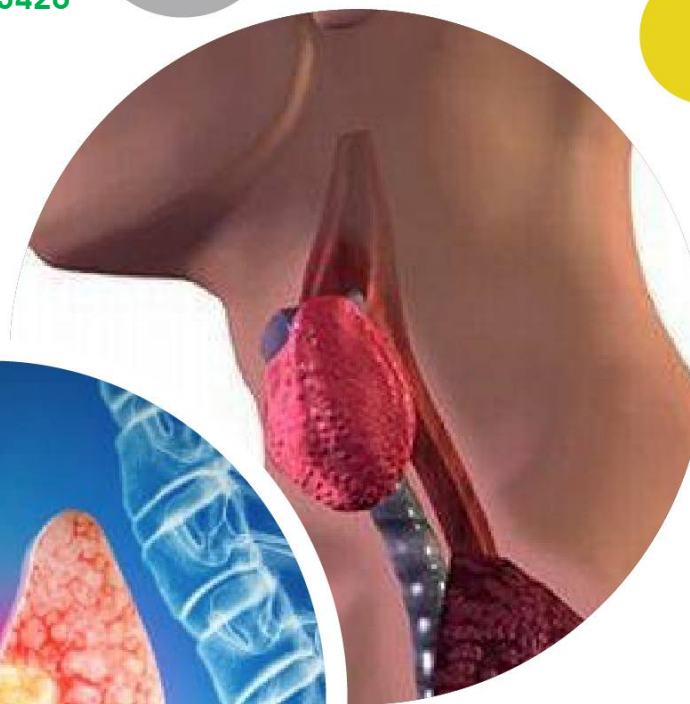




ISSN 2181-3426

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
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 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., Максutowa 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

**Badritdinova M.N.,****Rizayeva M.A.**

Abu Ali ibn Sino nomidagi
Buxoro davlat tibbiyot instituti.
mexribanrizayeva@gmail.com

2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI OLISH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA GLYUKEMIK PROFILINING AHAMIYATI

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463229>

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada diabetes mellitus va prediabetning tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan; diabetes mellitus va yurak-qon tomir patologiyasining yuqori muvofiqligi haqida, o'tkir va surunkali yurak-qon tomir asoratlari mavjudligida diabetes mellitus va yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning yuqori o'lim darajasi haqida. Prediabet bosqichidan 2-toifa diabetga qadar uglevod almashinuvi buzilishining rivojlanishida glyukoza va lipotoksiklikning muhim roli, insulin qarshiligi, ateroskleroz, gipertenziya, jigar, buyraklar patologiyasi, endotelial disfunktsiyaning rivojlanishidagi giperglikemiyaning roli haqida. O'tkir qon tomir asoratlari - miokard infarkti, insult, pastki ekstremitalarning gangrenasini rivojlanishida giper- va gipoglikemiyaning roli haqida; 2-toifa diabetning prognozi bo'lgan adiponektinning himoya roli haqida, uglevod almashinuvining erta buzilishlarini o'z vaqtida aniqlash uchun glyukemik nazoratning ahamiyati haqida – buzilgan glyukoza bardoshlik va buzilgan ochlik glisemiyasi; prediabetning 2-toifa diabet va yurak patologiyasiga o'tishini oldini olishda metforminning roli, zamonaviy gipoglikemik dorilarning glyuko- va kardioprotektiv roli haqida.

Kalit so'zlar: diabetes mellitus, buzilgan glyukoza bardoshlik, buzilgan ochlik glyukoza, glikemik nazorat, yurak-qon tomir asoratlari.

АННОТАЦИЯ

В трех статьях представлена информация о развитии сахарного диабета и преддиабета, о высоком уровне заболеваемости сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, о высокой смертности больных острыми и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Важная роль глюкозы и липотоксичности в развитии преддиабета 2 стадии сахарного диабета от углеводных болезней до опасного уровня, гипергликемии в развитии инсулинорезистентности, атеросклероза, артериальной гипертензии, заболеваний печени и почек, дисфункции эндотелия. О роли гипер- и гипогликемии в развитии острых сосудистых осложнений - инфаркта миокарда, инсульта, гангрены нижних конечностей, О защитной роли адипонектина как предиктора сахарного диабета 2 типа, о значении гликемического контроля для раннего выявления нарушений углеводного обмена – нарушения толерантность к глюкозе и нарушение гликемии натощак; о роли метформина в предотвращении перехода преддиабета

в сахарный диабет 2 типа и сердечной патологии, о глюко- и кардиопротекторной роли современных сахароснижающих препаратов.

Ключевые слова: сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, гликемический контроль, сердечно-сосудистые осложнения.

ANNOTATION

This article provides information on the prevalence of diabetes mellitus and prediabetes, about the high compatibility of diabetes mellitus and cardiovascular pathology, about the high mortality rate of patients with diabetes mellitus and cardiovascular diseases in the presence of acute and chronic cardiovascular complications. About the important role of glucose and lipotoxicity in the development of carbohydrate metabolism disorders from the stage of prediabetes to type 2 diabetes, the role of hyperglycemia in the development of insulin resistance, atherosclerosis, hypertension, liver and kidney pathology, endothelial dysfunction. About the role of hyper- and hypoglycemia in the development of acute vascular complications - myocardial infarction, stroke, gangrene of the lower extremities; On the protective role of adiponectin as a predictor of type 2 diabetes, on the importance of glycemic control for early detection of carbohydrate metabolism disorders – impaired glucose tolerance and impaired fasting glycemia, about the role of metformin in preventing the transition of prediabetes to type 2 diabetes and heart pathology, about the gluco- and cardioprotective role of modern hypoglycemic drugs.

Key words: diabetes mellitus, impaired glucose tolerance, impaired fasting glucose, glycemic control, cardiovascular complications.

Hozirgi vaqtda yer yuzida diabetes mellitus bilan og'rigan bemorlar soni 425 million kishidan oshdi va u doimiy ravishda o'sib bormoqda [1] va 6-7% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, ushbu sonning taxminan 1/2 qismi o'z kasalligi haqida bilmaydi va tibbiy yordam olmaydi. Xalqaro diabet federatsiyasining prognozlariga ko'ra, 2045 yilga borib diabet bilan kasallanganlar soni 629 million kishidan oshadi [1]. Qandli diabet yurak patologiyasining rivojlanishi va juda yuqori o'lim uchun xavflidir. Har yili dunyoda 5 million odam qandli diabet va uning asoratlaridan vafot etadi. Qandli diabet va uning asoratlaridan o'lim darajasi oshqozon saratoni, ko'krak saratoni, OIV infeksiyasi, sil va bezgakdan o'limdan oshadi. Har 6 soniyada qandli diabet va shunga o'xshash kasalliklarga chalingan 1 bemor vafot etadi [2]. Shuning uchun o'tkir yurak-qon tomir asoratlarni rivojlanishining oldini olish yoki kechiktirish va o'limni kamaytirish uchun kasallikni imkon qadar erta aniqlash va uni iloji boricha samarali davolash juda muhimdir. Ma'lumki, yurak-qon tomir kasalliklari yer aholisining kasallanish darajasi va o'lim sabablari bo'yicha ham 1-o'rinda turadi. Shunday qilib, Rosstat ma'lumotlariga ko'ra, 2017 yilda Rossiya Federatsiyasida yurak-qon tomir kasalliklari bilan kasallanish 35 461 800 kishini tashkil etdi, bu QANDLI DIABET, shu jumladan yurak tomirlari kasalligi va miokard infarkti (MI) bilan kasallanishdan 3,5 baravar yuqori, 7 763 700 kishi, serebrovaskulyar kasalliklar. - 7 078 200 kishi [3–5]. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) hisobkitoblariga ko'ra, 2016 yilda 17,9 million kishi yurak-qon tomir kasalliklaridan vafot etgan, bu butun dunyo bo'ylab o'lim holatlarining 31 foizini tashkil qiladi. Ushbu o'limlarning 85% MI va insult natijasida sodir bo'lgan [3]. Biroq bizning mamlakatimizda QANDLI DIABETning haqiqiy tarqalishi ancha yuqori. Rossiyaning keng ko'lamli epidemiologik tadqiqotlari ma'lumotlariga ko'ra, bemorlarning haqiqiy soni 9-10 million kishini yoki mamlakat aholisining taxminan 6 foizini tashkil qiladi, chunki 2-toifa diabetni aniqlash darajasi 54 foizdan oshmaydi [1], va diabet bilan og'rigan bemorlarning asosiy o'sishi, asosan, aholining katta yoshdagi guruhlarida 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar sonining ko'payishi hisobiga sodir bo'ladi.

Hozirgi vaqtda 2-toifa diabetning rivojlanishiga genetik moyillik mavjudligi isbotlangan, ammo uning rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan genlar va o'ziga xos belgilar hali topilmagan. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar mavjud bo'lgan oilalarda kasallik odatda erkaklar va ayollarda har bir avlodda kuzatiladi va dominant meros yo'liga ega. Qandli diabetga moyillik hatto tug'ilishdan oldin, homila rivojlanishida paydo bo'ladi. Shunday qilib, vazni kam bo'lgan bolalar - 2500 g dan kam ("kichik bolalar sindromi") yoki tug'ilishda ortiqcha vaznli -4500 g dan ortiq bo'lgan bolalarda 50

yoshga kelib diabet va koronar arteriya kasalliklarini rivojlanish xavfi 7 baravar yuqori. 60, normal tug'ilgan vaznli bolalarga qaraganda [2]. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarning aksariyati (taxminan 80%) ortiqcha vaznli yoki semirib ketgan. Yog' to'qimalarining 3 turi mavjud: oq, bej va jigarrang. Mutlaqo sog'lom yog' to'qimalari jigarrang deb hisoblanadi. Oq yog' to'qimasi juda ko'p muhim funktsiyalarni bajaradi, ammo agar ektopik yog' oshqozon osti bezi, mushaklar yoki jigarda paydo bo'lsa, bu juda xavflidir. Turmush tarzi o'zgarishi ta'siri ostida oq yog' to'qimalarining bej rangga o'tish jarayoni boshlanishi mumkin; qorayish jarayoni. Oq yog' to'qimalarida adiponektin gormoni sintezlanadi, u glyukoza darajasini tartibga solish va yog' kislotalarining parchalanishida ishtirok etadi. Olimlarning fikricha, 2-toifa diabetning rivojlanishi ushbu gormon sekretsiasining buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Adiponektin giperglikemiya, insulin qarshiligi va aterosklerozga qarshi himoya funktsiyasiga ega, deb ishoniladi. Insulin sezuvchanligini va glyukoza gomeostazini tartibga soladi. Qonda adiponektin darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, 2-toifa diabet, koronar arteriya kasalligi va miyokard infarkti rivojlanish xavfi shunchalik past bo'ladi, chunki adiponektin arteriyalar devorlarida yog'larning to'planishiga qarshi turadi va qon petixiyalarini paydo bo'lish ehtimolini kamaytiradi. Hozirgi vaqtda adiponektin 2-toifa QANDLI DIABETning eng ishonchli biokimyoviy ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi [2]. Yog' to'qimasi juda ko'p miqdordagi biologik faol moddalarni, shu jumladan erkin yog' kislotalarini ishlab chiqaradi, bu esa salbiy ta'sir qiladi. b-hujayralar insulin ishlab chiqaradigan oshqozon osti bezi va uglevod almashinuvi. Lipidlarning inson organizmiga salbiy ta'siri lipotoksiklik deb ataladi. Uglevod almashinuvi inson tanasida eng yuqori aniqlik bilan tartibga solinadi. Sog'lom odamda glyukoza darajasi 3,3-5,5 mmol / L ni tashkil qiladi. Glikemiyaning 5,6 mmol / l gacha ko'tarilishi bilan, ya'ni uglevod almashinuvinin eng erta buzilishlari bosqichida yoki diabetdan oldingi davrda insulin sekretsiasining pasayishi kuzatiladi va qonda qand miqdori 6,4 mmol / l ga yetganda, insulin sekretsiasini butunlay to'xtaydi. Giperglikemiyaning organizmga bunday ta'siri glyukoza toksikligi deb ataladi [2]. Glyukoza va lipotoksiklik 2-toifa diabetning rivojlanishiga olib keladi. Biror kishi uzoq vaqt davomida kasallikning mavjudligiga shubha qilmasdan glyukoza toksikligi holatida bo'lishi mumkin. Bu davrda b-hujayralar pe-hujayralar ular glyukozani farqlashni to'xtatadilar va uning ko'payishiga insulin sekretsiasining etarli darajada oshishi bilan javob beradilar. Hatto engil giperglikemiya ta'sirida nafaqat funktsiyaning buzilishi mavjud b-hujayralar, balki ularning o'limi ham. Bu vaqtgacha 2-toifa diabetning birinchi klinik belgilarining paydo bo'lish b-hujayralar bilan kamayadi 40-60%.

Hozirgi vaqtda dunyoda 500 milliondan ortiq odamda glyukozaga turg'unlikning buzilishi yoki 2-toifa diabet rivojlanishidan oldin bo'lgan prediabet kasalligi mavjud [6, 7]. Uglevod almashinuvinin dastlabki buzilishlarining ikkita varianti mavjud: Glyukozaga turg'unlikning buzilishi va buzilgan ochlik glikemiyasi bilan ochlikdagi qon shakari normal chegarada bo'ladi va ovqatdan keyin 2 soat o'tgach, u 7,8 dan ortiq, lekin 11,1 mmol / l dan kam, ya'ni. endi normal emas, lekin hali diabet emas. Glyukozaga turg'unlikning buzilishi bilan vaziyat teskari: kapillyar qondagi ochlikdagi qand miqdori 5,5 dan ortiq, lekin 6,1 mmol / l dan kam (venoz qonda - 6,1 dan ortiq, lekin 6,9 mmol / l dan kam) va kamroq ovqatlangandan keyin 2 soatdan keyin. sog'lom odamda bo'lgani kabi 7,8 mmol / l dan ortiq. Qandli diabetdiagnostikasi ochlik glikemiyasi kapillyar qonda 6,1 mmol/l dan yoki venoz qonda 7,0 mmol/l dan ortiq bo'lsa, ovqatdan keyin 2 soat o'tgach yoki tasodifiy o'lchov 11,1 mmol/l dan ortiq bo'lsa [1]. Turli mamlakatlarda prediabet uchun turli diagnostika mezonlari mavjud.

Shunday qilib, Amerika Qandli diabetassotsiasiyasi (ADA), 2017 yil, 5,6-6,9 mmol / l ochlikdagi venoz plazma glyukoza darajasini prediabet mezoni sifatida ko'rib chiqadi, Xalqaro diabet federatsiyasi (IDF), 2017, Rossiya endokrinologlar uyushmasi (RAE), 2017– 2018, Diabetes Canada (Kanada Diabet Assotsiasiyasi), NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Buyuk Britaniya), 2018, – 6,1–6,9 mmol/l [7–10]. Rossiyada, boshqa mamlakatlarda bo'lgani kabi, diabetdan oldingi bemorlar ham ko'p. Shunday qilib, NATION tadqiqotiga ko'ra, 20-79 yoshdagi odamlarda glyukozalangan gemoglobin (HbA_{1c}) darajasi bo'yicha baholanganda 1c) 5,7-6,4%, prediabetning tarqalishi 19,3% ni tashkil qiladi va nahorgi glyukoza buzilishi mezonlari bo'yicha

baholanganda, och venoz plazma glikemiyasi 6,1-6,9 mmol / l ni tashkil qiladi, u 28,1-54,8% gacha ko'tarilishi mumkin [10].

Rossiya Federatsiyasi prediabetga tashxis qo'yish uchun ochlik glyukoza testi va og'iz orqali glyukoza bardoshlik testidan foydalanadi, ammo RAE hali HbA ni o'z ichiga olmaydi. 1c prediabet diagnostikasi uchun mustaqil mezon sifatida. Shunday qilib, ADA, NICE, Diabetes Canada, HbA ma'lumotlariga ko'ra 1c prediabetni aniqlash uchun testlar ro'yxatiga kiritilgan, ammo boshqa diagnostik diapazon bilan: 5,7-6,4% (ADA) va 6,0-6,4% (NICE, Diabetes Canada). IDF va RAE HbA ni hali ko'rib chiqmayapti 1c prediabet diagnostikasi uchun mustaqil mezon sifatida. Rossiya Federatsiyasida mavjud tavsiyalarga ko'ra, prediabet tashxisi faqat nahorgi glyukoza buzilishi yoki glyukozaga turg'unlikning buzilishini aniqlash asosida amalga oshiriladi. 2-toifa diabetning patogenezi juda murakkab. Hozirgi vaqtda 11 xil kasalliklar allaqachon aniqlangan, ularning har biri alohida va kombinatsiyalangan holda 2-toifa diabetning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ushbu buzilishlar turli organlar va tizimlarda mavjud: ichida oshqozon osti bezining va b hujayralari; mushaklar, yog 'to'qimalari, jigar, buyraklar, miya. Bundan tashqari, inkretin nuqsonlari va boshqa kasalliklar mavjud [2]. Natijada, 2-toifa diabet - bu prediabetdan 2-toifa diabetga va yurak-qon tomir asoratlarga qadar barqaror progressiv kasallik bo'lib, unda insulin sekretsiasining pasayishi asta-sekin o'sib boradi, periferik to'qimalarning insulinga sezgirligi pasayadi (insulin qarshiligi), oksidlovchi. stress, endotelial disfunktsiya, giperglukagonemiya va jigar tomonidan glyukoza ishlab chiqarishning ko'payishi, bu surunkali giperglikemiyaga olib keladi va uglevod almashinuvi buzilishining dastlabki bosqichlarida - prediabet bosqichida kuzatilgan mikro va makrovaskulyar asoratlarning rivojlanishiga yorda beradi. Hozirgi vaqtda dunyoda ishonchli ma'lumotlar to'plangan, prediabet yurak-qon tomir kontinuumining barcha bosqichlarida yurak patologiyasini rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi, endotelial isfunksiyadan yurak etishmovchiligiga.

Ko'pincha 2-toifa diabet metabolik sindromning bir qismi bo'lib, unga quyidagilar kiradi: qorin bo'shlig'I (visseral) semizlik, insulin qarshiligi, buzilgan uglevod almashinuvi, aterogen dislipidemiya, arterial gipertenziya, gemostaz tizimining buzilishi (giperkoagulyatsiya), giperurikemiya, surunkali subklinikyallig'lanish qandli diabetning eng xavfli oqibatlari uning tizimli qon tomir asoratlari hisoblanadi. Qandli diabetning asoratlari rivojlanishining sababi surunkali giperglikemiya bo'lib, u 1-toifa diabet bo'yicha 20 yillik keng miqyosli tadqiqot davomida bemorlarning katta guruhida (1441 bemor) ishonchli tarzda isbotlangan - Diabetni nazorat qilish va asoratlarni tekshirish (DCCT) [11]] va 2-toifa diabet bo'yicha 25-yozgi tadqiqot - Buyuk Britaniyaning istiqbolli diabet tadqiqoti (UKPDS) [12]. Boshqa tomondan, xuddi shu tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, intensiv gipoglikemik terapiya va ehtiyotkorlik bilan glyukemik nazorat diabetning surunkali asoratlari rivojlanish chastotasi va xavfining sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. DCCT ma'lumotlari yaxshi qandli diabetkompensatsiyasi sharoitida retinopatiya, nefropatiya va neyropatiya rivojlanish xavfini o'rtacha 50% ga kamaytirish va HbA ni kamaytirish imkoniyatini ko'rsatdi.

1cUKPDS tadqiqotida 0,9% ga 2-toifa diabetda mikrovaskulyar asoratlarni 35% ga, o'limga olib keladigan MI 18% ga va diabet tufayli o'limni 25% ga kamaytirishga olib keldi. So'nggi yillardagi ayanchli statistik ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, hozirgi vaqtda qandli diabet yurak-qon tomir va onkologik kasalliklardan keyin o'lim sabablari orasida uchinchi o'rinda turadi. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda nogironlik va o'limning asosiy sabablari erta rivojlanayotgan va tez rivojlanayotgan qon tomir asoratlari bo'lib, ular allaqachon prediabet bosqichida kuzatiladi. Bular endotelial disfunktsiya bo'lib, ko'plab yurak-qon tomir kasalliklarining asosini tashkil qiladi va ularning noqulay prognozi, chap qorincha miokardining diastolik funktsiasining buzilishi va koronar aterosklerozning og'irligi bilan bog'liq [13-18]. Koronar arter bypass greftidan oldin bemorlarni qandli diabet uchun faol skrining qo'shimcha ravishda 2-toifa qandli diabet bilan og'rikan bemorlarning taxminan 9 foizini va prediabetli bemorlarning 10 foizini aniqlashi mumkin [15]. qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklarining tarqalishi 2-4 baravar yuqori, o'tkir MI rivojlanish xavfi 6-10 baravar, miya insult xavfi 4-7 baravar va o'tkir qon tomir baxtsiz hodisalardan keyin bemorlarning omon qolish darajasi. qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga qaraganda 2-3 baravar kam [14, 15].

Prediabetli bemorlarda yurak patologiyasining chastotasi va og'irligi sog'lom odamlar bilan emas, balki 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar bilan taqqoslangan. 75-80% hollarda 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda o'lim sababi yurak-qon tomir kasalliklaridir: ularning - 60% yurak-qon tomir va ~10% serebrovaskulyar lezyonlarga bog'liq [15, 19]. 20 yil davomida 5209 kishining kuzatuvini o'z ichiga olgan Framingham tadqiqotiga ko'ra, qandli diabet bo'lmagan erkaklar va ayollar uchun yillik yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim 1 ming kishiga 8,5 va 3,6 ni tashkil etdi va qandli diabet mavjud bo'lganda u 2-5 baravar ko'paydi. – mos ravishda 17,4 va 17,0 gacha [20]. Rossiya Federatsiyasida MI chastotasi juda yuqori. Kardiologiya milliy tibbiy tadqiqot markazi ma'lumotlariga ko'ra, MI har yili 150 000 dan ortiq odamda tashxislanadi.

Rossiya Federatsiyasi miokard infarkti soni bo'yicha dunyoda 1-o'rinni egallaydi. Miokard infarktidan keyingi eng xavfli asoratlari aritmiya (bemorlarning 74-95 foizida qorincha aritmiyalarining turli shakllari kuzatilgan) va bemorlarning 27-60 foizida kuzatilgan yurak urish tezligining bosqichma-bosqich rivojlanishi [21,]. Ushbu tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, prediabet yurak-qon tomir kontinuumining barcha bosqichlariga, ya'ni endotelial disfunktsiyada salbiy ta'sir ko'rsatadigan holatdir. Shuning uchun, prediabetning yuqori tarqalishini hisobga olgan holda, faol harakat qilish kerak. U bilan bog'liq yurak-qon tomir kasalliklari va 2-toifa diabet rivojlanishining o'z vaqtida oldini olish uchun uni aniqlashda nafaqat endokrinologlar, balki kardiolog va terapevtlarning faol ishtiroki. 2-toifa diabet uglevod almashinuvining buzilishi sifatida boshlanadi va koronar o'lim bilan tugaydi. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarning o'limining asosiy sababi o'tkir yurak-qon tomir hodisalari bo'lib, ulardan 10 bemordan 8 nafari vafot etadi. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda o'tkir yurak-qon tomir falokatlarini natijasida bunday yuqori o'limning sabablari umumiy aholi uchun xos bo'lgan ikkala xavf omillarining kombinatsiyasi - arterial gipertenziya, semizlik, dislipidemiya, harakatsiz turmush tarzi, giperkoagulabilite, chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, va qandli diabetga xos bo'lgan xavf omillari - giperglikemiya, insulin qarshiligi, giperinsulinemiya, giperglyukagonemiya, shuningdek, diabetik nefropatiya mavjudligida mikroalbuminuriya va proteinuriya. Shu bilan birga, ta'kidlash kerak 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda koronar arteriya kasalligidan kasallanish va o'lim darajasi xavflarni umumlashtirish orqali kutilgan darajadan oshib ketishi, bu giperglikemiyaning aterosklerotik jarayonga bevosita ta'sirini ko'rsatadi. Qandli diabet va yurak-qon tomir kasalliklari bir tanganing ikki tomonidir [23].

Amerika yurak assotsiatsiyasi bu kasalliklarni tenglashtirishi bejiz emas [24]. 2-toifa diabetning klinik rivojlanishining o'ziga xos xususiyati kasallikning uzoq muddatli asemptomatik kursi bo'lib, u xayoliy farovonlik illyuziyasini yaratadi. Qandli diabetning og'ir asoratlari: ko'rishning buzilishi, miyokard infarkti, insult, buyrak funktsiyasining buzilishi, trofik yaralar, pastki ekstremitalarning gangrenasi paydo bo'lmaguncha, bemorlar uzoq vaqt davomida o'z kasalliklarini bilishmaydi. Qandli diabetning uzoq "jim" kursi, xalqaro tadqiqotlarga ko'ra, 2-toifa diabet tashxisi 10-15 yilga kechikishiga olib keladi va tashxisni ro'yxatdan o'tkazish paytida, UKPDS ma'lumotlariga ko'ra, 50 dan ortiq. Bemorlarning% allaqachon turli xil asoratlarga ega. Katta va o'rta tomirlarning shikastlanishi (makroangiopatiya): arterial gipertenziya - 39%; IHD, ishemik miya kasalligi, qon tomir - 25-30%; yurak xuruji - 8%; oyoqlarning tomirlariga zarar etkazish, diabetik oyoq - 25%; kichik tomirlarning shikastlanishi (mikroangiopatiya): retinopatiya, ko'rishning pasayishi - 55%; nefropatiya, buyrak funktsiyasining pasayishi, mikroalbuminuriya - 30%; proteinuriya - 5-10%; asab shikastlanishi - neyropatiya - 15%. Qandli diabetning asoratlari faqat diabet kompensatsiya qilinmasa va qon shakar uzoq vaqt davomida yuqori bo'lsa paydo bo'ladi. Qandli diabetning asoratlari paydo bo'lgandan so'ng, asta-sekin o'sib boradi, hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi va uning davomiyligini qisqartiradi. qandli diabet ning eng keng tarqalgan qon tomir asoratlari yurak ishemik kasalligi bo'lib, u 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning 70-80 foizida va 1-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning 40 foizida rivojlanadi. qandli diabet va prediabetli bemorlarda koronar arteriya kasalligi kursi bir qator xususiyatlarga ega [23-25].

Masalan, erkaklar va ayollarda deyarli teng darajada rivojlanadi, diabetga chalingan bemorlarda koronar arter kasalligi erkaklarda ko'proq rivojlanadi. qandli diabet fonida, yurakning avtonom neyropatiyasi mavjudligi sababli, koronar arteriya kasalliklarining og'riqsiz shakllari aholiga

qaraganda ancha tez-tez uchraydi, ular tashxis qo'yish qiyinroq va ko'pincha asoratlarni keltirib chiqaradi. qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga xos bo'lgan og'riqsiz MI ko'pincha ritmning buzilishi va to'satdan o'lim bilan birga keladi.

Ventrikulyar aritmiya 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda glyukemik nazorat yaxshi bo'lsa ham, to'satdan o'limga olib kelishi mumkin.

2-toifa diabetni davolashning asosiy maqsadlari quyidagilardan iborat:

1. Yaxshi metabolik nazoratga erishish: giperglikemiya va dislipidemiya belgilarini bartaraf etish.
2. O'tkir asoratlarning oldini olish: gipoglikemiya va diabetning dekompensatsiyasi.
3. Kech qon tomir asoratlari rivojlanishining oldini olish, kardio- va nefroproteksiya.

Qon tarkibidagi glikemik profili

Plazma glyukoza och qoringa / ovqatdan oldin, mmol/l	Plazma glyukoza Ovqatdan 2 soat o'tgach mmol/l	HbA1s, %
<6.5	<6.5	<8,0
<7,0	<7,0	<9,0
<7.5	<7.5	<10,0
<8,0	<8,0	<11,0
<8.5	<8.5	<12,0

Oldindan glikemiyaning nazorat qiladi va gipoglikemik terapiyani tuzatish zarurati to'g'risida qaror qabul qiladi: insulin yoki boshqa gipoglikemik dorilarning dozasi o'zgartiradi, dietadagi non birliklari sonini va jismoniy faoliyatni to'g'rilaydi. Hozirgi vaqtda qandli diabetni davolab bo'lmaydi, lekin uni yaxshi boshqarish mumkin. qandli diabet va prediabetni davolash boshqarishning muvaffaqiyati ko'p jihatdan bemorning terapiya dasturiga qanchalik jalb qilinganligiga, uning kasalligi, motivatsiyasi, xatti-harakati, o'zini o'zi nazorat qilish tamoyillarini o'rganishiga bog'liq [23, 36-39]. Shunday qilib, 2-toifa diabet va yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish uchun turli ixtisoslikdagi shifokorlar - endokrinologlar, kardiologlar, terapevtlar, umumiy amaliyot shifokorlari va boshqalar – uglevod almashinuvi buzilishining dastlabki shakllari glyukozaga turg'unlikning buzilish holatlari va nahorgi glyukoza buzilishi haqida bilishlari juda muhimdir.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Bartnik M. The prevalence of abnormal glucose regulation inpatients with coronary artery disease across Europe. The EuroHeart Survey on diabetes and the heart. Eur Heart J 2004; 25(21):1880-90.
2. Bell JA, Kivimaki M, Hamer M. Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies // Obesity reviews. 2014. Vol. 15. № 6. P. 504–515.
3. Dalton M., Cameron A. J., Zimmer P. Z. et al. Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults // J. Int. Med. 2003. Vol. 254. № 6. P. 555–563.
4. Khasanov Mukhriddin Hayatovich. Changes in corneal thickness in patients with different stages of primary open-angle glaucoma.... Academia: An International Multidisciplinary Research Journal 2021.— P. 216-221
5. Orziqulova Sh.A. Thickness of epicardial adipose tissue as a predictor of cardiovascular risk..... ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 2021.— P. 73-78
6. Yakhyoyeva H.Sh., Rizaeva M.A. Analysis and assessment of anthropometric body mass index for women of fertilized age in Bukhara region..... Academia: An International Multidisciplinary Research Journal 2021.— P. 43-46
7. Yakhyoyeva H.Sh., Rizaeva M.A. Analysis and assessment of anthropometric body mass index for women of fertilized age in Bukhara region..... Academia: An International Multidisciplinary Research Journal 2021.— P. 43-46

8. Yaxyayeva Hilola Sharifovna. Thyroid Cancer Diagnostics, Classification, Staging. Journal of Innovations in Social Sciences...2021— P. 63-69
9. Каюмов У.К., М.С.Адилова М.С., Хатамова Д.Т. результаты многолетних исследований метаболического синдрома. // V Конгресс Ассоциации кардиологов стран СНГ и Ассоциации кардиологов Узбекистана, Ташкент, 15-17 сентября 2005 год. С.92].
10. Орзикулова Шахло Акмаловна. Ожирение И Гипертония Среди Мужчин 18-49 Летнего Возраст//International Conference on Social and Humanitarian Research// 2021—P. 160
11. Пинхасов Б.Б.,Шорин Ю. П.Скосырева Г.А.,Селяницкая В. Г. характер ожирения и скорость старения у женщин с нарушениями репродуктивной функции// Успехи геронтол.2010.Т.23.№4.С. 564
12. Яхьяева Х.Ш. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ. //Биология и интегративная медицина // 1 (48) 2021.—P. 139-145.
13. Яхьяева Хилола Шарифовна РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПРИЗНАК АНЕМИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИScientific progress 2021 --- P. 183-185

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