



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2

ISSUE 2

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 2

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ЭНДОКРИНОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

ЎЗБЕКИСТОН ЭНДОКРИНОЛОГЛАРИНИНГ II ХАЛҚАРО КОНГРЕССИ

II INTERNATIONAL CONGRESS OF ENDOCRINOLOGISTS OF UZBEKISTAN

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2022) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2022-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов
Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов
ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева
Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова
Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова
Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева
Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Ю. Урманова
Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова
С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова
Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова
Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева
Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова
Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов
Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

С. Исмаилов - Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, заведующий кафедрой эндокринологии с детской эндокринологией; д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “AAA”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзазаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Бартс и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

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

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

ОСНОВАТЕЛИ ИНСТИТУТА КРАЕВОЙ МЕДИЦИНЫ



Абдуллаев Хабиб
Мухамедович



Умидова Зульфия
Ибрагимовна



Аскаров Акбар
Аскарович



Исмаилов Насыр
Исмаилович



Масумов Садык
Алиевич

ДИРЕКТОРА НИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ



Туракулов Ёлкин
Холматович
1957-1958 и
1976-1997 гг.



Махкамов Гулям
Махкамович
1958-1966 гг.



Исламбеков Раджаб
Капланович
1967-1971 гг.



Зуфаров Камилджан
Ахмеджанович
1972-1973 гг.



Максумов Джалал
Насырович
1974 г.



Рахимов Нишан
Рахимович
1974-1975 гг.



Ильясов Шокасым
Шахизирович
1975-1976 гг.

ДИРЕКТОРА РСНПМЦЗ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА



Исмаилов Саид
Ибрагимович
1997-2015 гг.



Алимов Анвар
Валиевич
2016-2020 гг.



Тураев Феруз
Фатхуллаевич
с 2021 года

ИСТОРИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЭНДОКРИНОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА

Исполнилось 65 лет со дня основания Республиканского Специализированного научно-практического Медицинского Центра Эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова. К этой славной дате Центр подошел с выдающимися достижениями.

История Центра начинается с создания Института Краевой Медицины в 1957 году. Необходимость научной разработки медицинских проблем края была крайне важна не только с точки зрения интересов развития медицинской науки на уровне требований того времени, но в большей степени для решения насущных вопросов практического здравоохранения. Для решения этих задач необходимо было иметь достаточное число квалифицированных кадров по всем специальностям медицинской науки и практического здравоохранения, а также технически оснащённые научные лаборатории. Необходимо было также определить основные научные направления будущих исследований. В связи с этим возникла идея о создании такого научного учреждения в системе АН РУз. Инициатором выступил выдающийся учёный, организатор науки Республики, академик Х.М. Абдуллаев, президент АН Узбекистана в те годы. Идея горячо была поддержана первыми узбекскими профессорами-медиками, заведующими кафедрами ТашГосМИ А.А. Аскарным, З.И. Умидовой, Н.И. Исмаиловым, С.А. Масумовым и др.

Главной проблемой, стоящей перед медицинской наукой и практикой здравоохранения в те годы, была задача по ликвидации эндемического зоба, лечение и профилактика желудочно-кишечных заболеваний, авитаминозов, исследование особенностей водно-солевого обмена в условиях жаркого климата Средней Азии. Именно эти проблемы выдвигались в качестве основных научных направлений для будущего института. Президиум АН РУз при поддержке учёных-медиков обратился в Правительство республики с предложением организовать научно-исследовательский институт медицинского профиля в системе АН РУз.

Институт Краевой Медицины был создан постановлением Совета Министров Республики от 1 августа 1957 года. Директором института был назначен молодой, энергичный и талантливый учёный Ёлкин Холматович Туракулов. Благодаря эрудиции и научной интуиции Я.Х. Туракулова, в короткое время была сформирована структура института, включающая лаборатории фармакологии (руководитель доцент И.К. Камилов), физиологии (руководитель академик А.Ю. Юнусов), клинической фармакотерапии (руководитель доцент Н.С. Кельгинбаев), восточной медицины (доцент А. Ибрагимов), биохимии (доцент Ё.Х. Туракулов), желудочно-кишечной патологии (руководитель член-корреспондент АН РУз А.А. Аскарн), микробиологии, патоморфологии и др. Кроме того в состав института был передан Республиканский противозобный диспансер Министерства Здравоохранения. За короткое время эти лаборатории превратились в крупные научно-исследовательские центры не только в системе АН, но стали основой для развития кафедр и экспериментальных направлений в медицинских и биологических учебных заведениях.

Основоположником разработки проблемы борьбы с эндемическим зобом в Республике был профессор ТашМИ, хирург С.А. Масумов, и на базе его прежних исследований по эндемическому зобу в Ферганской долине создавалось учение о профилактике и ликвидации зоба путём обеспечения населения йодированной солью. Именно по его инициативе был

организован Республиканский противозобный диспансер, который составил основу зобного отделения при организации института Краевой Медицины. Изучение эпидемиологии йодной недостаточности и ликвидация эндемического зоба стало основным направлением нового института. Название института - Институт Краевой Медицины было определено исходя из задач по изучению болезней края, распространённых в те годы (эндемического зоба, болезней ЖКТ, авитаминозов). Но ввиду чрезвычайной актуальности эндемического зоба акцент был сделан на ликвидацию йодной недостаточности.

К концу 1957 года, Институт Краевой Медицины располагал восемью лабораториями: физиологии, фармакологии, биохимии, желудочно-кишечной патологии со стационаром, эндемического зоба с хирургическим отделением, патогистологии, бактериологии. В 1958 году под руководством крупного учёного, специалиста по гигиене питания проф. Махкамова Г.М. была создана лаборатория питания и экспериментальной патологии, которая начала вплотную заниматься особенностями приготовления восточных блюд, гигиеническими требованиями к составу питательных продуктов и технологии приготовления, витаминного обеспечения.

Главные достижения лаборатории биохимии, тиреоидной патологии, лаборатории и клиники зобного отделения в первые годы были связаны с изучением йодного обмена и они были достигнуты в большей степени благодаря широкому применению радиоактивного изотопа йода I131 для диагностических (радиойоддиагностика), лечебных (радиойодтерапия) и исследовательских целей. Институт Краевой медицины оказал неоценимую помощь многим институтам биологического отделения АН РУз, клиникам и кафедрам в подготовке специалистов, организации лаборатории радиоактивных изотопов.

В последующие годы Институт Краевой медицины МЗ РУз несмотря на расширение тематики, неоднократные переходы из системы АН РУз в систему здравоохранения и обратно, сохранил своё ведущее положение в роли научного центра по изучению обмена йода в организме и йоддефицитных состояний, применению радиоактивного йода в медицине не только в республике, но и в соседних центрально-азиатских странах. В период деятельности Института Краевой медицины происходил постоянно поиск новых направлений, они получали развитие, модифицировались. В их создании и развитии принимали участие талантливые энергичные зрелые учёные и они оставили свой незабываемый след в истории лабораторий и клинических отделений. Признанный терапевт-эндокринолог Эркин Гафурович Каюмов, который руководил терапевтическим направлением в клинике, начал первые исследования по сахарному диабету, был одним из первых докторантов Института и защитил докторскую диссертацию при консультации известного учёного, академика АМН, создателя школы диабетологов проф. Баранова В.Г.

Д.м.н., проф. Кельгинбаев Нияз Сулейманович создал лабораторию клинической фармакотерапии, в дальнейшем на базе которой была создана лаборатория диабетологии. Проф. Рахимов Нишан Рахимович, известный терапевт-гастроэнтеролог, руководивший длительный период созданным акад. А.А. Аскарковым отделением желудочно-кишечной патологии, был директором Института в 1974-1975 годы и обеспечил развитие гастроэнтерологического направления.

Ильясов Ш.Ш. - ученик проф. Масумова С. А., хирург-эндокринолог, провёл большую научную, эпидемиологическую работу по тиреоидной патологии. В 1975 году был директором Института.

Достижения в этих областях были достаточно значимыми и в 1964 году они были удостоены высшей научной награды того времени - Ленинской премии в области науки -

благодаря результатам клинико- биохимических исследований эндемического зоба, выполненных Ё.Х. Туракуловым, Р.К. Исламбековым. Первая книга, посвященная йодному обмену и тиреоидным гормонам была опубликована в 1960 году Ё.Х. Туракуловым, книга была издана на английском языке. Фактически она составила основное достижение исследований института по краевой патологии.

Создание Института Краевой Медицины АН Республики открыло новые огромные возможности для подготовки национальных кадров в области различных разделов медицины и биологии. Подготовка кадров осуществлялась не только в стенах лаборатории института, но и путем прикомандирования очных аспирантов и докторантов в ведущие научные центры бывшего Советского Союза.

Из Института Краевой Медицины в 1967 году выделился самостоятельно Институт Биохимии, затем Институт физиологии, целый ряд кафедр в медицинском, фармацевтическом институтах, в Ташкентском Государственном Университете. Через институт Краевой Медицины в биохимические исследования проникли новые методы биохимических, биофизических, цитологических исследований, радиоизотопно-гистохимический анализ, разные варианты хроматографии, электрофореза, люминесцентная и фазово-контрастная микроскопия.

Ведущие учёные Института принимали активное участие в международных научных конференциях, симпозиумах и конгрессах. Если до приобретения независимости Республикой участие сотрудников в Международных конференциях было спорадическим и редким, то последние десять лет дали огромный толчок для общения с ведущими специалистами всего мира. Наличие Интернета позволяет быть в гуще новейших достижений медицины. Налажены тесные связи с ведущими учеными России, США, Англии, Германии, Франции, Японии, Австралии и других стран.

В дальнейшем НИИ Эндокринологии руководил д.м.н., профессор Исмаилов Саидганихужа Ибрагимович (1997-2016 гг.), который продолжил работу своего учителя, наставника академика Ё.Х. Туракулова.

Последовательное и продуманное развитие и расширение клинических отделений, поликлиники, радиологического корпуса превратили Клинику Института Эндокринологии в квалифицированный научно-практический эндокринологический центр, получивший признание в Республике.

Развитие Клиники Института сопровождалось созданием материальной базы и оснащением отделений современной аппаратурой, подготовкой квалифицированных научных кадров, врачей-эндокринологов. В соответствии с новым статусом после преобразования Института Краевой Медицины в Институт Эндокринологии и полным освоением клинического корпуса расширился круг его обязанностей, уровень, объём и глубина диагностической, лечебной, профилактической работы, созданы новые лаборатории, клинические отделения.

На основании Указа Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года № УП-3923 и Постановления Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года № ПП-700 НИИ Эндокринологии МЗ РУз реорганизован в Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз.

Основные направления деятельности Центра

- изучение распространенности, особенностей течения, лечения и профилактики основных эндокринных заболеваний в Узбекистане;

- разработка научно обоснованных методов организации эндокринологической службы республики;
- изучение механизмов действия гормонов, гормональной регуляции метаболизма.
- расширение и укрепление международного сотрудничества с ведущими зарубежными медицинскими учреждениями в области эндокринологии, обеспечение широкого обмена накопленным опытом, информацией, а также специалистами.

С 2016 года директором Центра был назначен профессор Алимов Анвар Валиевич. Им проделана огромная работа по развитию эндокринологической службы Республики.

На основании Постановления Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 и Постановления Кабинета Министров от 14 октября 2017 года № 826 РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз присвоено имя основателя эндокринологии в Республики, выдающегося ученого академика Ё.Х. Туракулова.

Было утверждено Постановление Президента Республики Узбекистан от 19 апреля 2019г ПП-4295, где наряду с улучшением материально-технической базы и расширением спектра услуг Центра, было уделено особое внимание региональным эндокринологическим диспансерам Республики.

Основными целями Программы явилось улучшение медицинской и социальной помощи больным с эндокринной патологией, путем совершенствования законодательства, регулирующего действия органов здравоохранения, местных властей, государственных и негосударственных организаций с целью достаточного финансирования в решении проблем эндокринных заболеваний, а также улучшение состояния здоровья эндокринных больных, качества жизни, снижения числа осложнений.

Вертикаль эндокринологической службы позволила обеспечить оказание высокотехнологичной эндокринной помощи не только жителям г.Ташкента, но и гражданам самых отдаленных регионов Республики, а также оказывать непрерывную организационно-методическую помощь врачам в регионах.

С 2021 года директором РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х. Туракулова является д.м.н. Тураев Феруз Фатхуллаевич (кардиохирург).

За 65 лет существования НИИ, затем Центром подготовлены более 250 кандидатов и 60 докторов наук, опубликованы монографии, сборники, методические рекомендации, научно-популярные медицинские издания, научные статьи в отечественных и зарубежных журналах.

Сегодня сотрудники работают с полной отдачей сил и энергией по выполнению задач, поставленных перед Центром, стремятся повышению эффективности эндокринологической помощи больным в свете реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения.

Дело Туракулова Ёлкин Холматовича продолжают его ученики и последователи.

**Директор РСНПМЦЭ д.м.н.
Ф.Ф. Тураев**

**Заведующая организационно-методическим отделом к.м.н.
Д.М. Бердикулова**

1. Джураева А.Ш., Бадридинова Б. К. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	13
2. Badritdinova M.N., Rizayeva M.A. 2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI OLIH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA 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 TRANSSPHEOIDAL PITUITARYADENOECTOMY.....	244



Урманова Ю.М.,
Миртухтаева М.Б.

Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463613>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить эффективность сандостатина –Лар в лечении гигантских аденом гипофиза.

Материал и методы исследования. Нами были изучены данные 3х Центров г Ташкента (РСНПМЦ Эндокринологии, Научный Центр Нейрохирургии и Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи МЗ РУз), согласно которым за 3 года (период 2015-2017 гг) было стационарно в них пролечено 68 больных с гигантскими аденомами гипофиза различной этиологии (из них мужчины – 43, женщины -25). Средний возраст: мужчин составил 37,12 лет, женщин - 38, 15 лет Давность заболевания колебалась в пределах от 2 мес до 25 лет.

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов), 2) инструментальные (периметрия на все цвета, глазное дно, острота зрения, 3) ЭКГ, КТ/МРТ турецкого седла и надпочечников, 4)УЗИ внутренних и половых органов и др.), 5) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол (РИА-исследования сыворотки крови проводились на счетчиках «Gamma-12» и «Strantg 300»). Кроме того, послеоперационный материал подвергался гистологической диагностике в РСНПМЦ Э МЗРУз имени акад. Ё.Х. Туракулова (кабинет гистологии).

Результаты. у 10 пациентов, получавших терапию Сандостатин Лар наблюдается стабильное сохранение средних размеров гипофиза. В то время как во 2 группе – без Сандостатина Лар- наблюдается тенденция к росту опухоли ($p<0,05$)

Выводы. Пациентам с гигантскими неактивными аденомами гипофиза в послеоперационном периоде необходимо с целью профилактики рецидива роста и дальнейшей инвазии рекомендовать назначение Сандостатин-Лар в течение 3-6-12 мес для стабилизации процесса.

Ключевые слова: НАГ, гигантские аденомы гипофиза, лечение сандостатином-лар

ANNOTATION

The purpose of the study is to study the effectiveness of Sandostatin – Lar in the treatment of giant pituitary adenoma.

Material and research methods. We studied the data of the 3x centers of Tashkent (RSSPMC Endocrinology, the Scientific Center for Neurosurgery and the Scientific Center for Emergency Medical Assistance of the PHM RUZ), according to which 68 patients with giant adenomas of the pituitary gland of various etiologies were spent in them for 3 years (2015-2017). (Of these, men are 43, women -25). Average age: men amounted to 37.12 years, women - 38, 15 years the statute of limitations ranged from 2 months to 25 years.

Research methods included: 1) general clinical (study of endocrine, neurological statuses), 2) instrumental (perimetry for all colors, eye bottom, visual acuity, 3) ECG, CT/MRI of the Turkish saddle and adrenal glands, 4) ultrasound of the internal and genitals, etc.), 5) hormonal blood tests (STH, IGF-1, LH, FSH, PRL, TSH, ACTH, prolactin, testosterone, estradiol, progesterone, cortisol (RIA serums of blood were carried out on the meters of "Gamma -12 "and" Strantg 300 "). In addition, postoperative material was subjected to histological diagnosis in the RSSPMC E PHM RUZ named after Acad. Y.H. Turakulov (histology cabinet).

Results. 10 patients who received the therapy of Sandostatin Lar have a stable preservation of the medium size of the pituitary gland. While in the 2nd group- without Sandostatin Lar- there is a tendency to growth of the tumor ($p < 0.05$)

Conclusions. Patients with giant inactive pituitary adenomas in the postoperative period should in order to prevent the growth of growth and further invasion to recommend the purpose of Sandostatin Lar for 3-6-12 months to stabilize the process.

Keywords: NFPA, giant pituitary adenomas, treatment with Sandostatin Lar

ANNOTACIYA

Tadqiqotning maqsadi - qumostatinning samaradorligini o'rganish, u bahaybat azomani davolashda.

Material va tadqiqot usullari. Biz 3X markazlari ma'lumotlarini (RSNIPMC Endokrinologiya markazi, neyroxirurgiya ilmiy markazi, ilmiy markazi, ilmiy markazi ilmiy markazi) shundan iboratki, shunga ko'ra, turli etikalarning gipofiz bezining gipofiz bezining gipenofiy bezi bo'lgan azoomlari o'tkazildi Ularda 3 yil (2015-2017 yillar). (Bularning erkaklari 43, ayollar -25). O'rtacha yosh: erkaklar 37.12 yilni tashkil etdi, ayollar - 38, 15 yil 2 oydan 25 yilgacha cheklovlar.

Tadqiqot usullari quyidagilarni o'z ichiga olgan: 1) umumiy klinik (endokrin, nevrologik holatlar, ko'zning pastki qismlari, ko'zning pastki qismi, ko'zning pastki qismlari uchun) turkchalar, 4 ta turkcha bezlari, 4) ultratovush Ichki va jinsiy a'zolar va boshqalar.) Gormonal qon testlari (StG-1, FSG, Estradiol, progesteron, Cortizol (RIA zarbasi) "Gamma -12" va "Strang 300" metrlari)

Natijalar. Sandostatinni terapiyani olgan 10 nafar bemor gimuitar bezning o'rtacha hajmini barqaror saqlashga ega. 2-guruhda - Saudistatine bo'lmaganda, o'smaning o'sishi tendentsiyasi mavjud ($p < 0.05$)

Xulosa. Operatsiyadan keyingi davrda ulkan nafaol bo'lmagan gipofiz adenomasi bo'lgan bemorlar o'sish va boshqa bosqinchilikning o'sishining oldini olish uchun, bu jarayonni barqarorlashtirish uchun 3-6-12 oy davomida qumostatinning maqsadini tavsiya qilishlari kerak.

Kalit so'zlar: nag, ulkan gipofiv adenoma, qumostatin bilan davolash

Введение. Неактивные аденомы гипофиза (НАГ) представляют собой доброкачественные опухоли гипофиза, возникающие из аденогипофизарных клеток, что составляет одну треть всех аденом гипофиза. Основываясь на экспрессии гормонов передней доли гипофиза и специфичных для гипофиза транскрипционных факторов, в группе НАГ преобладают гонадотрофные опухоли, за ними следует кортикотрофный тип; однако могут быть идентифицированы другие, менее распространенные типы нефункционирующих опухолей. Оценка пролиферации опухолевых клеток важна для выявления «аденом высокого

риска». Несколько подтипов нефункционирующих опухолей относятся к категории потенциально агрессивных опухолей, не зависящих от скорости пролиферации клеток (рис.1).

Термин «молчащая аденома гипофиза» (МАГ) относится к опухолям, которые экспрессируют один или несколько гормонов передней доли гипофиза или их факторы транскрипции с помощью иммуногистохимии (ИГХ), но не секретируют гормоны на клинически значимом уровне [11 - 13]. . Определение нуль-клеточной аденомы ограничивается чрезвычайно редкой первичной опухолью аденогипофиза, которая является гормоноотрицательной с иммуногистохимией и не экспрессирует какие-либо факторы транскрипции гипофиза. Таким образом, диагноз клинически определенного НАГ можно преобразовать в молчащие аденомы гипофиза (МАГ), если учитывать клинические признаки нефункционирующего поражения и патологические признаки, указывающие на положительное окрашивание гормонов или факторов транскрипции (рис.2)

Клиническая картина аденом гипофиза отражает континуум между функциональными аденомами и «полностью молчащими» аденомами. [9]. . Фраза «полностью бессимптомная» аденома была предложена для случая, когда базальные и стимулированные концентрации соответствующих гормонов в сыворотке не указывают на избыточную секрецию гормонов и отсутствуют клинические признаки или симптомы, которые можно отнести к избытку гормонов [10].

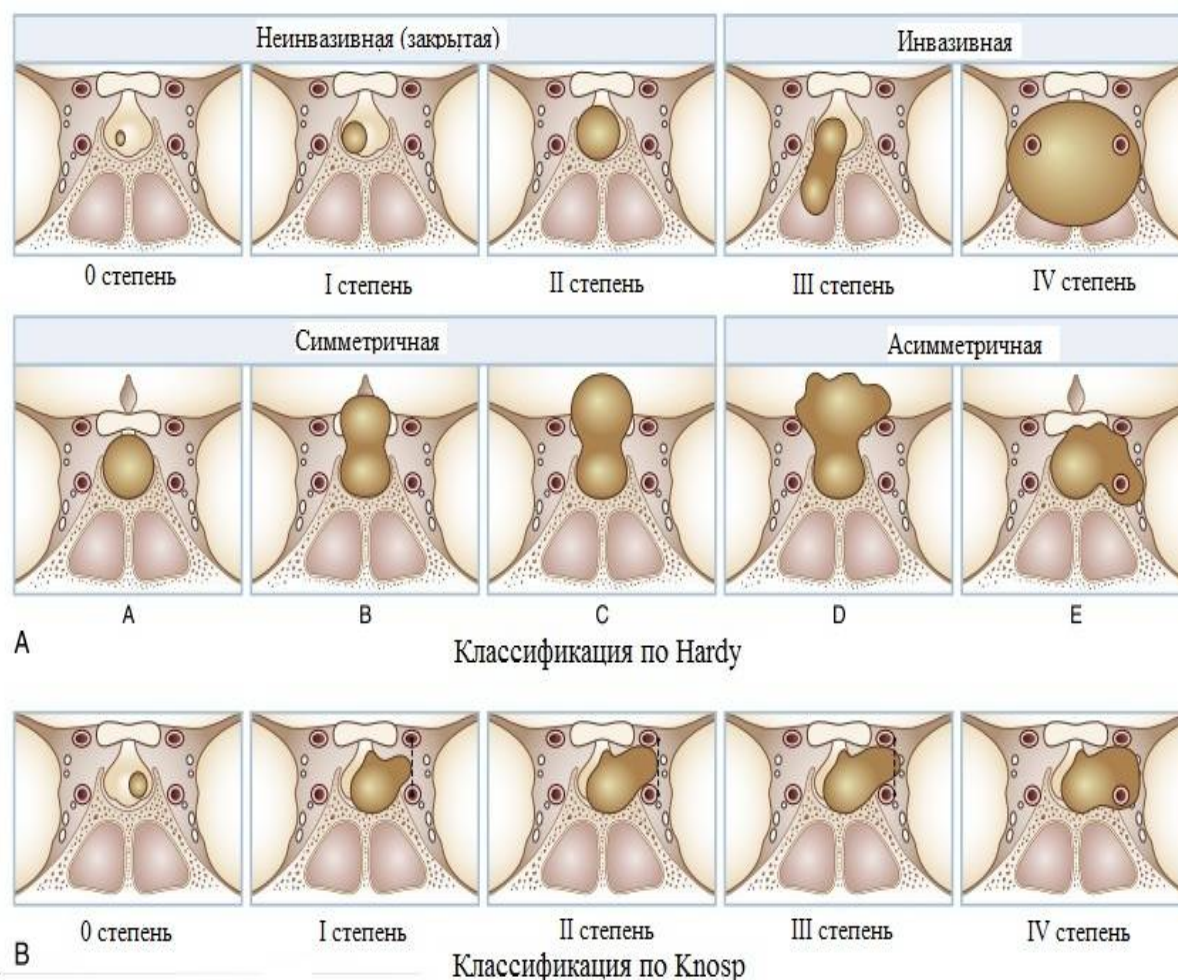


Рис. 1. Схема классификации инвазивного роста опухоли гипофиза по Hardy, по Knosp (Williams Textbook of Endocrinology, 12 Edition, 1812 pg)

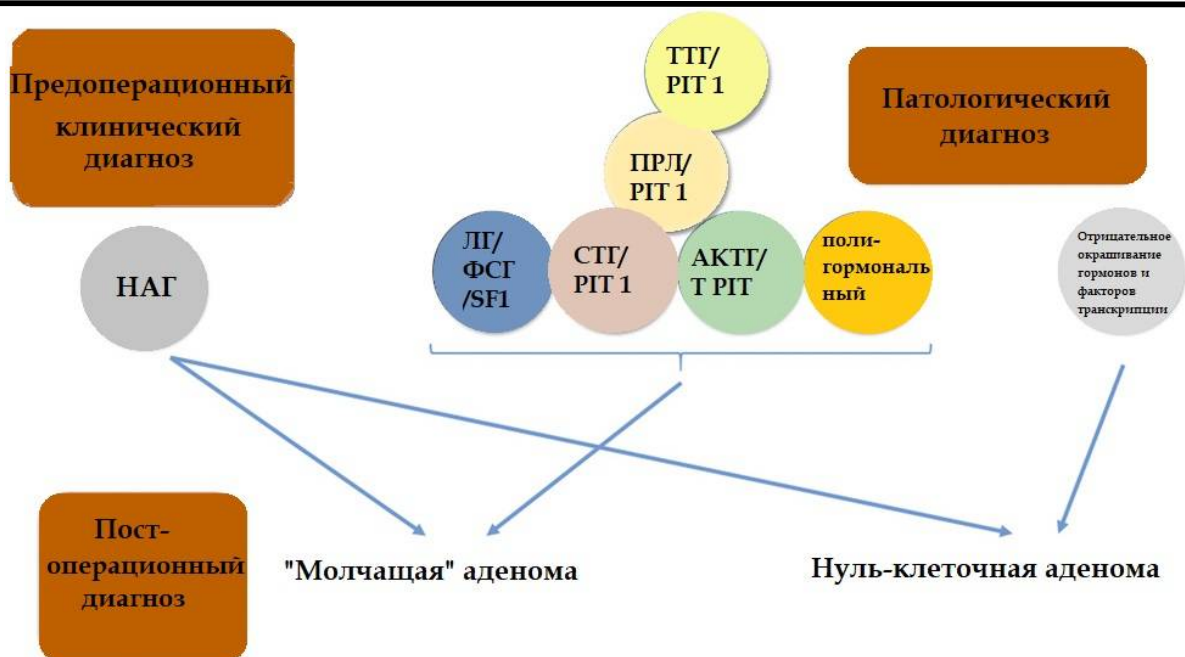


Рис. 2. «Безмолвная» аденома гипофиза — это диагноз, который можно установить, объединив клинические данные (клинически нефункционирующая аденома) и гистопатологические данные (иммуноокрашивание на гормоны и факторы транскрипции).

Клинически проявляющиеся НАГ обычно, хотя и не всегда, представляют собой макроаденомы, и у пациентов часто проявляются симптомы, связанные с масс-эффектами, такие как головная боль, нарушения зрения и/или дисфункция черепных нервов [3,4]. Эти опухоли могут также попадать в поле зрения врача как случайная находка, когда МРТ проводится по несвязанным признакам и симптомам [7] или, реже, как следствие гормонального дефицита передней доли гипофиза или гиперпролактинемии из-за компрессии ножки гипофиза [5,6]. Недавно были опубликованы рекомендации по управлению случайными НАГ [7]. НАГ также могут проявляться в виде синоназальных или носоглоточных опухолей без контакта с турецким седлом. В таких случаях их следует дифференцировать от других типов опухолей, встречающихся в этой области, таких как первичные или метастатические нейроэндокринные опухоли или обонятельные нейробластомы [8].

Вопрос, который необходимо решить, заключается в том, изменится ли, и если да, то каким образом, лечение МАГ при точном патологическом диагнозе. На сегодняшний день в нескольких исследованиях сообщается о результатах лечения с учетом полного профиля гормонов гипофиза и факторов транскрипции, потому что окрашивание иммуногистохимии (ИГХ) для факторов транскрипции, регулирующих развитие гипофиза, еще не является широко доступным, и большинство лабораторий патологии все еще полагаются исключительно на окрашивание гормонов гипофиза и, часто, бывает неполная панель. Тем не менее, определение аденом гипофиза в соответствии с их профилями гормонов гипофиза и факторов транскрипции потенциально может помочь в прогнозировании течения заболевания и ответа на дополнительные методы лечения.

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность данного направления

В связи с этим нами была сформулирована следующая цель исследовательской работы.

Цель исследования – изучить эффективность сандостатина – Лар в лечении гигантских аденом гипофиза.

Материал и методы исследования. Нами были изучены данные 3х Центров г Ташкента (РСНПМЦ Эндокринологии, Научный Центр Нейрохирургии и Научный Центр Экстренной

Медицинской Помощи МЗ РУз), согласно которым за 3 года (период 2015-2017 гг) было стационарно в них пролечено 68 больных с гигантскими аденомами гипофиза различной этиологии (из них мужчины – 43, женщины -25). Средний возраст: мужчин составил 37,12 лет, женщин - 38, 15 лет Давность заболевания колебалась в пределах от 2 мес до 25 лет.

В своем исследовании мы опирались на классификацию Kurokawa Y., (1998) , который гигантскими считает опухоли соответственно более 30 мм и 40 мм.

Всего было выполнено 60 ТАГ (трансназальная аденомэктомия гипофиза) в трех Центрах г. Ташкента (к.м.н. Акбутаевым А.М., проф. Махкамов К.И., роф. Майклом Поуэллом из Великобритании) . Повторные операции на гипофизе были выполнены 5 больным (7,3%) Лучевую терапию получили 5 (7,4%) больных и 1 – химиотерапию (1,5%).

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов), 2) инструментальные (периметрия на все цвета, глазное дно, острота зрения, 3) ЭКГ, КТ/МРТ турецкого седла и надпочечников, 4)УЗИ внутренних и половых органов и др.), 5) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол (РИА-исследования сыворотки крови проводились на счетчиках «Gamma-12» и «Strantg 300»). Кроме того, постоперационный материал подвергался гистологической диагностике в РСНПМЦ Э МЗРУз имени акад. Ё.Х. Туракулова (кабинет гистологии).

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA_6. Вычислялись средняя арифметическая (М), стандартное отклонение среднеарифметической или ошибка средней арифметической из всех n повторностей (m). Достоверность различий в уровне между группами оценивалась по величине доверительного интервала и критерия Стьюдента (р). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение. В таблице 1 дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Число мужчин	Число женщин
13 лет-15 лет	-	-
16 – 29	11	9
30-44	14	7
45-59	13	7
60-74	5	2
75 и старше	-	-
Всего: n = 68	43	25

В таблице 2 дано распределение больных по характеру образования sellarной области и полученному виду лечения.

Таблица 2.

Распределение больных по характеру образования sellarной области и полученному виду лечения.

Диагноз заболевания	Число больных	ТАГ	ЛТ
НАГ	68*****!!!	37 (((((	2

Примечание: НАГ – неактивная аденома гипофиза, ТАГ – трансназальная аденомэктомия гипофиза, *- рецидив роста! – кровоизлияние в строуму, (- повторная

операция, ЛТ - число больных, получивших лучевую терапию, ХТ - химиотерапия, КТ – комбинированная терапия

Как видно из таблицы 2, что кровоизлияние в строму гипофиза встречалось в 6 (8,9%) наблюдениях и из них преобладало у больных с НАГ – 3 случая (4,4%). Рецидив роста опухоли после ТАГ встречался у 15 пациентов из 67 (22,4%), при этом чаще всего при НАГ – 6 случаев из 15 ти (40%).

В таблице 3 представлена частота различных нейроэндокринных нарушений у обследованных больных.

Таблица 3.
Частота нейроэндокринных нарушений у больных.

Нейроэндокринные нарушения	68 больных	
	N	%
Вторичный гипотиреоз	5	7,3
Вторичный гипогонадизм	3	4,4
Гиперпролактинемия	4	5,8
Вторичный гипокортицизм	2	2,9
НД постоперационный	2	2,9
Изолированный ДГР	1	1,5
Гипопитуитаризм (ГР,ЛГ,ФСГ)	8	11,9
Пангипопитуитаризм постоперационный	59	86,7
Пангипопитуитаризм дооперационный	32	47,0
Вторичная остеопения	3	16,6
Амавроз	9	13,6
Вторичная аменорея	27	38,3
Гемианопсия битемпоральная	41	60,2
Галлюцинации	1	1,5
Ишемический инсульт	9	13,6
Галакторея	1	1,5
Отсутствие обоняния	1	1,5
Эндокринная энцефалопатия	4	5,8
См Бабинского	10	14,7
Ожирение	11	15,5
ЗФПР	2	2,9

Примечание: НД – несahарный диабет, ДГР – дефицит гормона роста

Как видно из таблицы 3, было выявлено, что наиболее часто встречался пангипопитуитаризм - у 32 из 68 пациентов (47,0%), постоперационный пангипопитуитаризм встречался - у 59 из 68 пациентов (86,7%). Битемпоральная гемианопсия также с большей частотой наблюдалась в 41 наблюдении из 68 (60,2%). Кроме того, вторичная аменорея в 27 случаях (33,3%). Таким образом, имел место полиморфизм симптомов.

Наиболее выраженные нарушения со стороны неврологического статуса - эндокринная энцефалопатия, галлюцинации (1 случай), неадекватное состояние (1 случай), амавроз (9

случаев), ишемический инсульт (2 случая), патологические рефлексy, нарушение мышечного тонуса – снижение – наблюдались у 5 больных при прорастании опухоли в отделы мозга – переднюю, среднюю или заднюю черепную ямку, при росте опухоли в желудочки мозга и оба кавернозных синуса.

Наиболее выраженные нарушения полей зрения в виде битемпоральной гемианопсии отмечались у больных с эндо-супраселлярным ростом – 28 случаев (41,2%), при тотальном варианте роста – 26 случаев (38,2%).

В таблице 4 дано среднее значение базальных уровней гормонов плазмы.

Таблица 4.

Среднее значение гормонов плазмы у исследуемых больных (n=68)

Гормоны	среднее значение	P	Контроль	Норма
ЛГ	1, 53 ±0,03	<0,05	12,3±2,1	8,7 МЕ/Л (6,0-12,0)
ФСГ	0,94 ±0,04	<0,05	8,2±0,3	6,1 МЕ/Л (1,0-8,0)
Пролактин	17,18 ±0,7	<0,05	5,3±0,5	5,7 нг/мл
АКТГ	30,7 ±7,9	>0,5	44,3±9,3	До 50 пг/мл
ИФР-1	45,3 ±12,3	<0,05	564,1±23,1	134 – 836 нг/мл у взрослых
СТГ	0,08 ±0,01	<0,05	3,1±0,4	2-5 нг/мл
Свободный тироксин	102, 6 ±16,3	>0,5	112,9±13,6	60-160 нмоль/л
Кортизол	180,2 ±22,1	< 0,5	673,9±24,6	норма утро 260-720 нмоль/л
Св тестостерон	1, 53 ±0,03	<0,05	12,3±2,1	8.69-54.69 нг/мл

Примечание. P – достоверность различий по сравнению с группой контроля

Наиболее достоверное снижение средних значений базальных уровней тропных гормонов плазмы – СТГ, ЛГ, ФСГ, АКТГ – было зафиксировано у пациентов с пангипопитуитаризмом - 32 случая (p < 0,01).

Кроме того, именно у пациентов также достоверно были снижены уровни кортизола, в то время как у остальных больных кортизол плазмы был в среднем в пределах нормы.

В таблице 5 дано сравнение клинических симптомов в зависимости от характера роста опухоли.

Таблица 5.

Сравнение клинических симптомов в зависимости от характера роста опухоли (n=68) абс (%)

Нарушения	Тотальный рост опухоли N=26	Супраселлярный рост опухоли N=28	Ретро-селлярный N=9	Прорастание в мозг N=5
Битемпоральная гемианопсия	20 (79,9%)	25 (89,3%)	-	-
Амавроз	6 (23%)	3 (10,7%)	-	-

Диэнцефально - стволовая симптоматика	13 (50%)	-	9(100%)	5 (100%)
Нейроэндокрин- ные нарушения	26 (100%)	26 (92,8%)	-	1 (20%)
Общемозговые симптомы	-	-	-	5 (100%)
Поражение ЧМН	15 (57,6%)	-	9(100%)	-
Симптомы орального автоматизма	12 (46,1%)	-	7 (77,8%)	5 (100%)

Примечание. ЧМН – черепно-мозговые нервы

Как видно из таблицы 5, сравнительная характеристика больных показала, что у больных с гигантскими аденомами гипофиза отмечались выраженные нейроэндокринные, неврологические и офтальмологические нарушения. Так, нейроэндокринные (ДГР, пангипопитуитаризм, гипопитуитаризм, бесплодие, вторичная аменорея), офтальмологические (БГ, амавроз и др.) были характерны для тотального роста опухоли и супраселлярного роста. Диэнцефально-стволовые нарушения (пирамидная симптоматика, снижение рефлексов и мышечного тонуса диффузно) наблюдались у пациентов с тотальным вариантом роста, с ретроселлярным ростом и при прорастании в головной мозг. У больных с гигантскими аденомами гипофиза в первую очередь отмечается снижение уровня СТГ, ФСГ, ЛГ, АКТГ (47%), то есть пангипопитуитаризм на фоне общемозговых и ствловых симптомов.

Следует подчеркнуть, что в целом у пациентов имело место снижение средних значений тропных гормонов гипофиза.

Следующим этапом наших исследований было изучить эффективность Сандостатин-Лар у пациентов с макро- и гигантскими неактивными аденомами гипофиза после трансназальной аденомэктомии гипофиза (ТАГ) в сравнении с аналогичной группой, не получавших консервативной терапии после ТАГ.

Из этих пациентов мы выбрали 20 больных (13 мужчин и 7 женщин) с неактивными аденомами гипофиза (НАГ). 1 подгруппа пациентов получала Сандостатин –Лар 20 мг однократно в 4 недели, внутримышечно, 3-6 мес. 2 подгруппа такого лечения не получала.

В таблице 6 дан клинический статус пациентов с НАГ, подвергнутых ТАГ, на 3 месячной терапии Сандостатин-Лар и без него. Как видно из таблицы 8, исходные данные были аналогичными

Таблица 6.

**Клинический статус пациентов с НАГ с Сандостатин-Лар и без него
До лечения.**

Пациенты с Сандостатин-Лар		Пациенты без Сандостатин-Лар	
Показатель	M±SD (min-max)	Показатель	M±SD (min-max)
Число пациентов	10	Число пациентов	10
Пол (муж/жен)	7/3	Пол (муж/жен)	6/4
Средний возраст, лет	45,8 ±3,8/43,2 ±4,3	Средний возраст, лет	44,8 ±2,9/42,4 ±3,2
Размер гипофиза после ТАГ	2,5 x 2,0 x 1.8 см	Размер гипофиза после ТАГ	2,4 x 2,1 x 1.7 см

В таблице 7 показана динамика показателей МРТ гипофиза и гормональных данных 10 больных без ДГР через 6 мес наблюдения

Таблица 7.

**Динамика показателей пациентов с НАГ с Сандостатин-Лар и без него
Через 3-6 месяцев после лечения.**

Число больных	Размер гипофиза после ТАГ	Размер гипофиза после ТАГ через 3 мес	Размер гипофиза после ТАГ через 6 мес	СТГ Крови после ТАГ	СТГ после ТАГ через 3 мес	СТГ после ТАГ через 6 мес	ИФР-1 после ТАГ через 3 мес	ИФР-1 после ТАГ через 6 мес
пациенты с НАГ с Сандостатин-Лар (n= 10)	2,5 x 2,0 x 1.8 см	2,4 x 2,0 x 1.7 см	2,3 x 1,9 x 1.8 см	1,1±0,4	1,4±0,2	1,4±0,2	254,8±12,2	267,6±11,2
Контроль (n= 10)	2,4 x 2,1 x 1.7 см	2,6 x 2,5 x 1.8 см	2,9 x 2,7 x 1.9 см	1,2±0,06	1,3±0,07	1,2±0,04	312±8,9	312±8,9
Норма	1.0x1.0x1.0			2-5нг/мл			200-400нг/мл	
P	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p – достоверность различий в сравнении с нормой

Как видно из данных, представленных в таблице 7, у 10 пациентов, получавших терапию Сандостатин Лар наблюдается стабильное сохранение средних размеров гипофиза. В то время как во 2 группе – без Сандостатина Лар- наблюдается тенденция к росту опухоли ($p<0,05$)

По данным литературы, антипролиферативные и антисекреторные эффекты соматостатина опосредованы связыванием с 5 различными подтипами рецепторов соматостатина (SSTR). Они широко экспрессируются на НАГ, в частности, SSTR3 является наиболее распространенным подтипом, за которым следует SSTR2 [10]. По этой причине лиганды соматостатиновых рецепторов (SRL), такие как октреотид и ланреотид, изучались и использовались в течение последних 3 десятилетий для лечения пациентов с НАГ. Октреотид LAR продемонстрировал стабильность послеоперационных остатков опухоли у 81% пациентов с НАГ, при этом оказав ограниченное влияние на уменьшение размера опухоли и не влияя на дефицит полей зрения или функции гипофиза [11]. В другом исследовании пациентов с НАГ, не излеченных хирургическим путем, сообщалось об улучшении дефектов полей зрения при использовании высоких доз октреотида (1200 мкг/сут) в течение 3–6 месяцев у 3 из 4 пациентов без каких-либо значительных изменений в объеме остатка опухоли [12]. Аналогичные данные были получены в другом исследовании, которое показало 50% улучшение дефектов поля зрения при отсутствии изменения объема опухоли после 1 месяца подкожного лечения октреотидом [13]. Результаты более длительного наблюдения с терапией октреотидом до 12 месяцев у пациентов с НАГ показали значительное увеличение объема опухоли только у 2 из 9 пациентов (22%).

Заключение. Полученные нами результаты показали, что у всех пациентов с гигантскими аденомами гипофиза отмечаются той или иной степени выраженности нейроэндокринные нарушения, усугубляясь по мере роста опухоли гипофиза. Характер нарушений имеет ряд специфических (БГ, скотомы, гипопитуитаризм, поражение черепно-мозговых нервов) и неспецифических симптомов (пирамидная симптоматика, диффузное снижение мышечного тонуса, рефлексов) в зависимости от стороны роста, размеров опухоли. Наиболее выраженные нейроэндокринные, неврологические и офтальмологические нарушения наблюдались у пациентов с тотальным вариантом роста.

Выводы. Пациентам с гигантскими неактивными аденомами гипофиза в послеоперационном периоде необходимо с целью профилактики рецидива роста и дальнейшей

инвазии рекомендовать назначение Сандостатин-Лар в течение 3-6-12 мес для стабилизации процесса.

Библиография.

1. Borson-Chazot F, Houzard C, Ajzenberg C, et al. Somatostatin receptor imaging in somatotroph and non-functioning pituitary adenomas: correlation with hormonal and visual responses to octreotide. // Clin Endocrinol (Oxf). 1997;47:589-598.
2. De Bruin T, Kwekkeboom D, Van't Verlaat J, et al. Clinically nonfunctioning pituitary adenoma and octreotide response to long term high dose treatment and studies in vitro. // J Clin Endocrinol Metab. 1992;75:1310-1317.
3. Chen L, White WL, Spetzler RF, Xu B. A prospective study of nonfunctioning pituitary adenomas: presentation, management, and clinical outcome. // J Neurooncol. 2011;102(1):129-138.
4. Ferrante E, Ferraroni M, Castrignanò T, Menicatti L, Anagni M, Reimondo G, Del Monte P, Bernasconi D, Loli P, Faustini-Fustini M, Borretta G, Terzolo M, Losa M, Morabito A, Spada A, Beck-Peccoz P, Lania AG. Non-functioning pituitary adenoma database: a useful resource to improve the clinical management of pituitary tumors. // Eur J Endocrinol. 2006;155(6):823-829.
5. Freda PU, Beckers AM, Katznelson L, Molitch ME, Montori VM, Post KD, Vance ML, Endocrine S; Endocrine Society . Pituitary incidentaloma: an Endocrine Society clinical practice guideline. // J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(4):894-904.
6. Fusco A, Giampietro A, Bianchi A, et al. Treatment with octreotide LAR in clinically non-functioning pituitary adenoma: results from a case-control study. // Pituitary. 2012;15:571-578.
7. Hyrcza MD, Ezzat S, Mete O, Asa SL. Pituitary adenomas presenting as sinonasal or nasopharyngeal masses: a case series illustrating potential diagnostic pitfalls. // Am J Surg Pathol. 2017;41(4):525-534
8. Karavitaki N, Collison K, Halliday J, Byrne JV, Price P, Cudlip S, Wass JA. What is the natural history of nonoperated nonfunctioning pituitary adenomas? // Clin Endocrinol (Oxf). 2007;67(6):938-943.
9. Korbonits M, Carlsen E. Recent clinical and pathophysiological advances in non-functioning pituitary adenomas. Horm Res. 2009;71(Suppl 2):123-130.
10. Mayson SE, Snyder PJ. Silent (clinically nonfunctioning) pituitary adenomas. // J Neurooncol. 2014;117(3):429-436.
11. Nishioka H, Inoshita N, Mete O, Asa SL, Hayashi K, Takeshita A, Fukuhara N, Yamaguchi-Okada M, Takeuchi Y, Yamada S. The complementary role of transcription factors in the accurate diagnosis of clinically nonfunctioning pituitary adenomas. // Endocr Pathol. 2015;26(4):349-355.
12. Saeger W, Lüdecke DK, Buchfelder M, Fahlbusch R, Quabbe HJ, Petersenn S. Pathohistological classification of pituitary tumors: 10 years of experience with the German Pituitary Tumor Registry. // Eur J Endocrinol. 2007;156(2):203-216.
13. Taboada GF, Luque RM, Bastos W, et al. Quantitative analysis of somatostatin receptors subtype (SSTR1-5) gene expression levels in somatotropinomas and non-functioning pituitary adenomas. // Eur J Endocrinol. 2007;156:65-74.

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