



ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ ПРОБЛЕМ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ
ім. В.Я. Данилевського НАМН України»



Двадцяті
Данилевські читання

***"Досягнення та перспективи
експериментальної і
клінічної ендокринології"***

Харків 2021

У збірнику представлені сучасні дані відносно дослідження механізмів формування та розвитку ендокринопатій та їх ускладнень, висвітлено новітні технології їх діагностики, профілактики та лікування, а також сучасні підходи до розробки ефективних фармпрепаратів для корекції ендокринної патології.

Матеріали конференції призначаються дитячим та дорослим ендокринологом, лікарям загальної практики – сімейної медицини, терапевтам, педіатрам, кардіологам, невропатологам, гінекологам, хірургам, фахівцям охорони здоров'я, представникам медичних установ та науковцям.

Під редакцією: Ю. І. Караченцева, О. В. Козакова, М. Р. Микитюк

Матеріали збірника тез науково-практичної конференції з онлайн-трансляцією «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології» (Двадцяті Данилевські читання) затверджено Вченою радою ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» (11 лютого 2021 р., протокол № 2).

Тексти тез доповідей представлено у авторській редакції. Відповідальність за грамотність, автентичність цитат, правильність посилань, достовірність матеріалів несуть автори публікацій. Передрук і відтворення опублікованих у збірнику матеріалів будь-яким способом дозволяється тільки при посиланні на Матеріали науково-практичної конференції з онлайн-трансляцією «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології» (Двадцяті Данилевські читання).

УДК 616.43:612.43/47:001.815
ББК 54.15

© Національна академія медичних наук України

Міністерство охорони здоров'я України

Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України»

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

2021

Висловлюємо щире подяку генеральному директору ТОВ «Фармацевтична компанія «ЗДОРОВ'Я» НОВІКОВУ Володимирі Володимировичу за надання коштів для преміювання переможців конкурсу на кращу роботу

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського
НАМН України»
Харківський національний медичний університет МОЗ України
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

***"Досягнення
та перспективи
експериментальної і
клінічної ендокринології"
(Двадцять Данилевських читання)***

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(Харків, 4 - 5 березня 2021 р.)

Харків – 2021



СОЧЕТАННОЕ ВЛИЯНИЕ ГИПОАНДРОГЕНИИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ БАЛАНС У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ <i>Кашкалда Д. А., Турчина С. И., Волкова Ю. В., Сухова Л. Л., Косовцова А. В., Страшок Л. А.</i>	179
КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХЛОПЦІВ ІЗ РІЗНИМ ПЕРЕБІГОМ ЗАТРИМКИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ <i>Косовцова Г. В., Турчина С. І., Костенко Т. П.</i>	180
РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ЗАДЕРЖКЕ ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН <i>Мавлонов У. Х., Урманова Ю. М., Халимова З. Ю., Сафарова М. С., Гумарова А. А.</i>	181
СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ <i>Марчук Н. Ю.</i>	183
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА АНДРОГЕНОВ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Поздняк А. О., Фатхуллин А. Г.</i>	184
ГИПОФУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ МНОГОЛЕТНЕЙ СИДЕРОПЕНИИ <i>Терещенко И. В.</i>	186
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРО-ЭНДОКРИННОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН репродуктивного возраста С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ <i>Тучкина М. Ю., Благовещенский Р. Е.</i>	187
ГОРМОНАЛЬНИЙ ПРОФІЛЬ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРЕКРУТОМ ІНТАКТНИХ ДОДАТКІВ МАТКИ <i>Тучкіна І. О., Кебашвілі С. В.</i>	189
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГИПОАНДРОГЕННИХ СТАНІВ У ХЛОПЦІВ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ <i>Турчина С. І., Костенко Т. П., Косовцова Г. В., Вародова О. В.</i>	190
ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ, НАРОДЖЕННИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА <i>Тучкіна І. О., Піонтковська О. В., Пилипенко Н. С.</i>	191
ГИПОАНДРОГЕНЕМИЯ ТА СКЛАДОВІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ <i>Шляхова Н. В., Турчина С. І., Косовцова Г. В.</i>	192
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ <i>Щербіна І. М., Нагула Л. О.</i>	193
КОГОРТА ОТРИМАНИХ ООЦИТІВ ТА ОЦІНКА ЇХ СТУПЕНЯ ЗРІЛОСТІ В ЦИКЛАХ ПРОГРАМОВАНОГО ЗАЧАТТЯ У ПАЦІЄНТОК З ЕНДОКРИННИМ ФАКТОРОМ БЕЗПЛІДДЯ <i>Юрчук Т. О., Піняєв В. І., Петрушко М. П.</i>	195



андрогенодефіциту з вісцерально-абдомінальним ожирінням, цукровим діабетом 2 типу, артеріальною гіпертензією, дисліпідеміями, метаболічним синдромом (МС) у цілому, які є чинниками ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Встановлено, що низький рівень тестостерону (Т) у крові чоловіків середнього віку є предиктором ризику розвитку в літніх чоловіків захворювань які є складовими МС, причому ризик розвитку абдомінального ожиріння в них зростає у 2,7 рази, цукрового діабету 2 типу – у 2,1 рази, артеріальної гіпертензії – у 1,8 рази, гіперліпідемії – у 1,5 рази порівняно з чоловіками з нормальною концентрацією Т у крові.

Слід зазначити, що більшість робіт, що вивчають питання гіпоандрогенемії (ГА) та її взаємозв'язок із компонентами МС, стосуються чоловіків зрілого та похилого віку. Лише в поодиноких роботах розглядають питання низьких концентрацій андрогенів у молодих чоловіків (від 20 років). Роботи, які присвячено впливу ГА на метаболічний контроль у хлопців-підлітків, в доступній літературі відсутні. Зазначене вплинуло на обраний напрямок дослідження та його мету.

Мета. Дослідити вплив гіпоандрогенемії на формування компонентів метаболічного синдрому у хлопців із затримкою статевого розвитку.

Матеріали та методи. Комплексне дослідження проведено у 55 хлопців 14-18 років із клінічними ознаками затримки статевого розвитку та лабораторно підтвердженим зниженим рівням тестостерону ($<12,0$ нмоль/л) (основна група). Групу порівняння склали 44 практично здорових однолітків із нормальним рівнем статевого дозрівання. Оцінювали статевий та фізичний розвиток хлопців. Визначали рівні загального тестостерону (ЗТ) та естрадіолу (E_2), секстероїдзв'язуючого глобуліну (СЗГ), загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), рівень натще глюкози та імунореактивного інсуліну в сироватці крові. Розраховували співвідношення (T/E_2), індекс вільного андрогену (ІВА); показники холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та коефіцієнту атерогенності (КА), індекс інсулінорезистентності НОМА. Статистичний аналіз виконано у програмі SPSS 17.00.

Результати. У підлітків із ГА зниження рівня ЗТ поєднувалось із достовірними зменшенням співвідношення T/E_2 ($40,35 \pm 28,02$ ум. од., $p < 0,05$) та ІВА ($22,08 \pm 6,05$ ум. од., $p < 0,05$) на тлі зниження рівня СЗГ ($28,11 \pm 3,64$ нмоль/л, $p < 0,05$). При індивідуальному аналізі у 23,6 % хворих із ГА діагностовано ознаки інсулінорезистентності (ІР). Встановлено, що хлопці з ГА мали вірогідно більші показники ЗХС ($4,91 \pm 0,17$ нмоль/л, $p < 0,05$), ТГ ($1,15 \pm 0,12$ нмоль/л, $p < 0,05$) та ХС ЛПНЩ ($2,65 \pm 0,19$ нмоль/л, $p < 0,05$) порівняно зі здоровими однолітками. Доведено наявність негативних зв'язків рівнів ЗТ, СЗГ із вмістом ЗХС та позитивного зв'язку E_2 із ЗХС, які не залежали від віку та індексу маси тіла.

Висновки. Низькі рівні загального тестостерону у хлопців вже у підлітковому віці асоціюються із порушеннями ліпідного профілю, які можуть бути предиктором формування метаболічного синдрому. Підлітки з гіпоандрогенемією потребують динамічного спостереження та комплексного лікування, спрямованого на покращення репродуктивного потенціалу та попередження прогресування метаболічних порушень.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Д. мед.н., проф. Щербіна І. М., к.мед.н., доц. Нагута Л. О.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. В останній час збільшується кількість хворих з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ). Полікістозом яєчників страждають 10 % жінок дітородного віку.



СПКЯ це ендокринне захворювання, при якому порушується функція яєчників, підшлункової залози, кори наднирників, гіпоталамусу та гіпофізу. СПКЯ вважається однією із головних причин безпліддя, крім того, жінки з цим захворюванням ризикують отримати розлади обміну речовин та діабет другого типу. Вищеописані показники свідчать про необхідність налагодити ановуляційно-метаболичні порушення, та спонукають до пошуку сучасних медичних та соціальних засобів по збереженню здоров'я, підвищенню працездатності та покращення якості життя жінок з синдромом полікістозних яєчників.

СПКЯ – це симптомокомплекс хронічної ановуляції різного генезу. Ланками цього процесу є порушення секреції гонадотропного релізинг-гормону (ГнРГ) та гонадотропнів, головним чином, лютеїнізуючого гормону, гіперандрогенія, інсулінорезистентність та гіперінсулінемія, порушення ліпідного обміну, гіперпролактинемія. Серед факторів ризику можна розглядати зміни в обміні нейромедіаторів і опіоїдів, як наслідок, зниження їх інгібуючої дії на секрецію ГнРГ. Однією з причин розвитку ановуляції є порушення синтезу тиреоїдних гормонів. У період статевого розвитку навіть при встановленому менструальному циклу репродуктивна система значно лабільна і чутлива до дії різних неблагоприємних екзогенних та ендогенних факторів.

Формування СПКЯ і маніфестація його клінічних проявів часто починається в підлітковому віці. Одним з важливих клінічних проявів СПКЯ є олігоменорея або аменорея. Приводом для хвилювання у відношенні дівчат-підлітків може бути відсутність тенденції до формування регуляторного менструального циклу на протязі 1,5-2 роки після менархе.

Сучасна корекція метаболических порушень має бути направлена на збалансоване харчування, діету, застосування гіпоглікемічних засобів, що призводить до нормалізації гормонального статусу та відновленню ритму менструацій.

Мета. Вивчення аспектів лікування синдрому полікістозних яєчників при допомозі дієтотерапії, фітотерапії та гормонотерапії.

Матеріали та методи. Для визначення нашої мети ми дослідили 48 жінок із СПКЯ віком від 23 до 38 років. Всі хворі мали порушення менструального циклу у вигляді ановуляції, безпліддя, гірсутизм, ожиріння.

Обстежені були розподілені на три клінічні групи, в залежності від методу лікування.

I – у групу склали 15 (31,25 %) жінок із СПКЯ, яких лікували при допомозі гормональних препаратів, II – у групу – 16 (33,3 %) хворих отримали курс фітотерапії та дієтотерапії. 17 (35,4 %) хворих отримали комплексне лікування із застосуванням фітопрепаратів та дієтотерапії (III – я група). Всім хворим було проведено ультразвукову діагностику СПКЯ, при допомозі якої було визначено об'єм яєчника більш ніж 10 см³, наявність множинних кістозно-атрезуючих фолікулів діаметром 10 мм.

Результати. Тривалість лікування у досліджених пацієнтів склала від 3-х місяців до 1-го року. В результаті отриманого гормонального дослідження жінок до лікування було виявлено, що екскреція ФСГ та ЛГ не має характерної циклічності.

В результаті проведеного лікування, повний лікувальний ефект, який супроводжувався зникненням всіх патологічних симптомів СПКЯ, був досягнут у 13 (76,4 %), 14 (87,5 %) та 14 (93,3 %) пацієнтів 1-ї, 2-ї та 3-ї груп відповідно. У 4 (23,5 %) пацієнтів 1-ї групи ефекта не було, у 2-й та 3-й групах таких жінок не спостерігалось.



Гормональне дослідження у пацієнтів 3-ї групи після проведеного лікування свідчило про повну нормалізацію рівня гормонів: ФСГ – $4,38 \pm 0,7$ МО/л, ЛГ – $8,3 \pm 1,4$ МО/л, ЛГ/ФСГ – $1,89 \pm 0,13$. Ми можемо відмітити позитивну динаміку в результаті проведеного лікування у жінок II – ї та III – груп.

Висновки. Застосування комплексного лікування при допомозі фітотерапії та дієтотерапії у хворих із синдромом полікістозних яєчників є ефективним методом лікування та може бути рекомендовано для практичного застосування.

КОГОРТА ОТРИМАНИХ ООЦИТІВ ТА ОЦІНКА ЇХ СТУПЕНЯ ЗРІЛОСТІ В ЦИКЛАХ ПРОГРАМОВАНОГО ЗАЧАТТЯ У ПАЦІЄНТОК З ЕНДОКРИННИМ ФАКТОРОМ БЕЗПЛІДДЯ

¹К.б.н. Юрчук Т. О., ^{1, 2}к.мед.н. Піняєв В. І., ^{1, 2}д.б.н. Петрушко М. П.

¹Інститут проблем крібіології і кріомедицини НАН України, Харків,

²Медичний центр «ДРТ-клініка репродуктивної медицини», Харків

Вступ. В структурі ендокринного безпліддя синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є найпоширеним. Серед загальної популяції жінок репродуктивного віку СПКЯ зустрічається у 6 % до 19,9 %. При лікуванні безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій пацієнтки з СПКЯ потребують індивідуального та гнучкого підходу щодо програмованого зачаття, оскільки існує ризик виникнення такого ускладнення, як синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ). У таких пацієнтів відмічається неоднорідність за ступенем зрілості когорти аспірованих ооцитів, що у підсумку впливає на кількісні та якісні характеристики ембріонів та успішне настання вагітності.

Мета. Оцінити когорту отриманих ооцитів та їх ступінь зрілості у пацієнток в ході лікування методами допоміжних репродуктивних технологій, в залежності від вибору триггеру фінального дозрівання фолікулів.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано 31 лікувальний цикл, проведений у пацієнток із СПКЯ. Вік пацієнток становив $31,1 \pm 4,1$ роки, індекс маси тіла – $23,8 \pm 3,3$. Індукцію суперовуляції проводили в рамках короткого протоколу з антагоністами гонадотропін релізінг гормону. В якості триггеру використовували рекомбінантний хоріонічний гонадотропін людини у дозі 0, 25 мг (група 1, n=18) або агоніст гонадотропін-релізінг гормону у дозі 0,2 мг (група 2, n=13). Вибір триггеру фінального дозрівання фолікулів залежав від ризику виникнення СГЯ, який залежав від сукупності показників: співвідношення ФСГ/ЛГ (1:2 та більше, для обох груп), рівень антимюллерового гормону (АМГ) (більше 5 нг/мл, для обох груп), рівень естрадіолу ($2500-2900$ нмоль/л для групи 1 та >3500 нмоль/л для групи 2), кількості фолікулів, що дозрівають (не більше 14 для групи 1, для групи 2 – більше 14). Через 35-36 год після введення триггеру проводили трансвагінальну пункцію фолікулів з аспірацією їх вмісту. Оцінювали кількість отриманих ооцитів та ступінь їх зрілості за Стамбульським консорціумом ESHRE.

Результати. В групі 1 було вилучено 212 ооцитів, що становило $10,8 \pm 1,7$ на пацієнтку, з них на стадії метафаза II (МІІ) – 94,1 %, метафаза I (МІ) – 2,9 %, гермінального везикулу (GV) – 3,0%. В групі 2 отримали 209 ооцитів, що склало $16,1 \pm 2,1$ клітин на пацієнтку з них 83,7 % – МІІ, 4,3 % – МІ та 12,0 % GV.

Отримані результати свідчать, про те, що загальна кількість ооцитів в групі 2 була значущо більшою порівняно з групою 1, однак кількість зрілих \pm клітин в цій групі була значущо нижчою.