкого круга врачей. ☼

Профессор Г.Р. ГАЛСТЯН, зав. отделением терапевтических и хирургических методов лечения диабетической стопы ФГУ «Эндокринологический научный центр»

Подготовила С. Лебедева