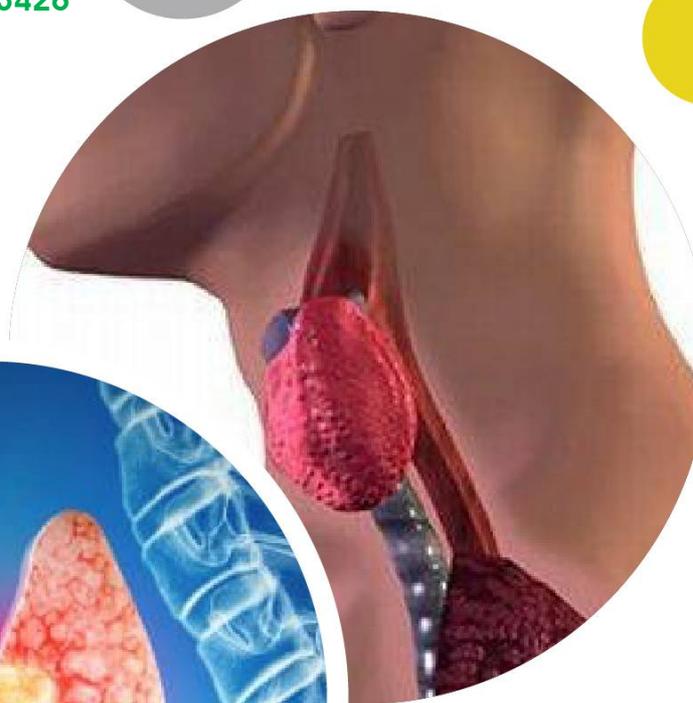




ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2

ISSUE 2

2022

О'РТА ОСИYO ENDOCRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 2

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ЭНДОКРИНОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

ЎЗБЕКИСТОН ЭНДОКРИНОЛОГЛАРИНИНГ II ХАЛҚАРО КОНГРЕССИ

II INTERNATIONAL CONGRESS OF ENDOCRINOLOGISTS OF UZBEKISTAN

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2022) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2022-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов

Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов

ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева

Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова

Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова

Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева

Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Ю. Урманова

Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова

С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова

Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова

Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева

Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова

Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов

Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

С. Исмаилов - Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, заведующий кафедрой эндокринологии с детской эндокринологией; д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “AAA”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзазаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член Академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Барта и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгдзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболики, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии центра развития и усовершенствования врачей, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

ОСНОВАТЕЛИ ИНСТИТУТА КРАЕВОЙ МЕДИЦИНЫ



Абдуллаев Хабиб
Мухамедович

Умидова Зульфия
Ибрагимовна

Аскарлов Акбар
Аскарлович

Исмаилов Насыр
Исмаилович

Масумов Садык
Алиевич

ДИРЕКТОРА НИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ



Туракулов Ёлкин
Холматович
1957-1958 и
1976-1997 гг.

Махкамов Гулям
Махкамович
1958-1966 гг.

Исламбеков Раджаб
Капанович
1967-1971 гг.

Зуфаров Камилджан
Ахмеджанович
1972-1973 гг.



Масумов Джалал
Насырович
1974 г.

Рахимов Нишан
Рахимович
1974-1975 гг.

Ильясов Шокасым
Шахизирович
1975-1976 гг.

ДИРЕКТОРА РСНПМЦЗ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА



Исмаилов Саид
Ибрагимович
1997-2015 гг.

Алимов Анвар
Валиевич
2016-2020 гг.

Тураев Феруз
Фатхуллаевич
с 2021 года

ИСТОРИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЭНДОКРИНОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА

Исполнилось 65 лет со дня основания Республиканского Специализированного научно-практического Медицинского Центра Эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова. К этой славной дате Центр подошел с выдающимися достижениями.

История Центра начинается с создания Института Краевой Медицины в 1957 году. Необходимость научной разработки медицинских проблем края была крайне важна не только с точки зрения интересов развития медицинской науки на уровне требований того времени, но в большей степени для решения насущных вопросов практического здравоохранения. Для решения этих задач необходимо было иметь достаточное число квалифицированных кадров по всем специальностям медицинской науки и практического здравоохранения, а также технически оснащённые научные лаборатории. Необходимо было также определить основные научные направления будущих исследований. В связи с этим возникла идея о создании такого научного учреждения в системе АН РУз. Инициатором выступил выдающийся учёный, организатор науки Республики, академик Х.М. Абдуллаев, президент АН Узбекистана в те годы. Идея горячо была поддержана первыми узбекскими профессорами-медиками, заведующими кафедрами ТашГосМИ А.А. Аскарковым, З.И. Умидовой, Н.И. Исмаиловым, С.А. Масумовым и др.

Главной проблемой, стоящей перед медицинской наукой и практикой здравоохранения в те годы, была задача по ликвидации эндемического зоба, лечение и профилактика желудочно-кишечных заболеваний, авитаминозов, исследование особенностей водно-солевого обмена в условиях жаркого климата Средней Азии. Именно эти проблемы выдвигались в качестве основных научных направлений для будущего института. Президиум АН РУз при поддержке учёных-медиков обратился в Правительство республики с предложением организовать научно-исследовательский институт медицинского профиля в системе АН РУз.

Институт Краевой Медицины был создан постановлением Совета Министров Республики от 1 августа 1957 года. Директором института был назначен молодой, энергичный и талантливый учёный Ёлкин Холматович Туракулов. Благодаря эрудиции и научной интуиции Я.Х. Туракулова, в короткое время была сформирована структура института, включающая лаборатории фармакологии (руководитель доцент И.К. Камиллов), физиологии (руководитель академик А.Ю. Юнусов), клинической фармакотерапии (руководитель доцент Н.С. Кельгинбаев), восточной медицины (доцент А. Ибрагимов), биохимии (доцент Ё.Х. Туракулов), желудочно-кишечной патологии (руководитель член-корреспондент АН РУз А.А. Аскарков), микробиологии, патоморфологии и др. Кроме того в состав института был передан Республиканский противозобный диспансер Министерства Здравоохранения. За короткое время эти лаборатории превратились в крупные научно-исследовательские центры не только в системе АН, но стали основой для развития кафедр и экспериментальных направлений в медицинских и биологических учебных заведениях.

Основоположником разработки проблемы борьбы с эндемическим зобом в Республике был профессор ТашМИ, хирург С.А. Масумов, и на базе его прежних исследований по эндемическому зобу в Ферганской долине создавалось учение о профилактике и ликвидации зоба путём обеспечения населения йодированной солью. Именно по его инициативе был

организован Республиканский противозобный диспансер, который составил основу зобного отделения при организации института Краевой Медицины. Изучение эпидемиологии йодной недостаточности и ликвидация эндемического зоба стало основным направлением нового института. Название института - Институт Краевой Медицины было определено исходя из задач по изучению болезней края, распространённых в те годы (эндемического зоба, болезней ЖКТ, авитаминозов). Но ввиду чрезвычайной актуальности эндемического зоба акцент был сделан на ликвидацию йодной недостаточности.

К концу 1957 года, Институт Краевой Медицины располагал восемью лабораториями: физиологии, фармакологии, биохимии, желудочно-кишечной патологии со стационаром, эндемического зоба с хирургическим отделением, патогистологии, бактериологии. В 1958 году под руководством крупного учёного, специалиста по гигиене питания проф. Махкамова Г.М. была создана лаборатория питания и экспериментальной патологии, которая начала вплотную заниматься особенностями приготовления восточных блюд, гигиеническими требованиями к составу питательных продуктов и технологии приготовления, витаминного обеспечения.

Главные достижения лаборатории биохимии, тиреоидной патологии, лаборатории и клиники зобного отделения в первые годы были связаны с изучением йодного обмена и они были достигнуты в большей степени благодаря широкому применению радиоактивного изотопа йода I131 для диагностических (радиойоддиагностика), лечебных (радиойодтерапия) и исследовательских целей. Институт Краевой медицины оказал неоценимую помощь многим институтам биологического отделения АН РУз, клиникам и кафедрам в подготовке специалистов, организации лаборатории радиоактивных изотопов.

В последующие годы Институт Краевой медицины МЗ РУз несмотря на расширение тематики, неоднократные переходы из системы АН РУз в систему здравоохранения и обратно, сохранил своё ведущее положение в роли научного центра по изучению обмена йода в организме и йоддефицитных состояний, применению радиоактивного йода в медицине не только в республике, но и в соседних центрально-азиатских странах. В период деятельности Института Краевой медицины происходил постоянно поиск новых направлений, они получали развитие, модифицировались. В их создании и развитии принимали участие талантливые энергичные зрелые учёные и они оставили свой незабываемый след в истории лабораторий и клинических отделений. Признанный терапевт-эндокринолог Эркин Гафурович Каюмов, который руководил терапевтическим направлением в клинике, начал первые исследования по сахарному диабету, был одним из первых докторантов Института и защитил докторскую диссертацию при консультации известного учёного, академика АМН, создателя школы диабетологов проф. Баранова В.Г.

Д.м.н., проф. Кельгинбаев Нияз Сулейманович создал лабораторию клинической фармакотерапии, в дальнейшем на базе которой была создана лаборатория диабетологии. Проф. Рахимов Нишан Рахимович, известный терапевт-гастроэнтеролог, руководивший длительный период созданным акад. А.А. Аскарковым отделением желудочно-кишечной патологии, был директором Института в 1974-1975 годы и обеспечил развитие гастроэнтерологического направления.

Ильясов Ш.Ш. - ученик проф. Масумова С. А., хирург-эндокринолог, провёл большую научную, эпидемиологическую работу по тиреоидной патологии. В 1975 году был директором Института.

Достижения в этих областях были достаточно значимыми и в 1964 году они были удостоены высшей научной награды того времени - Ленинской премии в области науки -

благодаря результатам клинико- биохимических исследований эндемического зоба, выполненных Ё.Х. Туракуловым, Р.К. Исламбековым. Первая книга, посвященная йодному обмену и тиреоидным гормонам была опубликована в 1960 году Ё.Х. Туракуловым, книга была издана на английском языке. Фактически она составила основное достижение исследований института по краевой патологии.

Создание Института Краевой Медицины АН Республики открыло новые огромные возможности для подготовки национальных кадров в области различных разделов медицины и биологии. Подготовка кадров осуществлялась не только в стенах лаборатории института, но и путем прикомандирования очных аспирантов и докторантов в ведущие научные центры бывшего Советского Союза.

Из Института Краевой Медицины в 1967 году выделился самостоятельно Институт Биохимии, затем Институт физиологии, целый ряд кафедр в медицинском, фармацевтическом институтах, в Ташкентском Государственном Университете. Через институт Краевой Медицины в биохимические исследования проникли новые методы биохимических, биофизических, цитологических исследований, радиоизотопно-гистохимический анализ, разные варианты хроматографии, электрофореза, люминесцентная и фазово-контрастная микроскопия.

Ведущие учёные Института принимали активное участие в международных научных конференциях, симпозиумах и конгрессах. Если до приобретения независимости Республикой участие сотрудников в Международных конференциях было спорадическим и редким, то последние десять лет дали огромный толчок для общения с ведущими специалистами всего мира. Наличие Интернета позволяет быть в гуще новейших достижений медицины. Налажены тесные связи с ведущими учеными России, США, Англии, Германии, Франции, Японии, Австралии и других стран.

В дальнейшем НИИ Эндокринологии руководил д.м.н., профессор Исмаилов Саидганихужа Ибрагимович (1997-2016 гг.), который продолжил работу своего учителя, наставника академика Ё.Х. Туракулова.

Последовательное и продуманное развитие и расширение клинических отделений, поликлиники, радиологического корпуса превратили Клинику Института Эндокринологии в квалифицированный научно-практический эндокринологический центр, получивший признание в Республике.

Развитие Клиники Института сопровождалось созданием материальной базы и оснащением отделений современной аппаратурой, подготовкой квалифицированных научных кадров, врачей-эндокринологов. В соответствии с новым статусом после преобразования Института Краевой Медицины в Институт Эндокринологии и полным освоением клинического корпуса расширился круг его обязанностей, уровень, объём и глубина диагностической, лечебной, профилактической работы, созданы новые лаборатории, клинические отделения.

На основании Указа Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года № УП-3923 и Постановления Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года № ПП-700 НИИ Эндокринологии МЗ РУз реорганизован в Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз.

Основные направления деятельности Центра

- изучение распространенности, особенностей течения, лечения и профилактики основных эндокринных заболеваний в Узбекистане;

- разработка научно обоснованных методов организации эндокринологической службы республики;
- изучение механизмов действия гормонов, гормональной регуляции метаболизма.
- расширение и укрепление международного сотрудничества с ведущими зарубежными медицинскими учреждениями в области эндокринологии, обеспечение широкого обмена накопленным опытом, информацией, а также специалистами.

С 2016 года директором Центра был назначен профессор Алимов Анвар Валиевич. Им проделана огромная работа по развитию эндокринологической службы Республики.

На основании Постановления Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 и Постановления Кабинета Министров от 14 октября 2017 года № 826 РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз присвоено имя основателя эндокринологии в Республики, выдающегося ученого академика Ё.Х. Туракулова.

Было утверждено Постановление Президента Республики Узбекистан от 19 апреля 2019г ПП-4295, где наряду с улучшением материально-технической базы и расширением спектра услуг Центра, было уделено особое внимание региональным эндокринологическим диспансерам Республики.

Основными целями Программы явилось улучшение медицинской и социальной помощи больным с эндокринной патологией, путем совершенствования законодательства, регулирующего действия органов здравоохранения, местных властей, государственных и негосударственных организаций с целью достаточного финансирования в решении проблем эндокринных заболеваний, а также улучшение состояния здоровья эндокринных больных, качества жизни, снижения числа осложнений.

Вертикаль эндокринологической службы позволила обеспечить оказание высокотехнологичной эндокринной помощи не только жителям г.Ташкента, но и гражданам самых отдаленных регионов Республики, а также оказывать непрерывную организационно-методическую помощь врачам в регионах.

С 2021 года директором РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х. Туракулова является д.м.н. Тураев Феруз Фатхуллаевич (кардиохирург).

За 65 лет существования НИИ, затем Центром подготовлены более 250 кандидатов и 60 докторов наук, опубликованы монографии, сборники, методические рекомендации, научно-популярные медицинские издания, научные статьи в отечественных и зарубежных журналах.

Сегодня сотрудники работают с полной отдачей сил и энергией по выполнению задач, поставленных перед Центром, стремятся повышению эффективности эндокринологической помощи больным в свете реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения.

Дело Туракулова Ёлкин Холматовича продолжают его ученики и последователи.

Директор РСНПМЦЭ д.м.н.

Ф.Ф. Тураев

Заведующая организационно-методическим отделом к.м.н.

Д.М. Бердикулова

1. Джураева А.Ш., Бадридинова Б. К. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	13
2. Badritdinova M.N., Rizayeva M.A. 2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI OLISH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA GLYUKEMIK PROFILINING ANAMIYATI.....	19
3. Журакулова З.А. ПЕРВИЧНОЕ И ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	26
4. Холиков А.Ю., Урманова Ю.М. СВЯЗь ОПРОСНИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ WHOQOL-BREF С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	33
5. Хайдарова Ф. А., Каюмова Д.Т., Латипова М. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	39
6. Тураев Ф.Ф., Алиханова Н.М., Мусаханова Ч.Б., Назарова Н.С., Тахирова Ф.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М., Каюмова Д.Т., Айходжаева М.А., Максутова Н.Н., Тригулова Р.Х., Давронов Р.Р. ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	48
7. Дон А.Н. К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.....	56
8. Камалов Т.Т., Тожибоев С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ, БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СТОПОЙ ШАРКО.....	61
9. Хайдарова Ф.А., Алимова К.Б. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....	67
10. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.....	74
11. Alimova N.U., Akhmedova K.R., Sadikova A.S., Yusupova N.T., Isamuhamedov M.T., Yuldasheva F.Z., Suleymanova F.N. A CLINICAL CASE OF SHERESHEVSKY-TURNER SYNDROME.....	84

12. Камалов Т.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	89
13. Акбутаев А.М., Халимова З.Ю. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ОБЗОР.....	98
14. Махкамова Н.Б., Халимова З.Ю. ОРГАНИЗМДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.....	109
15. Халимова З.Ю., Абидова Д.Х., Холикова А.О. ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА.....	113
16. Тураев Ф. Ф., Хайдарова Ф. А., Каюмова Д. Т., Айхожаева М. А., Латипова М. А. ДИЕТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	121
17. Хайдарова Ф.А., Тешабекова М.К. ОСОБЕННОСТИ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХБП 1-4 СТАДИИ.....	128
18. Хайдарова Ф.А., Каланходжаева Ш.Б., Сиддиков А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	136
19. Камалов Т.Т., Шокиров Х.Ш. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (ЯЗВА, ГАНГРЕНА, АМПУТАЦИЯ) АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	143
20. Халимова З.Ю., Негматова Г.Ш. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ.....	150
21. Исмаилов С.И., Даминова Л.Т., Муминова С.У., Собирова Н.М. ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	157
22. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Узбеков К.К., Рашитов М.М., Узбеков Р.К., Омилжонов М.Н., Нурмухамедов Д.Б. ЭКТОПИЯ АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	164
23. Хайдарова Ф.А., Иногамова Д.Т. ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С И БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕРДЦА.....	173
24. Тожиева И.М. ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	180

25. Рахимова Г.Н., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М. НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19.....	189
26. Хайитбоева К.Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	200
27. Ходжаева А.С., Тиллабаева Д.М. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	210
28. Яхёева Ҳ.Ш., Тешаев Ш.Ж. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР.....	215
29. Тураев Ф.Ф., Алимова Н.У., Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Бердикулова Д.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ДИНАМИКЕ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	221
30. Камалов Т.Т., Алимханов О.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА СТАДИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	229
31. Расулова Ш.Х., Тригулова Р.Х., Исмаилов С.И. ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАВШЕХ АМИОДАРОН.....	238
32. Хайдарова Ф.А., Латипова М.А. МЕДИАТОРЫ ГИПОТАЛАМУСА В ЭТИОЛОГИИ ОЖИРЕНИЯ.....	240
33. Худойбердиева Ф.Ф., Хайдарова Ф.А., Амонов Ш.Э. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	242
34. Inomova G.K., Quldasheva Y.M., Khalimova Z.Yu. FEATURES OF THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TRANSSPHENOIDAL PITUITARY ADENOMECTOMY.....	243

Только у 13% пациентов уровень 25-гидроксивитамина D₃ превышал 20 нг/мл. Кроме того, вторичный гиперпаратиреоз был обнаружен у 26% больных (в 3 и 4 группах больных), а у 12,5 % больных была выявлена гипокальциемия.

Выводы. 1). Пациенты с синдромом диабетической стопы, осложненной стопой Шарко, подвержены высокому риску дефицита 25-гидроксивитамина D₃ и кальция. 2) Вторичный гиперпаратиреоз был обнаружен у 26% больных (в 3 и 4 группах больных),

Библиография

1. Древаль А.В. Оценка эффективности интермиттирующей терапии миакальциком при стероидном остеопорозе различного генеза // Остеопороз и остеопатии. —2003.-№1.-С. 12-18
2. Земляной А. Б. Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы. Патогенез, диагностика, клиника, лечение : автореф. ... д-ра мед. наука : 14.00.27 // . - М., 2003. -45 с.
3. Кузин М. И. Синдром системного ответа на воспаление // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 54-59.
4. Кулешов Е. В. Хирургические заболевания и сахарный диабет //Киев : Здоровье, 1990. - 184 с.
5. Креховецкий Л. В. Комплексное хирургическое лечение диабетической ангиопатии нижних конечностей // автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.27 ,Харьков, 1988. - 23 с.
6. Сулейманов И.М. Применение споробактерина в комплексном лечении гнойно-некротических форм диабетической стопы: //автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.17 - Оренбург, 2011. -44 с.
7. Тихонова Е. Л. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей // Проблема эндокринологии. - 1987. - № 6.-С. 88-98.
8. American association of endocrinologists (AAACE) medical guidelines for the prevention and treatment or postmenopausal osteoporosis 2001 edition, with selected update for 2003 // Endocr. Pract. - 2003. - Vol. 9, № 6. - P. 544-564.
9. Arwstroug, D. G., H. A. Lavery, L. B. Har Kless Who is at for diabetic foot ulceration // Clin. Podiatr. Med. Surg. - 1998. -№1-P. 11-15.
10. Chapter V: ,M. Lopantalo, J. Apelqvist, C. Setacci [et al.] Diabetic foot //Eur. J. Vase. Endovasc. Surg. - 2011. - Vol. 42 (Supp 2). - P. 60-74.
11. Forsen L., Meyer H. E, K. Midthjell [et. al Diabetes mellitus and the incidence of hip fracture: results from the Nord-Trondelag Health Survey // Diabetologia. - 1999. - Vol. 42, № 8. - P. 920-925.
12. Hlaing T. T., Compston J. E. Biochemical markers of bone turnover - uses and limitations // Ann. Clin. Biochem. - 2014. - Vol. 51 (P. 2).-P. 189-202.
13. Hinchliffe R. F., Andros G., J Apelqvist A systiematic review of the effectiveness of the revascularization of the ulcerated foot in patients with diabetes and peripheral arterial disease // Diabetes Metab. Res. Rev. - 2012. - Vol.28 (Suppl. 11).-P. 179-217.
14. Ramanujam Crystal L, Thomas Zgonis The Diabetic Charcot Foot from 1936 to 2016: Eighty Years Later and Still Growing //Clin Podiatr Med Surg. 2017 Jan;34(1):1-8. doi: 10.1016/j.cpm.2016.07.001. Epub 2016 Sep 3.
15. Taylor S. M., Jonson B. L., Samies N. L. [et. al.] Contemporary management of diabetic neuropathic foot ulceration: a study of 917 consecutively treated limbs //J. Am. Coll. Surg.- 2011. - Vol. 212,№4 - P. 532-545.



Хайдарова Ф.А.,
Алимова К.Б.

Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463585>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить особенности центральной гемодинамики пациентов с сахарным диабетом 2 типа с кардио-ренальным синдромом.

Материал и методы исследования. Материал исследования представлен анализом данных проспективного одноцентрового сравнительного исследования 150 пациентов с СД 2 типа с ХСН и ХБП 1-2 стадии в РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова за период 2021- 2022 гг. в отделении диабетической нефропатии. Пациенты были распределены на 3 группы:

1 группа – пациенты с СД 2 типа с ХБП 1-2 ст и ХСН – n=50 больных,

2 группа – пациенты с СД 2 типа с ХСН без ХБП 1-2 ст – 50 больных,

3 группа – пациенты с СД 2 типа с ХБП 1-2 ст и без ХСН – 50 больных,

20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с СД 2 типа без ХБП и без ХСН соответствующего пола и возраста составили группу контроля.

Результаты исследования. Большая часть сопутствующих патологий встречалась в 1 группе больных- 108 заболеваний, во 2 группе – 71 и в 3 группе – 79.

У больных 1 группы обнаружено достоверное повышение гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина, креатинина крови ($p < 0,05$) на фоне дислипидемии (снижение ЛПВП, СКФ. ($p < 0,05$)) и повышение уровня HbA1C.

Обнаружено достоверное отличие параметров центральной гемодинамики 1 и 2 группы сравнительно с группой контроля: КДР ЛЖ, КСО, КДО, КСР ЛЖ ($p < 0,05$), среднего давления в легочной артерии, времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения, ТЗСЛЖ ($p < 0,001$), ФВ, соотношение пиковых скоростей волн E и A, время изоволюмического расслабления ЛЖ, ММЛЖ, ИММЛЖ ($p < 0,05$), в то время как в 3 группе все показатели Эхо-ЭКГ были в пределах нормы.

Выводы: 1. Наибольший балл по шкале оценки ХСН набрали пациенты 1 группы – 13 баллов (IV ФК СН), на 2 месте были пациенты 2 группы – 9 баллов (III ФК –СН) и на 3 месте пациенты 3 группы – 1 балл.

2. В группе больных с СД 2 типа с ХБП 1-3 стадии без ХСН нами были выявлены изменения Эхо-ЭКГ по типу диастолической дисфункции ЛЖ 1-2 степени с тенденцией повышения среднего давления в легочной артерии.

ANNOTATION

The purpose of the study is to study the central hemodynamic characteristics of patients with DM type 2 and cardio-renal syndrome.(CRS)

Material and research methods. The research material is represented by an analysis of the prospective one-center comparative study of 150 patients with type 2 diabetes with CIRS and chronic kidney disease (CKD)1-2 of the stage in the RSNPMC Endocrinology named Acad. Yo.Kh. Turakulov for the period 2021-2022 in the department of diabetic nephropathy. Patients were distributed to 3 groups:

Group 1-patients with DM 2 with CKD 1-2 and heart failure-n = 50 patients,

Group 2-patients with DM 2 with heart failure without CKD 1-2 st-50 patients,

Group 3-patients with DM 2 with CKD 1-2 and without heart failure-50 patients, 20 patients (10 men and 10 women) with type 2 diabetes without CKD and without chronic heart failure of the corresponding gender and age made up the control group.

Research results. Most of the accompanying pathologies were found in 1 group of patients-108 diseases, in group 2- 71 and in 3 groups- 79.

In patients of group 1, a reliable increase in glycemia on an empty stomach, postprandial glycemia, glycosylated hemoglobin, blood creatin ($p < 0.05$) against the background of dyslipidemia (PVVP decrease, SKF ($P < 0.05$)) and an increase in the HbA1C level.

A reliable difference between the parameters of central hemodynamics of groups 1 and 2 compared to the control group: CDR LV, COO, KDO, KSR LV ($p < 0.05$), medium pressure in the pulmonary artery, the time of slowdown of the blood flow of early diastolic content, TZSLZh ($p < 0.001$), FV, the ratio of the peak velocities of waves e and a, the time of the isovolumic relaxation of the LV, MMLZh, Immlzh ($p < 0.05$), while in the 3rd group all Echo-ECG indicators were within normal limits.

Conclusions: 1. Patients of group 1 - 13 points (IV FC SN) scored the largest score on the schedule of CHF assessment, were 2 groups of groups 2 - 9 points (III FC -SN) and in 3rd place, patients of the 3rd group - 1 point.

2. In the group of patients with type 2 diabetes with CKD 1-3 stages without CHF, we revealed changes in echo-ECG according to the type of diastolic dysfunction of LV 1-2 degrees with the tendency to increase average pressure in the pulmonary artery.

ANNOTATSIIYA

Tadqiqotning maqsadi - kardio-renal sindromi bo'lgan qandli diabet 2 turi (QD 2) bilan og'rigan bemorlarning markaziy gemodinamikasining xususiyatlarini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Tadqiqot materiali akad Acad Y.Kh. Turakulov nomidagi UzSSV RIATEM da 2021-2022 yillar davomida diabetik nefropatiya bulimida nazoratda buldi. Bemorlar 3 guruhga tarqatildi:

1-chi guruh QD2 bo'lgan 1-2 darajali surunkali buyrak (SBE) va yurak (SYE) etishmovchiligi bilan,- n = 50 bemorlar

2-chi guruh QD 2 bolgan SYE bilan va SBE siz 1-2 darajali, -, n = 50 bemorlar

3-chi guruh QD 2 bolgan SYE siz va SBE bilan 1-2 darajali, - 50 bemorlar,

20 ta bemor (10 erkak va 10 ayol) QD 2, SYE / SBE iyk

Tadqiqotlar natijalari. Ko'pgina bemorlarning aksariyati 1 guruhga, 2- 71 guruhida va 3 guruhda 3 guruhda uchraydi.

1-guruh bemorlarida glikemiyadagi bo'sh qorin, glyukted gemogiti, qonli gemoglobin, qonli gemoglobin, qonli gemoglobin ($p < 0,05$) va uning oshishi ko'payishi HbA1C darajasi.

Boshqarish guruhiga nisbatan 1 va 2 guruhlarning markaziy gemodinamikasi parametrlari o'rtasidagi ishonchli farq, o'pka arteriyasida o'rtacha bosimning o'rtacha bosimi, qon oqimining pasayish vaqti Tsslzh ($P < 0.001$), Tsslzh ($P < 0.001$), Ts-To'lqin tezlikning eng yuqori tezligining va 3-chi guruhning isovolumning eng yuqori tezligining nisbati Echo-EKG ko'rsatkichlari normal chegaralarda edi.

Xulosa: 1. 1 - 13 ballli bemorlar (IV FC SN) SYE ni baholash jadvalida eng katta ball 2 - 9 ball (III FC -SN) va 3-o'rinda. 3-guruh - 1 ball.

2. SBE 1-3 bosqichli diabetli bir guruh bemorlarda, biz o'pkadagi o'rtacha bosimni oshirishga moyil bo'lgan 1-2 darajadagi diastolik disfunktsiyasining turg'unligini aniqladik

Введение. В последнее время кардиоренальным взаимоотношениям в патогенезе ХСН отводится особая роль. В клиническую практику введено понятие «кардиоренального синдрома», разработана и совершенствуется его классификация [6, 9, 16, 20, 13]. По некоторым данным, показатели нарушенной функции почек у больных ХСН являются такими же важными предикторами неблагоприятного прогноза кардиоваскулярной смертности, как и параметры сердечной деятельности [1, 14, 18].

Но сведения о распространенности функциональных почечных нарушений у больных ХСН неоднозначны: снижение СКФ менее 60 мл/мин, по сообщениям различных авторов, диагностируется у 9,2-71,2% пациентов [17, 11]. Недостаточно изучено функциональное состояние почек у больных с начальными стадиями ХСН без сопутствующей внесердечной патологии. В большинстве своем выполненные ранее исследования были посвящены пациентам с тяжелой сердечной недостаточностью и/или сопутствующими заболеваниями (в т.ч. с сахарным диабетом) [15]. Также неполностью раскрыты вопросы, касающиеся особенностей альбуминурии у этих больных [19, 4, 15].

Учитывая тесную связь почечных нарушений и сердечно-сосудистого континуума, где эндотелиальной дисфункции отведена одна из ключевых позиций [12], проблема взаимодействия кардиоренальных нарушений и отклонений в системе гемостаза, провоцируемых гемодинамической перестройкой, изменениями в сосудистой стенке и ухудшением реологических свойств крови у больных ХСН становится особенно актуальной [8]. Однако публикаций, затрагивающих эту тему, недостаточно. Проведенные исследования, главным образом, посвящены изучению особенностей системы гемостаза у больных ХСН либо без нарушений почечной функции, либо с очень грубыми ренальными отклонениями, достигающими уровня хронической почечной недостаточности [2, 10, 3, 5].

Поэтому исследование, позволяющее комплексно охватить проблему взаимосвязи характеристик сердечной деятельности, функционального состояния почек и особенностей системы гемостаза у больных ХСН на фоне СД 2 типа, представляется актуальным.

Все вышеуказанное послужило причиной для проведения настоящего исследования.

Цель исследования – изучить особенности центральной гемодинамики пациентов с сахарным диабетом 2 типа с кардио-ренальным синдромом.

Материал и методы исследования. Материал исследования представлен анализом данных проспективного одноцентрового сравнительного исследования 150 пациентов с СД 2 типа с ХСН и ХБП 1-2 стадии в РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова за период 2021-2022 гг. в отделении диабетической нефропатии. Из них – мужчин было - 107 (71,3%), женщин – 43 (28,7%), за которыми велось постоянное наблюдение в динамике. Средний возраст мужчин составил 57,12 лет, женщин - 58, 15 лет. Давность заболевания колебалась в пределах от 2 лет до 15 лет.

Пациенты были распределены на 3 группы:

1 группа – пациенты с СД 2 типа с ХБП 1-2 ст и ХСН – n=50 больных,

2 группа – пациенты с СД 2 типа с ХСН без ХБП 1-2 ст – 50 больных,

3 группа – пациенты с СД 2 типа с ХБП 1-2 ст и без ХСН – 50 больных,

20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с СД 2 типа без ХБП и без ХСН соответствующего пола и возраста составили группу контроля.

В таблице 1 дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту (проспективные данные)

Возраст, лет	Число мужчин	Число женщин
30-44	12 (11,2%)	5 (11,6%)
45-59	52 (48,6%)	19 (44,2%)
60-74	43(40,2%)	19(44,2%)
> 75	-	-
Всего: n = 150	107 (71,3%)	43(28,7%)

Как видно из таблицы 1., доминировало число больных в возрасте от 45 до 74 лет (95 мужчин и 38 женщин).

В исследовании были применены клиничко-биохимические методы исследования (гликемия, гликированный гемоглобин, ИРИ, С-пептид, , АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин, ПТИ, гормональные исследования (ренин, ангиотензин, альдостерон)а также инструментальные методы обследования-УЗИ внутренних органов, ультрасонография с оценкой общей интенсивности кортикальной перфузии почек и индекса почечной перфузии (ИРП), ЭКГ, Эхо-ЭКГ, показатели уровня качества жизни больных (опросник), а также статистические методики.

Для проведения УЗИ почек использовали ультразвуковой аппарат Aloka с конвексным датчиком 4L (2–5 МГц). Почечный резистивный индекс в сегментарных артериях оценивали, как описано ранее [9]. Среднее значение РИ рассчитывали по 2-3 измерениям в верхнем, среднем и нижнем отделах почечного синуса. Почечную перфузию оценивали с использованием метода DTRM [11].

Для эхокардиографии использовали аппарат Vivid e9 или Vivid I (General Electric, Fairfield, CT) с датчиком M4S-RS (1,5–3,6 МГц). Все измерения в М-режиме проводились в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии [10]

Статистические расчеты проведены в программной среде Microsoft Windows с использованием пакетов программ Microsoft Excel-2007 и Statistica version 6.0, 2003. Полученные данные отражены в диссертации в виде $M \pm m$, где M — среднее значение вариационного ряда, m — стандартная ошибка среднего значения. Достоверность различий между независимыми выборками определялась по методу Манна-Уитни и

Результаты исследования. В таблице 2 дана клиничко-анамнестическая характеристика больных, включенных в исследование.

Таблица 2.

Клиничко-анамнестическая характеристика больных, включенных в исследование

Признак/показатель	I группа (n=50), M±SD	II группа (n=50), M±SD	III группа (n=50), M±SD	контроль (n=20), M±SD	p
Женщины/мужчины	18/32	11/38	12/38	10/10	<0,05
Наследственная отягощенность по ССЗ, n (%)	8/12	7/16	7/11	2 /3	<0,05
Курение, n (%)	2 /22	- /26	- /27	3/5	<0,05
ПИКС, n (%)	4/6	2/7	-/-	-/-	<0,001
Инфаркт миокарда, n (%)	4/6	2/3	-/-	-/-	<0,001
ОНМК, n (%)	-/2	1/-	-/-	-/-	>0,05
Давность ХБП, лет	9,1±2,4	9,2±3,7	9,0±2,3	-	<0,001
Давность СД 2, лет	15,5±2,4	14,3±2,4	13,6±2,4	7,1±2,8	<0,05
САД, мм рт ст	158,3±2,3*	155,3±2,7*	154,3±7,3*	136,4±8,7*	<0,05
ДАД, мм рт ст	103,1±3,4*	112,1±5,4*	123,1±8,4*	92,1±3,8*	<0,05
ЧСС, уд/мин	86,6±13	95,6±11	89,2±9,0	78,6±13	<0,05

ИМТ, кг/м ²	33,4± 2,8*	32,5 ±2,1*	35,6± 2,5*	27,9 ±1,2*	<0,05
ОТ (см)	87,2± 11,3	86,3± 11,5	85,1± 13,8	80,1± 8,8	<0,05
ОБ (см)	89,9 ± 11,6	88,7 ± 10,9	89,2 ± 10,9	81,5 ± 9,9	<0,05
ОТ/ОБ	0,97± 0,03	0,97± 0,02	0,95± 0,03	0,98 ± 0,09	>0,05

Примечание: АГ — артериальная гипертония, ДАД — диастолическое артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, — p — критерий достоверности в сравнении контролем

Как видно из таблицы 2, установлена достоверность различий по сравнению с контролем относительно САД, ДАД, ИМТ у исследованных пациентов ($p < 0,05$). При этом, у 10 (20%) пациентов из 50 в 1 группе в анамнезе отмечался инфаркт миокарда. В этой же группе чаще встречались вредные привычки (курение), превалировала давность СД 2 ($v < 0,05$) в сравнении с группой контроля.

Наибольший балл по шкале оценки ХСН набрали пациенты 1 группы — 13 баллов (IV ФК СН), на 2 месте были пациенты 2 группы — 9 баллов (III ФК — СН) и на 3 месте пациенты 3 группы — 1 балл.

Следующим этапом нашей работы был анализ Эхо-ЭКГ данных у наших пациентов (таблица 3).

Таблица 3.

Показатели структурно-функциональных параметров сердца у пациентов, включенных в исследование ($M \pm m$)

Показатель	I группа (n= 50) M±SD	II группа (n=50), M±SD	III группа (n=50), M±SD	контроль (n=20)	Норма
КДР ЛЖ, см	6,9±0,9 *	6,6±0,7 *	4,9±0,6	6,4±0,4	4.6-5.7
КСО, мл	23,5±3,7**	24,7±5,4**	46,3±6,9	48,8±2,2	33-68
КДО, мл	77,6±6,8**	75,3±9,4**	96,8±7,6	92,8±7,9	96-157
КСР ЛЖ, см	1,8±0,7*	1,9±0,8*	1,1±0,2	1,2±0,3	0,95 –2,05
ЛП, см	2,4±0,6 *	2,7±0,5 *	3,7±0,2	4,4±0,2	2,3–4,5
ТМЖП, см	0,6±0,02	0,7±0,04	0,8±0,06	0,9±0,09	0,75 –1,1
(СДЛА)	37,8±8,3**	35,6±7,6**	29,4±6,6*	16,8±2,4	12-15
DT, мсек	228±14,2 ***	232±12,7 ***	65,8±8,2	68±8,6	60-70
ТЗСЛЖ, см	1,8±0,06*	1,2±0,07*	0,7±0,06	0,9±0,08	0.6-1.1
ПрЖ, мм	28,8 ± 2,1*	27,9 ± 2,7*	14,3 ± 2,5	13,3±1,9	9,5 –20
ФВ, %	39,7±2,6*	37,8±2,3*	43,8±5,2	56,2±3,1	59 ± 65
Е/А	0,72±0,03*	0,68±0,02*	1,4±0,05	1,2±0,7	1,5-1,7.
IVRT, мсек	106,4±9,8*	111,8±7,6*	76,6±8,2	78,8±4,3	70-75
ММЛЖ, г	156,4±11,3*	153,5±9,6*	113,8±10,3	112,6± 7,5	95-135
ИММЛЖ, г/м ²	137,8±8,2*	139,2±7,7*	117,2±9,8	118,3±6,9	109-124

Примечание: *Различия достоверны, $p < 0,05$, два знака - $p < 0,01$, три знака - $p < 0,001$.: КДР — конечный диастолический размер, КСР — конечный систолический размер, ЛА — легочная артерия, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, н/д — недостоверная разница сравниваемых показателей, ПрЖ — правый желудочек, САД — систолическое артериальное давление, ТЗСЛЖ — толщина задней стенки левого желудочка, ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки, ФВ — фракция выброса, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, DT — время замедления

кровотока раннего диастолического наполнения, IVRT — время изоволюмического расслабления ЛЖ, E/A — соотношение пиковых скоростей волн E и A., КДО – конечный диастолический объем, КСО – конечный систолический объем, ММЛЖ – масса миокарда ЛЖ, ИММЛЖ – индекс ММЛЖ, СДЛА - среднее давление в легочной артерии, мм рт.ст.

Как видно из таблицы 3, отмечается достоверное отличие параметров центральной гемодинамики основной группы сравнительно с группой контроля: КДР ЛЖ, КСО, КДО, КСР ЛЖ ($p < 0,05$), среднего давления в легочной артерии, времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения, ТЗСЛЖ ($p < 0,001$), ФВ, соотношение пиковых скоростей волн E и A, время изоволюмического расслабления ЛЖ, ММЛЖ, ИММЛЖ ($p < 0,05$).

Несмотря на растущее число исследований о карди-оренальном синдроме (КРС), вопросы патогенеза остаются все еще до конца неясными [15]. Подозрение на КРС кажется очевидным при наличии поражения почек или сердца с сопутствующей дисфункцией второго органа.

Заключение. Рабочей группой Европейского общества кардиологов разработаны ультразвуковые диагностические нормативы определения диастолической и систолической дисфункции.

Первый тип соответствует начальному нарушению диастолического наполнения, он характеризуется удлинением изоволюмического расслабления ЛЖ, снижением скорости и объема раннего диастолического наполнения, увеличением кровотока во время систолы предсердий. То есть, происходит перераспределение трансмитрального кровотока: большая часть крови поступает в желудочек в систолу предсердий. Следует отметить, что диастолическое давление в ЛЖ при этом может оставаться на нормальном уровне. Сейчас такой тип диастолической дисфункции принято называть Замедленным расслаблением ЛЖ.

Систолическая дисфункция ЛЖ характеризуется **снижением сократимости сердечной мышцы и сниженным объемом крови, выбрасываемой в аорту**. Приблизительно у 45% лиц с ХСН отмечается такой тип дисфункции (в остальных случаях функция сократимости миокарда не нарушена). Основным критерий – снижение фракции выброса ЛЖ по результатам УЗИ сердца менее 45%.

Таким образом, в группе больных с СД 2 типа с ХБП 1-3 стадии без ХСН нами были выявлены изменения Эхо-ЭКГ по типу систолической дисфункции ЛЖ 1-2 степени с тенденцией повышения среднего давления в легочной артерии. Следует отметить, что для систолической дисфункции ЛЖ характерно бессимптомное течение, как и отмечалось у наших больных. Пациент может отмечать как наличие характерных симптомов, так и полное их отсутствие. В последнем случае говорят о бессимптомной дисфункции.

Выводы 1. . Наибольший балл по шкале оценки ХСН набрали пациенты 1 группы – 13 баллов (IV ФК СН), на 2 месте были пациенты 2 группы – 9 баллов (III ФК –СН) и на 3 месте пациенты 3 группы – 1 балл.

2. В группе больных с СД 2 типа с ХБП 1-3 стадии без ХСН нами были выявлены изменения Эхо-ЭКГ по типу диастолической дисфункции ЛЖ 1-2 степени с тенденцией повышения среднего давления в легочной артерии.

Библиография

1. Арутюнов Т.П. Патологические процессы в почках у больных ХСН // Сердечная недостаточность. - 2008. - Т. 9, № 5. - С. 234-250.
2. Балуда В.П. Претромботические состояния. Тромбоз и его профилактика // . - М.: «Зеркало-М», 1999. - 297 с.
3. Воробьев П.А. Актуальный гемостаз - //М.: «Ньюдиамед», 2004. - 140 с.
4. Добронравов В.А. А.В. Смирнов, И.Г. Каюков Многогранная альбуминурия: аспекты клинического значения // Нефрология. - 2009. - Т. 13, № 3. - С. 33-38.



G.K.Inomova,
Y.M.Quldasheva,
Z.Yu.Khalimova

Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center of Endocrinology named
after academician Ya.Kh.Turakulov
Andijan State Medical Institute

FEATURES OF THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TRANSSPHENOIDAL PITUITARYADENOECTOMY

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463971>

Target. To study the incidence of postoperative complications in patients with transsphenoidal pituitary adenoectomy.

Materials and research methods. 180 cases of PA subjected to TPA for the period from 2018 to 2020 were analyzed. Of these, 102 (56.6) women, 78 (43.3) men, patients were divided into two alternative groups: the first group - 93 (51.6%) patients with macroadenomas - 42 (45.2%) men, women 51 (54.8%), the second (comparison group) - 87 (48.4%) with microadenomas of men - 35 (40%), women - 52 (60%) of the pituitary gland. The age of the patients ranged from 30 to 59 years. The levels of hormones STH, IGF-1, ACTH, cortisol, prolactin, TSH, fT4, LH, FSH, estradiol, progesterone according to indications, MRT/CT of the chiasmatal-sellar area and the state of the organ of vision were studied.

Results: Patients were distributed as follows: depending on the hormonal activity of patients with adrenocorticotrophic hormone secreting Cushing's syndrome-60, acromegaly-60, inactive pituitary adenoma-60; depending on the size of the formation: 93 (51.6%) were with macroadenomas, 87 (48.3%) with pituitary microadenomas. An analysis of the incidence of postoperative complications in the short term (1 month) revealed that in 81 (45%) patients with hypopituitarism; hypothyroidism in (70)39%; hypogonadism in 50(28%); diabetes insipidus in 7(4%); transient diabetes insipidus in 11(6%); visual acuity deterioration in 2 (1.2%) patients and liquorrhea in 3 (5.4%) patients. At the same time, there was a normalization of elevated hormone levels in 133 (74%) patients; 30% improvement in vision; lack of disease dynamics in 47 (26%). Despite the persistent phenomena of hypopituitarism 47(26%) and diabetes insipidus 11(6%), which were mainly observed in 165(92%) patients with macroadenomas and did not depend on the organ activity of the formation (against 54(30%) cases with microadenomas). In the long-term follow-up of patients after TPA (t 3 months to 1 year), an improvement in pituitary function was noted in the form of restoration of gonadotropic insufficiency, phenomena of transient diabetes insipidus and improvement in hypertensive cephalgia.

Conclusion: The frequency of immediate and long-term complications in most cases is observed in pituitary macroadenomas and does not depend on the hormonal activity of the adenoma.