



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. 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 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 GLYUKEMIK PROFILINING ANAMIYATI.....	19
3. Журакулова З.А. ПЕРВИЧНОЕ И ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	26
4. Холиков А.Ю., Урманова Ю.М. СВЯЗЬ ОПРОСНИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ WHOQOL-BREF С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	33
5. Хайдарова Ф. А., Каюмова Д.Т., Латипова М. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	39
6. Тураев Ф.Ф., Алиханова Н.М., Мусаханова Ч.Б., Назарова Н.С., Тахирова Ф.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М., Каюмова Д.Т., Айходжаева М.А., МаксUTOва 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.,
Тожибоев С.С.

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

КЛИНИЧЕСКАЯ, БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СТОПОЙ ШАРКО

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463535>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить клиническую, биохимическую и гормональную характеристику пациентов со стопой Шарко.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 200 пациентов с СД 2 с остеоартропатической формой СДС, пролеченные в отделении гнойных осложнений сахарного диабета РСНПМЦ Эндокринологии им. академика Туракулова Ё.Х. с 2019 по 2022 годы. Группу контроля составили лица с СД 2 типа без СДС и без стопы Шарко соответствующего возраста (20 чел).

Пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа – пациенты с острой стадией стопы Шарко при СД 2 типа – 50 больных, 2 группа - пациенты с подострой стадией стопы Шарко – 50 больных, 3 группа – пациенты с хронической стадией стопы Шарко – 50 больных, 4 группа – пациенты со стадией осложнений стопы Шарко – 50 больных

Результаты. Имелись достоверные нарушения показателей углеводного обмена во всех группах, что показывает состояние декомпенсации у этих пациентов. 34 (50,7%) пациентов с диабетическими язвами стопы имели тяжелый дефицит 25-гидроксивитамина D₃ с уровнями ниже 10 нг/мл.

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

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

Ключевые слова: стопа Шарко, биохимия, гормоны

ANNOTATION

The purpose of the study is to study the clinical, biochemical and hormonal characteristics of patients with of Charcot foot.

Material and research methods. The object of the study was 200 patients with DM 2 with an osteoarthropathic form of diabetic foot syndrome, treated in the department of foot complications of diabetes of the RSSPMC of Endocrinology named by Academician Turakulov Yo.Kh. from 2019 to

2022. The control group was compiled by persons with type 2 diabetes without SDS and without a Charcot of the corresponding age (20 people).

Patients were distributed to 4 groups: 1 group - patients with an acute stage of the Charcot foot at a 2 -type diagram - 50 patients, 2 groups - patients with a subacute stage of the Charcot foot - 50 patients, 3 groups - patients with a chronic stage of Charcot foot, 4, 4 group - patients with the stage of complications of the Charcot foot - 50 patients.

Results. There were reliable violations of carbohydrate metabolism in all groups, which shows the state of decompensation in these patients. 34 (50.7%) patients with diabetic ulcers had a severe deficiency of 25-hydroxyvitamin D 3 with levels below 10 ng/ml.

Only in 13% of patients, the level of 25-hydroxyvitamin D 3 exceeded 20 ng/ml. In addition, secondary hyperparathyroidism was found in 26 % of patients (in 3 and 4 groups of patients), and in 12.5 % of patients hypocalcemia was detected.

Conclusions. 1). Patients with diabetic foot syndrome, complicated by the foot of Charcot, are at high risk of deficiency of 25-hydroxyvitamin D3 and calcium. 2) secondary hyperparathyroidism was found in 26% of patients (in 3 and 4 groups of patients),

Keywords: Charcot foot, Biochemistry, Hormones

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi - Sharko tupigi bilan kasallangan bemorlarning klinik, biokimyoviy va gormonal xususiyatlarini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Tadqiqot ob'ekti qandli diabet 2 tur (QD 2) bilan 200 ta bemorni diabetic tupigi syndromining osteoartropatik shakli aniqlandi. Ushbu bemorlar UzSSV Akademik To'raqulov Yo.X nomidagi RIIAETM da diabetic tupigi syndrome bulimida 2019 yildan 2022 yilgacha kuzatildi. Nazorat guruhi 2 ta diabetga ega bo'lgan shaxslar tomonidan varaqasiz va tegishli yoshi (20 kishi) tomonidan tuzilgan.

Bemorlar 4 guruhga tarqatildi: Sharconing o'tkir bosqichi bo'lgan bemorlar - 50 ta guruh, 2 guruh - 50 ta guruh - a bilan kasallangan bemorlar - a bilan kasallangan bemorlar Xarzin orolining surunkali bosqichi, 4, 4 guruh - Aarcot asoratlari bosqichida - 50 bemor

Natijalar. Ushbu bemorlarda dekompensatsiya holatini ko'rsatadigan barcha guruhlarda uglevod metabolizmining ishonchli buzilishi juda muhim edi. 34 (50,7%) diabetik yaralar bilan og'rigan bemor 10 NG / ml dan past darajadagi 25 gidroktivitaminning og'ir tanqisligi bor edi.

Bemorlarning 13 foizida, 25 gidroktivitamin darajasi 20 NG / ml dan oshdi. Bundan tashqari, ikkilamchi giperparatsizidizm (3 va 4 ta bemorlarda bemorlarda) va bemor gipocalcemiyaning 12,5 foizida aniqlandi.

Xulosa. 1). Diabetik tupigi sindromi bo'lgan bemorlarda Sharko tupigi bulganda murakkab darajada, 25 gidroksitamin d3 va kaltsiy etishmovchiligi yuqori havfi uchraydi. 2) Ikkilamchi giperparatireoz 26% bemorlarda aniqlandi (3 va 4 guruhlarda),

Kalit so'zlar: Sharko topigi, biokimyo, gormonlar

Введение. Сахарный диабет 2 типа является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Экспертами ВОЗ это заболевание было признано неинфекционной эпидемией 20 века. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) занимает третье место среди не посредственных причин смерти, после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, поэтому вопросы, связанные с этим заболеванием, во многих странах решаются на государственном уровне [10].

До 47% госпитализаций больных СД 2 связано с поражениями стопы, при этом длительность пребывания больных в стационаре по поводу осложнений диабетической стопы превышает длительность госпитализации при любых других осложнениях СД [7].

Каждые 5 из 6 ампутаций, не связанных с травмой, производятся больным СД. [3]. По материалам Национальной комиссии США по диабету, количество больных СД, перенесших ампутацию нижних конечностей, колеблется от 5 до 15%, что в 20-40 раз больше, чем в общей популяции [2, 4]. При этом указывается, что своевременно начатое комплексное

хирургическое лечение больных СД позволяет избежать ампутаций нижних конечностей в 40-60% случаев [9, 15].

Стоимость ежегодной госпитализации больных СД, осложненной синдромом диабетической стопы (СДС), в 1991 г. в США оценивалась в 200 миллионов долларов [8, 11].

В последнее время в группу хронических осложнений сахарного диабета все чаще включают патологическое изменение костной ткани [5]. Убедительные данные свидетельствуют о том, что при сахарном диабете имеется тенденция к снижению костной массы и изменению микроархитектоники костной ткани. Патологическое снижение минеральной плотности костной ткани выявляется у 50% больных СД 1 типа [11]. Большинство исследователей считают, что остеопения, остеопороз у больных СД 1 типа носит диффузный характер.

СДС - комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, обусловленных диабетической нейропатией, ангиопатией, остео- и артропатией с развитием гнойно-некротических процессов. Заболевание развивается как позднее осложнение СД [1].

Однако, до настоящего времени сохраняются разногласия в отношении характера поражения костной ткани у больных СД 2 типа. По мнению Hlaing, T. T.. [12], в основе изменений костной ткани лежит разобщение процессов ремоделирования с преобладанием процессов резорбции. В то же время у больных СД, осложненным формированием стопы Шарко, наблюдается уплотнение костной ткани и развиваются патологические изменения, ведущие в последующем к образованию длительно не заживающих трофических язв [6].

Знания о диабетической нейроартропатии Шарко (ДКН) значительно расширились с тех пор, как это состояние было впервые описано в 1936 году Уильямом Райли Джорданом. Но, несмотря на достижения в диагностических подходах и вариантах лечения, делающих спасение СДС более жизнеспособным вариантом, необходимы постоянные и дополнительные исследования для определения окончательного патогенеза, который может помочь в профилактике этого состояния [13, 14, 15].

Все вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – изучить клиническую, биохимическую и гормональную характеристику пациентов со стопой Шарко.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 200 пациентов с СД 2 с остеоартропатической формой СДС, пролеченные в отделении гнойных осложнений сахарного диабета РСНПМЦ Эндокринологии им. академика Туракулова Ё.Х. с 2019 по 2022 годы. Группу контроля составили лица с СД 2 типа без СДС и без стопы Шарко соответствующего возраста (20 чел).

Пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа – пациенты с острой стадией стопы Шарко при СД 2 типа – 50 больных, 2 группа - пациенты с подострой стадией стопы Шарко – 50 больных, 3 группа – пациенты с хронической стадией стопы Шарко – 50 больных, 4 группа – пациенты со стадией осложнений стопы Шарко – 50 больных

Критерии включения: состояли из людей с сахарным диабетом 2 типа, которые обратились в РСНПМЦЭ МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова в отделение диабетической стопы в период с 2019 по 2022 год с различными формами стопы Шарко.

Критерии исключения включали пациентов с сахарным диабетом 1 типа, а также всех пациентов, у которых в анамнезе были острые нарушения мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, острая почечная недостаточность.

Все пациенты получали лечение в соответствии с протоколом остро диагностированного процесса Шарко с разгрузкой, включающей гипсовую повязку ниже колена, до нормализации клинической картины.

Общее ведение проводилось в соответствии с клиническим протоколом, как определено в Клиническом руководстве 10 Национального института клинического мастерства Великобритании (NICE) (2004 г.) [228],

В таблице .1 дано распределение больных по полу и возрасту. Как видно из таблицы .1, большая часть пациентов была в возрасте от 45 до 59 лет – 102 (51,0%), при этом число мужчин было больше: 129 (64,5%) мужчин и 71 (35,5%) женщин.

Все пациенты наблюдались не менее 2 лет. Исследование было рассмотрено руководящей группой, и, поскольку оно включало в себя стандартное исследование и последующее наблюдение в клинике диабетической стопы, и не было никакого дополнительного вмешательства в отношении пациентов, было сочтено, что оно не требует этического одобрения.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Число мужчин				Число женщин			
	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
30-44	-	2	-	-	-	-	-	-
45-59	14	17	15	12	11	12	7	14
60-74	14	13	22	19	10	6	6	5
75 и старше	1	-	-	-	-	-	-	-
Всего: n = 200	29	32	37	31	21	18	13	19

Пациентам была назначена этиопатогенетическая терапия, включая бисфосфонаты, препараты кальция и вит Д3

Методы исследования включали в себя: биохимические (билирубин, прямой, непрямой, липидный спектр, АЛТ, АСТ, ПТИ, коагулограмма, сахар крови, гликированный гемоглобин, мочевины, креатинин, СКФ, кальций, щелочная фосфатаза, паратгормон, витамин Д3, крови и инструментальные: ЭКГ, МРТ стоп, доплерография магистральных сосудов ног, УЗИ внутренних органов, ДЭХА, глазное дно.

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

Результаты и их обсуждение. В таблице 2 представлена клинико-лабораторная характеристика обследованных больных. Как видно из таблицы 2, достоверных различий показателей в группах не наблюдалось.

Таблица 2.

Клинико-лабораторная характеристика обследованных больных (n = 200).

Индекс	1-я группа (n = 50)	2-я группа (n = 50)	3-я группа (n = 50)	4-я группа (n = 50)
Возраст, лет	54 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	61 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	57 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	64 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272
Пол, ж/м	16/34	18/32	22/28	19/31
Длительность СД 2, лет	18 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	15	19 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	21
Дистальная диабетическая полинейропатия (n): Нет Да	0 27	18 25	0 27	18 25
Диабетическая ретинопатия (n):	3 11	9 13	3 11	9 13

Нет Непролифе ративный препролиф еративный пролифера тивный	5 8	14 7	5 8	14 7
Диабети ческая нефропати я, ХБП, стадия (n): C1 C2 C3a C3b	8 7 9 3	10 13 11 9	8 7 9 3	10 13 11 9
НbA1c , %	9,1 ±0,4	8,8 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±2,7	9,4 ±2,2	8,5 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±1,2
ЛПНП, моль/л	2,7 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,2	3,2 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,8	2,9 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,8	4,7 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,9
Гемоглоби н, г/л	131 ±10,5	137 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±22,6	133 ±11,6	135 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±10,1
Лейкоциты , 10 ⁹ /л	7,2 ±0,6	7,4 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±1,3	7,8 ±1,8	7,9 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±1,6
Общий сывороточ ный белок, г/л	73 ±9,2	72 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±9,8	74 ±10,2	77 ±9,9 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272
СОЭ, мм/ч	33,5 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±11,4	22,7 ±6,2	33,5 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	22,7
СКФ , мл/мин/1,7 3 м ²	67,5 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±9,4	75,0 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±11,7	67,5 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272	75,0 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272
Общий кальций, ммоль/л	2,31 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,7	2,39 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,9	2,42 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,4	2,44 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,9
Ионизиров анный кальций, ммоль/л	1,10 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,03	1,09 ±0,07	1,12 https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/11272 ±0,08	1,16 ±0,06

Примечания: группы были сопоставимы по перечисленным характеристикам ($p > 0,05$).

СД, сахарный диабет; ХБП, хроническая болезнь почек; HbA1c, гликированный гемоглобин; ЛПНП, холестерин липопротеинов низкой плотности; СКФ — скорость клубочковой фильтрации; СОЭ – скорость оседания эритроцитов; MDRD, Модификация диеты при заболеваниях почек.

Следующим шагом наших исследований было изучение показателей углеводного обмена (таблица 3).

Как видно из таблицы 3., имелись достоверные нарушения показателей углеводного обмена во всех группах, что показывает состояние декомпенсации у этих пациентов.

Таблица 3.

Сравнительная характеристика показателей углеводного обмена пациентов по группам

Показатель	1 группа	2 Группа	3 Группа	4 Группа	контроль
Гликемия натощак, Ммоль/л	9,21±4,29*	7,47±2,15*	8,12±2,23	11,2±3,14**	4,3±0,3
ПТТГ, ммоль/л	11,53±3,05*	9,11±3,33*	10,14±2,3*	10,1±2,12*	6,7±0,05
HbA1c, %	11,83±2,1**	9,38±1,4*	9,21±1,2*	12,8±1,21**	4,3±0,6

Примечание: ПТТГ – пероральный глюкозотолерантный тест; достоверность различий по группам в сравнении с контролем. При этом, * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Главной нашей задачей было изучение биохимических и гормональных показателей костного обмена в сравниваемых группах больных со стопой Шарко (таблица 4).

Таблица 4

Сравнительная характеристика биохимических и гормональных показателей пациентов по группам

Показатель	1 группа	2 Группа	3 Группа	4 Группа	контроль
Кальций, Ммоль/л	1,3±0,04*	1,2±0,08*	2,04±0,07	1,7±0,04*	2,25±0,03
ПТГ, пг/мл	71,3±9,7	72,8±10,7	104,6±12,9*	105,8±9,8*	76,7±12,3
Вит Дз, нг/мл	12,6±3,3**	11,2±4,2**	10,5±4,1**	11,3±4,8**	27,2±6,2

Примечание: ПТГ – паратгормон, достоверность различий по группам в сравнении с контролем. При этом, * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Как видно из таблицы 4, уровни 25-гидроксивитамина D₃ были ниже (12,6±3,3 нг/мл, $p < 0,001$, 11,2±4,2 нг/мл, $p < 0,001$, 10,5±4,1 нг/мл, $p < 0,001$, 11,3±4,8 нг/мл, $p < 0,001$) у больных всех 4 х групп (средний возраст 70±12 лет), чем в контрольной группе (27,2±6,2 нг/мл).

Следует отметить, что 34 (50,7%) пациентов с диабетическими язвами стопы имели тяжелый дефицит 25-гидроксивитамина D₃ с уровнями ниже 10 нг/мл.

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

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

Библиография

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

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

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

Тел: (+998-94) 404-0000