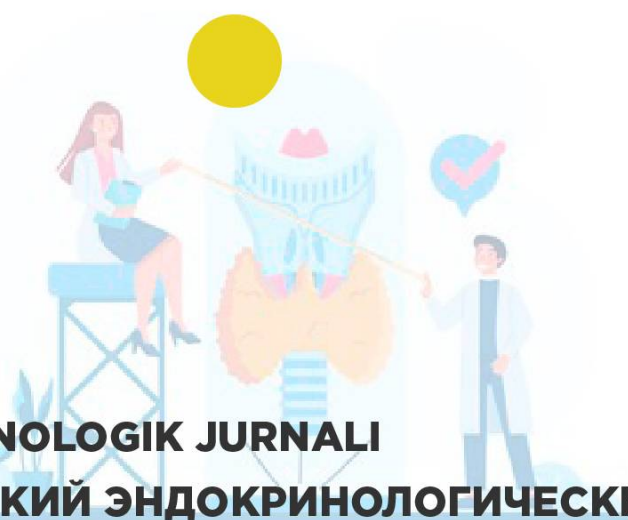




ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2

ISSUE 2

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 2

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ЭНДОКРИНОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

ЎЗБЕКИСТОН ЭНДОКРИНОЛОГЛАРИНИНГ II ХАЛҚАРО КОНГРЕССИ

II INTERNATIONAL CONGRESS OF ENDOCRINOLOGISTS OF UZBEKISTAN

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

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

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

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

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

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

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

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

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

А. Садыкова
Учёный секретарь, к.м.н.

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

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОСНОВАТЕЛИ ИНСТИТУТА КРАЕВОЙ МЕДИЦИНЫ



Абдуллаев Хабиб
Мухамедович



Умидова Зульфия
Ибрагимовна



Аскаров Акбар
Аскарович



Исмаилов Насыр
Исмаилович



Масумов Садык
Алиевич

ДИРЕКТОРА НИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ



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



Махкамов Гулям
Махкамович
1958-1966 гг.



Исламбеков Раджаб
Капланович
1967-1971 гг.



Зуфаров Камилджан
Ахмеджанович
1972-1973 гг.



Максумов Джалал
Насырович
1974 г.



Рахимов Нишан
Рахимович
1974-1975 гг.



Ильясов Шокасым
Шахизирович
1975-1976 гг.

ДИРЕКТОРА РСНПМЦЗ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА



Исмаилов Саид
Ибрагимович
1997-2015 гг.



Алимов Анвар
Валиевич
2016-2020 гг.



Тураев Феруз
Фатхуллаевич
с 2021 года

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основные направления деятельности Центра

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дело Туракулова Ёлкин Холматовича продолжают его ученики и последователи.

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

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

1. Джураева А.Ш., Бадридинова Б. К. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	13
2. Badritdinova M.N., Rizayeva M.A. 2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI 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., МаксUTOва Н.Н., Тригулова Р.Х., Давронов Р.Р. ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	48
7. Дон А.Н. К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.....	56
8. Камалов Т.Т., Тожибоев С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ, БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СТОПОЙ ШАРКО.....	61
9. Хайдарова Ф.А., Алимова К.Б. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....	68
10. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.....	75
11. Alimova N.U., Akhmedova K.R., Sadikova A.S., Yusupova N.T., Isamuhamedov M.T., Yuldasheva F.Z., Suleymanova F.N. A CLINICAL CASE OF SHERESHEVSKY-TURNER SYNDROME.....	85

12. Камалов Т.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	90
13. Акбутаев А.М., Халимова З.Ю. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ОБЗОР.....	99
14. Махкамова Н.Б., Халимова З.Ю. ОРГАНИЗМДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.....	110
15. Халимова З.Ю., Абидова Д.Х., Холикова А.О. ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА.....	114
16. Тураев Ф. Ф., Хайдарова Ф. А., Каюмова Д. Т., Айхожаева М. А., Латипова М. А. ДИЕТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	122
17. Хайдарова Ф.А., Тешабекова М.К. ОСОБЕННОСТИ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХБП 1-4 СТАДИИ.....	129
18. Хайдарова Ф.А., Каланходжаева Ш.Б., Сиддиков А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	137
19. Камалов Т.Т., Шокиров Х.Ш. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (ЯЗВА, ГАНГРЕНА, АМПУТАЦИЯ) АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	144
20. Халимова З.Ю., Негматова Г.Ш. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ.....	151
21. Исмаилов С.И., Даминова Л.Т., Муминова С.У., Собирова Н.М. ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	158
22. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Узбеков К.К., Рашитов М.М., Узбеков Р.К., Омилжонов М.Н., Нурмухамедов Д.Б. ЭКТОПИЯ АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	165
23. Хайдарова Ф.А., Иногамова Д.Т. ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С И БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕРДЦА.....	174
24. Тожиева И.М. ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	181

25. Рахимова Г.Н., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М. НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19.....	190
26. Хайитбоева К.Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	201
27. Ходжаева А.С., Тиллабаева Д.М. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	211
28. Яхёева Ҳ.Ш., Тешаев Ш.Ж. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР.....	216
29. Тураев Ф.Ф., Алимова Н.У., Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Бердикулова Д.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ДИНАМИКЕ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	222
30. Камалов Т.Т., Алимханов О.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА СТАДИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	230
31. Расулова Ш.Х., Тригулова Р.Х., Исмаилов С.И. ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАВШЕХ АМИОДАРОН.....	239
32. Хайдарова Ф.А., Латипова М.А. МЕДИАТОРЫ ГИПОТАЛАМУСА В ЭТИОЛОГИИ ОЖИРЕНИЯ.....	241
33. Худойбердиева Ф.Ф., Хайдарова Ф.А., Амонов Ш.Э. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	243
34. Inomova G.K., Quldasheva Y.M., Khalimova Z.Yu. FEATURES OF THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TRANSSPHENOIDAL PITUITARYADENOECTOMY.....	244



Тураев Ф.Ф.,
Алимова Н.У.,
Юлдашева Ф.З.,
Садикова А.С.,
Бердикулова Д.М.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ДИНАМИКЕ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463940>

ANNOTATSIYA

Dolzarblik: Yod tanqisligi kasalliklari (YTK) - yod tanqisligi tufayli aholida rivojlanadigan, yod iste'molini normallashtirish orqali oldini olish mumkin bo'lgan patologik holatlar majmui (VOZ).

Maqsad: O'zbekiston Respublikasi Buxoro viloyati aholisi orasida yod tanqisligi kasalliklarining tarqalish dinamikasini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Buxoro viloyatining uyushgan aholisi o'rtasida dinamikada YTK tarqalishini o'rganish maqsadida epidemiologik o'rganish o'tkazildi, unga maktab va bog'chalar (tasodifiy tanlab olish), qishloq joylarda (Peshku tumani) va Buxoro shahri. Yod miqdorini miqdoriy baholash uchun 367 ta siydik namunalari (11-15 yoshdagi maktab o'quvchilari va 4-6 yoshli bolalar bog'chalari o'quvchilari) olindi. YTKning og'irligini baholash mezonlari JSST ekspertlari tomonidan ishlab chiqilgan mezonlar tanlandi. Siydikdagi yod kontsentratsiyasini aniqlash uchun Mishchenko B.P. tomonidan takomillashtirilgan Nawschinek O. va boshqalarning usuli qo'llanildi. va boshqalar (10). Olingan ma'lumotlar MS Excel dasturiy paketi yordamida statistik ishlov berildi.

Natijalar: Diffuz bo'qoq tarqalishining qiyosiy tahlili shuni ko'rsatdiki, I darajali bo'qoq bilan kasallanish 1998 yildagi 50,8% dan 2022 yilda 20,2% gacha kamaydi. II darajali bo'qoq bilan kasallanish 1998 yildagi 13,7%dan 2022 yilda 2,7%ga kamaydi. Ushbu tadqiqot shuni ko'rsatdiki, 2022 yilda mintaqada diffuz bo'qoqning tarqalishi 22,9% ni tashkil etdi, bu 1998 yilga nisbatan dinamik pasayishdan dalolat beradi, garchi DB darajasi o'rtacha bo'lib qolmoqda. Yoduriyani tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, yodning maqbul iste'moli 1998 yildagidan farqli o'laroq 58,9% aholida aniqlangan (ratsionda yod etishmasligi 95,1%).

Xulosa: dinamikada endemik guatr tarqalishining 1998 yildagi 64,5%dan 2022 yilda 22,9 %gacha kamayishi kuzatilmoqda, bu ijobiy tendentsiyadan dalolat beradi. Siydikdagi yodning normal miqdori, 56,7% bo'yicha olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, bolalarning yarmi hali ham stol tuzi bilan yodning normal miqdorini olmaydilar.

Kalit so'zlar: yod tanqisligi kasalliklari, epidemiologiya, O'zbekiston Respublikasi Buxoro viloyati

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) — это множество патологических состояний, развивающихся в популяции вследствие йодного дефицита, которые могут быть предотвращены при нормализации потребления йода (ВОЗ).

Цель: изучение динамики распространенности йоддефицитных заболеваний среди населения Бухарской области Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования: С целью изучения распространенности ЙДЗ в динамике среди организованного населения Бухарской области было проведено эпидемиологическое исследование, которое включало школы и детские сады (случайная выборка), в сельской местности (Пешку район) и в городе Бухара. Для проведения количественной оценки содержания йода было собрано 367 проб мочи (школьники 11-15 лет и среди воспитанников детских садов 4-6 лет). Критериями оценки степени тяжести ЙДС были выбраны критерии, разработанные экспертами ВОЗ. Для определения концентрации йода в моче применялась методика Nawschinek O. et al., усовершенствованная Мищенко Б.П. и др. (10). Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета программ MS Excel.

Результаты: Сравнительный анализ распространенности диффузного зоба показал, что частота зоба I степени снизилась с 50,8 % в 1998 г. до 20,2% в 2022 году. Частота зоба II степени снизилась с 13,7 % в 1998 г. до 2,7 % в 2022гг. Настоящее исследование показало, что в 2022 году распространенность диффузного зоба по региону составило 22,9%, что говорит о динамичном снижении по сравнению с 1998 года, хотя степень ДЙ остается средне тяжелой. Анализ йодурии показал, что оптимальное потребление йода обнаружено у 58,9 % населения в отличие от 1998 года (отсутствие йода в рационе у 95,1 %).

Выводы: Отмечается уменьшение распространенности эндемического зоба в динамике с 64,5 % в 1998 году до 22,9 % в 2022 году, что говорит о положительной динамике. Полученные данные по нормальному содержанию йода в моче, 56,7 % свидетельствуют о том, что половина детей до сих пор не получают нормальное количество йода с пищевой солью.

Ключевые слова: йоддефицитные заболевания, эпидемиология, Бухарская область РУз

ANNOTATION

Relevance: Iodine deficiency diseases (IDD) are a set of pathological conditions that develop in the population due to iodine deficiency, which can be prevented by normalizing iodine intake (WHO).

Aim: to study the dynamics of the prevalence of iodine deficiency diseases among the population of the Bukhara region of the Republic of Uzbekistan.

Research materials and methods: In order to study the prevalence of IDD in dynamics among the organized population of the Bukhara region, an epidemiological study was conducted, which included schools and kindergartens (random sampling), in rural areas (Peshku district) and in the city of Bukhara. To conduct a quantitative assessment of the iodine content, 367 urine samples were collected (schoolchildren aged 11-15 and among pupils in kindergartens aged 4-6). Criteria for assessing the severity of IDS were chosen criteria developed by WHO experts. To determine the concentration of iodine in the urine, the method of Nawschinek O. et al., improved by Mishchenko B.P., was used. and others (10). The obtained data were statistically processed using the MS Excel software package.

Results: A comparative analysis of the prevalence of diffuse goiter showed that the incidence of goiter I degree decreased from 50.8% in 1998 to 20.2% in 2022. The incidence of goiter II degree decreased from 13.7% in 1998 to 2.7% in 2022. The present study showed that in 2022 the prevalence of diffuse goiter in the region was 22.9%, which indicates a dynamic decrease compared to 1998, although the degree of DY remains moderate. An analysis of ioduria showed that the optimal intake of iodine was found in 58.9% of the population, in contrast to 1998 (lack of iodine in the diet in 95.1%).

Conclusions: There is a decrease in the prevalence of endemic goiter in dynamics from 64.5% in 1998 to 22.9% in 2022, which indicates a positive trend. The data obtained on the normal content of iodine in the urine, 56.7%, indicate that half of the children still do not receive a normal amount of iodine with table salt.

Keywords: iodine deficiency diseases, epidemiology, Bukhara region of the Republic of Uzbekistan

Введение: Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) — это множество патологических состояний, развивающихся в популяции вследствие йодного дефицита, которые могут быть предотвращены при нормализации потребления йода (ВОЗ). Согласно данным ВОЗ 1570 млн. человек (30% населения мира) имеют риск развития ЙДЗ, в том числе более 500 млн. проживают в регионах с тяжелым дефицитом йода [1,4]. Диффузный зоб, развивающийся у лиц, проживающих в местности с йододефицитом, называется эндемическим, а в местности с достаточным содержанием йода — спорадическим. По критериям ВОЗ, если более 10% населения региона страдает диффузной гиперплазией щитовидной железы, то данный регион признается эндемическим по зобу [7].

За последние более 20 лет в Республике Узбекистан отмечен значительный рост заболеваний, связанных с недостаточным потреблением йода. Сотрудниками РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз, несколько раз были (1998, 2004, 2012, 2016 гг.), были проведены эпидемиологические исследования в стране для оценки тяжести дефицита йода (ДЙ) в РУз по методу случайной выборки (8,9), которые показали, что в Бухарской области имеется ДЙ тяжелой степени. Доля тяжелого дефицита йода снизилась с 95,1% в 1998 году до 1,7% в 2012 году. Оптимальный уровень потребления йода увеличился с 46,7% в 2004 году и до 58,9% в 2012 году (Таблица 1.)

Таблица 1.

Оценка степени тяжести ЙДС в Бухарской области по годам, %			
Выраженность дефицита йода	1998 г.	2004 г.	2012 г.
Тяжелый дефицит йода	95,1	34,9	1,7
Дефицит йода средней тяжести	3,3	9,5	8,3
Легкий дефицит йода	0	8,9	31,1
Оптимальный уровень потребления йода	0	46,7	58,9

Целью исследования явилось — изучение динамики распространенности йоддефицитных заболеваний среди населения Бухарской области Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования

ВОЗ оценивает выраженность йоддефицитных состояний по ряду параметров, это — клинический показатель (распространенность зоба в популяции) и биохимический показатель (уровень выделения йода с мочой). Степень выраженности йодного дефицита определяется распространенностью увеличения щитовидной железы (ЩЖ) в популяции. ЙД может присутствовать в том случае, если частота ЭЗ в популяции детей младшего и среднего школьного возраста превышает 5% [8].

С целью изучения распространенности ЙДЗ в динамике среди организованного населения Бухарской области было проведено эпидемиологическое исследование, которое включало школы и детские сады (случайная выборка), в сельской местности (Пешку район), в городе Бухара. Для проведения количественной оценки содержания йода было собрано 367 проб мочи (школьники 11-15 лет и среди воспитанников детских садов 4-6 лет).

Критериями оценки степени тяжести ЙДС были выбраны критерии, разработанные экспертами ВОЗ (таблица 2).

Критериями оценки степени тяжести ЙДС.

Таблица 2.

Показатели	Популяция	легкая	средняя	тяжелая
Зоб	Школьники	5-19,9%	20-29,9%	30%
Объем щитовидной железы	Школьники	5-19,9%	20-29,9%	30%
Уровень йода в моче (мкг/л)	Школьники	50-90	20-49	20

Общее количество обследованных детей составило 367 детей. Степень увеличения ЩЖ определяли по классификации ВОЗ при помощи пальпации: 0 – ЩЖ не увеличена, 1 степень и 2 степень увеличения щитовидной железы.

Полученные результаты по определению йодурии по области сгруппированы согласно концентрации йода в моче: <20 мкг/л соответствует тяжелой степени йододефицита, 20-49,9 мкг/л соответствует средней степени тяжести, 50-99,9 мкг/л соответствует легкой степени тяжести, 100-300 мкг/л соответствует норме.

Для определения концентрации йода в моче применялась методика Nawschinek O. et al., усовершенствованная Мищенко Б.П. и др. [9]. Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета программ MS Excel.

Результаты исследования и их обсуждение.

Эпидемиологические исследования распространенности эндемического зоба в Бухарской области показали, что диффузный зоб 1 степени диагностирован у 20,2 % (74 детей), диффузный зоб 2 степени диагностирован у 2,7 % (10 детей) обследованных. Итого распространенности эндемического зоба составляет 22,9 % (84 детей) (таблица 3).

Таблица 3.

Распространенность диффузного зоба Бухарской области.

Районы	Количество обследованных	Диффузный зоб		
		I степень	II степень	Итого
г. Бухара	193	45(23,3%)	8(4,1%)	53 (27,5%)
Школьники	96	39(40,6%)	8(8,3%)	47(49%)
воспитанники	97	6(6,2%)	0(0%)	6(6,2%)
Пешку район	174	29(16,7%)	2(1,1%)	31(17,8%)
Школьники	94	28(30%)	2(2,1%)	30(32%)
воспитанники	80	1(1,2%)	0(0%)	1(1,3%)
Итого	367	74(20,2%)	10 (2,7%)	84 (23%)

Результаты определения йодурии среди исследуемой группы организованного населения Бухарской области, Пешку район (школьники-91, воспитанники-70) показали, что из 161 образцов мочи (100%) собранные из школы в 14 образцах (8,7 %) концентрация йода была в пределах от 20 до 99 мкг/л, в 26 образцах (16,2 %) концентрация йода в моче была в пределах 100-200 мкг/л и в 54 образцах (33,5 %) концентрация йода была в пределах 201-299 мкг/л нормы, и в 67 образцах (41,6 %) концентрация йода в моче составило более 300 мкг/л (таблица 4.).

Таблица 4.

Результаты анализов йодурии по Бухарской области (Пешку район)

Концентрация йода в моче (медиана, мкг/л)	Выраженность дефицита йода	Количество человек		Процентное соотношение		Количество человек	Процентное соотношение
		Ш*	В**	Ш	В	ВСЕГО	
Менее 20	Тяжелый дефицит йода	-	1	-	1,4	1	0,6
20 – 49	Дефицит йода средней тяжести	-	-	-	-	-	-
50 – 99	Легкий дефицит йода	6	7	6,59	10,0	13	8,1
100 – 200	Адекватный уровень потребления йода	14	12	15,38	17,1	26	16,2
201 – 299	Более чем адекватное	30	24	32,97	34,3	54	33,5
>300	Избыточное	41	26	45,05	37,1	67	41,6

* - школьники

** - воспитанники

В то время как в городе Бухаре картина показателя йодурии представлена была в виде следующих данных. Город Бухара (школьники-96, воспитанники-96) показали, что из 192 образцов мочи (100%) собранные из школы в 40 образцах (20,8 %) концентрация йода была в пределах от 20 до 99 мкг/л, в 92 образцах (47,9 %) концентрация йода в моче была в пределах 100-200 мкг/л и в 36 образцах (18,75 %) концентрация йода была в пределах 201-299 мкг/л нормы, и в 24 образцах (12,5 %) концентрация йода в моче составило более 300 мкг/л (таблица 5.).

Таблица 5.

Результаты анализов йодурии по Бухарской области (город Бухара)

Концентрация йода в моче (медиана, мкг/л)	Выраженность дефицита йода	Количество человек		Процентное соотношение		Количество человек	Процентное соотношение
		Ш*	В**	Ш	В		
Менее 20	Тяжелый дефицит йода	1	0	1,04	0,0	1	0,52
20 – 49	Дефицит йода средней тяжести	3	1	3,13	1,0	4	2,08
50 – 99	Легкий дефицит йода	15	20	15,63	20,8	35	18,23
100 – 200	Адекватный уровень потребления йода	53	39	55,21	40,6	92	47,92
201 – 299	Более чем адекватное	12	24	12,50	25,0	36	18,75
>300	Избыточное	12	12	12,50	12,5	24	12,50

* - школьники ** - воспитанники

Таким образом, полученные данные по Бухарской области свидетельствуют о том, что у 15,3 % детей имеется дефицит йода легкой и средней степени тяжести, адекватный потребления йода составило более 50%.

Термин «йододефицитные заболевания» был введен ВОЗ в 1983 г. для того, чтобы подчеркнуть, что при дефиците йода развивается не только эндемический зоб, но и заболевания или нарушения функций всех органов и систем организма, главным из которых является снижение интеллекта. Для борьбы с дефицитом йода при ВОЗ в 1990 г. был создан специальный Международный совет по контролю за йододефицитными заболеваниями (МСК ЙДЗ) [8,9]. Проблеме ликвидации дефицита йода во всех странах мира уделяется огромное внимание, так как, по данным ВОЗ, при тяжелой йодной недостаточности у 1–10% населения может наблюдаться врожденный кретинизм, у 5–30% населения – неврологические нарушения и умственная отсталость, у 30–70% населения – снижение умственных способностей. Дефицит йода приводит к нарушению психического и физического развития миллионов людей. На фоне дефицита йода у детей наблюдается отставание в физическом и нейропсихическом развитии, снижение уровня когнитивных функций, ухудшение речи и слуха, задержка полового созревания [1].

В йододефицитных регионах наблюдается задержка формирования основных познавательных функций в критические возрастные периоды. По данным проф. Л.А. Щеплягиной (Научный центр здоровья детей РАМН) [1], 85% детей имеют отклонения по тем или иным показателям интеллектуально-мнестической сферы, из них у 30% детей выявлены грубые нарушения по большинству исследованных функций, у 55% детей обнаружен парциальный когнитивный дефицит различной степени выраженности.

Таблица 6.

Распространенность диффузного зоба в Бухарской области в различные годы

Годы	Диффузный зоб (%)		
	I степень	II степень	Итого
1998	50,8	13,7	64,5
2004	46,2	5,4	51,6

2012	38,4	2,3	40,7
2022	20,2	2,7	22,9

Сравнительный анализ распространенности диффузного зоба показал, что частота зоба I степени снизилась с 50,8 % в 1998 г. до 46,2 % в 2004, 38,4 % в 2012 г и до 20,2% в 2022 году. Частота зоба II степени снизилась с 13,7 % в 1998 г. до 5,4 % в 2004 г., осталось практически неизменным в 2012 и 2022гг 2,3% и 2,7 % соответственно. Настоящее исследование показало, что в 2022 году распространенность диффузного зоба по региону составило 22,9% (Таблица 6), что говорит о динамичном снижении по сравнению с 1998, 2004, 2012 гг., хотя степень ДЙ остается средне тяжелой (таблица 2). Анализ йодурии показал, что оптимальное потребление йода обнаружено у 58,9 % населения в отличие от 1998 года (отсутствие йода в рационе у 95,1 %). При сравнении с эпидемиологическими данными 1998, 2004, 2012 гг. было выявлено, что население в 1998 г. потребляло нейодированную соль, а в 2004 г. в 45,5 % образцов соль была йодированной. Согласно критериям, разработанным экспертами ВОЗ, была оценена степень тяжести ЙДЗ в данном регионе.

Эти данные также свидетельствуют о том, что в исследуемом регионе отмечается достоверное снижение частоты йододефицитных состояний по показателям йодурии. Доля тяжелой дефицита йода снизилась с 95,1 % в 1998 году до 34,9 % в 2004 году и 1,7 % в 2012 году, до 0,5% в 2022году. Оптимальный уровень потребления йода повысился с 0 % в 1998 году до 46,7 % в 2004 году и 58,9% в 2012 году и в таких же показателей осталось в 2022 году.

Таблица 7.

Результаты анализов йодурии по Бухарской области за 2022г.

Показатели йодурии	Выраженность дефицита йода	Количество	Процентное соотношение
Менее 20	Тяжелый дефицит йода	2	0,5
20 – 49	Дефицит йода средней тяжести	17	4,7
50 – 99	Легкий дефицит йода	48	13,1
100 – 200	Адекватный уровень потребления йода	118	32,2
201 – 299	Более чем адекватное	90	24,5
>300	Избыточное	91	25,0
	ИТОГО	367	100,00

По данным эпидемиологических исследований (1998,2004,2010,2016 гг.) в нашей стране сохраняется проблема йодного дефицита. Более 60% населения страны проживают в регионах с природно обусловленным йодным дефицитом. Несмотря на реализацию профилактических программ (мероприятий) в регионах, существующая «добровольная» модель профилактики доказала свою неэффективность. Программы по йодированию соли, требуют создания эффективной системы мониторинга и оценки. Выявлено, что в Узбекистане не существует территорий, население которых не подвергалось бы риску развития с йоддефицитными заболеваниями. В Узбекистане на фоне проведения массовых просветительских и профилактических мер по ликвидации йододефицита отмечена тенденция к уменьшению распространенности эндемического зоба, однако степень с йоддефицитными заболеваниями остается тяжелой. С учетом того, что последнее исследование проводилось в 2016 году и данные о содержании йода в пищевой соли и моче свидетельствуют о том, что, несмотря на проводимые широкомасштабные меры, более 30% населения РУз все еще остаются в состоянии йодного дефицита. Возникла необходимость в проведение эпидемиологического исследование йоддефицитного состояния в динамике по всем регионам Республики.

В конце 2007 г. в журнале Public Health Nutrition были опубликованы рекомендации экспертной группы ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике дефицита йода у беременных и кормящих женщин и детей до 2 лет. В чем же причина озабоченности экспертов уважаемых международных организаций, обусловившая появление этих рекомендации в свет? Проблема в том, что начиная примерно в 2001 г. в мире практически остановился прогресс в устранения йодного дефицита. Если в течение 1990х годов число домохозяйств в мире, использующих йодированную соль (ЙС),

выросло с 10–20 до более 70%, то завесь последующий период (2001–2007) дальнейшего роста охвата населения мира ЙС не произошло, что и неудивительно: последние шаги к цели всегда самые трудные. Также и у нас в 2012 году было проведено последнее эпидемиологическое исследование среди детей.

Таблица 8.

Оценка степени тяжести ЙДС в Бухарской области по годам, %				
Выраженность дефицита йода	1998 г.	2004 г.	2012 г.	2022г.
Тяжелый дефицит йода	95,1	34,9	1,7	0,5
Дефицит йода средней тяжести	3,3	9,5	8,3	4,7
Легкий дефицит йода	0	8,9	31,1	13,1
Оптимальный уровень потребления йода	0	46,7	58,9	56,7

Таким образом, дефицит йода в Бухарской области уменьшился, однако его степень остается средне тяжелой, поэтому необходимы дополнительные усилия для решения этой проблемы. Оценка степени тяжести ЙДС в Бухарской области показала, что доля тяжелого дефицита йода снизилась с 95,1 % в 1998 году до 34,9 % в 2004 году, 1,7 % в 2012 году и до 0,5% в 2022 году. Оптимальный уровень потребления йода увеличился от 0 % в 1998 году до 46,7 % в 2004 году, в 2012 и 2022 годах особо не изменился, 58,9% и 56,7% соответственно. Сравнительный анализ распространенности диффузного зоба показал, что частота зоба I степени снизилась с 50,8 % в 1998 г. до 46,2 % в 2004, до 38,4 % в 2012 г и до 20,2% в 2022 году. Частота зоба II степени снизилась с 13,7 % в 1998 г. до 5,4 % в 2004, до 2,3 % в 2012 и до 2,7% в 2022 г. Необходимо отметить резкое снижение количества больных с диффузным зобом II степени.

Выводы

1. Отмечается уменьшение распространенности эндемического зоба в динамике с 64,5 % в 1998 году до 22,9 % в 2022 году, что говорит о положительной динамике.
2. Полученные данные по нормальному содержанию йода в моче, 56,7 % свидетельствуют о том, что половина детей до сих пор не получают нормальное количество йода с пищевой солью.
3. Причина тяжести йоддефицитных состояний связана с наличием на рынке Узбекистана нейодированной пищевой соли, а также низким качеством производимой пищевой соли.
4. Необходимо усилить работу по ликвидации йоддефицитных состояний, улучшить условия солепроизводства, наладить внутренний и внешний лабораторный контроль за качеством производимой пищевой йодированной соли, предотвратить поступление на рынок не качественной пищевой соли.

Список литературы

1. Дедов И.И., Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йододефицитные заболевания в Российской Федерации (эпидемиология, диагностика, профилактика). Методическое пособие. - М.; 1999. [Dedov II, Gerasimov GA, Sviridenko NYu. Iododeficitsitnye zabolevaniya v Rossiiskoi Federatsii (epidemi-ologiya, diagnostika, profilaktika). Metodicheskoe posobie. Moscow; 1999. (In Russ).]
2. Andersson M, De Benoist B, Delange F, et al. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: Conclusions and recommendations of the technical consultation. Public Health Nutr. 2007;10(12A). doi: 10.1017/s1368980007361004
3. Alexander WD, Harden RM, Harrison MT, et al. Some aspects of the absorption and concentration of iodide by the alimentary tract in man. Proc NutriSoc. 2007;26(01):62-67. doi: 10.1079/pns19670013

4. Aghini-Lombardu F, Antonangeli L, Martino E, et al. The spectrum of thyroid disorders in an iodine - deficient community: the Pescopagano survey. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(2):561-566.Hetzel B. Iodine deficiency disorders (idd) and their eradication. *Lancet.* 1983;322(8359):1126-1129.doi: 10.1016/s0140-6736(83)90636-0
5. De Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. *Food Nutr Bull.* 2008;29:195-202..
6. Glinioer D, De Nayer P, Delange F, et al. A randomized trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: Maternal and neonatal effects. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995;80(1):258-269. doi: 10.1210/jcem.80.1.7829623
7. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. *Lancet.* 2008;372(9645):1251-1262.doi: 10.1016/s0140-6736(08)61005-3
8. World Health Organization, UNICEF, International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. Geneva: World Health Organization; 2001.

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