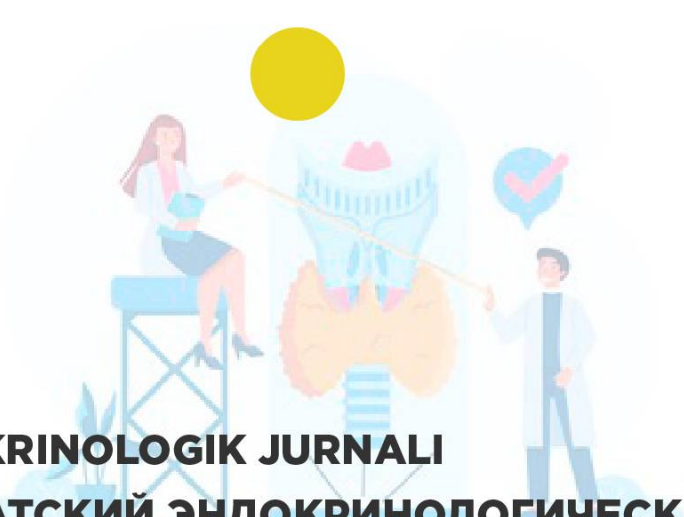
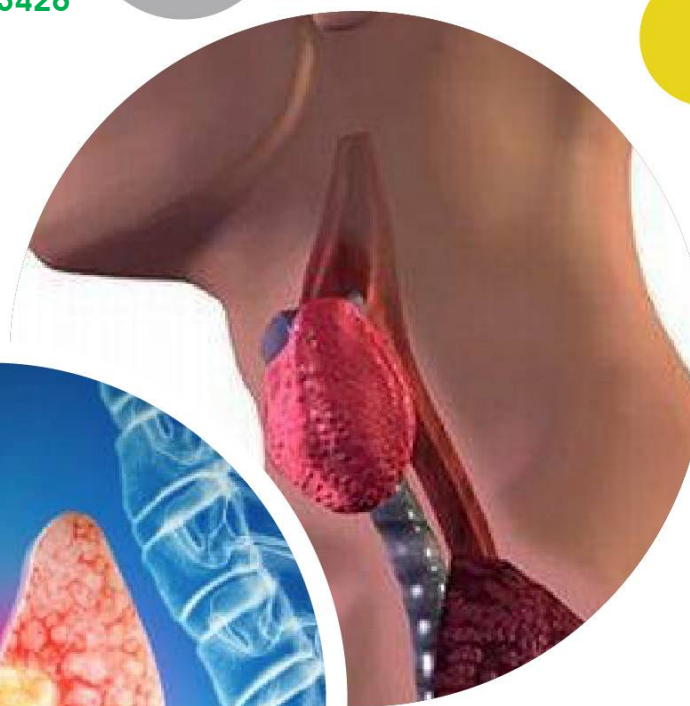




ISSN 2181-3426

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. Георгадзе - 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
Капланович
1967-1971 гг.

Зуфаров Камилджан
Ахмеджанович
1972-1973 гг.

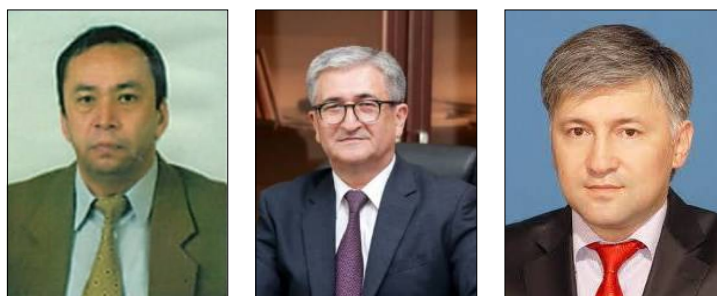


Масумов Джалал
Насырович
1974 г.

Рахимов Нишан
Рахимович
1974-1975 гг.

Ильясов Шокасым
Шахизирович
1975-1976 гг.

ДИРЕКТОРА РСНПМЦЭ 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 |


15. Minisola S, Cipriani C, Diacinti D, et al. Imaging of the parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. *Eur J Endocrinol*. 2016;174(1):D1-D8. <https://doi.org/10.1530/EJE-15-0565>
16. Nasiri S, Soroush A, Hashemi AP, et al. Parathyroid adenoma Localization. *Med J Islam Repub Iran*. 2012;26(3):103-109. PMC3587906
17. Sandqvist P, Nilsson I-L, Grybäck P, Sanchez-Crespo A & Sundin A. SPECT/CT's Advantage for Preoperative Localization of Small Parathyroid Adenomas in Primary Hyperparathyroidism. *Clinical Nuclear Medicine*. 2017;42(2):e109-e114. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000001447>
18. Wakamatsu H, Noguchi S, Yamashita H, Tamura S, Jinnouchi S, Nagamachi S, Futami S. Parathyroid scintigraphy with ^{99m}Tc-MIBI and 123 I subtraction: a comparison with magnetic resonance imaging and ultrasono-graphy. *Nucl Med Commun*. 2003;24(7):755-762. <https://doi.org/10.1097/00006231-200307000-00004>
19. Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ, Grant CS, Hodgson SF, O'Fallon WM, Melton LJ. III Survival after the diagnosis of hyperparathyroidism: a population-based study. *Am J Med*. 1998;104:115-122. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00270-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00270-2)
20. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. *JAMA Surg*. 2016. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2310> 151(10):959–968



Хайдарова Ф.А.,
Иногамова Д.Т.

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

ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С И БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕРДЦА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463872>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить состояние центральной гемодинамики у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сахарным диабетом 2 типа и без него в сравнении с другими показателями.

Материал и методы исследования. Было обследовано 65 больных (проспективно) с ХСН типа в период 2021-2022 гг в Центре Хирургии имени акад. В.В. Вахидова на основании научного договора совместно с РСНПМЦЭ МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы:

1 гр. – 34 больных с ХСН и СД2, подвергнутых АКШ

2 гр. – 31 больных с ХСН без СД2, подвергнутых АКШ

Группу контроля составят 20 здоровых лиц.

Для характеристики обследуемых больных будут использованы: общеклинические, биохимические и инструментальные обследования.

Результаты. У больных ХСН без СД2 уровень глюкозы крови и индекс НОМА были достоверно ниже в сравнении с больными СД2 +ХСН. Среднее значение ИМТ в группах различались незначительно, но между группой ХСН и СД2+ ХСН разница была статистически достоверна.

Выводы. У пациентов группы СД2 + ХСН, ХСН достоверных различий средних показателей возраста, ИМТ, гликемии, значений инсулина, индекса НОМА не было обнаружено в зависимости от значений фракции выброса левого желудочка. При этом, достоверность различий была выявлена только по галектину 3: эти значения достоверно возрастали по мере снижения ФВ у больных с СД + ХСН. ($p < 0.05$).

Ключевые слова: сахарный диабет 2 тип, ХСН, фракция выброса левого желудочка, галектин-3

ANNOTATION

The purpose of the study is to study the state of central hemodynamics in patients with CHF with and without DM2 in comparison with other indicators.

Material and research methods. 65 patients with DM 2 and chronic heart failure (CHF) were examined (prospectively) in the period 2021-2022 in the Acad surgery center. V.V. Vakhidov on the

basis of a scientific agreement together with the RSSPMCE PHM RUZ named after Acad. Yo.Kh. Turakulov. All observed patients were divided into 2 groups:

1 gr. - 34 patients with heart failure and DM2 subjected to AKSh

2 gr. - 31 patients with heart failure without DM2 subjected to AKSh

The control group will be 20 healthy persons.

To characterize the examined patients will be used: general clinical, biochemical and instrumental examinations.

Results. In patients with heart failure without DM2, the level of blood glucose and the noma index were reliably lower in comparison with patients with DM2 +CHF. The average value of BMI in groups differed slightly, but between the CHF and DM2+ CHF group, the difference was statistically reliable.

Conclusions. In patients of the DM2 + CHF group and CHF reliable differences in the average indicators of age, BMI, glycemia, the values of insulin, and the Homa index were not found depending on the values of the left ventricular emission fraction. At the same time, the reliability of the differences was revealed only according to Galelectin 3: these values increased significantly as FV decreased in patients with diabetes + CHA. ($p < 0.05$).

Keywords: diabetes mellitus 2 type 2, heart failure, left ventricular ejection fraction, galectin3

ANNOTACIYA

Tadqiqotning maqsadi - surunkali yurak etishmovchiligi (SYE) va qandli diabet 2 turi (QD2) bilan kasalangan bemolarda markaziy gemodinamika holatini o'rganish va boshqa ko'rsatkichlar bilan taqqoslashsiz

Material va tadqiqot usullari. 65 bemor 2021-2022 yillarda 2021-2022 yillarda akad. V.V. Vohidov Jarrohlik Markaza va akad Yo.X. To'raqulov nomidagi RIATEM da tekshirildi. Barcha kuzatilgan bemorlar 2 guruhga bo'lingan:

1 gr. - SYE va QD 2 bilan kasallangan va AKShga uchragan - 34 bemor

2 gr. – QD 2 bo'lmagan SYE bo'lgan bemor AKShga uchragan - 31 nafar bemor

Nazorat guruhi 20 sog'lom shaxs bo'ladi.

Tekshirilgan bemorlarni tavsiflash uchun quyidagilar qo'llaniladi: umumiy klinik, biokimyoviy va instrumental tekshiruvlar

Natijalar. QD2 bo'lmagan SYE bo'lgan bemorlarda qon glyukoza darajasi va HOMA indeksi QD2 + SYE bilan kasallangan bemorlarga nisbatan ishonchli past bo'ldi. BMIning o'rtacha qiymati bir oz farq qildi, ammo XSN va SD2 + ChX guruhi o'rtasida farq statistik jihatdan ishonchli edi.

Xulosa. QD2 + SYE guruhi, SYE guruhida Insulinning o'rtacha ko'rsatkichlari, insulinning o'rtacha ko'rsatkichlarida ishonchli farqlar, chap qorincha chiqindilari fraksiyasining qiymatlariga qarab aniq farqlar topilmadi. Shu bilan birga, farqlarning ishonchliligi faqat Galelektin 3-ga binoan aniqlandi: ushbu qiymatlar QD 2 + SYE bilan og'riqan bemorlarda fviya pasayishi sezilarli darajada oshdi. ($p < 0.05$).

Kalit so'zlar: QD 2 turi 2 turi, yurak etishmovchiligi, chap qorincha chiqarish fraktsiyasi, Galektin-3

Введение. Известно, что сахарный диабет 2 типа (СД 2) вызывает кардиомиопатию и увеличивает риск сердечной недостаточности независимо от гипертонии и ишемической болезни сердца [1-2]. Это состояние, называемое «диабетической кардиомиопатией» (ДКМП), становится широко известным клиническим проявлением. В последнее время были проведены обширные исследования, посвященные изучению его молекулярных механизмов, структурных и функциональных изменений, а также возможной разработки терапевтических подходов к профилактике и лечению ДКМП. [3-5].

Несмотря на расширенные знания о патофизиологии сердечной недостаточности (СН), она по-прежнему остается серьезным синдромом со значительной заболеваемостью, смертностью и частыми госпитализациями. [6-10]. Это связано с текущими улучшениями в отношении других сердечно-сосудистых заболеваний (таких как инфаркт миокарда),

старением населения и растущей распространенностью сопутствующих заболеваний. [11,12, 16, 17].

По данным некоторых авторов, на развитие осложнений в постинфарктном периоде и значимую роль в дальнейшем развитии СН и смертности оказывает функциональное состояние почек [13-15, 18].

Немецкими учёными продемонстрированы взаимосвязи между полом, возрастом и послеоперационной летальностью при АКШ. Обнаружена высокая зависимость между возрастом и послеоперационной смертностью у женщин (в 1,5 раза), при этом в возрастной группе до 50 лет смертность была в 2,4 раза выше, чем у мужчин, а в старческом возрасте смертность была сходна с мужчинами такого же возраста. Наиболее значимыми факторами риска периоперационной летальности у женщин были ранее перенесенные ОКС и число пораженных коронарных артерий. Авторы сделали вывод, что у женщин фактором риска ранней смертности после операции АКШ является возраст [19].

Текущие рекомендации ACCF / АНА предлагают включение биомаркеров вместе с клиническими инструментами и инструментами визуализации для установления диагноза и тяжести заболевания при сердечной недостаточности (СН). Все чаще признается, что биомаркеры имеют важное клиническое значение для раннего выявления и прогрессирования различных сердечно-сосудистых заболеваний. Их клиническое значение привело к открытию новых биомаркеров, таких как растворимый источник канцерогенности 2 (sST2), галектин-3 (Gal-3), фактор дифференцировки роста-15 (GDF-15) и различные микро-рибонуклеиновые кислоты (miRNA). . [7].

В исходном состоянии уровень галектина-3 у больных с ХСН с сохраненной фракцией выброса колебался в пределах от 15,9 до 31,6 нг/мл и в среднем составлял $22,2 \pm 0,77$ нг/мл. При этом этот уровень в два раза превышал такой у больных с ИБС без ХСН [16]. По данным литературы, клиническими исследованиями подтвержден высокий диагностический потенциал превышения уровня галектина-3 более 19-25 нг/мл в отношении стратификации больных в группу высокого риска неблагоприятных клинических исходов. Циркулирующий уровень галектина-3 более 19 нг/мл ассоциируется с риском возникновения впервые диагностированной диастолической СН и смертностью от нее [17].

Однако, в настоящее время нет ни одного стандартизированного и унифицированного исследования, в котором оценивалось бы взаимное влияние СД 2-го типа и ХСН, их факторов риска на развитии кардиоваскулярного континуума в современной популяции Узбекистана.

Тем не менее, на сегодняшний день в группе женщин молодого и среднего возраста недостаточно изучены взаимосвязи выраженности почечной дисфункции и тяжести течения ИМ, развития осложнений, госпитальной и отдаленной смертности [20].

В ряде работ обсуждаются гендерные различия по составу атеросклеротической бляшки [21]. В последние годы многососудистое поражение коронарного русла у женщин репродуктивного возраста встречается все чаще и чаще [22]. .

На сегодняшний день, как в отечественной, так и в зарубежной литературе имеется ограниченное число подобных работ, выполненных на когорте пациентов с СД2, перенесших АКШ.

Все вышеуказанное послужило причиной для проведения настоящего исследования.

Цель исследования – изучить состояние центральной гемодинамики у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сахарным диабетом 2 типа и без него в сравнении с другими показателями.

Материал и методы исследования. Было обследовано 65 больных (проспективно) с ХСН в период 2021-2022 гг в Центре Хирургии имени акад. В.В. Вахидова на основании научного договора совместно с РСНПМЦЭ МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы:

1 гр. – 34 больных с ХСН и СД2, подвергнутых АКШ

2 гр. – 31 больных с ХСН без СД2, подвергнутых АКШ

Группу контроля составят 20 здоровых лиц.

Для характеристики обследуемых больных будут использованы: общеклинические, биохимические и инструментальные обследования.

Методы исследования – общеклинические, биохимические (билирубин, прямой, непрямой, липидный спектр, АЛТ, АСТ, ПТИ, коагулограмма, СРБ, сахар крови, гликированный гемоглобин, мочевины, креатинин, СКФ, галектин-3, Н-FABP) и инструментальные: ЭКГ, Эхо-ЭКГ, ангиография сердца, суточное мониторирование АД, доплерография магистральных сосудов сердца и ног, УЗИ внутренних органов, глазное дно, осмотр кардиолога, подиатриста.

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 Стьюденту.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлено распределение больных по полу и возрасту. Как видно из таблицы 1, преобладали пациенты в возрастной категории $59, 6 \pm 8,2/58, 7 \pm 4,6$ лет в среднем.

Таблица 1

Основные клинико-демографические данные по группам.

| Показатель | группа 1 | p | группа 2 |
|----------------------------|----------------------|----------|-----------------|
| | n=34 | | n=31 |
| Возраст, лет | 59, 6 \pm 8,2 | p > 0,05 | 58, 7 \pm 4,6 |
| Длительность СД2, лет | 4,5 (1,0;7,0) | p < 0,05 | - |
| HbA1C, % | 8,6(5,4; 9,3) | p < 0,05 | 4,8 (5,1; 4,3) |
| ИМТ, кг/м ² | 36,7 (29,6; 37) | p < 0,05 | 31,7 (32,6; 34) |
| Масса тела, кг | 74,0 (57,50;77,00) | p > 0,05 | 75,7 (59,50;86) |
| Сут. доза инсулина, МЕ/сут | 40,50 (32,00;48,00) | p < 0,05 | - |
| Суточная доза ИКД, МЕ/сут | 24,00 (16,00; 26,00) | p < 0,05 | - |
| Суточная доза ИПД, МЕ/сут | 16,00 (10,00;24,00) | p < 0,05 | - |

Примечание: ИКД – инсулины короткого действия, ИПД – инсулины пролонгированного действия, p – достоверность различий между группами. Больные с СД2Б получали также сахароснижающие

Как видно из таблицы 1, достоверные различия между двумя группами отмечались по длительности СД 2, ИМТ, гликированному гемоглобину и приему инсулина. В остальном различий не наблюдалось

Следующим этапом наших исследований явилось изучение связи между различными показателями и фракцией выброса ЛЖ на Эхо-ЭКГ по группам (таблицы 2-4).

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей по группе СД2+ХСН с учетом фракции выброса ЛЖ

| Показатель | Фракции выброса ЛЖ | | | P | | |
|------------------------|--------------------|----------------|----------------|--------|-------|-------|
| | Сохран. | Промежут. | низкая | 1-2 | 1-3 | 2-3 |
| Возраст, лет | 63,4 \pm 1,4 | 62,4 \pm 1,4 | 60,2 \pm 1,9 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |
| ИМТ, кг/м ² | 30,6 \pm 1,0 | 28,3 \pm 0,8 | 30,9 \pm 1,2 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |
| Глюкоза крови | 13,7 \pm 0,9 | 10,6 \pm 1,0 | 11,6 \pm 0,7 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |
| HbA1C, % | 7,9 \pm 0,4 | 9,2 \pm 0,5 | 11,6 \pm 0,5 | <0,05 | <0,05 | <0,05 |
| Галектин-3, пг/мл | 31,2 \pm 9,9 | 39,8 \pm 6,8 | 45,3 \pm 9,3 | <0,05 | <0,05 | <0,05 |
| Инсулин | 30,0 \pm 2,5 | 27,1 \pm 2,4 | 26,3 \pm 2,3 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |

| | | | | | | |
|----------|----------|-----------|-----------|--------|-------|-------|
| Инд ХОМА | 13,1±1,2 | 14,0±1,7 | 12,4±1,4 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |
| ФВ ЛЖ | 65,2±1,8 | 46,7±0,45 | 34,3±0,87 | > 0,05 | >0,05 | >0,05 |

По данным наших исследований, у больных ХСН без СД2 уровень глюкозы крови и индекс НОМА были достоверно ниже в сравнении с больными СД2 +ХСН. Среднее значение ИМТ в группах различались незначительно, но между группой ХСН и СД2+ ХСН разница была статистически достоверна.

Как видно из таблицы 2, у пациентов группы СД2 + ХСН, достоверных различий средних показателей возраста, ИМТ, гликемии, значений инсулина, индекса НОМА не было обнаружено в зависимости от значений ФВ. При этом, достоверность различий была выявлена только по уровню галектина-3: эти значения достоверно возрастали по мере снижения ФВ у больных с СД 2+ ХСН. ($p<0.05$)

Таблица 3.

Сравнительный анализ показателей по группе ХСН без СД 2 с учетом фракции выброса ЛЖ

| Показатель | Фракции выброса ЛЖ | | | P | | |
|------------------------|--------------------|----------|----------|-------|-------|-------|
| | сохран. | промеж | низкая | 1-2 | 1-3 | 2-3 |
| Возраст, лет | 62,2±2,1 | 58,4±1,7 | 59,3±2,4 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| ИМТ, кг/м ² | 31,1±0,7 | 31,5±0,6 | 30,5±0,6 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| Глюкоза крови | 6,4±0,4 | 6,6±0,4 | 6,1±0,4 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| НbA1C, % | 4,4±0,2 | 5,2±0,6 | 5,3±0,2 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| Галектин 3, пг/мл | 22,3±6,4 | 27,4±7,2 | 35,8±5,9 | <0,05 | <0,05 | <0,05 |
| Инсулин | 25,6±2,2 | 23,2±1,8 | 22,8±2,2 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| Инд НОМА | 7,3±0,7 | 6,8±0,7 | 6,1±0,6 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |
| ФВ ЛЖ | 62,7±1,4 | 45,0±0,9 | 29,7±1,3 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |

Такой же сравнительный анализ был выполнен у пациентов группы ХСН без СД 2 типа. Так, из таблицы 3 видно, что достоверных различий средних показателей возраста, ИМТ, гликемии, значений инсулина, индекса НОМА не было обнаружено в зависимости от значений ФВ ЛЖ. В этой группе также достоверность различий была выявлена только по средним значениям галектина -3: эти значения достоверно возрастали по мере снижения ФВ у больных с ХСН. ($p<0.05$)

По данным многочисленных обзоров литературы было показано, что как повышенные, так и пониженные уровни экспрессии галектина-3 наблюдаются при различных типах заболеваний, включая болезни сердца, почек и печени, рак и инфекции. Медведева и др. 2016 г., Ю и др. 2015 г., Ананд и др., 2013 г., Ван дер Вельде и др., 2013 г., Майолино и др., 2015 г., Тунон и др., 2014 г и др показали, что Галектин -3 имеет прогностическую ценность в смертности от сердечной недостаточности. Галектин-3 как биомаркер фиброза и воспаления участвует в развитии и прогрессировании СН и может предсказывать повышенную заболеваемость и смертность. Два недавних метаанализа показали, что повышенные уровни экспрессии галектина-3 связаны со смертностью при острой и хронической сердечной недостаточности [9, 10].

Наши результаты также показали высокую значимость биомаркера галектин-3 в прогнозе сердечно-сосудистого риска у больных с СД 2 + ХСН и ХСН.

Выводы. У пациентов группы СД2 + ХСН, ХСН достоверных различий средних показателей возраста, ИМТ, гликемии, значений инсулина, индекса НОМА не было обнаружено в зависимости от значений фракции выброса левого желудочка. При этом, достоверность различий была выявлена только по галектину 3: эти значения достоверно возрастали по мере снижения ФВ у больных с СД + ХСН. ($p<0.05$).

Библиография


1. Курята А.В, Ю.С. КушнирУровень и динамика Галектина-3 при хронической сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией левого желудочка на фоне использования петлевых диуретиков // <https://www.webcardio.org/urovenj-y-dinamika-gkhalektyna-3-pry-khronycheskoj-serdechnoj-nedostatochnosty-s-sokhranennoj-systolycheskoj-funktsyjej-levogho-zheludochka-na-fone-yspoljzovanyya-petlevykh-dyuretykov.aspx>
2. Щукин Ю. В. н, И. И. Березин, Е. А. Медведева, Е. И. Селезнев, В. А. Дьячков, Л. Н. Слатова. О значении галектина-3 как маркера и медиатора эндогенного воспаления и окислительно-нитрозилирующего стресса у больных хронической сердечной недостаточностью <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2013-2-45-49>
3. Целуйко В.И.(1), Лозовая Т.А.(2), Сасюк О.С.(2) ГАЛЕКТИН-3 КАК ФАКТОР РИСКА неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при долгосрочном наблюдении у больных с инфарктом миокарда правого желудочка на фоне q-инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка // журнал «медицина неотложных состояний» 6 (69) 2015 <http://www.mif-ua.com/archive/article/42272>
4. Abuelo G. J. Normotensive Ischemic Acute Renal Failure / G. J. Abuelo // N. Engl. J. Med. - 2007. - № 357. - P. 797 - 805.
5. Biscetti Federico, Elisabetta Nardella,² Maria Margherita Rando,² Andrea Leonardo Cecchini,² Et all. Association between omentin-1 and major cardiovascular events after lower extremity endovascular revascularization in diabetic patients: a prospective cohort study // Cardiovasc Diabetol. 2020; 19: 170. Published online 2020 Oct 7. doi: 10.1186/s12933-020-01151-z
6. Capell Warren H, Marc P Bonaca, Mark R Nehler, Edmond Chen, et all. Rationale and design for the Vascular Outcomes study of ASA along with rivaroxaban in endovascular or surgical limb revascularization for peripheral artery disease (VOYAGER PAD) // Am Heart J. 2018 May;199:83-91. doi: 10.1016/j.ahj.2018.01.011. Epub 2018 Feb 3.
7. Garg Aakash, Deepti Virmani, Sahil Agrawal, Chirag Agarwal, et all. Clinical Application of Biomarkers in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction: A Review // Cardiology. 2017;136(3):192-203. doi: 10.1159/000450573. Epub 2016 Oct 27.
8. Eijgelaar W. J. [et al The vulnerable patient: refocusing on the plaque?] // Thromb. Haemost. - 2009. - Vol. 102. - P. 231-239.
9. Jozine M. [et al.] Connecting heart failure with preserved ejection fraction and renal dysfunction: the role of endothelial dysfunction and inflammation // Eur. J. Heart Failure. - 2016. - Vol. 18. - P. 588 - 598.
10. Jude E B, S O Oyibo, N Chalmers, A J Boulton Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients: a comparison of severity and outcome // Diabetes Care. 2001 Aug;24(8):1433-7. doi: 10.2337/diacare.24.8.1433.
11. Kramer Frank, Hani N Sabbah, James J Januzzi, Faiez Zannad et all. Redefining the role of biomarkers in heart failure trials: expert consensus document // Heart Fail Rev. 2017 May;22(3):263-277. doi: 10.1007/s10741-017-9608-5.
12. Khan Shahzad, Sahibzada Tasleem Rasool Current use of cardiac biomarkers in various heart conditions // Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2020 Aug 31. doi: 10.2174/1871530320999200831171748. Online ahead of print.
13. Lichtenauer Michael, Peter Jirak, Bernhard Wernly, Vera Paar, et all. A comparative analysis of novel cardiovascular biomarkers in patients with chronic heart failure // Eur J Intern Med. 2017 Oct;44:31-38. doi: 10.1016/j.ejim.2017.05.027. Epub 2017 Jun 1.
14. Murtaza Ghulam, Hafeez Ul Hassan Virk, Muhammad Khalid, Carl J Lavie, et all. Diabetic cardiomyopathy - A comprehensive updated review // Prog Cardiovasc Dis. Jul-Aug 2019;62(4):315-326. doi: 10.1016/j.pcad.2019.03.003. Epub 2019 Mar 25.



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.