

42. Sakharova I.Ya., Ariel' B.M., Knoring B.E., Skvortsova L.A., Vasil'eva G.Yu., Vishnevskiy B.I. et al. Some regularities of the immune response in patients with pulmonary tuberculosis with drug-resistant strains of mycobacteria. *Problemy Tuberkuleza i Bolezney Legkikh*. 2008; 12: 22—7. (in Russian)
43. Shkarin A.V., Belousov S.S., Anikina O.A. Cytokine levels in the blood plasma of patients with active infiltrative pulmonary tuberculosis. *Problemy Tuberkuleza i Bolezney Legkikh*. 2008; 8: 34—7. (in Russian)
44. Markelov Yu.M. Clinical and epidemiological features of multidrug-resistant mycobacteria and causes its expansion in Karelia. *Tuberkulez i Bolezni Legkikh*. 2011; 8: 11—7. (in Russian)
45. Khasanova R.R., Voronkova O.V., Urazova O.I., Novitskiy V.V., Strelis A.K., Kolosova A.E. et al. The role of cytokines in the modulation of blood lymphocyte subpopulations in patients with pulmonary tuberculosis. *Problemy Tuberkuleza i Bolezney Legkikh*. 2008; 3: 31—5. (in Russian)
46. Serebryakova V.A., Vasil'eva O.A., Urazova O.I., Novitskiy V.V., Voronkova O.V., Strelis A.K. et al. Modulating effect of isoniazid and rifampicin on cytokine secretion in vitro in pulmonary tuberculosis. *Tuberkulez i Bolezni Legkikh*. 2009; 58—64. (in Russian)
47. Yagoda A.V., Gladkikh N.N. Autoimmune disorders aspects of collagen homeostasis in undifferentiated connective tissue dysplasia. *Meditinskaya Immunologiya*. 2007; 9(1): 61—8. (in Russian)
48. Pokrovskiy V.I. ed. *Manual of Clinical Immunology and Allergy, Immunogenetics, Immunopharmacology (general practitioners)*. Moscow: Triada; 2005. (in Russian)
49. Autenshlyus A.I., Sosnina A.V., Poddubnaya L.V., Zyryanova T.V., Lopatnikova Yu.A., Sennikov S.V. Classes and subclasses of antibodies to TNF- α in patients with pulmonary tuberculosis*. *Tuberkulez i Bolezni Legkikh*. 2010; 11: 57—60. (in Russian)
50. Capossela S., Schlafli P., Bertolo A., Janner T., Stadler B.M., Potzel T. et al. Degenerated human intervertebral discs contain autoantibodies against extracellular matrix proteins. *Eur. Cell Mater*. 2014; 27: 251—63.
51. Seddon J., Kasprovicz V., Walker N.F., Yuen H.M., Sunpath H., Tezera L. et al. Procollagen III N-terminal propeptide and desmosine are released by matrix destruction in pulmonary tuberculosis. *J. Infect. Dis*. 2013; 208(10): 1571—9.
52. Tarasova L.G., Strel'tsova E.N. *Repair of Lung Tissue in Tuberculosis*. Petersburg: Elbi-SPb; 2010 (in Russian).

Поступила (received) 23.09.14

Рецензия

© СОЛУН М. Н., 2015

УДК 616.43(049.32)

РЕЦЕНЗИЯ НА РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ "ЭНДОКРИНОЛОГИЯ" ПОД РЕДАКЦИЕЙ В.В. ПОТЕМКИНА (М.: Медицинское информационное агентство, 2013, 771 с.)

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 410012, Саратов, Россия

Для корреспонденции: Солун Мирра Наумовна, доктор мед. наук, профессор кафедры эндокринологии.
E-mail: evgenia@gmail.ru

Для цитирования: Российский медицинский журнал. 2015; 21 (2): 55—56.

Citation: Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (2): 55—56.

For correspondence: Mirra Solun, MD, PhD, DSc; e-mail: evgenia@gmail.ru

Руководство состоит из 11 глав, 1-я из которых посвящена принципам организации и функционирования эндокринной системы организма, 2-я — патологии гипоталамо-гипофизарной системы, последующие — заболеваниям различных эндокринных желез. Отдельная глава 9 посвящена синдромам множественных эндокринных неоплазий, глава 10 — полигландулярной недостаточности.

Во 2-й главе "Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы" дано подробное описание болезни Иценко—Кушинга, гипофизарного гигантизма и акромегалии, несахарного диабета, а также синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона, "пустого" турецкого седла, нервной анорексии. Наряду с вопросами клиники и диагностики различных форм патологии гипоталамо-гипофизарной системы авторы подробно рассматривают современные методы лечения.

Глава 3-я содержит подробную информацию о структуре, функциях и заболеваниях щитовидной железы. Особое внимание уделено вопросам метаболизма, механизма действия тиреоидных гормонов на организм в целом и отдельные системы и органы (прежде всего на

ЦНС, сердце, печень), а также регуляции функций щитовидной железы в возрастном аспекте.

Специально рассматриваются особенности функционального состояния щитовидной железы во время беременности.

Большое внимание уделено синдрому тиреотоксикоза. Приведена классификация тиреотоксикоза, которая широко используется и поныне и мне представляется удачной и удобной для применения. Диффузионный токсический зоб (ДТЗ) — наиболее частая причина тиреотоксикоза. Современное определение ДТЗ таково: "это аутоиммунное заболевание, сопровождающееся синтезом антител к рецепторам тиреотропного гормона, которые стимулируют синтез щитовидной железой избытка тиреоидных гормонов". В чем же суть этого заболевания, чем опасен для организма избыток тиреоидных гормонов? Почему необходима ранняя диагностика и длительное лечение ДТЗ?

Выступая в роли рецензента, я позволю себе дать следующее определение: "ДТЗ — аутоиммунное заболевание щитовидной железы, характеризующееся ее диффузной гиперплазией, гипертрофией и гиперфункцией.

Избыток тиреоидных гормонов стимулирует течение обменных процессов в организме, что приводит к прогрессирующей потере массы тела, развитию патологических изменений в различных внутренних органах: в сердечной мышце ("тиреотоксическое сердце"), печени ("тиреотоксический гепатит"). Совершенно согласна с мнением авторов руководства о том, что "тяжесть синдрома тиреотоксикоза обуславливают изменения сердечно-сосудистой системы".

Сохраняет свое значение классическая триада симптомов: "зоб, пучеглазие, тахикардия". Особого внимания заслуживает появление мерцательной аритмии первоначально в форме пароксизмов, а затем установление стойкого мерцания предсердий. Достаточно подробно рассмотрены и обсуждены и другие проявления ДТЗ.

Некоторое недоумение вызывает табл. 3.5: в графе "Возраст" указан средний возраст "40 лет" (а колебания от 5 до 73 лет?). Как могли лица столь разного возраста попасть в одну группу?).

Существуют три основных метода лечения ДТЗ: медикаментозный, хирургический и радиойодотерапия. Медикаментозное лечение ДТЗ требуется всегда, даже в тех случаях, когда уже при первом осмотре пациента очевидно, что операции не избежать: большие размеры зоба, рецидив, тяжелая форма заболевания, отягощенная наследственность.

Что же касается медикаментозных средств, то я бы из перечня убрала и перхлорат калия, и карбонат лития: эффективность сомнительна, а риск токсического воздействия на организм велик. Лучший препарат сегодня — тирозол (тиамазол), который выпускается в двух дозировках (по 5 и 10 мг) и может быть использован даже во время беременности.

Поддерживающие дозы тиреостатиков следует изменять в течение 1—1,5 года без перерыва, но под врачебным контролем.

Что же касается тактики хирургического лечения, то для настоящего времени характерен отказ от использования метода субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы и переход к тактике тиреоидэктомии.

Развитие гипотиреоза после применения различных способов лечения ДТЗ — показатель эффективности избранного способа и сигнал необходимости дальнейшего наблюдения пациента и проведения коррекции его статуса.

Синдром гипотиреоза. Глава начинается с определения гипотиреоза — клинического синдрома, обусловленного дефицитом тиреоидных гормонов в органах и тканях в результате их недостаточной секреции щитовидной железой или снижения их биологического эффекта на тканевом уровне.

Дано понятие субклинического гипотиреоза, характеризующегося повышением уровня тиреотропного гормона в крови при нормальном содержании свободных гормонов T_3 и T_4 , приведена современная классификация гипотиреоза.

Наиболее частой причиной первичного гипотиреоза (следует иметь в виду, что первичный гипотиреоз встречается гораздо чаще, чем вторичный и третичный) является аутоиммунный тиреоидит.

В краткой рецензии невозможно более или менее подробно рассмотреть все многообразие этиологических факторов гипотиреоза, но в монографии они изложены достаточно подробно и в очень доступной форме.

Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы (5-я глава) занимают очень большое место в данном руководстве.

Это неудивительно, ведь основное заболевание — сахарный диабет (СД) — не только характеризуется высокой распространенностью, хроническим течением, развитием многообразных хронических осложнений, но и требует ежедневного лечения в течение всей последующей жизни больного.

Специальный раздел в 5-й главе посвящен вопросам сочетания СД 2-го типа и атеросклероза и особенностям течения каждого из указанных заболеваний, а также способам лечения.

Выделен раздел обучения больных СД, что совершенно справедливо: едва ли найдется другое столь же распространенное заболевание, как СД, при наличии которого очень многое зависит от участия в лечении самого пациента.

Не могу не привлечь внимание читателей к 11-й главе, которая посвящена проблеме ожирения и метаболическому синдрому. В написании этой главы участвовали многие авторы. Значимость проблемы очень велика: неуклонно увеличивается число людей, страдающих ожирением, в различных возрастных группах.

Социальная значимость проблемы определяется тем, что ожирение не только склонно к прогрессированию, но и влечет за собой развитие ряда других заболеваний: артериальной гипертензии, атеросклероза. Так создается порочный круг, основные звенья которого и рассматриваются в 11-й главе.

Руководство для врачей "Эндокринология" хорошо написано, великолепно иллюстрировано, что должно помочь читателям в освоении сложного материала.

Рекомендую его не только эндокринологам, но и врачам других специальностей: терапевтам, неврологам, хирургам, окулистам, работникам лабораторной службы.

М.Н. Солун

Поступила (received) 06.10.14