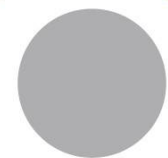




ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 3

ISSUE 2

2023

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

3 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 3, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 3, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2023

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2023) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2023-2>

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

1. Закирова Д.В., Агурьянова Э.С., Хонбоев Ф.З., Абдуллаев А.А., Алиханова Н.М., Тахирова Ф.А. ВЛИЯНИЕ RS10965250 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CDKN2A НА РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	6
2. Хайдарова Ф.А., Каланходжаева Ш.Б., Сиддиков А.А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	13
3. Хамроева Д.И., Холова Д.Ш. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	20
4. Kholova D.Sh., Khalimova Z.Y. CLINICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF INACTIVE PITUITARY ADENOMAS.....	25
5. Алимова Н.У., Алиева А.В., Садыкова А.С., Сиддиков А.А., Тешаев Б.К. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	30
6. Khalimova Z.Y., Uralova D.U., Abdullayeva A.U., Xolova D.Sh., Rahimova G.N., Suleymanova F.N. PRECOCIOUS PUBERTY: MOLECULAR GENETICS, MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT.....	37
7. Ju Seunghwan, Ismailov S.I., Shamansurova Z.M. SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM: PATHOGENESIS AND CLINICAL ASPECTS.....	46
8. Тураев Ф.Ф., Алимова Н.У., Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Бердикулова Д.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЕРВЫЕ ПРОВЕДЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ В СОХСКОМ РАЙОНЕ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	57



Хайдарова Ф.А.,
Каланходжаева Ш.Б.,
Сиддиков А.А.

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

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8264448>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни у пациенток с синдромом Шерешевского-Тернера.

Материал и методы. В исследование включены 69 лиц женского пола в возрасте от 16 до 23 лет, средний возраст составил $20,3 \pm 1,9$ лет. В основную группу вошли 43 пациентки с СШТ, средний возраст составил $20,1 \pm 1,3$ лет. В контрольную группу вошли 26 здоровых лиц в возрасте $20,5 \pm 2,6$ лет. Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,40$) и ИМТ ($p=0,29$). Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey - MOS SF-36). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), телесная боль (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH).

Результаты и обсуждение. Анализ параметров физического компонента здоровья показал, что при СШТ интегральный показатель физического компонента здоровья (ФКЗ) варьировал от 53,3 до 58,4 баллов с Me 55,8 баллов. Данные показатели существенно ниже контрольных значений (Me 76,6; IQR 71,4-80,5). Девочки-подростки с СШТ находятся в группе высокого риска развития проблем, связанных с более низкой социальной активностью, плохими навыками преодоления социальных трудностей и повышенной незрелостью, гиперактивностью и импульсивностью по сравнению со своими сверстницами. Кроме того, у пациенток с СШТ часто возникают трудности в поддержании отношений со своими ровесниками.

Выводы. Основными клиническими признаками СШТ в изученной когорте явились низкий рост, первичная аменорея, половой инфантилизм, у значительной части пациенток отмечается широкая грудная клетка, X-образное искривление голеней, кожные складки на шее, более чем у трети диагностирована артериальная гипертензия. По результатам анкетирования наблюдается существенное снижение параметров физического (на 26,5%) и психологического (29,3%) компонентов здоровья качества жизни.

Ключевые слова: СШТ, низкий рост, качество жизни, компонент здоровья

**Khaydarova F.A.,
Kalankhodjaeva Sh.B.,
Siddikov A.A.**

Republican specialized scientific and practical
medical center of endocrinology named after
academician Y. Kh. Turakulov, Tashkent, Uzbekistan.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH SHERESHEVSKY-TURNER SYNDROME

ANNOTATION

The purpose of the study. To study the indicators of quality of life in patients with Shereshevsky-Turner syndrome.

Material and methods. The study included 69 females aged 16 to 23 years, the average age was 20.3 ± 1.9 years. The main group included 43 patients with STS, mean age was 20.1 ± 1.3 years. The control group included 26 healthy individuals aged 20.5 ± 2.6 years. The groups were comparable in terms of age ($p=0.40$) and BMI ($p=0.29$). To assess the quality of life of patients, a short version of the MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) was used. The 36 items on the questionnaire are grouped into eight scales: physical functioning (PF), role functioning (RP), bodily pain (BP), general health (GH), vital activity (VT), social functioning (SF), role emotional functioning (RE) and mental health (MH).

Results and discussion. The analysis of the parameters of the physical component of health showed that the integral indicator of the physical component of health (PCH) varied from 53.3 to 58.4 points with Me 55.8 points in STS. These indicators are significantly lower than the control values (Me 76.6; IQR 71.4-80.5). Adolescent girls with STS are at high risk of developing problems associated with lower social activity, poor social coping skills, and increased immaturity, hyperactivity, and impulsivity compared to their peers. In addition, patients with STS often have difficulty maintaining relationships with their peers.

Conclusions. The main clinical signs of STS in the studied cohort were short stature, primary amenorrhea, sexual infantilism, a significant proportion of patients have a wide chest, X-shaped curvature of the legs, skin folds on the neck, more than a third were diagnosed with arterial hypertension. According to the results of the survey, there is a significant decrease in the parameters of the physical (by 26.5%) and psychological (29.3%) components of health and quality of life.

Key words: STS, short stature, quality of life, health component

**Xaydarova F.A.,
Kalanhodjaeva Sh.B.,
Siddiqov A.A.**

Akademik Y.X. To'raqulov nomidagi
Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston.

SHERESHEVSKIY-TYORNER SINDROMI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING HAYOT SIFATI VA PSIXO-EMOTSIONAL HOLATINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Tadqiqot maqsadi. Shereshevskiy-Tyorner sindromi bilan og'rigan bemorlarning hayot sifati ko'rsatkichlarini o'rganish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda 16 yoshdan 23 yoshgacha bo'lgan 69 nafar ayol ishtirok etdi, o'rtacha yosh $20,3 \pm 1,9$ yoshni tashkil etdi. Asosiy guruhga STS bilan og'rigan 43 bemor kirdi, o'rtacha

yoshi $20,1 \pm 1,3$ yil. Nazorat guruhiga $20,5 \pm 2,6$ yoshdagi 26 nafar sog'lom odam kirdi. Guruhlar yoshi ($p = 0,40$) va BMI ($p = 0,29$) bo'yicha taqqoslangan. Bemorlarning hayot sifatini baholash uchun MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) ning qisqa versiyasi qo'llanildi. So'rovnomadagi 36 ta nuqta sakkizta shkalaga bo'linadi: jismoniy faoliyat (PF), rolning ishlashi (RP), tana og'rig'i (BP), umumiy salomatlik (GH), hayotiy faoliyat (VT), ijtimoiy faoliyat (SF), rol hissiy faoliyat (RE) va ruhiy salomatlik (MH).

Natijalar va muhokama. Salomatlikning jismoniy komponenti parametrlarining tahlili shuni ko'rsatdiki, STS bilan salomatlikning jismoniy komponentining (PCH) integral ko'rsatkichi 53,3 dan 58,4 ballgacha, Me 55,8 ballgacha o'zgargan. Ushbu ko'rsatkichlar nazorat qiymatlaridan sezilarli darajada past (Me 76,6; IQR 71,4-80,5). STS bilan og'rig'an o'smir qizlar o'z tengdoshlari bilan solishtirganda past ijtimoiy faollik, zaif ijtimoiy kurashish qobiliyatlari va balog'atga yetmaganlik, giperaktivlik va impulsivlik bilan bog'liq muammolarni rivojlanish xavfi yuqori. Bundan tashqari, STS bilan og'rig'an bemorlar ko'pincha tengdoshlari bilan munosabatlarni saqlab qolishda qiyinchiliklarga duch kelishadi.

Xulosa. O'rganilayotgan kogortadagi STS ning asosiy klinik belgilari past bo'yli, birlamchi amenoreya, jinsiy infantilizm, bemorlarning ko'p qismida keng ko'krak qafasi, oyoqlarning X shaklidagi egriligi, bo'yin terisi burmalari, uchdan biridan ko'prog'ida arterial gipertenziya tashxisi qo'yilgan. So'rov natijalariga ko'ra, salomatlik va hayot sifatining jismoniy (26,5 foizga) va psixologik (29,3 foizga) ko'rsatkichlari sezilarli darajada pasaygan.

Kalit so'zlar: STS, past bo'y, hayot sifati, sog'liq komponenti

Синдром Шерешевского-Тернера (СШТ) представляет собой спектр фенотипических характеристик, возникающих в результате дефицита генов второй половой хромосомы. По оценкам специалистов синдром встречается с частотой 1:2000- 1:2500 новорожденных девочек [15].

Синдром Шерешевского-Тернера связан с низкорослостью, задержкой полового созревания, дисгенезией яичников, гипергонадотропным гипогонадизмом, бесплодием, врожденными пороками сердца (ВПС), эндокринными нарушениями (сахарный диабет 1 и 2 типа, остеопороз и аутоиммунные заболевания). Заболеваемость и смертность у женщин с синдромом Тернера выше, чем в общей популяции. Несмотря на часто заметный фенотип, задержка диагностики может быть значительной, а средний возраст постановки диагноза составляет около 15 лет [5].

Механизмы, которые приводят к этим дефектам, полностью не изучены и скрыты значительной изменчивостью как кариотипа, так и фенотипа без последовательной корреляции между ними [6].

Примерно у трети девочек с СШТ наблюдается спонтанное половое созревание, однако только у половины из них половое созревание завершается с менархе [3].

По данным Jež W.et al. [7] в некоторых странах насчитывается около 8000 женщин с синдромом Тернера, из которых 5000 старше 18 лет. СШТ существенно затрудняет психосоциальное функционирование пациенток, особенно в тот период жизни, когда развивается чувство физической привлекательности. Неудовлетворенность своим физическим данными способствует снижению качества жизни.

Понимание некоторых аспектов качества жизни, связанного со здоровьем, на основе субъективных оценок пациенток с СШТ будет содействовать осведомленности врачей о потребностях этих женщин и, таким образом, позволить лучше адаптировать процесс лечения [4; 7].

Сердечно-сосудистые аномалии вызывают серьезную озабоченность как в пренатальном, так и в постнатальном периоде. По оценкам специалистов ВПС, несовместимые с жизнью в 99% способствуют гибели плода [12], в то время как двустворчатый аортальный клапан и коарктация аорты являются более распространенными осложнениями живорождений [9; 14].

Возможно, что люди с низким ростом, независимо от причины, могут иметь более низкое качество жизни (КЖ), чем люди с нормальным ростом [2].

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни у пациенток с синдромом Шершевского-Тернера.

Материал и методы. В исследование включены 69 лиц женского пола в возрасте от 16 до 23 лет, средний возраст составил $20,3 \pm 1,9$ лет (Me 20,0 лет; IQR 19,0-21,0). В основную группу вошли 43 пациентки с СШТ, средний возраст составил $20,1 \pm 1,3$ лет (Me 20,0 лет; IQR 19,0-21,0). В контрольную группу вошли 26 здоровых лиц в возрасте $20,5 \pm 2,6$ лет (Me 20,0 года; IQR 19,0-22,0). Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,40$) и ИМТ ($p=0,29$).

Признаками СШТ явились: низкий рост (97,7%), первичная аменорея (90,7%), половой инфантилизм (79,1%), широкая грудная клетка (62,8%), X-образное искривление голеней (58,1%), кожные складки на шее (55,8%), артериальная гипертензия (37,2%), снижение слуха (25,6%). 7 (16,3%) пациенток были замужем, однако впоследствии развелись из-за диагностированного бесплодия. Средний рост пациенток составил $136 \pm 5,1$ см (Me 135,0 года; IQR 133,0-140,0).

По результатам кариотипирования у 21(48,8%) пациентки классическая форма СШТ (моносомия X – 45,XO).

Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey - MOS SF-36). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), телесная боль (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH).

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакетов Microsoft Excel 10 с использованием надстройки «Анализ данных» и SPSS версия 23. Данные проверены на нормальность распределения с помощью критерия Колмагорова-Смирнова. Результаты анализов представлены в виде медианы (Me) [интерквартильного размаха (IQR): 25 перцентиль; 75 перцентиль]. Различия считались значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ параметров физического компонента здоровья показал, что при СШТ интегральный показатель физического компонента здоровья (ФКЗ) варьировал от 53,3 до 58,4 баллов с Me 55,8 баллов. Данные показатели существенно ниже контрольных значений (Me 76,6; IQR 71,4-80,5) (Таблица 1.).

Таблица 1.

Показатели физического компонента здоровья качества жизни пациенток с СШТ (по SF-36), в баллах

Шкалы SF-36	Контроль, n=26	СШТ, n=43
Физическое функционирование, ФФ	$79,6 \pm 9,3$	$63,1 \pm 10,0^*$
Ролевое функционирование, РФ	$78,2 \pm 11,1$	$54,1 \pm 8,3^*$
Телесная боль, Б	$81,3 \pm 8,1$	$65,4 \pm 9,5^*$
Общее состояние здоровья, ОЗ	$82,3 \pm 11$	$53,5 \pm 9,4^*$
Физический компонент здоровья, ФКЗ	$76,3 \pm 5,9$	$56,1 \pm 4,8^*$

Примечание: СШТ -синдром Шершевского-Тернера; * $p < 0,0001$

Почти треть пациенток низко (менее 50 баллов) оценивали ролевое физическое функционирование (30,2% опрошенных) и общее состояние здоровья (32,6% респондентов).

Сравнительный анализ компонентов КЖ в основной и контрольной группах выявил существенное снижение ФФ (на 20,8%) по сравнению с показателем контрольной группы, т.е. у пациенток с СШТ в значительной степени ограничена возможность выполнять различные физические нагрузки (Рис. 1а.).

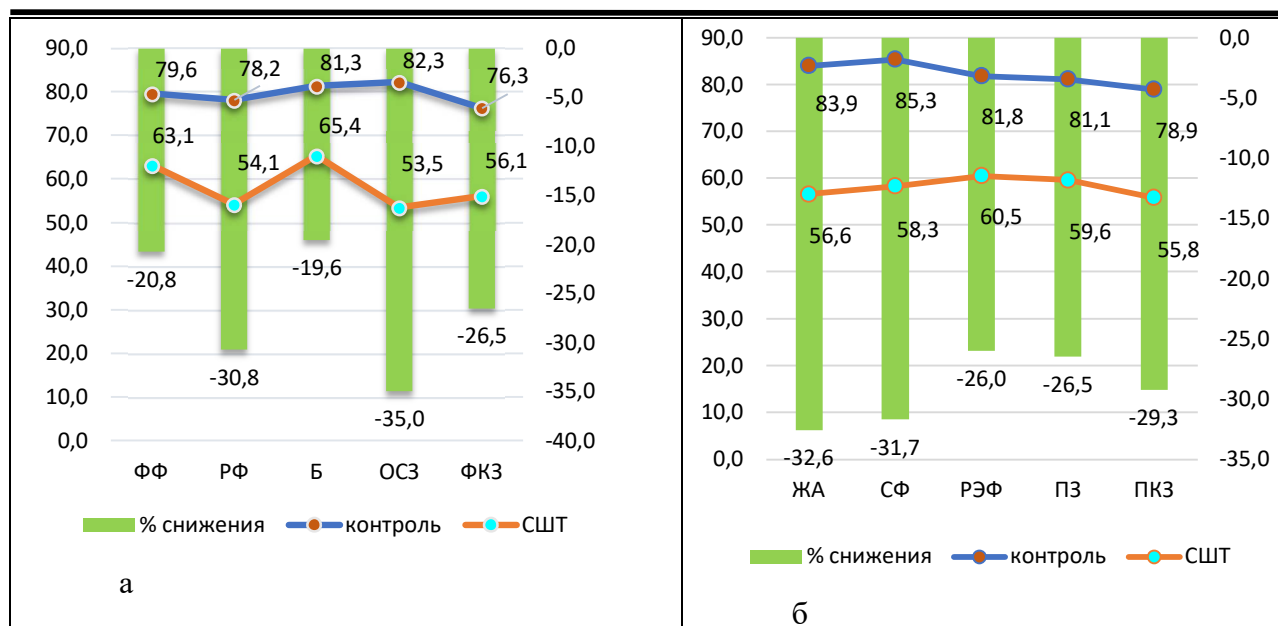


Рис.1. Сравнительная характеристика параметров физического и психологического компонентов здоровья качества жизни СШТ и контрольной группы.

СШТ оказывает отрицательное влияние на повседневную ролевую деятельность человека (работу, выполнение повседневных обязанностей), наблюдается снижение компонента РФ на 30,8%. Снижение шкалы телесная боль (Б - на 19,6 %) в основном отмечается у лиц, имеющих в анамнезе артериальную гипертензию. Все это приводило к понижению субъективной оценки пациентами своего здоровья (ОЗ - на 35,0%), в результате физический компонент здоровья оказался сниженным на 26,5%.

Исследование, проведенное в Норвегии, показало, что женщины с СШТ реже получали удовольствие от физической активности в детстве по сравнению с контрольной группой [13; 17].

Thompson T. et al. [17] сообщили, что некоторые из пациенток с СШТ признались, что чувствовали себя неловко или неадекватно, когда занимались спортом со сверстниками. По результатам опроса социальная физическая активность включала походы с семьей по выходным, езду на велосипеде с братьями и сестрами, занятия в тренажерном зале с другом, участие в спортивной команде или посещение занятий фитнесом.

Amedro P. et al. [1] установили нарушение качества жизни во многих областях, включая физическое функционирование как у пациенток с СШТ, так и у их родителей.

Интегрированный показатель психологического компонента здоровья (ПКЗ) варьировал от балла 52,3 до 59,5 баллов с Ме 56,5 баллов. Данные показатели существенно ниже контрольных значений (Ме 80,0; IQR 74,2-83,8) (Таблица 2.).

Таблица 2.
Показатели психологического компонента здоровья качества жизни пациенток с СШТ (по SF-36), в баллах

Шкалы SF-36	Контроль, n=26	СШТ, n=43
Жизненная активность ЖА	83,9±9,6	56,6±9,6*
Социальное функционирование, СФ	85,3±10,7	58,3±11,4*
Ролевое эмоциональное функционирование РЭФ	81,8±7,5	60,5±9,4*
Психическое здоровье ПЗ	81,1±9,5	59,6±11,0*
Психологический компонент здоровья, ПКЗ	78,9±5,7	55,8±5,7*

Примечание: СШТ -синдром Шершевского-Тернера; * достоверное снижение, $p < 0,0001$

Низкие показатели (менее 50 баллов) по шкалам социального функционирования (СФ -32,6%), психологического здоровья (27,9%) и жизнеспособности (25,6%), свидетельствуют о снижении жизненной активности в результате частой утомляемости опрошенных, ограничению социальных контактов, а также психологическом неблагополучии пациенток с СШТ.

Анализ психологического компонента здоровья выявил снижение показателя на 29,3%. Однако, самыми низкими по сравнению с клиническим контролем оказались показатели ЖА (снижение на 32,6%) и СФ (на 31,7%), обусловленные психологическим (снижение на 26,5%) и эмоциональным состоянием пациентов (на 26,0%) (Рис.1б).

По мнению ряда исследователей синдрома Тернера оказывает существенное психосоциальное воздействие на молодых девушек и женщин. Эти эффекты могут быть связаны с бесплодием, невысоким ростом, нарушением развития половых признаков и самое главное отсутствием либидо [11; 16].

Kesler S. [8] считает, что застенчивость, тревога, низкая самооценка и депрессия, часто связаны с неловкостью по поводу внешности и/или бесплодия. Имеются сведения, что девочки-подростки с СШТ находятся в группе высокого риска развития проблем, связанных с более низкой социальной активностью, плохими навыками преодоления социальных трудностей и повышенной незрелостью, гиперактивностью и импульсивностью по сравнению со своими сверстницами. Кроме того, у пациенток с СШТ часто возникают трудности в поддержании отношений со своими ровесниками [8; 10].

Выводы: 1. Основными клиническими признаками СШТ в изученной когорте явились низкий рост (97,7%), первичная аменорея (90,7%), половой инфантилизм (79,1%), у значительной части пациенток отмечается широкая грудная клетка (62,8%), Х-образное искривление голеней (58,1%), кожные складки на шее (55,8%), более чем у трети диагностирована артериальная гипертензия (37,2%).

2. Почти у половины (48,8%) пациенток с СШТ классическая форма СШТ (моносомия Х – 45,ХО).

3. По результатам анкетирования наблюдается существенное снижение параметров физического (на 26,5%) и психологического (29,3%) компонентов здоровья качества жизни.

Список литературы:

1. Amedro P., Tahhan N., Bertet H. et al. Health-related quality of life among children with Turner syndrome: controlled cross-sectional study. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2017; 30(8): 863–868. doi: 10.1515/jpem-2017-0026
2. Backeljauw P., Cappa M., Kiess W. et al. Impact of short stature on quality of life: A systematic literature review. *Growth Horm IGF Res.* 2021; 57-58: 101392. doi: 10.1016/j.ghir.2021.101392.
3. Davenport M. Approach to the patient with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(4):1 487-1495. doi: 10.1210/jc.2009-0926.
4. Dołęga Z., Turek A., Irzyniec T., Jeż W. Płeć psychologiczna, obraz ciała i poczucie samotności kobiet po otrzymaniu rozpoznania zespołu Turnera. *Czasopismo Psychologiczne.* 2012; 18: 143–153.
5. Gravholt C., Viuff M., Brun S. et al. Turner syndrome: Mechanisms and management. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2019; 15: 601–614. doi: 10.1038/s41574-019-0224-4.
6. Huang A., Olson S., Maslen C. A Review of Recent Developments in Turner Syndrome Research. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2021; 8(11): 138. doi: 10.3390/jcdd8110138.
7. Jeż W., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P. et al. Social and medical determinants of quality of life and life satisfaction in women with Turner syndrome. *Adv Clin Exp Med.* 2018; 27(2): 229-236. doi: 10.17219/acem/66986.
8. Kesler S. Turner syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2007; 16(3): 709-722. doi: 10.1016/j.chc.2007.02.004.

9. Lin A., Prakash S., Andersen N. et al. Recognition and management of adults with Turner syndrome: From the transition of adolescence through the senior years. *Am. J. Med. Genet. Part A*. 2019; 179:1 987–2033. doi: 10.1002/ajmg.a.61310.
10. McCauley E., Feuillan P., Kushner H., Ross J. Psychosocial development in adolescents with Turner syndrome. *J Dev Behav Pediatr*. 2001; 22(6): 360-365. doi: 10.1097/00004703-200112000-00003.
11. Morgan T. Turner syndrome: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2007; 76(3): 405-10.
12. Mortensen K., Andersen N., Gravholt C. Cardiovascular phenotype in Turner syndrome--integrating cardiology, genetics, and endocrinology. *Endocr. Rev.* 2012; 33: 677–714. doi: 10.1210/er.2011-1059.
13. Naess E., Bahr D., Gravholt C. Health status in women with Turner syndrome: a questionnaire study on health status, education, work participation and aspects of sexual functioning. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010; 72(5): 678–684. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03715.x
14. Silberbach M., Roos-Hesselink J., Andersen N. et al. Cardiovascular Health in Turner Syndrome: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circ. Genom. Precis. Med.* 2018; 11: e000048. doi: 10.1161/HCG.0000000000000048.
15. Stockholm K., Juul S., Juel K. et al. Prevalence, Incidence, Diagnostic Delay, and Mortality in Turner Syndrome. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2006; 91: 3897–3902. doi: 10.1210/jc.2006-0558.
16. Sutton E., McInerney-Leo A., Bondy C. et al. Turner syndrome: four challenges across the lifespan. *Am J Med Genet A*. 2005;1 39A(2): 57-66. doi: 10.1002/ajmg.a.30911.
17. Thompson T., Zieba B., Howell S. et al. A mixed methods study of physical activity and quality of life in adolescents with Turner syndrome. *Am J Med Genet A*. 2020; 182(2): 386-396. doi: 10.1002/ajmg.a.61439.



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

3 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 3, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 3, 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