

УДК 616.4:616-01/-099

DOI: 10.22141/2224-0721.7.79.2016.86416

БОБРИК М.И., СИДОРОВА И.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

МЛ «ДЛА», г. Киев, Украина

НОВОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ ПО ИТОГАМ КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА 2016

Резюме. Сделан обзор докладов, представленных в рамках мероприятия из цикла «Эндокринологические коллегии», состоявшегося 23 ноября 2016 года в г. Киеве, Украина.

Ключевые слова: репродуктивная функция; инциденталомы надпочечников; гиперпролактинемия

Эндокринология и, в частности, лабораторная диагностика в эндокринологии развиваются очень динамично, решение клинических задач на сегодняшний день требует постоянного обновления знаний, врачам необходимо быть в курсе всех последних событий и новостей в этой области. В 2016 году состоялся 10-й, юбилейный конгресс Европейского эндокринологического общества. Он собрал 3117 участников и был насыщен актуальной информацией и презентацией нескольких фундаментальных клинических руководств. Украинские ученые, посетившие конгресс, имели возможность поделиться информацией, полученной на нем, с ведущими эндокринологами Украины на очередном мероприятии из цикла «Эндокринологические коллегии» с МЛ «ДЛА», которое состоялось 23 ноября в Киеве.

В своем приветственном слове **медицинский директор компании Ирина Вячеславовна Сидорова** подчеркнула, что МЛ «ДЛА» — опытный эксперт в области лабораторной диаг-

ности. «ДЛА» стала первой в Украине компанией, внедрившей систему управления качеством и работающей в соответствии с требованиями ISO 15189 «Специальные требования к качеству и компетентности

медицинских лабораторий». Для решения клинических задач в лаборатории сформирован оптимальный портфель исследований, ассортимент и характеристики которых остаются актуальными и клинически значимыми благодаря систематическому изучению новейшего мирового опыта и адаптации его для рынка Украины.

На коллегии освещались клинические протоколы и рекомендации, принятые Европейским обществом эндокринологов в 2016 г., а также новые рекомендации Американской тиреоидной ассоциации «Щитовидная железа и беременность» (2016), презентованные на Европейском эндокринологическом конгрессе 2016 г., которые осветила в своем докладе «Управление факторами, влияющими на репродуктивную функцию женщины»



заведующая кафедрой эндокринологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца доктор медицинских наук Юлия Игоревна Комиссаренко. Интерес аудитории вызвал каскад исследований, представивших различия референсных значений тиреотропного гормона в разных этнических группах, необходимость учета этих отличий при формировании триместрспецифических референсов для беременных, повышение риска невынашивания при позитивном тесте на антитела к тиреоидной пероксидазе (ТПО).

Согласно клиническому руководству АТА 2016 г. «Щитовидная железа и беременность», рекомендовано корректировать гипотиреоз у беременных с учетом уровня антитиреоидных аутоантител к ТПО и строго рекомендовано проверять их уровень при ТТГ более 2,5 мЕд/л. После определения их уровня алгоритм ведения беременной следующий.

Применение левотироксина **строго рекомендовано:**

- при позитивных антителах к ТПО и уровне ТТГ выше триместрспецифического референса;
- при негативных титрах антител к ТПО и уровне ТТГ выше 10,0 мЕд/л.

Применение левотироксина **предусмотрено:**

- при позитивных антителах к ТПО и уровне ТТГ выше 2,5 мЕд/л;
- при негативных титрах антител к ТПО и уровне ТТГ выше триместрспецифического референса.

Терапия левотироксином **не рекомендована:**

- при негативных титрах антител к ТПО и уровне ТТГ в пределах триместрспецифического референса.

Ю.И. Комиссаренко также подробно остановилась на результатах метаанализа влияния дефицита 25-гидроксивитамина D на беременных и последствий дефицита витамина D для новорожденных.

Дефицит 25-гидроксивитамина D приводит:

- к повышенному риску преэклампсии, позднего токсикоза;
- увеличению частоты бактериального вагиноза во время беременности;
- неблагоприятным акушерским исходам, таким как преждевременные роды, послеродовой эндометрит;



- повышению уровня депрессии (исследовались вопросы в сроке 16 недель).

Гиповитаминоз D в I–II триместрах связан с увеличением заболеваемости гестационным сахарным диабетом.

Последствия дефицита витамина D у матери для новорожденных:

- респираторные инфекции новорожденных;
- риск атопических проявлений, таких как экзема и пищевая аллергия;
- в 1,5–2 раза возрастает риск заболевания сахарным диабетом 1-го типа;
- замедление психического и психомоторного развития ребенка;
- анализ состояния костной ткани у детей показал, что 40 % новорожденных от женщин с дефицитом витамина D имели симптомы недостаточной зрелости и минерализации костной ткани: увеличенные размеры большого родничка, не закрытый к моменту родов малый родничок, значительное расхождение основных костных швов черепа, очаги размягчения в области затылочной и теменной костей. У 4 % новорожденных отмечались клинические признаки врожденного рахита;
- предрасположенность к развитию рассеянного (множественного) склероза, ревматоидного артрита, болезни Крона, шизофрении.

Новое клиническое руководство Европейского общества эндокринологов 2016 г. «Менеджмент инциденталом надпочечников» было представлено в докладе **доцента кафедры эндокринологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, кандидата медицинских наук Марины Ивановны Бобрик**. В клиническом руководстве декларировано 2 основных шага в алгоритме обследования пациента с инциденталомой надпочечника (ИН):

1. Необходимо установить доброкачественность/злокачественность образования.
2. Следует исключить гормональную активность образования.





При применении КТ без контрастирования признак доброкачественности — гомогенное образование ≤ 4 см, с индексом ≤ 10 HU (Hounsfield Units). На практике таких пациентов 70 %, и они не нуждаются в дальнейшем мониторинге (если не появляются новые клинические данные). В зависимости от наличия клинических проявлений возможны 3 варианта:

1. Применение другого метода визуализации.
2. КТ или МРТ без контраста через 6–12 мес.
3. Оперативное лечение.

Доказательства доброкачественности/злокачественности, полученные с помощью КТ, МРТ и FDG-PET, сопоставимы и не позволяют выделить предпочтительный метод визуализации.

Ни одна из визуализационных методик не позволит характеризовать образование как добро-злокачественное вне зависимости от размера, если оно гетерогенно по строению.

Термин «субклинический синдром Кушинга» заменен в новом руководстве на новый термин: «автономная секреция кортизола».

Первоочередным исследованием для его диагностики признана малая дексаметазоновая проба (с 1 мг дексаметазона), которая дополняется для окончательного подтверждения исследованиями на свободный кортизол суточной мочи, ночной кортизол слюны, АКТГ и через 3–12 мес. — повторной малой дексаметазоновой пробой.

Наличие автономной секреции кортизола не является состоянием высокого риска в отношении явного синдрома Кушинга. Оно значимо клинически прежде всего из-за развития коморбидности. Все пациенты с возможной или подтвержденной автономной секрецией кортизола должны пройти скрининг на артериальную гипертензию, сахарный диабет и асимптоматические переломы позвоночника. Рекомендовано исключить феохромоцитому с помощью фракционированных метанефринов мочи или свободных метоксиаминов плазмы (метанефрин и норметанефрин). У пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией или необъяснимой гипокалиемией рекомендовано использовать альдостерон-рениновое соотношение для исключения первичного гиперальдостеронизма.

Ведение пациентов с инциденталомой надпочечника осуществляется следующим образом:

1. Если опухоль на КТ низкого риска, не гормонально-активная — нет необходимости в повторении КТ и гормонального скрининга.



2. Если опухоль 4–6 см — малоинвазивная операция, если более 6 см/гормонпродуцирующая — открытая адреналэктомия.

3. В любых сомнительных случаях (появилась клиника) возможны:

- визуализация каждые 6–12 мес.;
- гормональный скрининг ежегодно.

Живой интерес эндокринологов вызвал доклад старшего научного сотрудника отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» кандидата медицинских наук **Ольги Алексеевны Ефименко** «Диагностическая роль пролактина. Дифференцированный подход на основе «Национального консенсуса по гиперпролактинемии», 2016 г.».

Национальный консенсус по гиперпролактинемии (ГП) создан междисциплинарной командой ведущих украинских ученых. Он определил понятие гиперпролактинемии, группы риска по клиническим проявлениям, лабораторную диагностику и лечебную тактику.

Обследованию на гиперпролактинемию подлежат следующие группы людей:

1. Женщины:

- с нарушениями менструального цикла: укорочением лютеиновой фазы, ановуляторными циклами, опсоменореей, олигоменореей, аменореей;
- бесплодием;
- гипоплазией матки;
- галактореей;



Таблиця 1. Діагностическі значення показателів пролактину*

Состояние	Уровень пролактина, нг/мл
Макропролактиномы	> 500
Микропролактиномы	> 250
Беременные	I триместр — 23,5–94,0 II триместр — 94,0–282,0 III триместр — 188,0–470,0
Гормонально неактивная макроаденома	До 200
Фармакологическая ГП	25–200
Макропролактинемия	> 25 (при отсутствии симптомов), значительное количество макропролактина (> 60 %)
Стресс-индуцированная ГП	25–80
Референсные значения пролактина у взрослых	Женщины — 4,79–23,30 Фолликулярная фаза МЦ — до 10,0 Овуляторная фаза — 8,0–12,0 Лютеиновая фаза — до 16,0 Постменопауза — до 8,0 Мужчины — 4,1–18,4
Гипопрولاктинемия	< 5

Примечание: * — Национальний консенсус по гиперпролактинемии, 2016.

— фиброзно-кистозной мастопатией;
— ожирением;
— избыточным оволосением;
— остеопорозом;
— неврологической симптоматикой (при наличии макроаденомы).

2. Мужчины:

— с неврологической симптоматикой (при наличии макроаденомы);
— импотенцией;
— бесплодием.

3. Дети:

— с задержкой полового развития;
— первичной аменореей и галактореей у девочек;
— неврологической симптоматикой.

Скрининг на гиперпролактинемия — это лабораторное исследование на пролактин. Забор крови для проведения анализа на пролактин проводят в утренние часы, натощак, на фоне предшествующего психоэмоционального, физического и полового покоя. Достаточно одного определения. В случае превышения уровня 25 нг/мл рекомендовано исследование на молекулярные фракции с определением макропролактина.

Рекомендации по лечению гиперпролактинемии включают хирургическое и терапевтическое (гормональное и негормональное) воздействие. Залог успешной профилактики идиопатической гиперпролактинемии — здоровый образ жизни, исключение стрессовых факторов и своевременное обследование.

Оживленная дискуссия, возникающая после каждого доклада, большое количество вопросов, заданных спикерам, свидетельствуют об актуальности выбранных для обсуждения на коллегии тем. Коллегии с МЛ «ДІЛА» дают врачу возможность активно развиваться, идти в ногу со временем, ориентированы на максимальное информационное и организационное удобство для врача.

МЛ «ДІЛА» предлагает комплексные оптимальные решения клинических задач для врача и базовые скрининги для пациента. Для того чтобы эти решения были ценностными, компания очень много внимания уделяет качеству и точности исследований, постоянно отслеживает текущую ситуацию, актуальные международные протоколы, алгоритмы обследований при различной патологии. Предлагать врачам актуальные диагностические решения — это миссия МЛ «ДІЛА», и это уникально на сегодняшний день. ■

Бобрик М.І., Сидорова І.В.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
МЛ «ДІЛА», м. Київ, Україна

НОВИНИ ПРАКТИЧНОЇ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ЗА ПІДСУМКАМИ КОНГРЕСУ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОГО ТОВАРИСТВА 2016

Резюме. Зроблено огляд доповідей, представлених у рамках заходу з циклу «Ендокринологічні колеції», що відбувся 23 листопада 2016 року в м. Києві, Україна.

Ключові слова: репродуктивна функція; інциденталом наднирників; гіперпролактинемія

Bobryk M.I., Sydorova I.V.
National Medical University named after O.O. Bohomolets,
Kyiv, Ukraine
Medical Laboratory DILA, Kyiv, Ukraine

NEWS OF PRACTICAL ENDOCRINOLOGY FOLLOWING THE RESULTS OF THE CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF ENDOCRINOLOGY 2016

Abstract. The review was made of the reports submitted in the framework of the event from the series «Endocrinology Board», held on November 23, 2016 in Kyiv, Ukraine.

Keywords: reproductive function; adrenal incidentaloma; hyperprolactinemia