



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



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 4

ISSUE 4

2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 4 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 4

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 4

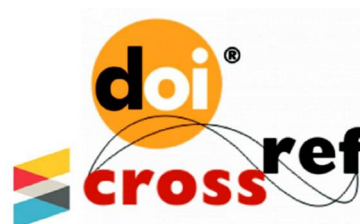
Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2024



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№4 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2024-4>

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:

Сиддиков 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 РСНПМИ 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. Халимова Замира Юсуфовна, Дадаханова Марямхон Бахтиёр кизи УЗЛЫ ШИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ГЛОБАЛЬНОЕ, ЭКОНОМИЧЕСКОЕ И ЛИЧНОЕ ВРЕМЯ.....	6
2. Хайдарова Феруза Алимовна, Ходжаева Эльмира Садуллаевна, Кенджаева Камила Шамухтаровна ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ.....	16
3. Mirzayeva Umida Zaxidovna, Nasirova Xurshidaxon Kudratullayevna COVID-19 KASALLIGINI BOSH DAN KECHIRGAN METABOLIK SINDROM BILAN OG'RIGAN BEMORLAR KLINIK-BIOKIMYOVIY KO'RSATKICHLARINING RETROSPEKTIV TAHLILI.....	20
4. Мухаммедаминова Диёра Тимуровна, Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Жабакоева Жулдиз Амангелди кизи, Садриева Севара Содик кизи ГИПОТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ.....	31
5. Муратова Шахло Тахиржановна, Чекманов Владимир Николаевич ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЙОДДЕФИЦИТА НА ОРГАНИЗМ.....	38
6. Ходжаева Нодира Вохидовна, Содикова Соҳиба Зарифовна АВТОНОМ ДИАБЕТИК НЕЙРОПАТИЯНИНГ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛ ШАКЛИНИНГ ЗАМОНАВИЙ КОНЦЕПЦИЯСИ.....	43
7. Амонов Шавкат Эргашевич, Хайдарова Феруза Алимовна, Худойбердиева Феруза Фарруховна ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2го ТИПА.....	46
8. Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна, Нишанбаева Нилуфар Юнусджонова, Абдуллаева Сарвиноз Авазбековна СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА. ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ.....	54
9. Shagazatova Barno Xabibullaevna, Mirxaydarova Feruza Sayfullaevna, Kudratova Nasiba Alisherovna, Axmedova Feruza Shaxbosxanovna ODAM IMMUNTANQISLIK VIRUSI INFEKSIYASI VA ENDOKRIN TIZIM.....	58



УДК:611.013. 395..616-092.616.611-002-053.2-036

Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна,
 Нишанбаева Нилуфар Юнусджоновна,
 Абдуллаева Сарвиноз Авазбековна
 Ташкентская Медицинская академия

СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА. ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14565857>

АННОТАЦИЯ

Синдром Кушинга (СК, или синдром Иценко – Кушинга, синдром гиперкортицизма, кушингоид) объединяет группу заболеваний, развивающихся вследствие длительного хронического воздействия на организм избыточного количества гормонов коры надпочечников, независимо от причины, которая вызвала повышение их уровня в крови. В основе патогенеза патологических изменений большинства органов и систем лежит в первую очередь гиперпродукция кортизола. Синдром чаще развивается при избыточном применении синтетических глюкокортикоидов (ГК).

Ключевые слова: синдром Иценко-Кушинга, кортизол, преднизолон, миорелаксant.

Mirrakhimova Maktuba Khabibullaevna,
 Nishanbaeva Nilufar Yunusjonovna,
 Abdullaeva Sarvinoz Avazbekovna
 Tashkent Medical Academy

ITSENKO-CUSHING SYNDROME. REVIEW ARTICLE

ANNOTATION

Cushing's syndrome (CS, or Itsenko-Cushing syndrome, hypercriticism syndrome, Cushingoid) unites a group of diseases that develop as a result of long-term chronic exposure to the body of excess amounts of adrenal hormones, regardless of the reason that caused an increase in their levels in the blood. The pathogenesis of pathological changes in most organs and systems is primarily based on the overproduction of cortisol. The syndrome often develops with excessive use of synthetic glucocorticoids (GCs).

Key words: Itsenko-Cushing syndrome, cortisol, prednisolone, muscle relaxant.

Mirrahimova Maktuba Xabibullaevna,
 Nishanbayeva Nilufar Yunusjonovna,
 Abdullaeva Sarvinoz Avazbek qizi
 Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

ITSENKO-KUSHING SINDROMI

ANNOTATSIYA

Kushing sindromi (KS yoki Itsenko-Kushing sindromi, giperkortisizm sindromi, Kushingoid) buyrak usti bezlari gormonlarining ortiqcha miqdori organizmga uzoq muddatli surunkali ta'sir qilish natijasida yuzaga keladigan kasalliklar guruhini birlashtiradi, buning sababidan qat'i nazar ularning qondagi darajasining oshishi. Aksariyat organlar va tizimlardagi patologik o'zgarishlarning patogenezi birinchi navbatda kortizolning ortiqcha ishlab chiqarilishiga asoslanadi. Sindrom ko'pincha sintetik glyukokortikoidlarni (GC) haddan tashqari iste'mol qilish bilan rivojlanadi.

Kalit so'zlar: Itsenko-Kushing sindromi, kortizol, prednizolon, mushak gipotaniyasi.

Классификация. Различают эндогенный СК – ЭнСК (избыточный уровень кортизола вырабатывает организм хозяина) и экзогенный СК – ЭкСК (в организм извне поступает избыточное количество, как правило, синтетических ГК – лекарственный, ятрогенный СК).

Гиперкортицизм оказывает отрицательное воздействие на организм. ЭнСК развивается примерно в 10–15 случаях на 1 млн ежегодно, обычно поражает взрослых в возрасте 20– 50 лет. Об ЭнСК говорят при избыточной продукции кортизола в случае микроаденомы гипофиза (гипофизарный СК) или эктопированной злокачественной кортикотропиномы, локализующейся в бронхах, яичках, яичниках (эктопический СК). Реже ЭнСК возникает при первичном поражении коры надпочечников доброкачественной или злокачественной опухолью, или при ее гипертрофии (надпочечниковый СК). Гормонально-активная опухоль коры надпочечников называется кортикостеромой. Из-за поступления в кровь избыточного количества кортизола снижается продукция адренокортикотропного гормона (АКТГ), а оставшаяся ткань надпочечников подвергается атрофическим изменениям [1, 2].

Наиболее распространенной причиной СК является длительный прием синтетических ГК, которые назначают ревматологи, аллергологи, эндокринологи и врачи другого профиля. Ревматологи используют преднизолон и его аналоги при системной красной волчанке (СКВ), ревматоидном артрите (РА), системных васкулитах и других аутоиммунных заболеваниях, при которых иммунocyты организма воздействуют на ткани и/или органы хозяина. При этом ГК используются для подавления иммунного ответа и уменьшения повреждения организма. В клинической практике СК наиболее часто наблюдается при лечении различных заболеваний и передозировке ГК. Знание причин и проявлений ЭкСК важно для ревматолога, нередко назначающего как повышенные дозы ГК, так и низкие на длительный срок. При воспалительных и аутоиммунных ревматических заболеваниях ГК обычно дают быстрый клинический эффект, но при этом отсутствует возможность быстрой отмены препарата. Это часто приводит к нежелательным реакциям (НР) и развитию ЭкСК. В проведенном в США крупном исследовании, посвященном лечению РА, выявлена ассоциация РА и ЭкСК при высоком относительном риске (RR=3,2) [3].

Постановка диагноза:



Рисунок.1. Пациент с синдромом Иценко-Кушинга

в МКБ-10 СК отведено место в IV классе болезней («Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» – E00-E90) в блоке «Нарушения других

эндокринных желез» – E20-E35 под кодом E24 «Синдром Иценко – Кушинга». В блок входят: E24.0 – «Болезнь Иценко – Кушинга гипофизарного происхождения»; E24.1 – «Синдром Нельсона»; E24.2 – «Медикаментозный синдром Иценко – Кушинга»; E24.3 – «Эктопический АКТГ-синдром»; E24.4 – «Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем»; E24.8 – «Другие состояния, характеризующиеся кушингоидным синдромом»; E24.9 – «Синдром Иценко – Кушинга неуточненный» [2].

Настоящий обзор посвящен ЭкСК, связанному с использованием ГК и кодируемому в МКБ 10 как E24.2 – «Медикаментозный синдром Иценко – Кушинга» (рис.1).

Применение ГК. ГК широко используются во всем мире. В США около 0,5% населения получает ГК по поводу различных хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваний [4], ежегодно регистрируется примерно для 10 млн новых назначений ГК. Нередко пациенты не знают о том, что препараты, которые они принимают, содержат ГК [5]. Описаны случаи ЭкСК, развившегося вследствие применения препаратов, в состав которых входили неупомянутые (скрытые) ГК [6]. Противовоспалительный эффект и иммунорегуляция делают ГК средством выбора при различных ревматических заболеваниях.

Клинические проявления СК часто усиливаются при применении высоких доз ГК [4]. Наблюдаются полнокровие, висцеральное ожирение, кровоподтеки от легкой травмы, истончение кожи, стрии, миопатия, депрессия или психоз, плохое заживление ран, учащение случаев инфицирования, глаукома и другие болезни глаз, артериальная гипертензия (АГ). Осложнения: остеонекроз, остеопороз и спинальный эпидуральный липоматоз. Уровень андрогенов при ЭкСК возрастает нечасто, поэтому признаки вирилизации (гирсутизм и др.) развиваются редко [4]. НР и ЭкСК могут наблюдаться при приеме всех синтетических дериватов ГК: преднизона, преднизолона, метилпреднизолона, дексаметазона (ДМ), бетаметазона и триамцинолона [4]. Остается неясным, какой из них имеет наибольший потенциал в отношении развития СК. Это зависит от состава ГК, формы, фармакокинетики, аффинности к рецепторам, биологических возможностей организма, продолжительности применения и разного уровня чувствительности у отдельных пациентов [4]. Прием ГК внутрь хорошо коррелирует с ЭкСК. Большинство врачей осознают эту опасность и, прежде чем назначить ГК, оценивают соотношение «польза – вред» у конкретного пациента [4]. Любая форма (локальная, аэрозольная, ингаляционная, инъекционная) введения этих препаратов может привести к НР (включая ЭкСК) [4, 7–11]. Доза ГК, необходимая для контроля заболевания, является важнейшим фактором, определяющим развитие ЭкСК и других НР. СК обусловлен приемом (даже краткосрочным) высоких доз ГК или длительным использованием их низких доз (даже с коротким периодом полувыведения – гидрокортизон и кортизон) [1].

Лечение: у пациентов с ревматическими заболеваниями, длительно использующих ГК, могут развиваться АГ и другая патология, связанная с ЭкСК. В этих случаях идеально было бы отказаться от ГК еще до появления НР, но чаще всего это нельзя сделать из-за возможности обострения заболевания, поэтому ГК отменяют постепенно. Прием ГК в низких дозах снижает метаболические эффекты и помогает профилактике НР. К лечению каждого пациента необходимо подходить с осторожностью, индивидуально: назначать ГК с повышенной противовоспалительной и меньшей минералокортикоидной активностью (преднизолон), в формах, позволяющих доставлять ГК к месту воспаления (внутрисуставно, внутримышечно, ректально, наружно, глазные капли), оптимизировать режим дозирования (достаточная, но минимальная доза) и время приема ГК [4]. Для оптимизации лечения ГК и уменьшения НР разрабатываются новые формы этих препаратов, например, комбинированный препарат преднизон/дипиридамол, инновационные формы в виде лиганд ГК-рецепторов, экспериментальный селективный агонист ГК-рецепторов (SEGRA) с выраженными противовоспалительными и иммуносупрессивными свойствами и низкой вероятностью НР (атрофия кожи) [4]. Появилась новая хронотерапевтическая форма преднизона, высвобождаемого после приема внутрь через 4 ч благодаря поздней пенетрации. Использование этой формы сопровождается меньшим числом НР, она одобрена в 16 странах Европы, Австралии, Израиле и США [2].

В большинстве случаев пациенты нуждаются в лечении НР, связанных с ГК. Для терапии АГ рекомендуется эплеренон (относительно селективный препарат, блокирующий рекомбинантные минералокортикоиды, прогестероновые и андрогенные рецепторы), антагонисты рецепторов ангиотензина, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Приветствуется изменение образа жизни (снижение массы тела) [2]. У пациентов с ИР используют бигуаниды и активаторы пероксисомных пролифераторов ядерных рецепторов. Лечение апноэ сна с помощью длительного поддержания положительного давления в воздухоносных путях эффективно при одышке, АГ, ИР и повышенном риске сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Бисфосфонаты (средства первой линии) или терипаратид (препарат второй линии) в сочетании с кальцием и витамином D должны назначаться большинству пациентов. Пациентам, длительно получающим ГК, у которых развивается мышечная слабость, рекомендуется биопсия мышцы. Для лечения ГК-миопатии предлагают использовать фенитоин (миорелаксант, антиаритмический и противосудорожный препарат), но это нуждается в дальнейшем изучении. В настоящее время терапия СК строится на тех же принципах, что и лечение тромботических нарушений. Необходимы дальнейшие исследования типа, интенсивности и длительности профилактики тромбозов у пациентов с ЭкСК и ЭнСК [5].

Заключение: ЭкСК, вызванный приемом ГК, является серьезной медицинской проблемой. Оценка состояния больного затруднена из-за несовершенства трактовки симптомов СК. План лечения ГК, их формы, пути введения, дозу и длительность использования нужно определять для каждого больного индивидуально еще до начала терапии, а эффективность и переносимость терапии необходимо оценивать при каждом посещении врача. Обязательно лечение выраженных НР, индуцированных ГК. Стратегия ведения больного должна охватывать не только предупреждение НР, но и изменение образа жизни. Усилия ученых должны быть направлены на создание ГК с выраженным противовоспалительным действием и незначительными метаболическими эффектами.

Список литературы:

1. Andersen FA, Bergfeld WF, Belsito DV et al. Final amended safety assessment of hydroquinone as used in cosmetics. *Int J Toxicol.* 2010;29 Suppl 4:274S–87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177%2F1091581810385957>
2. Chrousos GP. Glucocorticoid therapy. In: Felig P, Frohman L, editors. *Endocrinology and Metabolism*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Incorporated; 2001. pp. 609–632.
3. Kh M. M., Nishanbaeva N. Y., Kasimova M. B. Psychosomatic relationships in atopic dermatitis // *International Journal of Education, Social Science & Humanities*. FARS Publishers, Impact factor (SJIF). – Т. 6. – С. 734-738.
4. Mirraximova M., Kh M. M., Nishanbaeva N. Y., Kasimova M. B. Psychosomatic relationships in atopic dermatitis // *International Journal of Education, Social Science & Humanities*. FARS Publishers, Impact factor (SJIF). – Т. 6. – С. 734-738. Nishonboeva N. Genining polimorfizmi atopik dermatitda // *Farg'ona davlat universiteti*. – 2023. – №. 1. – С. 137-137.
5. Mirraximova, M. X., and N. Yu Nishanbaeva. "Night of atopic dermatitis in children komorbid laboratory-immunological properties." *IMRAS* 6.6 (2023): 301-306.
6. Newell-Price J, Bertagna X, Grossman A, Nieman L. Cushing's syndrome. *Lancet*. 2006;367(9522):1605–17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736%2806%2968699-6>.
7. Pivonello R, de Martino MC, de Leo M et al. Cushing's syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008;37(1):135–49. ix. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ecl.2007.10.010>.
8. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. Класс: Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Доступ по ссылке: <http://www.mkb10.ru/> [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney MKB-10. Elektronnaya versiya. Klass: Bolezni endokrinnoy sistemy, rasstroystva pitaniya i narusheniya obmena veshchestv. Available from: <http://www.mkb10.ru/>]

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 4 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 4

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 4

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