



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
Аскарлович



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



Халимова З.Ю.,
Абидова Д.Х.,
Холикова А.О.

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

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463727>

АННОТАЦИЯ

Пустое турецкого седла (ПТС) - это нейрорадиологическое или патологическое обнаружение, характеризующееся интраселлярной грыжей субарахноидального пространства внутри седла, что приводит к потере объема гипофиза. Распространенность первичного пустого турецкого седла варьируют от 2% до 20%. ПТС - одна из недостаточно изученных проблем нейроэндокринологии. С этим синдромом могут быть связаны зрительные, неврологические и эндокринные расстройства. Большинство пациентов с синдромом пустого турецкого седла – женщины, страдающие ожирением, артериальной гипертензией, головными болями и нарушением зрения. Синдром пустого турецкого седла (СПТС) характеризуется гетерогенностью как клинических проявлений, так и гормональных изменений и иногда может достигать тяжелых осложнений, в виде снижения остроты зрения, ликвореи и отека диска зрительного нерва. Недооценка гормональных нарушений может привести к плохому клиническому ведению и не проведения заместительной гормональной терапии. Мультидисциплинарный подход с интеграцией эндокринологов, неврологов и офтальмологов рекомендуется для правильной диагностики, лечения и последующего наблюдения пациентов с синдромом пустого турецкого седла. В статье приводится обзор литературы, посвященной оценке гормональных нарушений при СПТС.

Ключевые слова: гипофиз, пустое турецкое седло, аденома гипофиза, вторичный гипогонадизм, гиперпролактинемия.

ANNOTATION

Empty sella is the neuroimaging or pathologic-anatomical finding that characterized with intrasellar herniation of subarachnoid space into the sella turcica, which leads to loss of volume of the pituitary. The incidence of primary empty sella syndrome constitutes from 2% to 20%. ESS is one of the insufficiently explored disorders of neuroendocrinology. Most patients with empty sella syndrome are women with obesity, hypertension, headaches and visual impairment. The empty sella syndrome characterized by diversity of both clinical manifestations and hormonal disturbances and can sometimes reach severe complications, such as decreased visual acuity, liquorrhea, and papilledema. Underestimation of hormonal changes can cause to inappropriate clinical management and not undergoing hormone replacement therapy. A multidisciplinary approach with the

collaboration of endocrinologists, neurologists, and ophthalmologists is recommended for the making diagnosis accurately, treatment and surveillance of patients with empty sella syndrome.

Key words: pituitary, empty sella, pituitary adenoma, secondary hypohonadism, hyperprolactinemia

ANNOTATSIYA

Bo'sh turk egari sindromi – neyroradiologik yoki patologik topilma bo'lib, subaraxnoidal bo'shliqning egar ichidagi intrasellar churrasi hisoblanadi, natijada gipofiz o'lchami kichrayadi. Birlamchi bo'sh turk egari sindromi tarqalishi 2% dan 20% gacha o'zgarib turadi. Bo'sh turk egari sindromi neyroendokrinologiyaning to'liq o'rganilmagan muammolaridan biridir. Visual, nevrologik va endokrin buzilishlar ushbu sindrom bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bo'sh turk egari sindromi bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi semizlik, arterial gipertenziya, bosh og'rig'i va ko'rish buzilishidan aziyat chekkan ayollardir. Bo'sh turk egari sindromi klinik ko'rinishlarining ham, gormonal o'zgarishlarning ham geterogenligi bilan tavsiflanadi, va ba'zan ko'rishning keskin pasayishi, likvoreya va papilledema kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bo'sh turk egari bilan og'rigan bemorlarni to'g'ri tashhislash, davolash va kuzatish uchun endokrinologlar, nevrologlar va oftalmologlarning integratsiyasi bilan multidistiplinar yondashuv tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: gipofiz, bo'sh turk egari, gipofiz adenomasi, ikkilamchi gipogonadizm, giperprolaktinemiya

ВВЕДЕНИЕ

Синдром пустого турецкого седла (СПТС) - это расстройство, при котором субарахноидальное пространство выпячивается в турецкое седло, вызывая уплощение гипофиза (8). При этом заболевании гипофиза турецкое седло частично или полностью заполнено спинномозговой жидкостью, что приводит к смещению нормального гипофиза (28). W.Busch в 1951 году впервые ввел термин «пустое турецкое седло» в медицину. Изучив аутопсийный материал 788 умерших, Busch обнаружил в 40 случаях комбинацию почти полного отсутствия диафрагмы турецкого седла с уплощением гипофиза на дне седла. Частота СПТС в клинической практике колеблется от 8% до 35% населения в целом (19), с большим преобладанием женского пола (5:1). При нейровизуализации общая частота была оценена в 12% (8).

Таким образом, распространенность СПТС сильно коррелирует с появлением и совершенствованием новых методов визуализации головного мозга и внедрением этих методов диагностики в рутинную клиническую практику (27). Первичный СПТС у детей встречается реже, чем у взрослых, и часто ассоциируется с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, генетическими нарушениями, или перинатальными осложнениями, таких как синдром Тернера, синдром Прадера Вилли, синдром Алстрома, болезнь Моямоя (Лин ТЖ, Эртекин В). На самом деле гипофиз не отсутствует, и он все еще может нормально функционировать (3). Синдром пустого турецкого седла, в зависимости от этиопатогенеза, может быть классифицирован как первичный и вторичный. В случае первичного пустого турецкого седла (Первичный СПТС) этиология этого расстройства неясна (27). Первичный синдром пустого турецкого седла может развиваться как следствие врожденной слабости селлярной диафрагмы. До 50% случаев имеют сопутствующую доброкачественную внутричерепную гипертензию (11). Вторичное пустое турецкое седло развивается после облучения гипофиза, аденомы гипофиза, хирургического вмешательства, апоплексии гипофиза, иммунотерапии, кровоизлияния в гипофиз, аутоиммунного гипофизита, нейросаркоидоза (17). Синдром пустого турецкого седла также может быть классифицирован как частичный и полный. При частичном СПТС толщина гипофиза составляет 3-7 мм, при этом седло заполнено спинномозговой жидкостью (ликвором) менее чем на 50%. При общей СПТС толщина гипофиза составляет менее 2 мм, а седло заполнено ликвором более чем на 50% (2). Хотя ПТС обычно является случайной находкой, если более 90% ткани гипофиза атрофировано, обычно возникает гипофизарная недостаточность (24).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В норме гипофизарная ямка отделена от субарахноидального пространства твердой мозговой оболочкой. Эта оболочка называется диафрагмой седла. В центре диафрагмы есть отверстие для ножки гипофиза, и в норме арахноидальная и спинномозговая жидкость не проходят в полость турецкого седла. Кауфман считал, что важным фактором возникновения первичного СПТС является повышение пульсового давления ликвора из-за нарушения всасывания ликвора, увеличения секреции ликвора, усиления церебральной гемодинамики и повышенной проницаемости церебральных капилляров (13). При первичном СПТС различные дефекты диафрагмы, повышенное внутричерепное давление из-за идиопатической внутричерепной гипертензии, тромбоза, менингита, пороков развития Арнольда-Киари или опухолей головного мозга (13) могут привести к выпячиванию субарахноидального пространства и сдавлению гипофиза (рис.1) (20). По мнению ряда авторов, первичный СПТС может быть ассоциирован с ожирением и гипертонией (6), особенно у женщин (12,16). Сообщалось, что среди пациентов с первичным СПТС процент женщин с ожирением и гипертонией достиг 70-80% (16). Ожирение напрямую или через цитокины и адипокины может индуцировать активацию фермента 11β -HSD1, что увеличивает выработку кортизола. Избыток кортизола увеличивает внутричерепное давление за счет увеличения продукции и уменьшения оттока спинномозговой жидкости (Sinclair AJ). Изменения объема гипофиза во время беременности, лактации и менопаузы также могут вызвать развитие первичного СПТС (8). В случаях аденомы гипофиза, послеродового синдрома Шихана, лучевой терапии, иммунотерапии может возникнуть некроз гипофиза, который вызывает развитие вторичного СПТС (20). Кроме этого, первичная недостаточность периферических эндокринных желез, длительный прием пероральных контрацептивов, повышение ликворного давления в желудочках при опухолях головного мозга, тромбозе синусов, тяжелые инфекционные заболевания (менингит, энцефалит), аутоиммунные заболевания (лимфоцитарный аденогипофизит) могут быть причиной развития вторичного СПТС (М.Л.Кирилук).

Адаптирован от Victoria B. et al., 2021

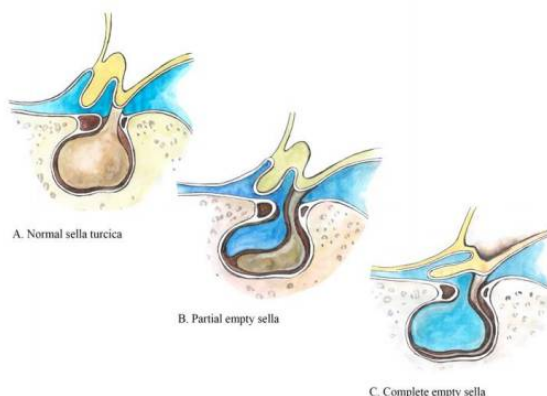


Рис.1. Механизм развития СПТС.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Наиболее распространенным симптомом СПТС является головная боль, которая составляет около 30% случаев (3). Головная боль является неспецифическим симптомом СПТС, который относится к идиопатической внутричерепной гипертензии (23). Она, как правило, постоянная, имеет оболочечный характер и возникает из-за натяжения твердой мозговой оболочки. Выпадение хиазмы зрительного нерва в турецкое седло может привести к сдавливанию зрительного аппарата костными краями седла. Кроме того, смещение вниз третьего желудочка над оптическим аппаратом, а также послеоперационные интраселлярные арахноидальные спайки могут вызывать нарушения зрения (15), такие как временное нарушение зрения, нистагм, диплопия, затуманенное зрение, атрофия зрительного нерва, битемпоральная гемианопсия, снижение остроты зрения (3). СПТС считается одной из причин гипопитуитаризма. Эндокринные нарушения присутствуют менее чем в 20% случаев СПТС

(26). Обычно, из-за анатомического расположения клеток аденогипофиза, развитие гормонального дефицита передней доли гипофиза происходит в последовательности потери функции соматотропной, за которой следуют гонадотропная, тиреотропная и, наконец, кортикотропная оси (24). При СПТС функция гипофиза может быть нормальной или недостаточной, начиная от изолированного дефицита гормонов и заканчивая полным дефицитом, таким как пангипопитуитаризм (3). Вторичный гипогонадизм проявляется в виде симптомов нарушения менструального цикла (олигоменорея, аменорея) и сексуальных нарушений (снижение либидо и потенции). Среди пациентов с первичным СПТС 1 из 80000 человек страдает гипотиреозом (1). По данным Li J. и соавт., у 36,6% пациентов с СПТС наблюдался надпочечниковая недостаточность центрального генеза. Из-за колебаний ножки гипофиза может возникнуть гиперпролактинемия и симптомы, связанные с этим состоянием. В редких случаях у пациентов с СПТС наблюдается синдром полиурии и полидипсии, связанный с центральным несахарным диабетом. Другие зарегистрированные неспецифические симптомы включают шум в ушах, тошноту, замедление роста, головокружение, судороги, острые поведенческие изменения, дизартрию, бред, снижение памяти и миалгию. ПТС может быть связан с различными эндокринными нарушениями. По данным ряда авторов, описаны случаи сочетания ПТС с синдромом MEN-1, сахарным диабетом, несахарным диабетом, акромегалией, кортикотропиномой и болезнью Кушинга (22).

ДИАГНОСТИКА

Визуализационная диагностика. Диагноз СПТС может быть поставлен с помощью методов визуализации, таких как МРТ (рис.2) и компьютерная томография. ПТС характеризуется следующими МТР-симптомами: наличие спинномозговой жидкости в полости турецкого седла, характеризующийся зонами однородного сигнала низкой интенсивности на T1-взвешенных и сигнала высокой интенсивности на T2-взвешенных изображениях, полулунная морфология гипофиза, уплощение гипофиза относительно дна седла и, часто, увеличение костного седла, асимметричное выпадение надсellaрной цистерны в полость турецкого седла, смещение инфундибулума (21). Асимметрия и эрозия sellaрного дна могут указывать на вторичный СПТС (10).

Адаптирован от Nkem NN et al., 2019

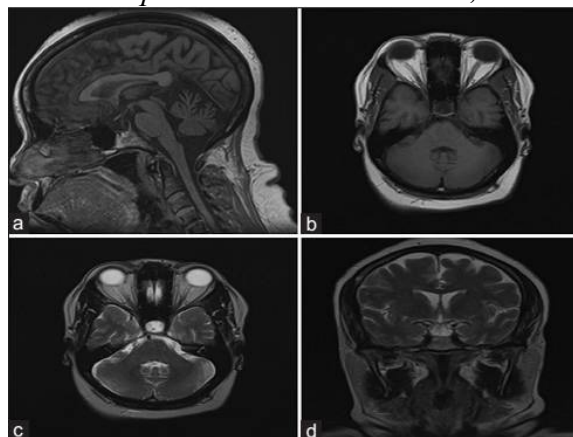


Рис. 2. Сагиттальные (а) и аксиальные (b) T2-взвешенные изображения головного мозга, показывающие отсутствие гипофиза в седле.

Турецкое седло заполнено гипоинтенсивной жидкостью, в то время как воронка видна как гиперинтенсивная линейная структура. Аксиальное (c) и коронарное (d) T2-взвешенные изображения головного мозга, гипофиз полностью отсутствует, а турецкое седло заполнено гиперинтенсивной жидкостью, в то время как воронка видна как гипоинтенсивная линейная структура внутри заполненного жидкостью турецкого седла.

Оценка гормональных нарушений. Авторы определили, что, хотя у 42% пациентов с СПТС наблюдаются симптомы гормональной недостаточности, сохраняется недооценка гормональных нарушений (3). Гормональный профиль включает оценку гормона роста (ГР), Инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1), Тиреотропного гормона (ТТГ), Свободного

тироксина (св-Т4), Пролактина, Лютеинизирующего гормона (ЛГ), Фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), Общего тестостерона у мужчин и эстрадиола у женщин - аденокортикотропный гормон (АКТГ) и кортизол. Гормон роста имеет короткий период полураспада и имеет пульсирующую секрецию в течение дня, поэтому рутинное измерения сывороточного уровня гормона роста не рекомендовано в обычной клинической практике. Вместо этого можно использовать определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) в качестве скринингового метода. Золотым стандартом определения дефицита гормона роста является тест на толерантность к инсулину (Schlosser RJ). Женщинам в постменопаузе нет необходимости проверять уровни ФСГ, ЛГ и эстрадиола. Ранним утром, уровень кортизола натощак является методом выбора для определения аденокортикотропной (АКТГ) недостаточности, при этом уровень кортизола менее 3 мкг/дл указывает наличие надпочечниковой недостаточности. Если утренний уровень кортизола низкий, следует определить уровень АКТГ и сопоставить с низким уровнем кортизола, чтобы дифференцировать вторичную надпочечниковую недостаточность от первичного. Тест с метирапоном тоже поможет дифференцировать первичную надпочечниковую недостаточность от вторичного. Если определяется повышенный уровень кортизола, уровень АКТГ снова должен быть соотнесен с уровнем кортизола, и следующим шагом должны быть исследования, направленные на определение болезни Кушинга. Если имеются симптомы несахарного диабета, рекомендуется оценить биохимический профиль (содержание натрия в сыворотке крови, осмоляльность мочи и сыворотки крови, проба Зимницкого). Мы должны подчеркнуть, что центральные гормоны могут быть неадекватно нормальными или ниже нормального диапазона из-за нарушения обратных связей.

По данным Aishah A. et al., 79% случаев были диагностированы как случайные находки при МРТ, только 20% были направлены и осмотрены эндокринологами. Грубая недооценка гормональных нарушений является одним из важных результатов их исследовательской работы, хотя почти 42% пациентов имели симптомы и различные клинические проявления. В выборке Aishah A. et al. только 10% пациентов оценивались по ЛГ и ФСГ, 8% по кортизолу, 5% по тестостерону, 2% по эстрадиолу, менее 1,3% по гормону роста, 40% по гормонам щитовидной железы и 14% по пролактину.

Офтальмологическое обследование. Офтальмологическое обследование включает в себя осмотр глазного дна и полей зрения. В последнее время офтальмологическая эхография играет первостепенную роль в диагностике внутричерепной гипертензии благодаря наблюдению за морфологией зрительных нервов и перипапиллярных субарахноидальных пространств (8).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

СПТС необходимо дифференцировать с другими аномалиями гипофиза, такими как арахноидальная киста, краниофарингиома, эпидермоидная киста, синдром Шихана, киста кармана Ратке, кистозная аденома гипофиза (Andrew Go). Супраселлярная арахноидальная киста может на самом деле вклиниваться в костное седло, которое может казаться увеличенным или эродированным. Третий желудочек или перекрест зрительных нервов могут быть вытеснены спинномозговой жидкостью, содержащей массу, стенки которой можно легко распознать на изображениях тонких срезов (Osborn AG). Интраселлярные эпидермоидные кисты встречаются очень редко, так как обычно локализируются вне срединной линии, с расширением от эпидермоида мостомозжечкового угла (Osborn AG).

ЛЕЧЕНИЕ

Синдром пустого турецкого седла требует мультидисциплинарной диагностики и лечения с привлечением эндокринных, неврологических и офтальмологических специалистов. При первичном СПТС, если нет гормональных и зрительных нарушений, лечение не требуется. При наличии внутричерепной гипертензии для улучшения гемодинамики в хиазмально-селлярной области рекомендуется дегидратация и сосудистая терапия. У пациентов с избыточным весом или ожирением с внутричерепной гипертензией первым предлагаемым терапевтическим подходом является снижение веса с помощью

индивидуальной гипокалорийной диеты или бариатрической хирургии (25). Кроме того, для лечения внутричерепной гипертензии также показано применение осмотических диуретиков per os. Угроза потери зрения и ликворея являются показаниями к хирургическому вмешательству (4). Подъем выпадающей хиазмы зрительного нерва обратно в исходное положение с помощью процедуры, называемой хиазмапексией, обеспечивает восстановить зрение. Эта процедура обычно проводится трансфеноидальным путем и включает введение материалов – как синтетических, так и натуральных (жир, волокнистая ткань) в турецкое седло в пространстве под хиазмой (рис.3)(5). При вторичном СПТС, сопровождающемся гипопитуитаризмом, лечение включает замещению гормонов, которых не хватает. Заместительную гормональную терапию следует проводить в известной последовательности: терапия начинается с гидрокортизона, за которым следует левотироксин. Когда состояние пациента стабилизируется, следует ввести заместительную терапию половыми гормонами. Терапевтический план должен быть дополнен введением рекомбинантного ГР, когда это показано, у пациентов, не страдающих внутричерепной гипертензией. При гиперпролактинемическом гипогонадизме показаны агонисты дофамина, такие как бромокриптин или каберголин (8).

Адаптирован от Wael Fouad, 2019

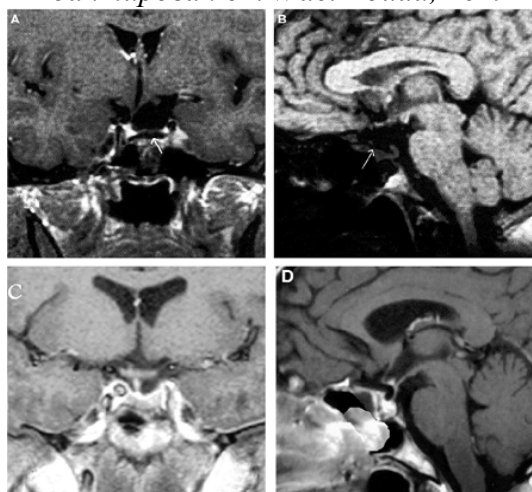


Рис.3. Предоперационная Т1-взвешенная саггитальная и коронарная МРТ у пациента с вторичной СПТС, показывающая тракцию хиазмы вниз и растяжения ножки гипофиза.

Послеоперационная саггитальная и коронарная МРТ того же пациента через 8 месяцев после трансфеноидальной экстрадуральной тампонады седла жиром, показывающая, что хиазма и ножка гипофиза находятся в нормальном положении.

ВЫВОДЫ

СПТС могут быть причиной развития гипопитуитаризма, поэтому пациентам необходимо проводить оценку функции гипофиза. Пациенты с нарушениями зрения должны быть подвергнуты полному офтальмологическому обследованию, чтобы исключить другие возможные диагнозы, и вопрос о том, показана ли хиазмапексия, должно тщательно рассматриваться в соответствующих случаях.

Хотя пустое турецкое седло во многих случаях является случайной находкой, все пациенты должны быть тщательно обследованы эндокринологом, невропатологом и офтальмологом, то есть должен быть мультидисциплинарный подход к диагностике, лечению и мониторингу пациента.

Литература

1. Aijazi I, Abdullah AI Shama FM, Adam Mukhtar SH. Primary empty sella presenting with severe hyponatremia and minimal salt wasting. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016;28(3):605-608.

2. Aijazi I, Abdullah Ai Shama FM, Adam Mukhtar SH. Primary empty sella syndrome presenting with severe hyponatremia and minimal salt wasting. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2016;28(3):605-608.
3. Aishah A. Ekhzaimy, Muhammad Mujammami, Shabana Tharkar, Manahel A. Alansary, Daad Al Otaibi. Clinical presentation, evaluation and case management of primary empty sella syndrome: a retrospective analysis of 10-year single-center patient data. *BMC Endocrine Disorders*. 2020. 20:142. P1-11.
4. Akiyama Y, Yamasaki T, Kagava T et al. *Nippon Rinsho*. - 1993. Vol. 51. N 10-P.2731-2736.
5. Andrew Go Lee, Lauren Nakhleh, Nita Bhat, Shruthi Harish Bindiganavile. Empty Sella Syndrome. *Deutsches Arzteblatt international*. 2021; P1-4.
6. Barzaghi LR, Donofrio CA, Panni P, Losa M, Mortini P. Treatment of empty sella associated with visual impairment: A systematic review of chiasm apex techniques. *Pituitary* 2018;21:98-106.
7. Brisman R, Huges JEO & Mount LA. Endocrine function in nineteen patients with empty sella syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1969 34:570-573.
8. Chang J, Tran J, Kamel D, Basu A. Nivolumab-induced hypophysitis leading to hypopituitarism and secondary empty sella syndrome in a patient with non-small cell lung cancer. *BMJ Case Report*. 2019;12(3):e228135.
9. Chiloire S, Giampietro A, Bianchi A, Tartaglione T, Capobianco A, Anile C, De Marinis L. DIAGNOSIS OF ENDOCRINE DISEASE: Primary empty sella: a comprehensive review. *European journal of endocrinology*. 2017 Dec. 177 R275-R285.
10. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, et al. Primary empty sella. *J Clin Endocrinol Metabol*. 2005;90:5471-5477.
11. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G & Giustina A. Primary empty sella. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2005 90:5471-5477.
12. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G & Giustina A. Primary empty sella. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2005 90:5471-5477.
13. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G & Giustina A. Primary empty sella. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2005 90:5471-5477.
14. Ertekin V, Selimoglu AM & Orbak Z. Association of Bartter's syndrome and empty sella. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 2003 16:1065-1068.
15. Friedman DI & Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002 59:1492-1495.
16. Friedman DI & Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002 59:1492-1495.
17. John Ouma. Primary empty sella syndrome associated with visual deterioration salvaged by chiasm apex: Report of a case and discussion of the literature. *Surgical Neurology International*. 2020;11(48)P1-3.
18. Kesler A, Goldhammer Y & Gadoth N. Do men with pseudomotorcicri share the same characteristics as women? A retrospective review of 141 cases. *Journal of Neuro-Ophthalmology* 2001 21:15-17.
19. Lenz AM, Root AW. Empty sella syndrome. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2012;9(4):710-715.
20. Li J, Jia HW, Wang CL, Zhang R, Qu MY, Li W, Yuan MH, et al. A clinical analysis of 123 cases of PES. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2017;56(4):268-272.
21. Lin TJ, Hwang FC, Chen CJ, Chiu WT & Chang CK. Familial hypertensive intracerebral hemorrhage and autosomal dominant polycystic kidney disease. *Journal of Clinical Neuroscience* 2005 12:474-477.
22. Maira G, Anile C & Mangiola A. Primary empty sella syndrome in a series of 142 patients. *Journal of Neurosurgery* 2005 103:831-836.
23. Matthias K. Auer, Mareike R. Stieg, Alexander Crispin, Caroline Sievers, Gunter K. Stalla, Anna Kopczak. Primary Empty sella Syndrome and the Prevalence of hormonal Dysregulation- a systematic review. *Dtsch Arzteblint* 2018; 115:99-105.

24. ML Kirilyuk. Acromegaly and Diabetes Mellitus in Association with Empty Sella Turcica Syndrome: Methodology for Analyzing of Cases Report. *Диабет и Сердце*. 2011.6(152). P47-50.
25. Novoa Mogollon F.J., Carillo Dominguez A., Puigdevall Gallego V. et al. *An. Med. Interna.*-1089-Vol.6, N2. P.-89-91.
26. Osborn AG, Salzman KL, Jhaveri MD & Barkovich AJ. Empty sella. In *Diagnostic Imaging Brain*, edn 3, ch 292, pp 1056–1059. Philadelphia: Alirsys Elsevier, 2016.
27. Saindane AM, Lim PP, Aiken A, Chen Z, Hudgin PA. Factors determining the clinical significance of an empty sellaturcica. *Neuroradiology*. 2013;200(5):1125-31.
28. Schlosser RJ, Bolger WE, Spontaneous nasal cerebrospinal fluid leaks and empty sella syndrome: a clinical association. *American journal of rhinology*. 2003 Mar-Apr; [PubMed PMID:12751703].
29. Shlomo Melmed, Kenneth S Polonsky et al. *Williams textbook of Endocrinology* 13th Edition. 2016:P219.
30. Sinclair AJ, Ball AK, Burdon MA, Clarke CE, Stewart PM, Curnow SJ: Exploring the pathogenesis of IIH: an inflammatory perspective. *Journal of Neuroimmunology* 2008 201-202 212-220.
31. Sugerman HJ, Felton WL 3rd, Salvant JB Jr, Sismanis A & Kellum JM. Effects of surgically induced weight loss on idiopathic intracranial hypertension in morbid obesity. *Neurology* 1995 45:1655–1659.
32. Ucciferro P, Anastasopoulou C. Empty sella. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL), 2020.
33. Victoria B Sharavii, Natalia A. Shnayder, Lada K. Sharavii, Marina M Petrova, Regina F Nasyrova. Empty sella prevalence: step by step. *Russian Open Medical Journal*. 2021:V10-I2.
34. Wael F. Review of empty sella syndrome and its surgical management. *Alexandria Journal of Medicine*. 2011. P139-147.

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

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

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

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

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

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

Тел: (+998-94) 404-0000