



# Современные стратегии лечения эндокринных заболеваний

29 ноября 2013 г. в Москве состоялась II Ежегодная конференция «Актуальные вопросы клинической эндокринологии» под председательством директора Института клинической эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, академика РАМН, д.м.н., профессора Галины Афанасьевны МЕЛЬНИЧЕНКО. На мероприятии, приуроченном к 25-летию кафедры эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, обсуждались вопросы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы у беременных, синдрома поликистозных яичников на фоне инсулинорезистентности и метаболического синдрома, а также сахарного диабета 2 типа, опухолевых заболеваний гипофиза.

Т е или иные изменения со стороны щитовидной железы, включая нарушения ее функции и аутоиммунные заболевания, выявляются примерно у каждой восьмой беременной. Заведующий кафедрой эндокринологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Валентин Викторович ФАДЕЕВ сфокусировал свое выступление на спорных аспектах диагностики и лечения гипотиреоза у беременных. Основные проблемы в этой области обусловлены отсутствием исследовательских данных с высоким уровнем доказательности по патологии щитовидной железы у беременных. Прежде всего, это связано с этическими ограничениями по проведению клинических исследований с участием беременных, аутоиммунным генезом большинства нарушений щитовидной железы и методическими сложностями, в частности, несовершенством методик оценки

уровня тиреоидных гормонов во время беременности. Например, весьма сложной задачей считается стандартизация метода определения уровня свободного Т4, особенно учитывая его снижение по мере увеличения срока беременности. По мнению докладчика, в клинической практике для диагностики и лечения гипотиреоза у беременных вполне достаточно определения только уровня тиреотропного гормона (ТТГ), который более адекватно отражает функцию щитовидной железы. Лечение гипотиреоза подразумевает заместительную терапию препаратами левотироксина. При всей простоте этого метода лечения долгое время дискуссионным оставался вопрос о целевом диапазоне основного параметра адекватности терапии – уровня ТТГ. На сегодняшний день референсный интервал для уровня ТТГ у беременных сужен, для первого триместра беременности он составляет 0,1–2,5 мЕд/л.

При принятии решения о необходимости коррекции субклинического гипотиреоза у беременных профессор В.В. Фадеев порекомендовал следовать клиническим рекомендациям Эндокринологического общества США (Endocrine Society), опубликованным в 2012 г.\*. Согласно этому документу, назначение заместительной терапии препаратами левотироксина рекомендовано беременным с субклиническим гипотиреозом (ТТГ  $\geq$  2,5 мЕд/л) независимо от наличия/отсутствия аутоиммунного тиреоидита.

Современный взгляд на лечение синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) на фоне инсулинорезистентности и метаболического синдрома представила участникам конференции доцент кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. Марина Федоровна КАЛАШНИКОВА. СПКЯ, встречающийся примерно у 7% женщин репродуктивного возраста, является наиболее

\* De Groot L., Abalovich M., Alexander E.K. et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2012. Vol. 97. № 8. P. 2543–565.



## II Ежегодная конференция «Актуальные вопросы клинической эндокринологии»

распространенной эндокринопатией и ведущей причиной бесплодия вследствие хронической ановуляции. Наряду с основными диагностическими критериями СПКЯ (клинические и/или биохимические признаки гиперандрогении, овуляторная дисфункция и морфологические признаки поликистоза яичников по данным ультразвукового исследования, согласно Роттердамскому консенсусу (ESHRE/ASRM) 2003), у 60–80% женщин выявляется инсулинорезистентность, способствующая возникновению метаболических нарушений. Таким образом, у женщин с СПКЯ и инсулинорезистентностью имеется высокий риск развития абдоминального ожирения, дислипидемии, нарушений углеводного обмена и артериальной гипертензии – основных составляющих метаболического синдрома (G. Reaven, 1988). Доказано, что данные состояния являются следствием полигенных мутаций в системе сигнальных систем инсулиновых рецепторов. Существующая научная концепция метаболического синдрома и современные представления о СПКЯ имеют ряд общих спорных аспектов, таких как отсутствие достоверных знаний о патогенетических механизмах развития нарушений при этих состояниях, наличие множества фенотипических вариантов и влияние на относительный риск развития поздних осложнений. Эти и многие другие нерешенные проблемы диагностики и лечения СПКЯ у женщин на фоне метаболических нарушений требуют дальнейшего изучения. Новые представления о патогенетических механизмах, лежащих в основе СПКЯ, а также данные о его частом сочетании с нарушениями углеводного и жирового обмена определяют необходимость разработки персонализированного подхода к обследованию и лечению данной категории больных. Первым этапом обследования женщин при СПКЯ является проведение гормонально-

го исследования для исключения целого ряда заболеваний, ассоциированных с фенотипом СПКЯ (ряда эндокринных заболеваний – неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников, нарушения функции щитовидной железы, гиперкортицизма, гиперпролактинемии, акромегалии; вирилизирующих опухолей яичников и надпочечников; ятрогенной гиперандрогении). Помимо обязательного гинекологического обследования и ультразвукового исследования органов малого таза, пациенткам с СПКЯ на фоне избыточной массы тела или ожирения показано определение антропометрических параметров (вес, рост, индекс массы тела, окружность талии), показателей липидного и углеводного обмена (липидный спектр, измерение гликемии натощак) и измерение артериального давления. Считается, что повышение чувствительности к инсулину может благоприятно повлиять на эффективность лечения заболевания (снижение инсулина приводит к уменьшению продукции андрогенов и восстановлению овуляции). С этой целью, по мнению М.Ф. Калашниковой, пациенткам с СПКЯ и абдоминальным ожирением на фоне инсулинорезистентности в комплексной терапии ановуляторного бесплодия показаны изменение образа жизни (гипокалорийное питание и расширение режима физической активности) и терапия метформин. При наличии тяжелой инсулинорезистентности у женщин с фенотипом СПКЯ, которая возникает в результате известных генетических мутаций (например, тотальная и парциальная липодистрофия), более эффективно применение тиазолидиндионов. Поскольку для СПКЯ характерен определенный спектр фенотипических различий, лечение должно быть строго индивидуальным. Доцент кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. Алексей Вадимович

ЗИЛОВ обрисовал возможность реализации эффективного и безопасного глюкоцентрического подхода к лечению сахарного диабета (СД) 2 типа, подчеркнув, что в последние 10 лет эндокринологи всего мира сконцентрировали свои усилия на том, чтобы продлить жизнь больных СД. Докладчик констатировал, что в отношении снижения частоты и уменьшения тяжести макрососудистых осложнений СД наблюдается положительная динамика, чего нельзя сказать о микрососудистых осложнениях. Так, в 2012 г. в США каждый второй пациент с показанием на гемодиализ был болен СД 2 типа. В этой связи вопросы безопасности сахароснижающей терапии в отношении предупреждения развития осложнений СД выходят на первый план. Считается, что современные препараты характеризуются наиболее благоприятным профилем безопасности. Однако в России, в отличие, например, от США, лечение больных СД 2 типа по-прежнему в основном проводится традиционными классами лекарственных препаратов (метформин, гликлазид, глибенкламид, метформин + глибенкламид). А.В. Зилов рассмотрел результаты 4 метаанализов исследований по монотерапии метформином у пациентов с СД 2 типа, проведенных в последние годы. Они оказались весьма противоречивы. С точки зрения требования «сбалансированность по факторам риска, сочетанной патологии, принимаемым препаратам» ни одна из работ по метформину не представила убедительных доказательств его неоспоримого преимущества и может быть квалифицирована только как «формулировка гипотезы». Аналогичный результат был получен при изучении данных пяти метаанализов по сравнительной оценке эффективности и безопасности препаратов сульфонилмочевины и метформина. По мнению докладчика, с высокой степенью уверенности

Эндокринология



## II Ежегодная конференция «Актуальные вопросы клинической эндокринологии»

можно утверждать лишь следующее: никогда не поздно компенсировать гликемию, но желательно это делать как можно раньше и максимально безопасно; если по какой-то причине у врача нет возможности назначить современные лекарственные средства, своевременное и рациональное применение традиционных классов препаратов даст достаточную эффективность в достижении оптимального уровня гликированного гемоглобина, предупреждая риск развития осложнений.

Профессор кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Вячеслав Сергеевич ПРОНИН представил дифференцированный подход к лечению больных с аденомами гипофиза (занимают третье место среди всех интракраниальных опухолей, по распространенности уступая

лишь глиомам и менингиомам) с учетом существующего разнообразия патоморфологических и клинических вариантов течения заболевания. Так, соматотропиномы, состоящие из густогранулированных эозинофильных клеток, отличаются доброкачественным течением и манифестируют у лиц старше 50 лет. Для них показано оперативное лечение или фармакотерапия аналогами соматостатина, к которым данный вид соматотропином имеет хорошую чувствительность. Более агрессивное лечение показано при наличии у пациентов соматотропином, состоящих из слабогранулированных хромофобных клеток, и смешанных опухолей. Оно включает оперативное вмешательство с последующей терапией аналогами соматостатина и агонистами дофамина, а также

химиотерапию и лучевую терапию. Оперативное лечение в совокупности с лучевой и химиотерапией назначается больным с пюригормональными аденомами I и II степени, опухолями из ацидофильных стволовых клеток, с атипичными аденомами и гипофизарными карциномами. По мнению докладчика, подобный дифференцированный подход весьма практичен и обеспечивает хороший результат.

Конференция завершилась подведением итогов постерной сессии, в рамках которой были представлены научно-исследовательские работы молодых ученых из ряда крупнейших медицинских центров страны по оценке эффективности и безопасности ингибиторов дипептидилпептидазы-4 в терапии больных СД 2 типа. ☼

# Форстео® формирует НОВУЮ КОСТЬ

*Во время V Российского конгресса по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета фармацевтическая компания «Эли Лилли» объявила о выходе на российский рынок препарата Форстео® (терипаратид) для лечения тяжелого остеопороза. Форстео® является первым и единственным препаратом, способствующим формированию новой костной ткани, а не торможению костной резорбции. На сегодняшний день терипаратид широко используется во всем мире, а в 2012 г. он был назначен миллионному пациенту.*

**О**стеопороз и связанные с ним переломы во всем мире представляют собой серьезную проблему здравоохранения. В Российской Федерации в группу потенциального риска остеопоротических переломов входит 24% (34 млн) населения. Подсчитано, что каждую минуту в стране у людей старше 50 лет происходит 7 переломов позвонков, каждые 5 минут – перелом шейки бедра. Хотя наибольшую опасность остеопороз представляет для женщин в постменопаузе и по-

жилого возраста, нередко заболевание встречается и у мужчин.

«На сегодняшний день в нашей стране остеопорозом страдают 33,8% женщин и 26,9% мужчин старше 50 лет, – привел данные статистики президент Ассоциации ревматологов России, академик РАМН Евгений Львович НАСОНОВ (Москва). – Как правило, о своем диагнозе пациенты узнают только после перелома. До этого болезнь может долго “жить” тихо, никак себя не проявляя. Более