



ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 4
ISSUE 2

2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2024-2>

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.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

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

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 “ААА”, 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. Мирзаде - 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 Барт 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.

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

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

1. Холикова Адлия Омонуллаевна, Рахимова Азиза Рахмон кизи СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ, ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА.....	6
2. Shagazatova Barno Xabibullayevna, Vafoyev Shaxzod Farhod o'g'li QANDLI DIABET 2 TURI VA SEMIZLIKDA ICHAK MIKROBIOTASINING HOLATI.....	11
3. Муратова Шахло Тахиржановна, Чекманов Владимир Николаевич, Ли Виктория Афанасьевна, Бердикулова Дильфуза Муратовна УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС.....	18
4. Аббосхужаева Лола Сайдиганижоджаевна, Акрамова Гулзода Гайратуллаевна, Шакирова Мунаввара Мухитдиновна, Исамухамедова Истиора Санджаровна, Алиханова Нодира Миршовкатовна, Тахирова Феруза Аббаровна ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ЛАКТАЦИЯ БИЛАН БОҒЛИҚ ОСТЕОПОРОЗНИ БОШҚАРИШДА СУЯК БЕЛГИЛАРИ.....	24
5. Хайдарова Феруза Алимовна, Каюмова Дурдона Туйгуновна, Латипова Мафтунахон Аббос кизи «ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ГОЛЛАНДСКОГО ОПРОСНИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ) У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ».....	33
6. Муратова Шахло Тахиржановна, Сатторова Мадина Мустафо кизи ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ВИДАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.....	39
7. Алиханова Нодира Миршовкатовна, Тахирова Феруза Аббаровна, Акрамова Гулзода Гайратуллаевна, Аббосхужаева Лола Сайдиганижоджаевна, Шакирова Мунаввара Мухитдиновна, Исамухамедова Истиора Санджаровна ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ДПП-4 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	45
8. Хайдарова Феруза Алимовна, Бегматова Хафиза Аширметовна, Душамова Мехрибон Шавкатовна, Ойхужаева Камилла Фаруховна КОСТНО-МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ БЕЛОК-7 – РАННИЙ МАРКЕР ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	56
9. Абдуллаева Азиза Ўктам кизи, Халимова Замира Юсуфовна, Холова Дилором Шарифовна, Ўралова Дилафрўз Улугбек кизи КАТТАЛАРДА ЎСИШ ГОРМОНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ: ЭТИОЛОГИЯСИ, СУЯК ТУЗИЛИШИ ВА МЕТАБОЛИЗМИГА ТАЪСИРИ.....	64
10. Бабоев Абдувахоб Сахибназарович, Мирахмедова Мухаббат Пулатовна ҚАНДЛИ ДАБЕТ УМУРТҚА ТУБЕРКУЛЁЗИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ САЛБИЙ ОҒИРЛАШТИРУВЧИ ОМИЛ СИФАТИДА.....	70
11. Khalimova ZamiraYusufovna, Issaeva Saodat Saydullaevna, Fayziboeva Aziza Azizjonovna DYNAMICS OF NEUROIMAGING INDICATORS DURING RADIATION THERAPY FOR ACROMEGALY.....	76



Бабоев Абдувахоб Сахибназарович,
ЎзР ССВнинг Ш.Алимов номли Республика Ихтисослаштирилган
фтизиатрия ва пульмонология
илмий амалий тиббиёт марказининг докторанти
Мирахмедова Мухаббат Пулатовна,
ЎзР ССВнинг Ш.Алимов номли Республика Ихтисослаштирилган
фтизиатрия ва пульмонология
илмий амалий тиббиёт марказининг эндокринолог варачи

ҚАНДЛИ ДАБЕТ УМУРТҚА ТУБЕРКУЛЁЗИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ САЛБИЙ ОҒИРЛАШТИРУВЧИ ОМИЛ СИФАТИДА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13926519>

АННОТАЦИЯ

Тадқиқотларга биноан, қандли диабет билан оғриган беморларда фаол сил касаллиги аҳолининг қолган қисмига қараганда 3-11 марта тез-тез аниқланади. Ҳозирги кунда дунёда 246 миллион қандли диабет билан касалланган одамлар бор, уларнинг 50% меҳнатга лаёқатли ва репродуктив 30-59 ёшдагилардир. ЖССТ экспертларининг прогнозларига кўра, 2030 йилда бу кўрсаткич "метаболик синдром", ортиқча вазн ва семизлик билан касалланган аҳолининг тез ўсишини ҳисобга олган ҳолда 380 миллион кишини ташкил қилади. **Тадқиқот мақсади:** қандли диабет фонида умуртқа поғонаси туберкулёзи ассоратланган шакллари билан оғриган беморларни комплекс антибактериал ва жарроҳлик даволашни самарадорлигини ошириш. **Тадқиқот материаллари ва усуллари:** 2023-2024 йилларда Республика Ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт марказининг суяк ва буғим туберкулёзи бўлимида умуртқа туберкулёзи билан касалланган 65 (еркаклар 35(53,8%), аёллар 30(46,2%)). Ўрта ёши 50 дан 70 ёшгача ташкил қилди. **Натижалар:** 44 бемор 8 ҳафта давомида комплекс даволашдан сўнг ижобий динамикани кўрсатди. Умуртқа туберкулёзи ва қандли диабет билан касалланган беморлар ва умуртқа туберкулёзи қандли диабет бўлмаган беморлар гуруҳларда даволаш самарадорлиги фарқ қилмади. **Калит сўзлар:** сил спондилит, қандли диабет, даволаш самарадорлиги.

Бабоев Абдувахоб Сахибназарович,
Докторант Республиканского Специализированного
научно-практического медицинского центра
фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.Алимова МЗ РУз.
Мирахмедова Мухаббат Пулатовна,
Врач эндокринолог Республиканского Специализированного
научно-практического медицинского центра
фтизиатрии и пульмонологии им. Ш.Алимова МЗ РУз.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

АННОТАЦИЯ

Многочисленные исследования показали, что активный туберкулез у больных сахарным диабетом выявляют в 3-11 раз чаще, чем среди остального населения. В настоящее время в мире насчитывается 246 млн. больных СД, около 50% из них находятся в трудоспособном и репродуктивном возрасте 30 - 59 лет. Эксперты ВОЗ прогнозируют, что к 2030 г. эта цифра составит 380 млн. человек, учитывая стремительный рост населения с так называемым «метаболическим синдромом», избыточной массой тела или ожирением. **Цель исследования:** повысить эффективность комплексного антибактериального и хирургического лечения больных с осложненными формами туберкулеза костей и суставов на фоне сахарного диабета. **Материалы и методы исследования:** Обследованы 65 больных туберкулезным спондилитом в отделении костно-суставного туберкулеза РСПМЦ Ф и П в 2023-2024 гг. в возрасте от 50 до 70 лет. Мужчин было 35 (53,8%), женщин - 30 (46,2%). **Результаты:** У 44 больных отмечалась положительная динамика после комплексного лечения в течение 8 недель. Течение туберкулезного спондилита и эффективность лечения в группах с сахарным диабетом и без него не отличались.

Ключевые слова: туберкулезный спондилит, сахарный диабет, эффективность лечения.

Baboev Abduvahob Sakhibnazarovich,

Doctoral candidate of the Republican Specialized
Scientific and Practical Medical Center
of Phthisiology and Pulmonology
named after Sh. Alimov,
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

Mirahmedova Mukhabbat Pulatovna,

Endocrinologist of the Republican Specialized
Scientific and Practical Medical Center
of Phthisiology and Pulmonology
named after Sh. Alimov,
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

DIABETES MELLITUS AS AN AGGRAVATING FACTOR IN THE CLINICAL COURSE OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

ANNOTATION

Numerous studies have shown that active tuberculosis is detected in patients with diabetes mellitus 3-11 times more often than in the rest of the population. Currently, there are 246 million patients with diabetes mellitus in the world, about 50% of them are 30-59 years old, working and reproductive age. WHO experts predict that by 2030 this figure will be 380 million people, given the rapid growth of the population with the so-called "metabolic syndrome", overweight or obesity. **Purpose of the study:** to improve the effectiveness of complex antibacterial and surgical treatment of patients with complicated forms of tuberculous spondylitis and diabetes mellitus. **Materials and methods of the study:** 65 (35 male (53.8%) and 30 female (46.2%)) patients with tuberculous spondylitis were examined in the Department of Bone and Joint Tuberculosis of Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology in 2023-2024. Mean age was 50 to 70 years. **Results:** Positive dynamics were observed in 44 patients after complex treatment for 8 weeks. The course of tuberculous spondylitis and the effectiveness of treatment in the groups with and without diabetes mellitus did not differ.

Keywords: tuberculous spondylitis, diabetes mellitus, effectiveness of treatment.

Введение. Проблемы сахарного диабета (СД) для фтизиатров обусловлены подверженностью больных СД туберкулезной инфекции. Многочисленные исследования показали, что активный туберкулез у больных диабетом выявляют в 3-11 раз чаще, чем среди остального населения, особенно у пациентов с тяжелым декомпенсированным диабетом и его осложнениями, такими как: диабетическая микро-макроангиопатия, диабетическая нейропатия, которые снижают эффективность и переносимость противотуберкулезных препаратов, что затрудняет лечение этих больных [1,с.1;2,с.1;9,1;10,8].

В настоящее время в мире насчитывается 246 млн. больных СД, около 50% из них находятся в трудоспособном и репродуктивном возрасте 30 - 59 лет. Еще 20 лет назад больных диабетом было не более 30 млн. человек. Эксперты ВОЗ прогнозируют, что к 2030 г. Эта цифра составит 380 млн. человек, учитывая стремительный рост населения с так называемым «метаболическим синдромом», избыточной массой тела или ожирением [3,с.1].

Костно-суставной туберкулез занимает первое место по частоте среди внелегочных форм туберкулеза, когда чаще поражаются тела позвонков.

Одна из проблем туберкулезного спондилита состоит в высокой инвалидизации больных из-за глубоких спинномозговых нарушений, вследствие сдавления спинного мозга абсцессами или костными фрагментами в результате патологического перелома. Частота спинальных нарушений доходит до 80 % [4,с.1;5,с.1].

Лечение и содержание таких больных требует больших финансовых и материальных затрат, что представляет важную проблему для государства и общества [6,с.1;7,с.1].

Нередко туберкулез костей и суставов сочетается с заболеваниями внутренних органов. В Узбекистане у 34% больных туберкулезом позвоночника выявлены выраженные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, у 8% - эндокринной системы.

Таким образом, сочетание туберкулеза костей и суставов у пациентов с сахарным диабетом приобретает значение комплексной медико - социальной проблемы.

Поэтому, изучение особенностей клинического течения туберкулеза костей и суставов при сопутствующем сахарном диабете актуально с точки зрения улучшения результатов лечения таких больных.

Цель исследования: повысить эффективность комплексного антибактериального и хирургического лечения больных с осложненными формами туберкулеза костей и суставов на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы исследования: Обследованы 65 больных туберкулезным спондилитом в отделении костно-суставного туберкулеза РСНПМЦ Ф и П в 2023-2024 гг. в возрасте от 50 до 70 лет. Мужчин было 35 (53,8%), женщин - 30 (46,2%).

Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, общего состояния, ортопедического статуса, данных лабораторных, инструментальных бактериологических и гистологических исследований.

Каждому пациенту выполнили рентгенографию грудной клетки и МРТ пораженного сегмента позвоночника, с применением сканера мощностью не менее 1,5 тесла.

Больных разделили на основную группу - 30 (46,2%) и контрольную группу - 35 (53,8%). В основную группу включили пациентов с сопутствующим сахарным диабетом. У больных контрольной группы уровень глюкозы крови был в пределах нормы.

У всех пациентов определяли уровень глюкозы плазмы крови до и через 2 часа после еды, показатели гликированного гемоглобина.

Всем больным назначали противотуберкулезные препараты: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид по массе тела в течение 8 недель. По окончании курса проводили повторное МРТ исследование.

Показаниями к операции считали отсутствие положительной динамики от противотуберкулезного лечения по данным МРТ и сопутствующих заболеваний в течение 4-6 недель; отрицательную неврологическую симптоматику на фоне противотуберкулезного, патогенетического и ортопедического лечения.

Оперативное вмешательство заключалось в радикальном удалении очага деструкции, декомпрессии спинного мозга по показаниям, пластике дефекта кости аутокостным трансплантатом, или комбинацией титанового сетчатого кейджа и аутокостного трансплантата с последующей гистологической и бактериологической верификацией диагноза.

Результаты: У 10 пациентов сахарный диабет выявлен впервые; у 5 в анамнезе отмечалось повышение глюкозы крови, без приема сахароснижающих препаратов. После применения – Гликлазида 30 мг (Диаглизид) в день им не требовались дополнительные препараты для снижения глюкозы крови, уровень которого оставался в пределах нормы, 2 больным потребовалось увеличить дозу препарата до 60 мг для достижения эугликемии. 8 пациентов получали инсулинотерапию в виде инсулина Гларгин (Лантус) в дозе 6 - 8 ед на ночь и инсулин короткого действия по 3 - 4 ед перед приемом пищи, с последующей титрацией дозы инсулина, под контролем гликемии.

15 больных поступили в клинику с диагнозом сахарный диабет 2 типа. У 5 из них глюкоза крови оставалась в пределах нормы, а постпрандиальная глюкоза крови составила более 8,0 ммоль/л, больные принимали таблетированные сахароснижающие препараты (ТССП) - Метформин 500 мг (Сиофор 500) 1 г х 2 раза в день. Остальные 10 пациентов принимали базис – болюсную инсулинотерапию. Это были тяжелые больные с длительностью заболевания СД 5 - 15 лет, с резкими скачками уровня глюкозы, что требовало постоянной титрации дозы инсулина. По данным МРТ у этих больных отмечалась сравнительно неглубокая зона деструкции костной ткани с выраженными натечными абсцессами. МРТ данные картины больных сахарным диабетом, но стабильным невысоким уровнем глюкозы крови, не отличались.

Через 8 недель комплексного лечения с применением противотуберкулезных препаратов и патогенетической терапии, а также лечения сахарного диабета у 6 больных значительно улучшилась клиническая картина заболевания, по результатам повторной МРТ. Болевой синдром в пораженном сегменте позвоночника при ходьбе и в покое не возникал. Инфильтрация мягких тканей и небольшие абсцессы замещались соединительной тканью и уплотнялись, полость деструкции также уплотнялась, что характеризовалось снижением сигнала в обоих Т режимах. Однако в режиме STIR сохранялся повышенный сигнал. У этих больных очаг деструкции при госпитализации был минимальным, на первый план выступали отек костного мозга, инфильтрация мягких тканей и небольшие абсцессы. Из них 2 больных были с впервые выявленным СД 2 типа. У одного из них нормальный уровень гликемии поддерживался приемом ТССП Гликлазида 60 мг (Диаглизид 60 мг), у другого нормогликемия поддерживалась комбинированной терапией ТССП и инсулина продленного действия.

У 44 больных отмечалась положительная динамика после комплексного лечения в течение 8 недель до операции. На МРТ на это указывало уменьшение инфильтрации мягких тканей, исчезновение абсцессов и замещение соединительной тканью (рис 1). Однако у 20 больных сохранялись костные секвестры, а у 24 отмечалась нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, что клинически проявлялось болью в пораженном сегменте позвоночника при угловой нагрузке и смене положения тела. Из них у 20 больных с СД, у которых удалось добиться стабильной нормогликемии; 8 из них принимали базис болюсную терапию (инсулин продленного и короткого действия). Течение туберкулезного спондилита и эффективность лечения в группах с СД и без него не отличались. Всем больным выполнены радикально-восстановительные операции. Послеоперационный период в группах больных также не отличался.

Отдельную группу составили 14 больных (10 больных туберкулезным спондилитом с СД и 4 больных туберкулезным спондилитом без СД, у которых несмотря на комплексное лечение в течение 8 недель, положительная динамика на МРТ не отмечалась, однако больные указывали на снижение болей, мы считаем это положительным результатом постельного режима. 12 больным произведены радикально-восстановительные операции с удалением абсцессов, секвестров и спондилодезом. По данным бактериологического исследования, у 4

больных туберкулезным спондилитом без СД выявлена лекарственная устойчивость МТБ к препаратам 1 ряда. У 8 больных туберкулезным спондилитом и СД выявлены чувствительные формы МТБ. У 2 больных СД и туберкулезным спондилитом выявлены противопоказания к общему наркозу со стороны сердечно-сосудистой системы, больные были выписаны под наблюдение кардиолога, эндокринолога и фтизиатра.

Выводы: Течение и эффективность лечения туберкулезным спондилитом на фоне сахарного диабета зависят от достижения нормальных значений уровня глюкозы крови.

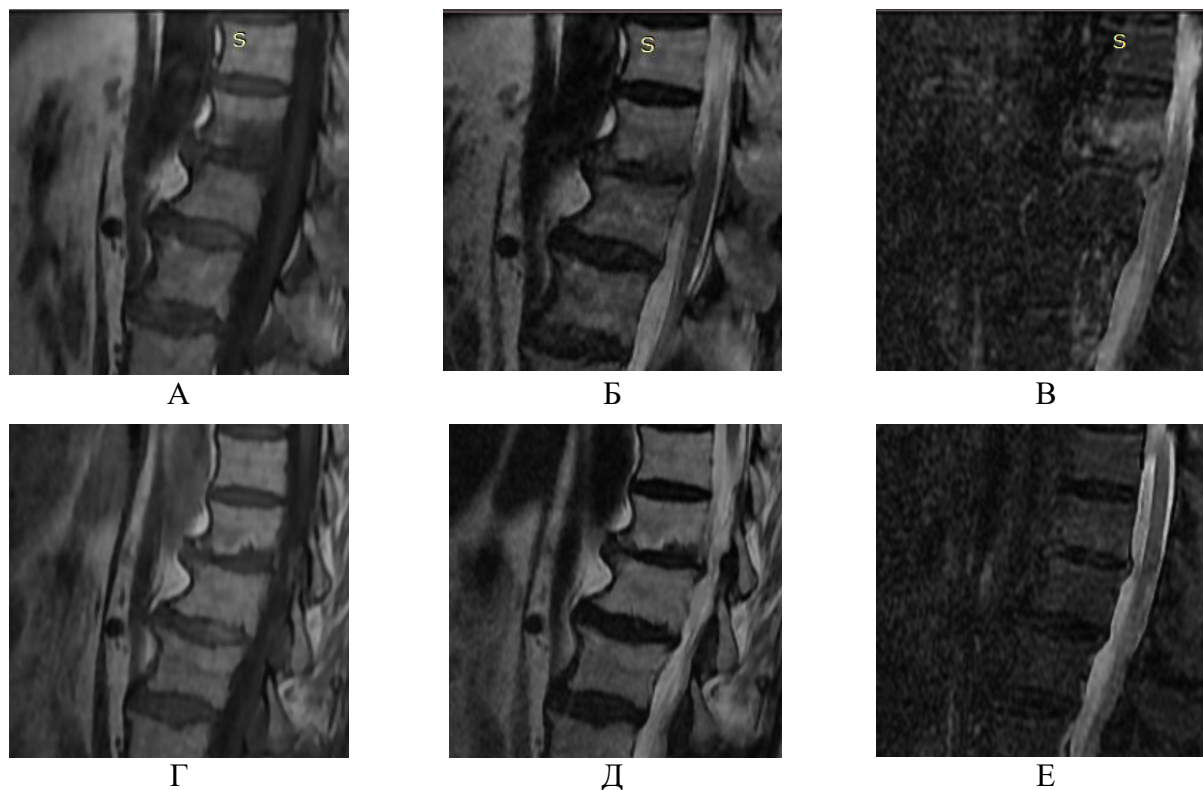


Рисунок 1. МРТ больной 72 лет с туберкулезным спондилитом VTh12-VL1 позвонков и сахарный диабет 2 типа. Длительность заболевания сахарным диабетом 10 лет. Сагитальный срез до лечения в режиме T1(А), T2(Б) и STIR(В) и после лечения 8 недель лечения в режиме T1(Г), T2(Д) и STIR(Е). Отмечается затихание воспаления.

Список литературы:

1. Дедов И. И., Шестакова М. В. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (6-Й ВЫПУСК)». Журнал «Сахарный диабет» 2013. №1S. 120 с.
2. Каминская Г. О., Абдуллаев Р. Ю. «Патофизиологические предпосылки неблагоприятного влияния сахарного диабета на течение туберкулеза легких». Журнал Туберкулез и болезни легких. 2014 г. №3. С.5-10.
3. «Резолюция ООН по сахарному диабету». Журнал «Сахарный диабет». 2007. №1. С.2-3.
4. Гарбуз А. Е., Сердобинцев М. С., Гусева В. И. «Современная восстановительная хирургия туберкулеза позвоночника и суставов». Журнал «Проблемы туберкулеза». 2002. -№2. -С. 27-31.
5. Назиров П. Х., Уразбаев А.А. «Повышение эффективности хирургического лечения распространённых форм туберкулёза позвоночника» Журнал «Проблемы туберкулеза». 2008. № 4. С. 32–34.
6. Назиров П. Х., Ахмедова Н. М., Махмудова З. П., Базарбаев М. И. «Клинико-рентгенологические проявления туберкулезного спондилита, сочетанного с туберкулезом легких» Научный журнал «Молодой учёный» № 23 (103). 2015. С.365-368.

7. Тилляшайхов М.Н., Назиров П.Х., Махмудова З.П. «Костно-суставной туберкулез - актуальная проблема здравоохранения»// Медицинский журнал Узбекистана. 2015.№2. С. 74-76.
8. Jeon C.Y., Murray M.B. «Diabetes Mellitus Increases the Risk of Active Tuberculosis: A Systematic Review of 13 Observational Studies» PLoS MEDICINE journal. 2008. Volume 5. Issue 7. P. 1091-1101.
9. Ayelign B, Negash M, Genetu M, Wondmagegn T, Shibabaw T. Immunological Impacts of Diabetes on the Susceptibility of Mycobacterium tuberculosis. J Immunol Res. 2019 Sep 9;2019:6196532. doi: 10.1155/2019/6196532. PMID: 31583258; PMCID: PMC6754884.
10. Bobadilla-Del-Valle M, Leal-Vega F, Torres-Gonzalez P, Ordaz-Vazquez A, Garcia-Garcia ML, Tovar-Vargas MLA, Delgado-Sanchez G, Guerra De Blas PDC, Wallis RS, Ponce-De-León A, Sifuentes-Osornio J. Mycobacterial Growth Inhibition Assay (MGIA) as a Host Directed Diagnostic Tool for the Evaluation of the Immune Response in Subjects Living With Type 2 Diabetes Mellitus. Front Cell Infect Microbiol. 2021 May 18;11:640707. doi: 10.3389/fcimb.2021.640707. PMID: 34084753; PMCID: PMC8167894.



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, 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 Tadqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

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

Тел: (+998-94) 404-0000