



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. Аскарн), микробиологии, патоморфологии и др. Кроме того в состав института был передан Республиканский противозобный диспансер Министерства Здравоохранения. За короткое время эти лаборатории превратились в крупные научно-исследовательские центры не только в системе АН, но стали основой для развития кафедр и экспериментальных направлений в медицинских и биологических учебных заведениях.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основные направления деятельности Центра

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дело Туракулова Ёлкин Холматовича продолжают его ученики и последователи.

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

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

1. Джураева А.Ш., Бадридинова Б. К. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	13
2. Badritdinova M.N., Rizayeva M.A. 2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI OLIISH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA GLYUKEMIK PROFILINING AHAMIYATI.....	19
3. Журакулова З.А. ПЕРВИЧНОЕ И ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	26
4. Холиков А.Ю., Урманова Ю.М. СВЯЗЬ ОПРОСНИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ WHOQOL-BREF С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	33
5. Хайдарова Ф. А., Каюмова Д.Т., Латипова М. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	39
6. Тураев Ф.Ф., Алиханова Н.М., Мусаханова Ч.Б., Назарова Н.С., Тахирова Ф.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М., Каюмова Д.Т., Айходжаева М.А., МаксUTOва Н.Н., Тригулова Р.Х., Давронов Р.Р. ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	48
7. Дон А.Н. К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.....	56
8. Камалов Т.Т., Тожибоев С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ, БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СТОПОЙ ШАРКО.....	61
9. Хайдарова Ф.А., Алимова К.Б. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....	68
10. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.....	75
11. Alimova N.U., Akhmedova K.R., Sadikova A.S., Yusupova N.T., Isamuhamedov M.T., Yuldasheva F.Z., Suleymanova F.N. A CLINICAL CASE OF SHERESHEVSKY-TURNER SYNDROME.....	85

12. Камалов Т.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	90
13. Акбутаев А.М., Халимова З.Ю. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ОБЗОР.....	99
14. Махкамova 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



Исмаилов С.И.,
Алимджанов Н.А.,
Узбеков К.К.,
Рашитов М.М.,
Узбеков Р.К.,
Омилжонов М.Н.,
Нурмухамедов Д.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии им. Я.Х. Туракулова

ЭКТОПИЯ АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463859>

АННОТАЦИЯ

Большинство аденом околощитовидных желез в типичных случаях располагаются в области шеи, однако в 15-20% наблюдается атипичное расположение. Эти случаи, как правило, представляют диагностические и терапевтические сложности. Использование комбинации инструментальных методов (УЗИ, сцинтиграфия, КТ и ОФЭКТ) позволило до операции установить аденому околощитовидной железы в верхнем средостении на уровне рукоятки грудины. Стернотомия с удалением аденомы паращитовидной железы оказалась оптимальным методом для проведения хирургического лечения, что позволило значительно улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, околощитовидная железа, эктопия, аденома

ANNOTATION

Most parathyroid adenomas are typically located in the neck, but 15-20% have an atypical location. These cases, as a rule, present diagnostic and therapeutic difficulties. The use of a combination of instrumental methods (ultrasound, scintigraphy, CT and SPECT) made it possible to establish a parathyroid adenoma in the upper mediastinum at the level of the sternum handle before surgery. Sternotomy with removal of parathyroid adenoma turned out to be the best method for surgical treatment, which significantly improved the patient's quality of life.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroid gland, ectopia, adenoma

АННОТАЦИЯ

Аксарият паратироид аденомалари одатда бўйин кисмида жойлашган, аммо 15-20% атипик жойлашувга эга. Бу ҳолатлар, одатда, диагностика ва терапевтик қийинчиликларни келтириб чиқаради. Инструментал усулларнинг комплекс равишда фойдаланиш (ультратовуш, синтиграфия, КТ ва SPECT) операциядан аввал юқори кўкс оралиғида тўш суягининг юқори

дастаси соғасида паратироид аденомасини аниқлаб олишга имкон берди. Паратироид аденомасини олиб ташлаш ва стернотомия жаррохлик муолажаси даволашнинг энг яхши усули бўлиб чиқди, бу ўз навбатида беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади.
Калит сўзлар: бирламчи гиперпаратиреоз, паратироид без, эктопия, аденома

Введение

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, обусловленное развитием аденомы, первичной гиперплазии или рака одной или нескольких ОЩЖ, функция которых отличается повышенной продукцией и увеличенной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) [5]. Результаты эпидемиологических исследований демонстрируют, что наиболее часто ПГПТ встречается в возрасте 40–60 лет, у женщин – в 3 раза чаще, чем у мужчин. В общей популяции распространенность ПГПТ составляет 0,1-1%, в популяции лиц старше 55 лет – 2–3% [3, 4, 5, 9].

В подавляющем большинстве случаев развитие ПГПТ связано с наличием аденомы ОЩЖ (80%), реже – с карциномой (1–5%) или гиперплазией (15%) [1, 12]. Ключевыми лабораторными показателями для выявления синдрома гиперпаратиреоза являются увеличение концентрации ПТГ в сыворотке крови при одновременном 2–3 кратным подтвержденном увеличении содержания кальция в крови [4, 19, 20].

Более сложной задачей в лечении ПГПТ оказывается топическая диагностика измененных ОЩЖ. Аденомы ОЩЖ при ПГПТ в типичных случаях располагаются на шее, чаще поражаются нижние ОЩЖ, имеют небольшие размеры. В настоящее время известно, что эктопия ОЩЖ встречается в 15–20% случаев. ОЩЖ могут располагаться в переднем верхнем средостении, либо в тиротимической связке или внутри тимуса, вдоль пищевода в заднем верхнем средостенье, в футляре сонной артерии, в аортальном окне, в 2–3% наблюдений среди всех эктопий ОЩЖ располагаются интратиреоидно [2, 5, 14, 19]. В редких случаях, выявляется также увеличение числа ОЩЖ (более четырех). Все это может представлять серьезные затруднения в плане точности дооперационной диагностики. Более того, у 12–23% пациентов с ПГПТ патологические изменения возникают одновременно в нескольких ОЩЖ. Такая вариабельность расположения, множественный тип поражения и (или) их комбинации может стать трудно разрешимой задачей для специалистов [1].

В современных условиях в клинической практике для установления топического диагноза при ПГПТ и выявления возможно эктопированной аденомы используются как традиционные методы диагностики: УЗИ и сцинтиграфию, так и более инновационные технологии: однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ/КТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением с минимальным срезом до 0,5 мм, магнитнорезонансную томографию (МРТ) [18].

Локализация, врожденные и приобретенные эктопии околощитовидных желез.

1. Верхние околощитовидные железы. Наиболее часто (по данным разных авторов, от 70 до 85% случаев) их обнаруживают по заднемедиальной поверхности правой и левой долей ЩЖ, на границе их верхней и средней трети, в зоне терминальных ветвей *a.thyroidea inferior*. Анатомическим ориентиром для поиска верхних ОЩЖ является «типичное место» — промежуток между ЩЖ и трахеей (слева дополнительно и пищеводом) в радиусе 1 см от места перекреста *n. recurrens* и *a. thyroidea inferior*. ОЩЖ довольно плотно прилежат к *a.thyroidea inferior* в месте, где *n.recurrens* подходят к гортани. Они имеют общий с ЩЖ парietальный листок IV фасции шеи и тесно прилежат к ЩЖ, что является причиной их удаления во время тиреоидэктомии.

Верхние околощитовидные железы развиваются из 4-го глоточного кармана. -ОЩЖ IV. В процессе эмбрионального развития они мигрируют вместе с щитовидной железой, с чем связано их относительно стабильное расположение – позади среднего/верхнего сегментов щитовидной железы (редко позади трахеи или пищевода) [2, 8]

Возможными местами локализации верхних ОЩЖ IV также являются:

- задняя поверхность ниже верхнего полюса ЩЖ (до 25%, рисунок 1, б);
- пространство позади трахеи и пищевода на уровне средней, реже — нижней трети доли ЩЖ (1-2%, рисунок 1, в);
- пространство над верхним полюсом ЩЖ, за глоткой или пищеводом на уровне их соединения; (а)
- область бифуркации общей сонной артерии;
- интратиреоидная локализация (1%, рисунок 1, г).

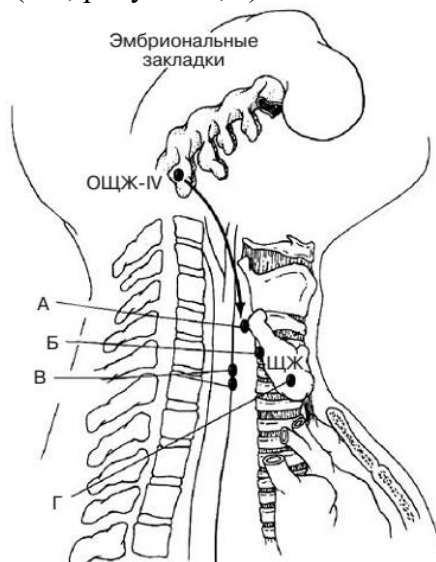


Рис. 1. Основные варианты (А, Б, В, Г) локализации верхних ОЩЖ. (с изменениями и дополнениями по Schwartz A.E., 1997)

Расположение ОЩЖ в ткани ЩЖ не является редкостью. При вскрытии и изучении ЩЖ новорожденных им в 15,5% было установлено подкапсульное расположение ОЩЖ, а у 6,7% — внутритканевое расположение ОЩЖ. Описаны случаи интратиреоидного расположения аденом и кист ОЩЖ. Изредка верхние ОЩЖ-IV могут быть обнаружены в пространстве над верхним полюсом ЩЖ, за глоткой или пищеводом на уровне их соединения, а также в области бифуркации общей сонной артерии.

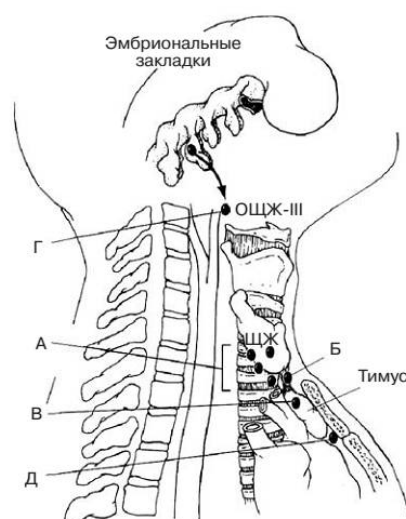


Рис. 2. Основные варианты (А, Б, Г, Д) локализации нижних ОЩЖ. (с изменениями и дополнениями по Schwartz A.E., 1997)

2. Нижние околощитовидные железы. Нижние околощитовидные железы развиваются из 3-го глоточного кармана - ОЩЖ-III, и следуют к нижним полюсам щитовидной железы.

Локализация ОЩЖ-III более вариабельна (рисунок 2), что объясняется сложным продолжительным характером миграции зачатка в ходе эмбриогенеза. В 50-60% случаев нижние ОЩЖ выявляются по боковой или задней поверхности или ниже нижнего полюса ЩЖ

на расстоянии 0,2-1,5 см (рисунок 2, а), в 26-30% случаев их обнаруживают в элементах щитотимической связки – фиброзно-жировой ткани, соединяющей нижний полюс долей ЩЖ и вилочковую железу (рисунок 2, в). Но в 7-10% случаев нижние ОЩЖ могут располагаться от подчелюстной области и уровне бифуркации общей сонной артерии до переднего или заднего средостения.

Большинство эктопированных нижних ОЩЖ, располагающихся ниже безымянной вены и дуги аорты, имеют и эктопическое артериальное кровоснабжение из внутренней грудной артерии, тимической артерии или прямых ветвей аорты. Низкие эктопии из-за избыточной миграции в ходе эмбриогенеза в область средостения наблюдаются в 4-5% случаев (рисунок 2, д).

3. Добавочные околощитовидные железы. Приведенные выше варианты расположения ОЩЖ являются наиболее частыми. Дополнительные ОЩЖ могут локализоваться в перитиреоидной жировой ткани. Наиболее часто они обнаруживаются на уровне нижнего полюса долей ЩЖ, в тиротимической области и тимусе. Длительная стимуляция роста ОЩЖ при первичной и вторичной гиперплазии органа может явиться причиной роста зачатков дополнительных желез, именно в данной ситуации они и могут проявляться как собственно добавочные железы.

Добавочные ОЩЖ можно обнаружить и в совершенно нетипичных местах, что трудно объяснить с позиций представлений о путях миграции их зачатков в эмбриогенезе в среднем средостении, на уровне аортопульмонального окна или латеральное яремно- каротидной оси. [15,16,17].

4. Приобретенные эктопии. Наряду с врожденными эктопиями ОЩЖ вследствие нарушенных процессов эмбриональной миграции зачатков в условиях опухолевой трансформации ОЩЖ под влиянием давления растущей аденомы железы могут «покидать» место своего обычного расположения. Этот феномен получил название «приобретенная эктопия ОЩЖ». В случае развития приобретенной эктопии верхней ОЩЖ всегда стандартно мигрируют назад и по направлению к верхнезаднему средостению вдоль превертебральной плоскости. Как правило, путь их миграции протекает позади ствола нижней щитовидной артерии, сохраняя тесный контакт с пищеводом. Поэтому до 40% аденом верхних обнаруживаются в пара- или ретроэзофагеальной позиции. В норме задняя локализация желез встречается лишь в 1-4% случаев. Обычно аденомы ОЩЖ располагаются сразу над стволом нижней щитовидной артерии на уровне нижнего полюса доли ЩЖ. В других случаях их можно обнаружить в средостении, вблизи или позади пищевода, а также в трахеопищеводной борозде. [5]

Реже встречаются приобретенные эктопии нижних ОЩЖ. Как правило, локализация аденом из нижних ОЩЖ совпадает с местом расположения нормальных желез. Опухоли ОЩЖ мигрируют в направлении передневерхнего средостения по пути, очерченному в процессе эмбриогенеза тиротимической связкой и тимусом. ОЩЖ опускаются в задневерхнее средостение в параэзофагеальную позицию. При этом в отличие от аденом, происходящих из верхних ОЩЖ, сосудистая ножка не пересекает ствол нижней щитовидной артерии. Из сказанного выше следует, что врожденные эктопии наиболее характерны для нижних ОЩЖ, а приобретенные — ассоциируются в основном с верхними ОЩЖ. [6].

Первичная диагностика гиперпаратиреоза базируется исключительно на результатах лабораторных исследований. Выявление гиперкальциемии в сочетании с повышенным или высоконормальным уровнем паратиреоидного гормона соответствует диагнозу ПГПТ. Выявление нормокальциемии и повышенного уровня паратиреоидного гормона требует определения концентрации 25 (ОН) витамина Д с целью дифференциальной диагностики между нормокальциемическим вариантом ПГПТ и вариантом ВГПТ, обусловленным дефицитом витамина Д. Внедрение в клиническую практику рутинного определения уровня кальция в крови привело к повышению диагностики мягких (асимптомных и малосимптомных) форм ПГПТ, доля которых в рамках данной патологии выросла до 80 %. [13]

Оптимальным методом терапии ПГПТ является хирургическое удаление патологически измененных ОЦЖ.

Хирургическое вмешательство показано в следующих случаях:

- концентрация общего кальция в сыворотке крови на 0.25ммоль/л (1мг%) превышает норму, установленную в данной лаборатории для данной возрастной группы;
- снижение скорости клубочковой фильтрации более чем на 30% по сравнению с нормой, установленной в данной лаборатории для данной возрастной группы;
- висцеральные проявления ПГПТ;
- суточная экскреция кальция более 400 мг;
- снижение МПК кортикальных костей более чем на 2.5 SD по Т-критерию;
- возраст менее 50 л

Объем и тактика хирургического лечения гиперпаратиреоза определяются результатами топической диагностики патологически измененных ОЦЖ [12, 15, 16].

Алгоритм топической диагностики гиперпаратиреоза. В соответствии с общепринятыми алгоритмами инструментальной диагностики гиперпаратиреоза ультразвуковое исследование рекомендуется в качестве метода первого выбора, позволяющего визуализировать любые фокальные изменения органов шеи [10,11].

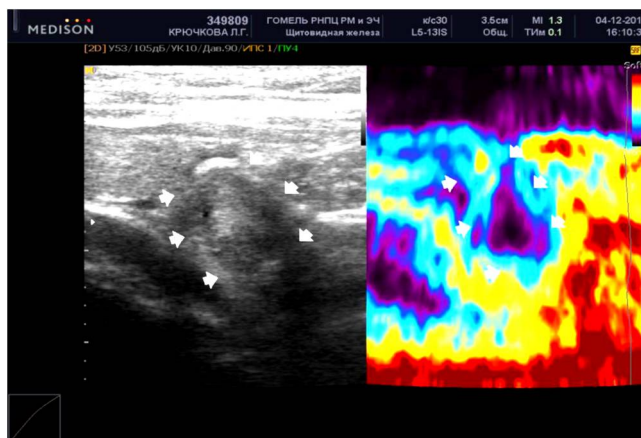


Рис. 3. Эхограмма аденомы ОЦЖ с использованием соноэластографии.

При невозможности верификации патологически измененных ОЦЖ с помощью УЗИ, соноэластографии, показано применение других методов визуализации: сцинтиграфии с ^{99}Tc — MIBI, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) [14,15,20].

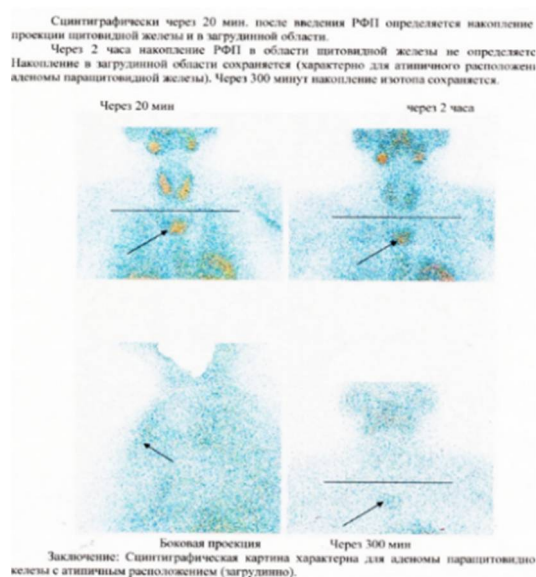


Рис. 4. Сцинтиграфия с ^{99}Tc — MIBI Загрудинное расположение аденомы ОЦЖ.

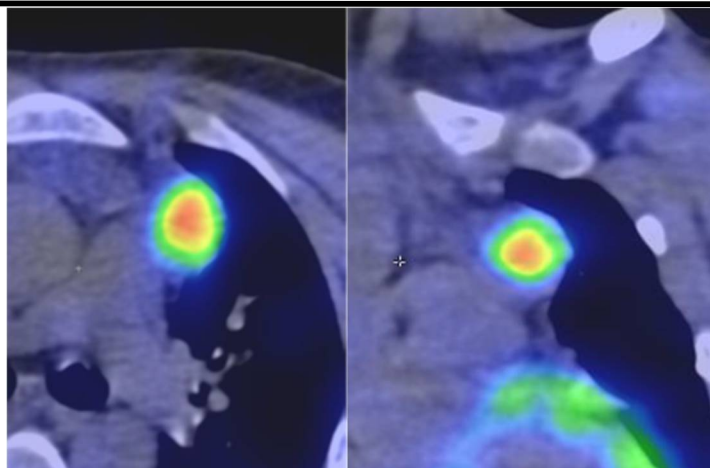


Рис. 5. Результаты ОФЭКТ/КТ Эктопия аденомы ОЩЖ.

В качестве дополнительных методов исследования может быть использована мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием, (4Д-КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), 4Д-компьютерная томография [14,17,18].

В случае отсутствия однозначных результатов топической диагностики гиперпаратиреоза, полученных с помощью лучевых методов исследования, целесообразно проведение тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ. Для повышения диагностической ценности процедуры рекомендуется определение концентрации паратиреоидного гормона и тиреоглобулина в смыве иглы, а также иммуноцитохимическое исследование маркеров тиреоидной и паратиреоидной ткани в полученном пунктате. В исключительных случаях возможно проведение селективной ангиографии, флебографии, лимфографии с определением уровня паратиреоидного гормона в полученных пробах.

Названные выше методы отличаются друг от друга по основным диагностическим параметрам (чувствительность и специфичность). Некоторые из методов дают объективные данные, другие являются операторзависимыми, т. е. менее объективными. На результаты использования методов влияют вариабельность расположения и множественность поражения, гистологическое строение и функциональная активность измененных желез. Ведущими признаны методы, основанные на функциональной оценке гиперсекретирующей ткани ОЩЖ, в то время как анатомические методы им уступают.

Случай из практики

А. Ш. 1978г. Ист. б-ни № 675

На стационарном лечении в хирургическом отделении РСНПМЦЭ с 16.02.2013г. по 25.02.2013г.

Диагноз: Первичный гиперпаратиреоз (манифестный) костная форма. Объемное образование верхнего средостения.

При поступлении предъявлял жалобы на боли в костях, нарушение походки (передвигается с помощью костылей), (рис. 6), снижение роста, сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, повышенную утомляемость, повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3х месяцев.

При обследовании:

- лабораторно: Са крови 3.27-3.29-3.21 ммоль/л (2,10-2.65ммоль/л), Щелочная фосфатаза -1154 U/L (60-306 U/L), Р 0.77 ммоль/л, (0,81-1,68 ммоль/л), ПТГ 352,7 пг/мл. (15-65 пг/мл).

— по данным УЗИ: данных за аденомы ОЩЖ не получено. Сцинтиграфия с ^{99}Tc — MIBI. Заключение. Загрудинное расположение аденомы ОЩЖ.

МРТ шеи и загрудинного пространства: образование с неровными и нечеткими контурами, расположено за рукояткой грудины размером 36x52x56 мм. Тесно прилежит к передней поверхности дуги аорты и трахеи не компримируя и не сдвигая их.

Рентген кистей рук: остеопороз трубчатых костей кисти, с краевой резорбцией.

22.02.2013г. Операция –удаление аденоматозной ткани (при ревизии на уровне яремной вырезки, грудино - ключичного сочленения и загрудинной области до 3х см. образование, указанное на МРТ снимке не обнаружено).

На 3 сутки после операции уровень Са сыв -2.54-3.4 ммоль/л.

В условиях РСЦХ им. Акад. Вахидова в отделении хирургии легких и средостения 09.04.2013г., проведена операция - стернотомия, удаление аденомы ОЩЖ. Из хода операции - произведена продольная стернотомия, вскрыто переднее средостение. В области верхнего средостения на уровне рукоятки грудины и верхнего полюса тела грудины определяется мягко эластичное образование с выраженным сосудистым рисунком диаметром до 6 см., последнее удалено. Гистология № 2590-2594 Аденома ОЩЖ (солидная). Са крови 06.04.2013г. 2.9 ммоль.л. (2,10-2.65ммоль/л). ПТГ 501,3 пг/мл. (15-65 пг/мл). После операции 10.04.2013г. Са - 2.12 ммоль.л. (2,10-2.65ммоль/л). ПТГ 40,5 пг/мл. (15-65 пг/мл).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Динамическое наблюдение 1 раз в год.



Рис. 6. Внешний вид больного А. Ш. до операции.

Осмотр пациента в динамике (30.01.2020 г.): Паратгормон 51,7 пг/мл. (15-65 пг/мл)., Са 2,1 ммоль/л (2,10-2.65ммоль/л), Р 1,41 ммоль/л, (0,81-1,68 ммоль/л), ЩФ – 315 U/L (60-306 U/L). (Рисунок 7).

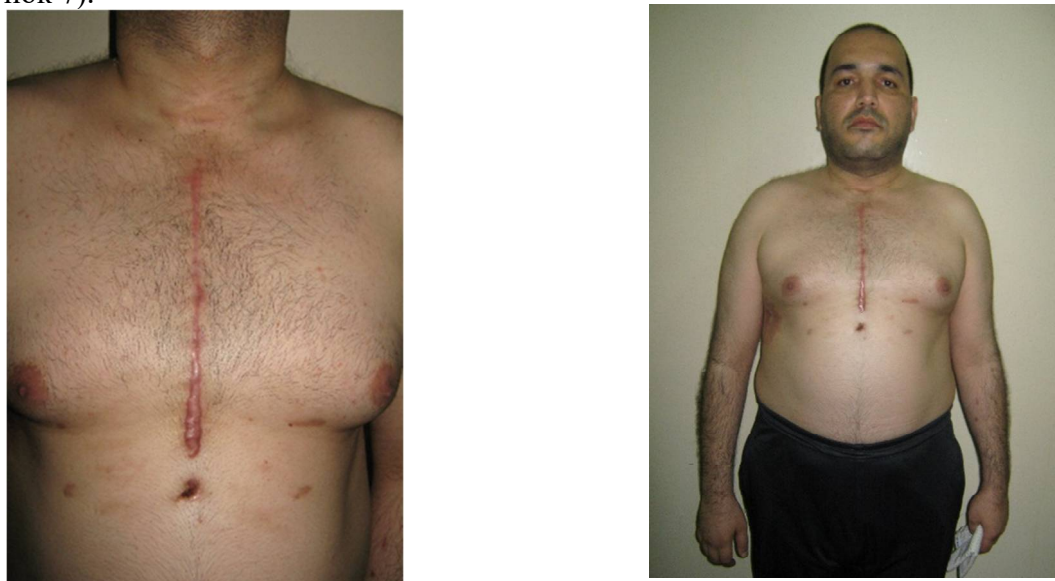


Рис.7. Внешний вид больного А. Ш. после повторной операции

Заключение

Топическая диагностика значительно усложняется в случаях эктопированной аденомы. Все это может представлять серьезные затруднения в плане точности дооперационной диагностики. По данным последних публикаций, лучшие результаты дает совместное использование нескольких методик: что существенно повышает точность топической диагностики патологически измененных ОЩЖ (по некоторым данным до 95%). Поэтому большинство современных лечебно-диагностических алгоритмов при заболеваниях ОЩЖ, представляют собой ступенчатые структуры, ориентированные в первую очередь на лечебные учреждения, хорошо оснащенные оборудованием и имеющие подготовленных высококвалифицированных специалистов.

Литература

1. Ветшев П.С., Аблицов А.Ю., Животов В.А., Дрожжин А.Ю., Поддубный Е.И. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза с редкой эктопией аденомы околощитовидной железы. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2018;13(1):58-61.
2. Гудимов, Б.С. Практикум по топографической анатомии. Учебное пособие для мединститут / Б.С. Гудимов [и др.]; под ред. Б.С. Гудимова. – Минск: Вышэйшая школа, 1984. – 225 с.
3. Евдочкова Т.И., Селькина В.Д. Ультразвуковая диагностика околощитовидных желез в норме и при патологии Учебно-методическое пособие для врачей Гомель, 2013. 46 с.
4. Животов В.А., Дрожжин А.Ю., Ветшев П.С. Топическая диагностика поражений околощитовидных желез. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017;12(4:2):100-106.
5. Калинин, А.П. Методы визуализации околощитовидных желез и паратиреоидная хирургия. Руководство для врачей / А.П.Калинин [и др.] – М: Видар–М, 2010. – 231 с.
6. Кованов, В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов [и др.]; под ред. В.В. Кованова. – 2-ое изд. – М: Медицина, 1985. – 368 с.
7. Митьков, В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В.В. Митьков [и др.]; под ред. Митькова В.В. – М: Видар–М, 2005. – 720 с.
8. Синельников, Р.Д. Атлас анатомии человека. Учебное пособие в 4т. / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников //2-ое изд. – М: Медицина,1996. – Т.2: Учение о внутренних и эндокринных железах. – 294 с.
9. Bilezikian JP. Primary Hyperparathyroidism. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2018;103(11):3993-4004. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01225>
10. Bradley SJ, Knodle KF. Ultrasound based focused neck exploration for primary hyperparathyroidism. The American Journal of Surgery. 2017;213(3):452-455. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.11.025>
11. Cheung K, Wang TS, Farrokhhyar F, Roman SA, Sosa JA. A Meta-analysis of Preoperative Localization Techniques for Patients with Primary Hyperparathyroidism. Annals of Surgical Oncology. 2011;19(2):577-583. <https://doi.org/10.1245/s10434-011-1870-5>
12. Coker L, Rone K, Cantley L, et al. Primary Hyperparathyroidism, Cognition, and Health-Related Quality of Life. Ann Surg 2005 - 242(5) - pp. 642-650.
13. Fraser W.D. Hyperparathyroidism. // Lancet. - 2009 – V.374 (9684). – P.145-58. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60507-9.
14. Khan AA, Hanley DA, Rizzoli R, et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int. 2016. <https://doi.org/10.1007/s00198-016-3716-2>

15. Minisola S, Cipriani C, Diacinti D, et al. Imaging of the parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. *Eur J Endocrinol*. 2016;174(1):D1-D8. <https://doi.org/10.1530/EJE-15-0565>
16. Nasiri S, Soroush A, Hashemi AP, et al. Parathyroid adenoma Localization. *Med J Islam Repub Iran*. 2012;26(3):103-109. PMC3587906
17. Sandqvist P, Nilsson I-L, Grybäck P, Sanchez-Crespo A & Sundin A. SPECT/CT's Advantage for Preoperative Localization of Small Parathyroid Adenomas in Primary Hyperparathyroidism. *Clinical Nuclear Medicine*. 2017;42(2):e109-e114. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000001447>
18. Wakamatsu H, Noguchi S, Yamashita H, Tamura S, Jinnouchi S, Nagamachi S, Futami S. Parathyroid scintigraphy with ^{99m}Tc-MIBI and 123 I subtraction: a comparison with magnetic resonance imaging and ultrasonography. *Nucl Med Commun*. 2003;24(7):755-762. <https://doi.org/10.1097/00006231-200307000-00004>
19. Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ, Grant CS, Hodgson SF, O'Fallon WM, Melton LJ. III Survival after the diagnosis of hyperparathyroidism: a population-based study. *Am J Med*. 1998;104:115-122. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00270-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00270-2)
20. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. *JAMA Surg*. 2016. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2310> 151(10):959–968

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