



# РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

Информационно-библиографический отдел

## *ДЕНЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ*

21.11.2018 г.

**Тема: Эндокринные синдромы в практике семейного врача**  
(нарушение обмена веществ – фенилкетонурия, гиперхолестеринемия, подагра, нарушение эндокринной функции – зоб, болезнь Аддисона, Иценко-Кушинга)



*Библиографический обзор литературы*

Донецк

2018



**1. Алгоритм** діагностично-лікувальних навичок та вмінь з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики: Посібник. – Запоріжжя, 2012. – 360 с.

616  
А 45

В посібниці в формі алгоритмів надана інформація по методикі оволодіння навичками і вміннями діагностики основних захворювань внутрішніх органів. Використання алгоритмів дозволяє лікарю швидко орієнтуватися в діагностико-лікувальному процесі. Створення алгоритмів базується на основах доказательної медицини і сучасних стандартів діагностики, лікування, неотложної допомоги. Розділ 6 містить матеріал по захворюванням ендокринної системи.

**2. Сімейна медицина** : У 5 т. Т. 1. Внутрішні хвороби : У 2 кн. Кн. 1. Хвороби органів кровообігу. Ревматичні хвороби. Хвороби органів дихання. Хвороби ендокринної системи / Є. Х. Заремба, Ю. Г. Кияк, О. О. Сергієнко та ін.; За ред. В. Г. Передерія, Є. Х. Заремби. – К. : Здоров'я, 2005. – 768 с.

616  
С 37

В енциклопедическому виданні наведено методи і схеми лікування пацієнтів. Описана тактика сімейного лікаря по веденню і лікуванню хворих з певними патологіями, серед яких – захворювання ендокринної системи. Розглянуто питання інтенсивної терапії і реанімації.

### **Фенілкетонурия**

**3. Діагностика і лікування** біоптериндефіцитної гіперфенілаланінемії / Е. А. Ніколаєва, М. І. Яблонська, М. Н. Харабадзе [і др.] // Російський вісник перинатології і педіатрії. - 2015. - Том 60, № 2. - С. 66-71.

Фенілкетонурия є найбільш поширеним захворюванням з групи спадкових порушень обміну амінокислот, ключовим біохімічним ознакою яких є стійке підвищення рівня фенілаланіну в крові – гіперфенілаланінемія. Частота патології в Російській Федерації становить 1:7140 новонароджених. Представлене клінічне спостереження ілюструє складності діагностики біоптериндефіцитної гіперфенілаланінемії і необхідності тривалого індивідуального підбору доз препаратів для медикаментозного лікування в залежності від переносимості терапії.

**4. спостереження за** пацієнткою з фенілкетонурией / Д. С. Русакова, К. В. Зеленина, Длительное М. Ю. Щербакова [і др.] // Педіатрія. Журнал ім. Г. Н. Сперанського. - 2014. - Том 93, № 1. - С. 139-142.

Фенілкетонурия належить до числа спадкових захворювань, при яких дієта є єдиним методом лікування. Клінічний випадок, описаний в статті, демонструє несвоєчасне початок нутритивної підтримки в ранньому дитячому віці, його наслідки і можливості корекції.

**5. Сочетання** ліпоатрофічного цукрового діабету з системною склеродермією і фенілкетонурией / Г. Н. Светлова, Т. Л. Кураєва, Д. Л. Алексєєв, В. А. Петеркова // Проблеми ендокринології. - 2017. - Том 63, № 2. - С. 130-133.

Лікування цукрового діабету при ліподистрофіях представляє великі складності. Через порушення функцій печінки лікування бігуанідами обмежене, а інсулінотерапія вимагає великих доз і достатньої комплаєнтності пацієнтів. Наявність фенілкетонурії ще більше ускладнює дотримання дієти. Спостереження, представлено в статті, представляє інтерес в зв'язі з поєднанням трьох рідких захворювань і їх взаємних впливів на клінічні прояви і особливості терапії.

**6. Трефц, Ф. К.** Новые разработки в диагностике и лечении фенилкетонурии, вызванной недостаточностью РАН (фенилаланингидроксилазы) и ВН4 (тетрагидробиоптерина) / Ф. К. Трефц // Молекулярно-биологические технологии в медицинской практике : [сб. науч. трудов] / Гос. Новосиб. обл. клин. диагност. центр. - Новосибирск : НСК Ресурс, 2013. - Вып. 19. - С. 7-9.

616:612.63

М 75

В статье отмечено, что фенилкетонурия вызывается недостаточностью фермента фенилаланингидроксилазы. При отсутствии лечения она приводит к выраженной умственной отсталости. Описанное исследование доказывает, что при раннем выявлении с помощью программ неонатального скрининга и адекватном лечении диетой с низким содержанием фенилаланина исходы сравнимы со здоровыми детьми.

### *Гиперхолестеринемия*

**7. Кобалава, Ж. Д.** Алирокумаб: новые перспективы липидснижающей терапии / Ж. Д. Кобалава, С. В. Виллевалде, М. А. Воробьева // Терапевтический архив. - 2017. - Том 89, N 12, вып.1. - С. 114-121.

Алирокумаб (Пралуэнт) – препарат, демонстрирующий убедительную эффективность в снижении уровня холестерина липопротеинов низкой плотности у пациентов с первичной гиперхолестеринемией до значений, ранее не достижимых на фоне стандартной гиполипидемической терапии. В статье представлены результаты исследования препарата: фармакодинамика, фармакокинетика, эффективность терапии, безопасность и переносимость.

**8. Леонтьева, И. В.** Современные подходы к лечению семейной гомозиготной гиперхолестеринемии / И. В. Леонтьева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2017. - Том 62, N 4. - С. 71-80.

Семейная гиперхолестеринемия остается малоизвестным заболеванием в клинической практике семейного врача, что ведет к запоздалой диагностике и позднему началу терапии этого прогностически крайне неблагоприятного заболевания. В статье изложены современные представления об этиологии, генетических аспектах. Представлены критерии диагностики и современные подходы к лечению.

**9. Роль порушень кишкового мікробіоценозу в розвитку гіперхолестеринемії / Н. В. Харченко, Є. Я. Склярів, Г. А. Анохіна, Х. Б. Аксентійчук // Сучасна гастроентерологія. - 2015. - N 5. - С. 76-82.**

В статье проанализированы данные исследований, посвященных роли нарушений количественного и качественного состава микрофлоры кишечника в развитии дисметаболических процессов в организме, в частности дислипидемии и гиперхолестеринемии. Приведены данные последних исследований, посвященных поиску диетических рекомендаций и методов медикаментозной коррекции дислипидемии путем улучшения состояния и состава микробиоты кишечника.

### *Подагра*

**10. Беляева, И. Б.** Роль нового антигиперурикемического препарата Аденурик (фебуксостата) в лечении подагры: рекомендации EULAR – 2016 / И. Б. Беляева, В. И. Мазуров // Эффективная фармакотерапия. – 2018. – № 4 : Ревматология, травматология и ортопедия. – № 1. – С. 28-35.

Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся вследствие воспаления в месте отложения кристаллов моноурата натрия у лиц с гиперурикемией. Основная цель терапии заключается в снижении уровня мочевой кислоты. Согласно рекомендациям EULAR – 2016 по лечению хронического подагрического артрита при непереносимости препарата

аллопуринола или невозможности достичь на фоне его применения целевого уровня мочевой кислоты показаны фебулсостат (Аденурик), пробенецид или бензбромарон. В статье проанализирована эффективность препарата, даны рекомендации по его применению.

**11. Ватутин, Н. Т.** Новые классификационные критерии подагры (ACR / EULAR 2015) / Н. Т. Ватутин, А. С. Смирнова, М. А. Эль-Хатиб // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 4. – С. 5-7.

В статье специалистов Донецкого НМУ им. Горького, ИНВХ им. В. К. Гусака и ЦПМСП представлены основные положения новых классификационных критериев подагры Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги. В таблице представлены основные клинические проявления, дана их оценка по бальной системе. Максимально возможное количество баллов – 23. Для достоверного диагноза подагры достаточно 8 и более.

**12. Гиляревский, С.** Подагра / С. Гиляревский // Диабетик. – 2016. – № 4. – С. 24-27.

В научно-популярной статье сформулированы основные принципы диагностики подагры, факторы, влияющие на ее обострение, обоснована стратегия лечения заболевания, купирование острых приступов, указаны препараты, снижающие уровень мочевой кислоты. Материал можно рекомендовать пациентам, больным подагрой, в качестве руководства.

**13. Головач, І. Ю.** Уратзнижуюча терапія при подагрі у практиці сімейного лікаря / І. Ю. Головач // Ліки України. – 2016. – № 10. – С. 5-11.

В статье представлены современные рекомендации по ведению пациентов с подагрой и назначению уратснижающей терапии. Представлены механизмы действия различных классов уратснижающих препаратов, рекомендуемые дозы и алгоритм их назначения.

**14. Елисеев, М. С.** Алгоритм диагностики и лечения подагры / М. С. Елисеев // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2015. – № 3-4. – С. 56-60.

Автор отмечает, что сегодня происходит пересмотр парадигмы заболевания подагры и положений, лежащих в основе ее диагностики и лечения, но качественного прорыва по данному вопросу не наблюдается. Подагра диагностируется в среднем спустя 4,6 года с момента первого приступа. Аналогичная ситуация обстоит с лечением подагры. Цель статьи – анализ отдельных рекомендаций и попытка приблизить, адаптировать имеющиеся современные данные о диагностических и лекарственных возможностях к нашим реалиям.

**15. Каратеев, Д. Е.** Современные возможности контроля гиперурикемии при подагре / Д. Е. Каратеев, Е. Л. Лучихина // Эффективная фармакотерапия. – 2018. – № 19 : Ревматология, травматология и ортопедия. – № 2. – С. 32-36.

Гиперурикемия является одним из важнейших патогенетических механизмов и проявлений подагры. Поэтому ее коррекция считается неотъемлемой составляющей успеха в лечении подагры. В статье представлен обзор основных положений по ведению больных подагрой, основные уратснижающие препараты, применяемые при подагре, основные исследования по уратснижающей терапии с применением фебуксостата у пациентов с подагрой.

**16. Корж, О. М.** Діагностика та лікування подагри / О. М. Корж, С. В. Краснокутський // Міжнародний медичний журнал. - 2016. - Том 22, № 2. - С. 14-17.

Рассмотрены критерии диагностики и современные подходы к терапии подагры. Информированность врачей от современных принципах ведения пациентов с подагрой позволит улучшить раннюю диагностику заболевания и обеспечить своевременное и оптимальное лечение. Знание факторов риска нарушений пуринового обмена, лежащих в основе подагры, и путей их коррекции, обучение пациентов здоровому образу жизни создаст основу для проведения эффективных профилактических программ.

**17. Цурко, В. В.** Подагра, гиперурикемия и сердечно-сосудистые заболевания. Подходы к фармакотерапии / В. В. Цурко, Т. Е. Морозова // Лечащий врач. - 2018. - N 8. - С. 52-55.

Рассмотрены подходы к ведению пациентов с подагрой или гиперурикемией, показана необходимость скрининга и коррекции пуринового, липидного и углеводного обменов, а также мероприятий, направленных на предотвращение кардиоваскулярных осложнений.

**18. Цурко, В. В.** Рационально обоснованный подход к лечению подагры с учетом дебюта, течения и сочетанной патологии по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги (EULAR 2016г.) / В. В. Цурко, М. А. Громова // Терапевтический архив. - 2017. - Том 89, N 12, вып.2. - С. 233-237.

В статье подробно проанализировано ведение пациентов с подагрой, учитывающее дебют заболевания, течение и наличие сочетанной патологии. Основное внимание уделено фармакологическим, нефармакологическим методам лечения и применению уратснижающих препаратов с нарушением функции почек. В России наряду с аллопуринолом впервые рекомендуется препарат с уратснижающим эффектом – фебуксостат. Цель статьи – донести до врачей информацию о возможности достижения целевого уровня мочевой кислоты при лечении подагры с гиперурикемией.

**19. Шупина, М. И.** Современные возможности терапии подагры // М. И. шупина, Г. И. Нечаева, Е. Н. Логинова // Лечащий врач. – 2017. – № 10. – С. 81-87.

Рассмотрены подходы к лечению подагры в соответствии с современными рекомендациями. Уделено внимание немедикаментозным методам профилактики, купированию острого приступа подагрического артрита, уратснижающей терапии, представлены рекомендации по диетотерапии при подагре.

### **Зоб**

**20. Агарков, В. И.** Частота возникновения и распространения диффузного зоба среди сельского населения Донбасса / В. И. Агарков, О. А. Лихобабина, Н. В. Бугашева // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2018. – Том 22, № 1. – С. 33-36.

Представлены данные изучения 12-летней динамики диффузного зоба 1-й, 2-й, и 3-й степени среди сельского населения Донбасса. Установлено, что болезнь поражает взрослое население, при этом частота возникновения первичных случаев постепенно снижается, а по показателю распространения диффузный зоб активно повышается.

**21. Аналіз** результатів ультразвукових, цитологічних та морфологічних досліджень у хворих на дифузний токсичний зоб / Н. Д. Тронько, С. Л. щляхтич/, Ю. В. Булдігіна та ін. // Лікарська справа = Врачебное дело. – 2015. – № 3-4. – С. 115-120.

В статье дан анализ изменений структурного состояния щитовидной железы в процессе долгосрочного медикаментозного лечения диффузного токсичного зоба.

**22. Фархутдинова, Л.** Гериатрические аспекты диффузного токсического зоба / Л. Фархутдинова, А. Бруй // Врач. – 2016. – № 6. – С. 56-58.

Описан случай диффузного токсического зоба у пациента старшей возрастной группы. Отражены особенности нарушений сердечно-сосудистой системы при тиреотоксикозе у пожилых, изложены клинические подходы к дифференциальной диагностике тиреотоксических кардиальных нарушений и ишемической болезни сердца. Представлены клинический статус больного диффузным токсическим зобом, данные лабораторно-инструментальных исследований и их динамика.

**23. Филиппова, И.** Диффузный токсический зоб / И. Филиппова // Диабетик. – 2016. – № 3. – С. 19-21.

В статье в научно-популярной форме представлены этиология диффузного токсического зоба, симптомы, диагностика заболевания. Доступность языка изложения материала поможет семейному врачу донести информацию до пациента.

## *Болезнь Аддисона*

**24. Варианты** атипического течения аддисонического криза / М. В. Власенко, Е. И. Чернобровая, С. В. Литвинова и др. // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2012. – № 5. – С. 98-101.

В статье описываются случаи атипического течения аддисонического криза (без классического шокового состояния) у больных хроническим гипокортицизмом на фоне сопутствующего тиреотоксикоза и гипертонической болезни.

## *Синдром Иценко-Кушинга*

**25. Артериальная** гипертензия при заболеваниях коры надпочечников / Н. В. Ворохобина, И. П. Серебрякова, Р. К. Галахова и др. // Лечащий врач. – 2017. – № 3. – С. 21-24.

Отмечено, что большую роль в распространенности вторичных форм артериальной гипертензии играют различные заболевания коры надпочечников, среди которых – синдром Иценко-Кушинга. Своевременное выявление данных заболеваний позволяет подобрать оптимальную тактику лечения и нормализовать артериальное давление у пациентов.

**26. Панькив, В. И.** Болезнь Иценко-Кушинга: диагностика, клиника, лечение: симпозиум / Проводит: Донецкий нац. мед. ун-т им. М. Горького ; рекомендован: эндокринологам, семейным врачам // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2011. - № 5. - С. 159-167.

В статье раскрыты эпидемиология, классификация по степеням тяжести болезни Иценко-Кушинга, этиология и патогенез, клинические признаки и симптомы, диагноз и рекомендуемые клинические исследования, среди которых – выявление повышенной продукции кортизола, оценка функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, топическая диагностика, а также медикаментозная терапия гиперкортицизма.

**27. Рыкова, О. В.** Междисциплинарная проблема: синдром Кушинга (обзор руководства по диагностике синдрома Кушинга "The diagnosis of Cushing's syndrome : An Endocrine Society Clinical Practice Guideline") / О. В. Рыкова // Здоровье женщины. – 2016. – № 4. – С. 98-100; № 5. – С. 143-146.

Актуальность темы диагностики синдрома Кушинга связана с многогранностью клинических проявлений данной патологии, которая приводит к тому, что пациенты первично обращаются к самым различным специалистам. Это требует широкого информирования об особенностях течения данного заболевания и алгоритма первичного обследования пациентов для возможности своевременно выявить и направить пациента к эндокринологу для установления окончательного диагноза и тактики ведения. В обзоре руководства указаны алгоритмы, которые базируются на лабораторном тестировании – оценке уровня кортизола.

**28. Хижняк, О. О.** Современные подходы к терапии болезни Иценко-Кушинга / О. О. Хижняк, М. Р. Микитюк // Проблеми ендокринної патології. – 2014. – № 2. – С. 71-77.

Анализ литературы по терапии болезни Иценко-Кушинга показал, что прогноз заболевания зависит от тяжести, длительности заболевания и выраженности гиперкортицизма. Отмечено, что при небольшой длительности заболевания, легкой форме и возрасте пациента до 30 лет прогноз благоприятный. У больных со средней формой заболевания и нерезко выраженными осложнениями также может наступить выздоровление. У больных со среднетяжелой формой и длительным течением заболевания часто остаются необратимые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, нарушения углеводного обмена и остеопороз. При крайне тяжелой форме у больных развивается надпочечниковая недостаточность, требующая пожизненной заместительной терапии глюко- и минералокортикоидами.

## ***Электронная доставка документов***

Уважаемые пользователи!

Для улучшения качества обслуживания

***РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА ПРЕДЛАГАЕТ***  
новую сервисную услугу – электронную доставку документов, при помощи которой у вас будет возможность заказывать и получать электронные копии документов из фондов нашей библиотеки  
***НА БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ!***

Заказы принимаются от коллективных и индивидуальных пользователей. Возможность выполнения заказа в каждом конкретном случае определяется специалистом библиотеки. После получения заказа и проверки наличия необходимого документа в фонде, происходит создание электронной копии документа, которая и отправляется пользователю на указанный электронный адрес. При невозможности выполнения заказа, пользователю направляется сообщение о причинах отказа.

В зависимости от объема и сложности заказ выполняется в течение 1-2 рабочих дней.

Наши ограничения:

- принимаются заказы на доставку электронных копий статей из периодических изданий и электронных копий информационных писем только из фондов РНМБ.
- однократно от удаленного пользователя принимается не более 5 заказов общим объемом 30 страниц.

Для получения электронных копий документов из фондов библиотеки просим обращаться на электронный адрес: [med\\_library\\_don@mail.ru](mailto:med_library_don@mail.ru),  
или в отдел обслуживания читателей по тел.: (062) 338-07-60.

Составитель:

Ладвинская А. А.

Ответственный за выпуск:

Черная Н. А.

Донецк

2018 г.