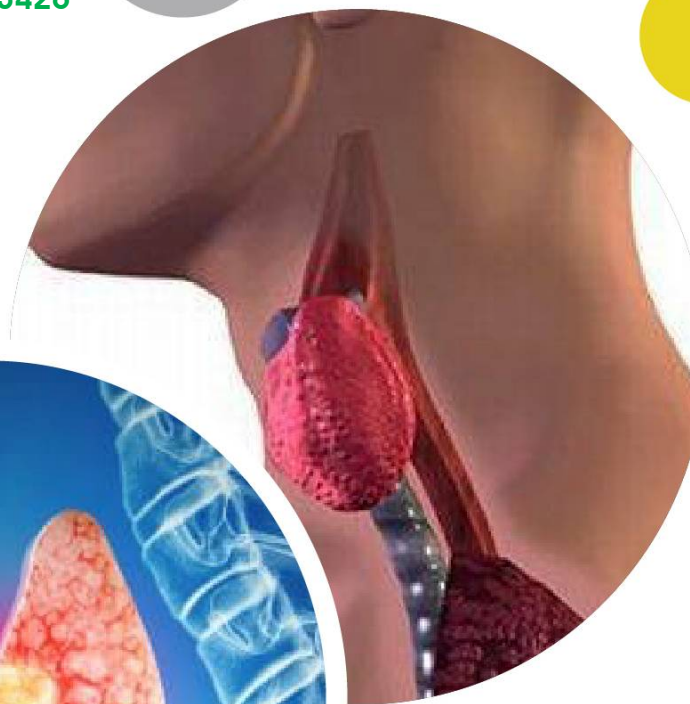




ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2

ISSUE 2

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK 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 Бартс 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 Метаболизма, 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 профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

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



Аскаров Акбар
Аскарович



Исмаилов Насыр
Исмаилович



Масумов Садык
Алиевич

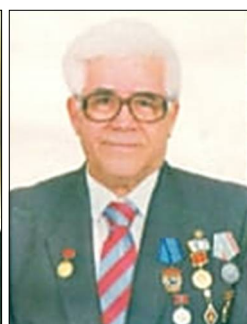
ДИРЕКТОРА НИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ



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.



Максумов 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. Аскарным, 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. Камилов), 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. Аскарн), 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 OLIH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA GLYUKEMIY 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., Максимова 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.....	68
10. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.....	75
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.....	85

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.....	90
13. Акбутаев А.М., Халимова З.Ю. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ОБЗОР.....	99
14. Махкамова Н.Б., Халимова З.Ю. ОРГАНИЗМДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.....	110
15. Халимова З.Ю., Абидова Д.Х., Холикова А.О. ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА.....	114
16. Тураев Ф. Ф., Хайдарова Ф. А., Каюмова Д. Т., Айхожаева М. А., Латипова М. А. ДИЕТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	122
17. Хайдарова Ф.А., Тешабекова М.К. ОСОБЕННОСТИ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХБП 1-4 СТАДИИ.....	129
18. Хайдарова Ф.А., Каланходжаева Ш.Б., Сиддиков А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	137
19. Камалов Т.Т., Шокиров Х.Ш. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (ЯЗВА, ГАНГРЕНА, АМПУТАЦИЯ) АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	144
20. Халимова З.Ю., Негматова Г.Ш. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ.....	151
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.....	158
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.....	165
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.....	174
24. Тожиева И.М. ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	181

25. Рахимова Г.Н., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М. НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19.....	190
26. Хайитбоева К.Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	201
27. Ходжаева А.С., Тиллабаева Д.М. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	211
28. Яхёева Ҳ.Ш., Тешаев Ш.Ж. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР.....	216
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.....	222
30. Камалов Т.Т., Алимханов О.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА СТАДИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	230
31. Расулова Ш.Х., Тригулова Р.Х., Исмаилов С.И. ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАВШЕХ АМИОДАРОН.....	239
32. Хайдарова Ф.А., Латипова М.А. МЕДИАТОРЫ ГИПОТАЛАМУСА В ЭТИОЛОГИИ ОЖИРЕНИЯ.....	241
33. Худойбердиева Ф.Ф., Хайдарова Ф.А., Амонов Ш.Э. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	243
34. Inomova G.K., Quldasheva Y.M., Khalimova Z.Yu. FEATURES OF THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TRANSSPHENOIDAL PITUITARY ADENOMECTOMY.....	244



Камалов Т.Т.,
Мирзаев К.К.,
Хайдаров М.О.

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

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463669>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить результаты ультразвуковой доплерографии сердца у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы ассоциированно с ишемической болезнью сердца

Материал и методы исследования. Нами в течение 2021-2022 года на базе отделения хирургии АндГосМИ было осмотрено 70 больных с СДС нейроишемической формой. Пациенты были распределены на 4 группы:

1 гр – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ИБС – 21 больных,
2 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС без ИБС – 18 больных,

3 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС, ИБС и дисциркуляторной энцефалопатией 2-3 ст – 16 больных.

4 группа – лица с ИБС без нарушений углеводного обмена – 15 больных.

Здоровые добровольцы (n=20) составили группу контроля.

Все пациенты 4 х групп составили основную группу. Все они были подвергнуты общеклиническим, биохимическим (глюкемия, гликированный гемоглобин, ПТИ, АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин крови), гормональным (ИРИ, С-пептид, и др) и инструментальным методам исследования -ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, нижних конечностей, ЭКГ, Эхо-ЭКГ, бактериологический анализ отделяемого из раны, а также статистические методики.

Результаты. Показатель КДО ЛЖ у больных основной группы с СДС и ИБС ($107,1 \pm 5,21^*$) был достоверно ниже, чем в группе контроля ($120,5 \pm 2,57$ мл; $p < 0,05$). Средний КСО ЛЖ у больных был также достоверно ниже ($34,04 \pm 2,61^*$), чем в группе контроля ($52,5 \pm 1,33$ мл; $p < 0,05$). Индексированные КДО и КСО ЛЖ, у больных с СДС и ИБС имели статистически значимые различия по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Изменения гемодинамики на ЭхоКГ наблюдаются уже до появления клиники ХСН. 2. ЭхоКГ изменения наиболее выражены у больных 1 группы с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ИБС.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, ИБС, центральная гемодинамика

ANNOTATION

The purpose of the study is to study the results of ultrasound dopplerography of the heart in patients with a neuroischemic form of diabetic foot syndrome (DFS) associated with coronary heart disease (CHD)

Material and research methods. During the 2021-2022, 70 patients with the DFS of a neuroischemic form were examined by us during 2021-2022. Patients were distributed to 4 groups:

1 g - patients DM 2 diabetes and neuroischemic form of the DFS and CHD - 21 patients,

Group 2 - patients with DM 2 and neuroischemic form of DFS without coronary heart disease - 18 patients,

Group 3-patients with DM 2 and neuroischemic form of DFS, CHD and discirculatory encephalopathy 2-3 tpsp-16 patients.

Group 4 - Persons with CHD without breaking carbohydrate metabolism - 15 patients.

Healthy volunteers (n = 20) compiled a control group.

All patients of the 4th groups made up the main group. All of them were subjected to general clinical, biochemical (glycemia, glycated hemoglobin, bilirubin, ALT, AST, bilirubin, urea, creatinine blood), hormonal (Iri, C-peptide, etc.) and instrumental methods of research -ultrasonic dopplerography of the vessels of the brain, lower limbs, ECG, Echo-ECG, bacteriological analysis of the separated from the wound, as well as statistical methods.

Results. The KDO LV KDO in patients with the main group with DFS and CHD ($107.1 \pm 5.21^*$) was significantly lower than in the control group ($120.5 \pm 2.57\text{ml}$; $p < 0.05$). The average CSR of the LV in patients was also significantly lower ($34.04 \pm 2.61^*$) than in group control ($52.5 \pm 1.33\text{ml}$; $p < 0.05$). Indexed by KDO and CSO LV, in patients with DFS and CHD had statistically significant differences in comparison with the data of the control group ($p < 0.05$).

Conclusions. 1. Changes in hemodynamics on echocardiography are observed before the appearance of the CHF clinic. 2. EchoCG changes are most pronounced in patients of group 1 with DM2 and neuroischemic form of the DFS and CHD.

Key words: diabetic foot syndrome, coronary heart disease, central hemodynamics

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi - yurakning ultratovushli dopplerografiyasi natijalarini, yostiq yurak kasalligi bilan bog'liq diabetik tupiq sindromi (DTS) bo'lgan neyretik oyoq sindromi bo'lgan bemorlarda.

Material va tadqiqot usullari. 2021-2022 yillarda 2021-2022 yillarda biz nevrohemik shaklda bo'lgan 70 nafar bemorlar tomonidan tekshirilgan. Bemorlar 4 guruhga tarqatildi:

1 g - 2 turdagi diabet va YIK - 21 ta bemorlarning diabet va neyroishemik shakli bo'lgan bemorlar,

2-guruh - yurak ishemik kasalligi (YIK)bo'lmagan diabet va neyryichemik shakli bo'lgan bemorlar - 18 ta bemorlar,

2 tipidagi diabet va neyryichemik shakli bo'lgan 3-guruh, YIK va discirkulator ensefalopatiya 2-3 osh qoshiq ensefalopatiyasi 2-3 osh qoshiq ensefalopatiya.

4-guruh - uglevod metabolizmini buzmasdan - 15 bemor.

Sog'lom ko'ngillilar (n = 20) boshqaruv guruhini tuzdilar.

4-guruhning barcha bemorlari asosiy guruhni tashkil etishdi. Ularning barchasi umumiy klinik, biokimyoviy (glycemia, glyoglej, galirubin, biiqyubin, karbamid, karbamid, karbamid, karbamid), gormonal (IRI, C-Speptide va boshqalar) va tadqiqot - tadqiqot - tadqiqot - tadqiqotning dopplerografiyografiyasini aks ettirgan Miyaning tomirlari, pastki oyoq tomlari, kichik oyoq-qo'llar, ekz, echo-ekg, yarasidan ajratilgan va statistik usullar.

Natijalar. KDO LV KDOG DTS va YIK (107.1 ± 5.221 *) bilan og'rigan bemorlarda boshqaruv guruhiga qaraganda ancha past bo'lgan ($120,5 \pm 2,57$ ml; $p < 0.05$). Bemorlarda LV ning o'rtacha TIMI Groccontrol-ga qaraganda ancha past ($52,5 \pm 1.33$ mln. $P < 0.05$) ga qaraganda ancha past (34.04 ± 2.61 *). KDO va CSSE LV tomonidan ishlab chiqarilgan, SDS va IBS bilan og'rigan bemorlarda boshqaruv guruhi ($p < 0.05$) ma'lumotlariga nisbatan statistik jihatdan muhim farqlarga ega bo'ldi.

Xulosa. 1. Xemodinamikaning ekmosanamikadagi o'zgarishlar surunkali yurak etishmovchiligi klinikasi paydo bo'lishidan oldin kuzatiladi. 2. EchcoCG o'zgarishi 1-guruhning 1 tipidagi DTS va YIKning 2 turi va neyremic shakli bo'lgan bemorlarda talaffuz qilinadi.

Kalit so'zlar: diabetik tupiq sindromi, koronar yurak kasalligi, markaziy gemodinamika

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания часто связаны с СД 2 типа и могут стать опасными для жизни, особенно коронаропатия, инсульт и сердечная недостаточность. Клиническая картина их иногда атипична и долгое время протекает бессимптомно. [1-3]. СД 2 типа следует рассматривать как независимый фактор сердечно-сосудистого риска. Нефропатия часто встречается при СД 2 типа, но имеет смешанное происхождение. Сейчас это самая высокая причина терминальной стадии почечной недостаточности. [4-6].

Улучшение контроля обмена веществ и артериального давления, а также улучшение лечения микроальбуминурии способны замедлить течение заболевания. Тем не менее, синдром диабетической стопы, который является серьезной угрозой здоровью, должен выявлен на ранних стадиях и вылечен у этих пациентов, которые в глобальном масштабе относятся к группе высокого сердечно-сосудистого риска. [7-9].

Диабетическая стопа является тяжелым осложнением, вторичным по отношению к микроангиопатии, микроангиопатии и невропатии. Его можно рассматривать как суперосложнение нескольких осложнений. Его скрининг должен проводиться на регулярной основе. [10-12].

Большинство осложнений сахарного диабета 2 типа можно предотвратить с помощью стратегии, сочетающей систематический скрининг и мультиинтервенционную терапию. Диабетическая стопа является тяжелым осложнением, вторичным по отношению к микроангиопатии, микроангиопатии и невропатии. Его можно рассматривать как суперосложнение нескольких осложнений [13].

В нескольких исследованиях сообщалось, что показатели смертности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2–4 раза выше среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, чем среди лиц, не страдающих диабетом. Различные исследования также показывают, что язвы стопы у пациентов с диабетом связаны с более высокой смертностью. Фактически, диабетическая стопа является основной причиной заболеваемости у пациентов с СД 2, а уровень смертности примерно в два раза выше, чем у пациентов без изъязвления стопы [14 - 16].

В исследовании [17], проведенном Pinto и соавт., эти авторы выдвинули гипотезу о том, что пациенты с СД 2 типа с СДС могут иметь худший прогноз с точки зрения более быстрого прогрессирования сердечно-сосудистых повреждений и более высокой сердечно-сосудистой заболеваемости. С этой целью авторы оценивали различия между лицами с СД 2 типа с диабетической стопой и без нее по следующим показателям: (1) профиль сердечно-сосудистого риска, (2) распространенность сердечно-сосудистой заболеваемости по данным ретроспективной оценки, (3) распространенность маркеров субклинической сердечно-сосудистой патологии. повреждение во время набора и (4) частота новых сосудистых событий при проспективном анализе. Они показали более высокую распространенность основного сердечно-сосудистого фактора риска, субклинических маркеров ССЗ, а также предшествующие и вновь возникшие сердечно-сосудистые и цереброваскулярные события у больных диабетом с осложнениями на стопы. Эти результаты могут объяснить предыдущие

сообщения о высокой заболеваемости и смертности у больных диабетом с ампутациями. [18 – 20].

Основной причиной смерти больных сахарным диабетом была ишемическая болезнь сердца (ИБС) [18 – 20]. В этом исследовании авторы также сообщили о более высокой распространенности основных сердечно-сосудистых факторов риска, таких как гиперхолестеринемия, уровни ЛПНП в плазме > 130 мг/дл, гипертриглицеридемия и микроальбуминурия/протеинурия, у пациентов с диабетической стопой по сравнению с пациентами с диабетом без осложнений со стопой, и этот вывод согласуется с гипотезой о том, что СДС у пациентов с д СД 2 может представлять собой возможный маркер сердечно-сосудистого риска. Они также сообщили, что пациенты с диабетической стопой чаще имели цереброваскулярные события (ТИА и ишемический инсульт) как при ретроспективной оценке (предыдущая ТИА и ишемический инсульт), так и при проспективной оценке (новая ТИА и инсульт в 5-летнем исследовании). следовать за). Наиболее распространенными подтипами инсульта были лакунарный подтип и подтип LAAS с несколько большей распространенностью лакунарного подтипа, и это открытие может указывать на роль как микрососудистых заболеваний, так и атеросклеротических макроангиопатий, детерминант сосудистой заболеваемости у пациентов с диабетической стопой. Более высокий сердечно-сосудистый риск, связанный с диабетической стопой, может быть связан с кумулятивным эффектом одного фактора риска, связанного с невропатией и ЗПА, которые являются двумя хорошо известными заболеваниями, недавно связанными с повышенной сердечно-сосудистой заболеваемостью. [18 , 19], но можно признать и другое объяснение роли микроангиопатии как детерминанты общего сосудистого риска. Тем не менее, поскольку группы, оцениваемые в этом исследовании, не начинали со сбалансированными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистыми заболеваниями, авторы не могут точно скорректировать так много других важных показателей, особенно с небольшим числом и относительно небольшим числом событий; Таким образом, наши результаты могут только предупредить клиницистов о том, что диабетическая стопа должна вызвать жизненно важный поиск излечимых сердечно-сосудистых факторов риска и заболеваний.

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность темы и явилось причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – изучить результаты ультразвуковой доплерографии сердца у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы ассоциированно с ишемической болезнью сердца

Материал и методы исследования. Нами в течение 2021-2022 года на базе отделения хирургии АндГосМИ было осмотрено 70 больных с СДС нейроишемической формой. Пациенты были распределены на 4 группы:

- 1 гр – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ИБС– 21 больных ,
- 2 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС без ИБС – 18 больных,
- 3 группа – пациенты с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС, ИБС и дисциркуляторной энцефалопатией 2-3 ст – 16 больных.
- 4 группа – лица с ИБС без нарушений углеводного обмена – 15 больных.

Здоровые добровольцы (n=20) составили группу контроля.

Все пациенты 4 х групп составили основную группу. Все они были подвергнуты общеклиническим, биохимическим (гликемия, гликированный гемоглобин, ПТИ, АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин крови), гормональным (ИРИ, С-пептид, маркер воспаления-провоспалительный цитокин TNF-а, сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF-A), фактор роста тромбоцитов (PDGF) и инструментальным методам исследования - ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, нижних конечностей, ЭКГ, Эхо-ЭКГ, бактериологический анализ отделяемого из раны, а также статистические методики.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения средних (m)

Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (p). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В таблице 1. дано распределение осмотренных пациентов по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту (ВОЗ, 2017 г)

Возраст , лет	Число мужчин	Число женщин
18-44 (молодой возраст)	-	-
45-59 (средний возраст)	12 (25%)	8(32,0%)
60-74 (пожилой возраст)	24 (50,0%)	9 (17,9%)
75 и старше (старческий возраст)	10 (20,8%)	5(2,8%)
Всего: n = 70	48 (68,5%)	22 (31,5%)

Как видно из таблицы 1, преобладали пациенты в возрастной категории от 45 до 74 лет, как среди мужчин, так и женщин – 48/22 случаев соответственно.

При анализе данных ЭхоКГ- исследования у больных с синдромом тиреотоксикоза видно, что в общей группе больных отмечается достоверное снижение показателей КДО и КСО и достоверное уменьшение соотношения пиков Е и А по отношению к контролю (табл..2.)

Таблица 2.

Изменения показателей ЭхоКГ у больных с тиреотоксикозом.

Показатели	1 группа n = 21	2 группа n = 18	3 группа n = 16	4 группа n = 15
ЛП	3,11±0,24	3,23±0,11*	3,09±0,13*	2,63±0,12
МЖП	1,05±0,09*	0,76±0,04*	0,88±0,05*	0,82±0,02
КДР	4,69±0,35*	4,76±0,09*	4,77±0,09*	4,52±0,13
ЗСЛЖ	0,99±0,08	1,01±0,03*	1,00±0,01*	0,99±0,05
КСР	2,89±0,18	3,00±0,09*	3,02±0,33	2,70±0,11
КДО	99,5±26,6*	107,1±5,21*	104,1±4,85*	120,5±2,57
КСО	30,2±11,9*	31,04±2,61*	35,2±2,45*	52,5±1,33
ФВ	69,8±3,75	66,43±1,39	65,6±1,47	67±0,86
ПИК Е	0,59±0,02*	0,57±0,05*	0,58±0,05*	0,99±0,06
ПИК А	0,80±0,06*	0,87±0,07*	0,84±0,07*	0,40±0,005
Е/А	0,72±0,06*	0,65±0,03*		2,48±0,17

Примечание: n – число обследованных больных;

-наличие достоверности по отношению к контролю ($p < 0,05$)

На рис. 1 дано сравнение группы контроля и основной группы (все 70 больных)

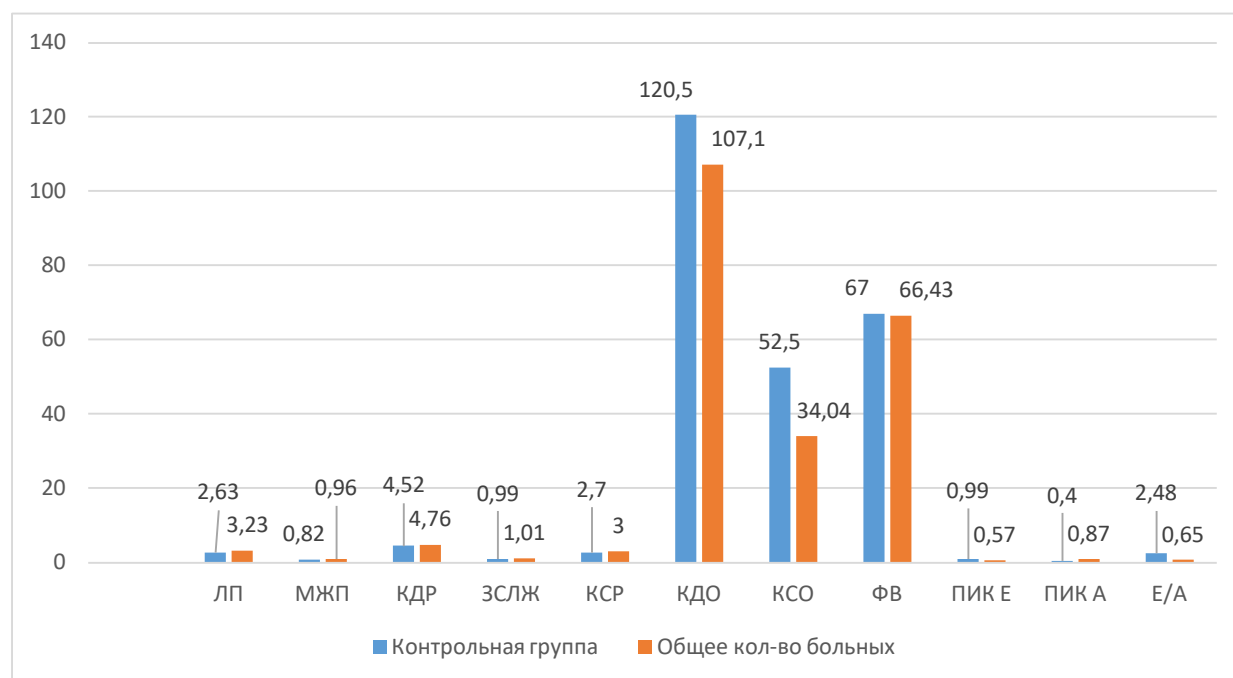


Рис. 1. Изменения показателей ЭхоКГ у больных основной группы и группы контроля

По данным двумерной ЭхоКГ не было отмечено случаев нарушения локальной сократимости ЛЖ.

Показатель КДО ЛЖ у больных основной группы с СДС и ИБС ($107,1 \pm 5,21^*$) был достоверно ниже, чем в группе контроля ($120,5 \pm 2,57$ мл; $p < 0,05$). Средний КСО ЛЖ у больных был также достоверно ниже ($34,04 \pm 2,61^*$), чем в группе контроля ($52,5 \pm 1,33$ мл; $p < 0,05$). Индексированные КДО и КСО ЛЖ, у больных с СДС и ИБС имели статистически значимые различия по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,05$).

Анализ показателей ЭхоКГ у больных по группам показал, что при в 1 группе показатели КДО и КСО, ПИК Е, отношение Е/А достоверно снижены. Во 2 группе достоверно увеличены показатели МЖП, пик А и отмечается достоверное снижение КСО. Видно, что максимальные изменения характерны для пациентов 1 группы, хотя в других группах уже отмечаются признаки, отражающие желудочковую постнагрузку.

По формуле Devereux R. и Reichek (1977) и D. Dubois (1975) были высчитаны масса левого желудочка, индекс массы левого желудочка и относительная толщина стенок левого желудочка в основной группе больных. Показатели были достоверно уменьшены по отношению к группе контроля (таблица 3., рис.2).

Таблица 3

Параметры левого желудочка у обследуемых групп пациентов

Показатель	Общая группа (n=70)	Контрольная группа (n=20)
Масса миокарда, г	$414,2 \pm 12,6^*$	$110 \pm 8,9$
Индекс массы миокарда	$65,5 \pm 4,5^*$	$68,9 \pm 9,8$
ОТС	$0,40 \pm 0,01^*$	$0,43 \pm 0,02$
КДО, мл	$107,8 \pm 3,55^*$	$123,4 \pm 2,15$

КСО,мл	$37,7 \pm 1,38^*$	$55,9 \pm 2,31$
ФВ, %	$64,7 \pm 0,79^*$	$61,6 \pm 1,43$

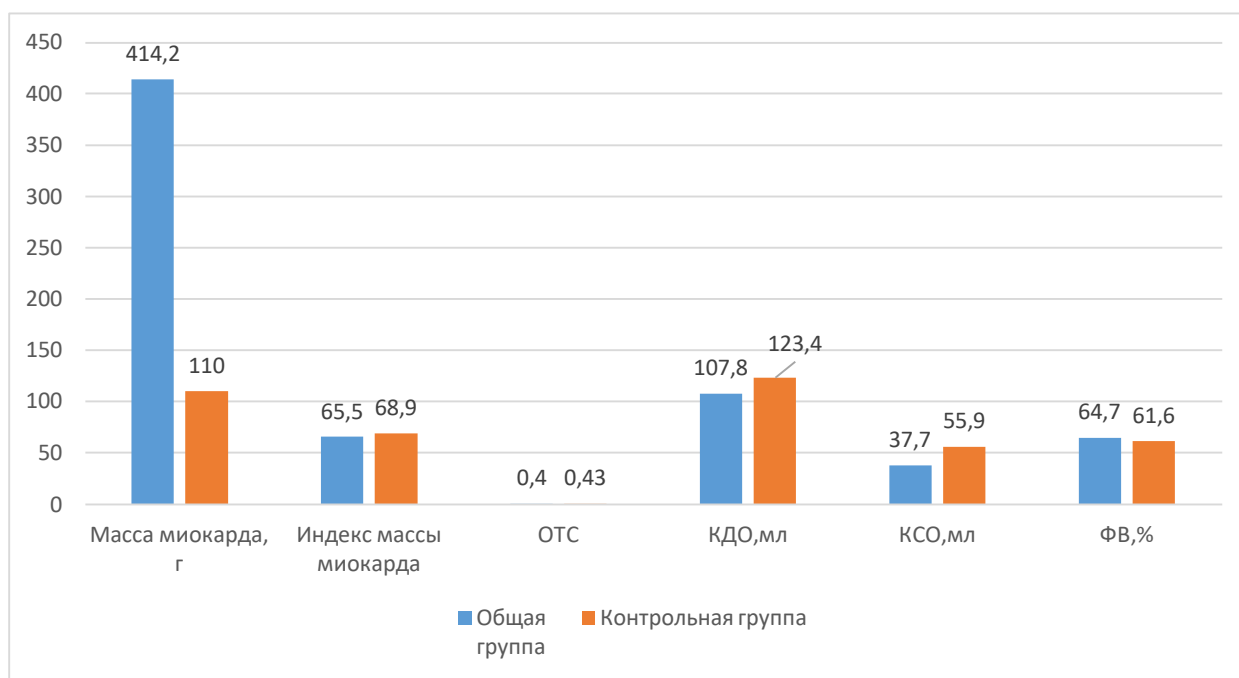


Рис.2. Параметры левого желудочка у обследуемых групп пациентов

Таким образом, особенности ЭхоКГ при СДС характеризовались достоверным снижением показателей КДО и КСО и достоверное уменьшением соотношения пиков Е и А по отношению к контролю.

По данным двумерной ЭхоКГ не было отмечено случаев нарушения локальной сократимости ЛЖ.

В нашем исследовании при анализе систолической функции миокарда в группе больных 2 группы было выявлено статистически значимое увеличение КСР. ММЛЖ в основной группе была выше по сравнению с контрольной, но различия между группами не были статистически значимыми.

Показатель КДО ЛЖ у больных основной группы ($107,1 \pm 5,21^*$) был достоверно ниже, чем в группе контроля ($120,5 \pm 2,57$ мл; $p < 0,05$). Средний КСО ЛЖ у больных был также достоверно ниже ($34,04 \pm 2,61^*$), чем в группе контроля ($52,5 \pm 1,33$ мл; $p < 0,05$). Индексированные КДО и КСО ЛЖ, у больных основной группы имели статистически значимые различия по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,05$).

Анализ показателей ЭхоКГ у больных с СДС по группам показал, что при в1 группе показатели КДО и КСО, ПИК Е, отношение Е/А достоверно. Во 2 группе достоверно увеличены показатели МЖП, пик А и отмечается достоверное снижение КСО. Видно, что максимальные изменения характерны для 1 группы, хотя в других группах уже отмечаются признаки, отражающие желудочкового постнагрузки.

Заключение. При анализе диастолической функции миокарда в нашем исследовании у пациентов 1 и 2 групп была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, которая проявлялась увеличением скорости пика А, снижением соотношения Е/А, увеличением времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения левого желудочка DTE, удлинением времени изоволюметрического расслабления левого желудочка IVRT. Сходные результаты получены при изучении диастолической функции миокарда в работах Biondi и соавт., Мерсиго О. и соавт., SmitJ. и соавт.[70,73,75].

Мы отметили уменьшение КСО, отражающего желудочковую постнагрузку, что согласуется с данными Р. Modesti и соавт. [75], М. Galderisi и соавт. В то же время увеличение САД, изменение периферической гемодинамики, увеличение ЧСС, т.е. уже исходные признаки гипердинамии миокарда и сниженные вазодилататорные резервы способствуют низкому порогу физической нагрузки, но позволяют сохранить высокий сердечный выброс у больных с СДС, что представлено в данной работе.

Выводы. 1. Изменения гемодинамики на ЭхоКГ наблюдаются уже до появления клиники ХСН. 2. ЭхоКГ изменения наиболее выражены у больных 1 группы с СД 2 типа и нейроишемической формой СДС и ХСН.

Библиография

1. Jean-Louis Schlienger [Type 2 diabetes complications] *Presse Med.* 2013 May;42(5):839-48. Doi: 10.1016/j.lpm.2013.02.313. Epub 2013 Mar 23.
2. Isa Dietrich, Gustavo Arruda Braga, Fernanda Gomes de Melo, Ana Carolina Calmon da Costa Silva Silva The Diabetic Foot as a Proxy for Cardiovascular Events and Mortality Review *Curr Atheroscler Rep.* 2017 Oct 2;19(11):44. Doi: 10.1007/s11883-017-0680-z.
3. Barbara Bohn, Arthur Grünerbel, Marcus Altmeier, Carsten Giesecke, Martin Pfeifer, Diabetic foot syndrome in patients with diabetes. A multicenter German/Austrian DPV analysis on 33 870 patients // *Diabetes Metab Res Rev.* 2018 Sep;34(6):e3020. doi: 10.1002/dmrr.3020. Epub 2018 Jun 1.
4. Antonino Tuttolomondo, Carlo Maida, and Antonio Pinto Diabetic Foot Syndrome as a Possible // Cardiovascular Marker in Diabetic Patients *Breview Article | Open Access Volume 2015 | Article ID 268390 |* <https://doi.org/10.1155/2015/268390>
5. American Diabetes Association, "Consensus development conference on diabetic foot wound care: 7-8 April 1999, Boston, Massachusetts. American Diabetes Association," *Diabetes Care*, vol. 22, no. 8, pp. 1354–1360, 1999. View at:
6. R. E. Pecoraro, G. E. Reiber, and E. M. Burgess, "Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention," *Diabetes Care*, vol. 13, no. 5, pp. 513–521, 1990.
7. M. P. Khanolkar, S. C. Bain, and J. W. Stephens, "The diabetic foot," *QJM*, vol. 101, no. 9, pp. 685–695, 2008.
8. G. E. Reiber, "Epidemiology of foot ulcers and amputations in the diabetic foot," in *The Diabetic Foot*, J. H. Bowker and M. A. Pfeifer, Eds., pp. 13–32, Mosby, St. Louis, Mo, USA, 2001.
9. S. E. Moss, R. Klein, and B. E. K. Klein, "The prevalence and incidence of lower extremity amputation in a diabetic population," *Archives of Internal Medicine*, vol. 152, no. 3, pp. 610–616, 1992.
10. S. D. Ramsey, K. Newton, D. Blough et al., "Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes," *Diabetes Care*, vol. 22, no. 3, pp. 382–387, 1999.
11. C. A. Abbott, L. Vileikyte, S. Williamson, A. L. Carrington, and A. J. M. Boulton, "Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration," *Diabetes Care*, vol. 21, no. 7, pp. 1071–1075, 1998.
12. D. P. Walters, W. Gatling, M. A. Mullee, and R. D. Hill, "The distribution and severity of diabetic foot disease: a community study with comparison to a non-diabetic group," *Diabetic Medicine*, vol. 9, no. 4, pp. 354–358, 1992. View at:
13. P. LeQuesne, N. Parkhouse, and I. Faris, "Neuropathy," in *The Management of the Diabetic Foot*, I. Faris, Ed., p. 41, Churchill Livingstone, Edinburgh, Scotland, 2nd edition, 1991.
14. G. E. Reiber, D. G. Smith, L. Vileikyte et al., "Causal pathways for incident lower-extremity ulcers in patients with diabetes from two settings," *Diabetes Care*, vol. 22, no. 1, pp. 157–162, 1999.

15. R. D. Abbott, F. N. Brand, and W. B. Kannel, "Epidemiology of some peripheral arterial findings in diabetic men and women: experiences from the Framingham Study," *The American Journal of Medicine*, vol. 88, no. 4, pp. 376–381, 1990.
16. C. Daousi, I. A. MacFarlane, A. Woodward, T. J. Nurmikot, P. E. Bundred, and S. J. Benbow, "Chronic painful peripheral neuropathy in an urban community: a controlled comparison of people with and without diabetes," *Diabetic Medicine*, vol. 21, no. 9, pp. 976–982, 2004.
17. A. Pinto, A. Tuttolomondo, D. Di Raimondo et al., "Cardiovascular risk profile and morbidity in subjects affected by type 2 diabetes mellitus with and without diabetic foot," *Metabolism*, vol. 57, no. 5, pp. 676–682, 2008. View at:
18. N. A. Roper, R. W. Bilous, W. F. Kelly, N. C. Unwin, and V. M. Connolly, "Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal, population based study," *British Medical Journal*, vol. 322, no. 7299, pp. 1389–1393, 2001.
19. W. B. Kannel and D. L. McGee, "Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study," *The Journal of the American Medical Association*, vol. 241, no. 19, pp. 2035–2038, 1979.
20. J. S. Rana, M. Nieuwdorp, J. W. Jukema, and J. J. P. Kastelein, "Cardiovascular metabolic syndrome—an interplay of, obesity, inflammation, diabetes and coronary heart disease," *Diabetes, Obesity and Metabolism*, vol. 9, no. 3, pp. 218–232, 2007.
21. A. Pinto, A. Tuttolomondo, D. di Raimondo et al., "Ischemic stroke in patients with diabetic foot," *International Angiology*, vol. 26, no. 3, pp. 266–269, 2007. View at:
22. A. Tuttolomondo, S. La Placa, D. Di Raimondo et al., "Adiponectin, resistin and IL-6 plasma levels in subjects with diabetic foot and possible correlations with clinical variables and cardiovascular co-morbidity," *Cardiovascular Diabetology*, vol. 9, article 50, 2010.
23. H. Sell and J. Eckel, "Chemotactic cytokines, obesity and type 2 diabetes: in vivo and in vitro evidence for a possible causal correlation?" *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 68, no. 4, pp. 378–384, 2009.
24. J.-P. Bastard, M. Maachi, C. Lagathu et al., "Recent advances in the relationship between obesity, inflammation, and insulin resistance," *European Cytokine Network*, vol. 17, no. 1, pp. 4–12, 2006.

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадқиқот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000