

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

№ 1  
2023

---

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ


1. **Ахмедов Исламжон Юсуфжонович, Яцык Сергей Павлович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**  
МЕГАУРЕТЕР В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ/MEGAURETHER IN CHILDHOOD/BOLALIKDAGI MEGAURETHER.....6
2. **Бахронов Акмалжон Алишерович, Хасанов Ойбек Гофир угли**  
ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А И ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ/ TUMOR NECROSIS FACTOR A AND ITS ROLE IN PATHOLOGY/ O'SIMTA NEKROZI OMILI A VA UNING PATOLOGIYSIDAGI O'RNI.....11
3. **Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**  
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT/TOS BO'SHLIG'IDAGI DISFUNKTSIYASINING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. RIVOJLANISH XAVFI.....15
4. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Мухаммедова Фариза Фарходовна, Раббимова Гулнора Тоштемировна, Хамроева Лола Каххоровна**  
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ/FEATURES OF THE COURSE OF JUVENILE PREGNANCY/VOYAGA ETMAGAN HOMILADORLIKNING XUSUSIYATLARI.....19
5. **Туркманов Маъмур Матмусаевич, Хасанов Ойбек Гофир угли**  
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АССОЦИАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS: ASSOCIATION WITH CARDIOVASCULAR RISK/REVMATOID ARTRITDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI: YURAK-QON TOMIR XAVFI BILAN.....23
6. **Туркманов Маъмур Матмусаевич**  
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК/CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS:INCIDENCE, RISK FACTORS, AND VARIANTS OF RENAL DAMAGE/REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI:BUYRAK SHIKASTLANISHINING CHASTOTASI, XAVF OMILLARI, VARIANTLARI.....26
7. **Юлдашев Санжар Келдиярович, Хикматуллаева Малика Рахимжоновна**  
ИСТОЦЕЛЕ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ/ ISTMOCELE AND FERTILITY. A MODERN SOLUTION TO THE PROBLEM/ ISTMOSELE VA FERTILLIK. MUAMMONING ZAMONAVIY YECHIMI.....30
8. **Mukhiddinova Durdona Nuriddinova, Nasimova Nigina Rustamovna**  
PERIMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI GISTEROSKOPIK TASHXISLASH/ HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN/ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....34
9. **Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Xudoykulova Zuxra Sobir qizi, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Khamroeva Lola Kaxxorovna**  
O'SMIR QIZLARDA MENSTRUAL FUNKSIYASI XUSUSIYATLARI TAVSIFI/ ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ/ DESCRIPTION OF THE FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION IN ADOLESCENT GIRLS.....38
10. **Turoпова Sitara Qahhor qizi, Aktamova Nasiba Yo'ldosh qizi, Abdug'aniyeva Hilola Abduhafiz qizi, Nasirova Zebo Azizovna**  
KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI SEPTIK ASORATLAR/ СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ/ SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION.....42

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович**  
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ/ SURGICAL CORRECTION OF HYPOSPADIA IN CHILDREN/ BOLALARDA GIPOSPADIANI JARROXLIK YO'LLARI.....45
2. **Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Кудратова Дилноза Шарифовна, Ризаева Малика Абдуманнановна, Кодирова Зебо Нуриддиновна**  
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ/ CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH BENIGN DISEASES OF THE CERVIX/ BACHADON BO'YNI YAXSHI SIFATLI O'SMA KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BEMORLARDA KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....49
3. **Назирова Муяссар Убаевна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Асилова Саодат Убаевна**  
КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ/CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN'S PERIMENOPAUSAL PERIOD/AYOLLARDA PERIMENOPOUZAL DAVRIDA OSTEOPOROZNING KLINIK VA DIAGNOSTIK KO'RSATKICHLARI.....52
4. **Насирова Зебинисо Азизовна, Расулова Парвина Рустамовна**  
РОЛЬ ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ THE ROLE OF THE FAT COMPONENT IN BODY WEIGHT CHANGE DURING PREGNANCY/ HOMILADORLIKDA TANA VAZNINING O'ZGARISHI PAYTIDA YOG ' TARKIBIY QISMINING ROLI.....56
5. **Шамсиева Малика Шухратовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич, Насимова Нигина Рустамовна, Жалолова Ирода Абдужабборовна**  
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ФЕМОФЛОР-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/APPLICATION OF THE FEMOFLO-16 TEST TO ASSESS VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL ORGANS/JINSIY ORGANLARNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA VAGINAL MIKROBIOTSENSOZNI BAHOLASH UCHUN FEMOFLO-16 TESTINI QO'LLASH.....59



УДК 616.71-007.234(083.13)

**Назирова Муяссар Убаевна**Кандидат медицинских наук, ассистент  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук, профессор  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**Асилова Саодат Убаевна**Доктор медицинских наук, профессор  
Ташкентская Медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан**КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ****For citation:** Nazirova Muyassar Ubaevna, Kattaxodjaeva Makhmuda Khamdamovna, Asilova Saodat Ubaevna, Clinical and diagnostic indicators of osteoporosis in women's perimenopausal period, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 1. pp. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7700547>**АННОТАЦИЯ**

По данным ВОЗ как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний (только 25% больных полностью излечиваются после перелома шейки бедра, 50% больных остаются инвалидами и 25% больных умирают от осложнения). Известно, что перименопаузальный период жизни является своего рода фактором риска заболеваний костей. Нами проведена оценка состояния костной системы 62 женщин перименопаузального периода, жалоб, клинических симптомов климактерия, гормонального статуса, обмена Са и вит. Д. На основании полученных данных разработана шкала «Оценки клинических признаков остеопороза при менопаузе». Дана бальная оценка изученных 10 параметров, что позволяет сформировать группы риска на развитие переломов костей в перименопаузальном возрасте.

**Ключевые слова:** остеопения, остеопороз, диагностика, степени риска заболеваний костей, перименопауза, эстрадиол, патериоидный гормон.

**Nazirova Muyassar Ubaevna**Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**Kattahodjaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences, Professor  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**Asilova Saodat Ubaevna**Doctor of Medical Sciences, Professor  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan**CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN'S PERIMENOPAUSAL PERIOD****ABSTRACT**

According to WHO data, osteoporosis ranks fourth among non-communicable diseases as a cause of disability and mortality of patients from bone fractures (only 25% of patients are completely cured after hip fracture, 50% of patients remain disabled and 25% of patients die from complications). It is known that the perimenopausal period of life is a kind of risk factor for bone diseases. We assessed the state of the bone system of 62 women of the perimenopausal period, complaints, clinical symptoms of menopause, hormonal status, metabolism of Ca and vit. D. Based on

the data obtained, a scale "Evaluation of clinical signs of osteoporosis during menopause" was developed. A score assessment of the studied 10 parameters is given, which makes it possible to form risk groups for the development of bone fractures in perimenopausal age.

**Keywords:** osteopenia, osteoporosis, diagnosis, risk of bone diseases, perimenopause, estradiol, paraterioid hormone.

**Nazirova Muyassar Ubayevna**

Tibbiyot fanlari nomzodi, yordamchi  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Kattaxodjayeva Mahmuda Hamdamovna**

Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Asilova Saodat Ubayevna**

Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston

## AYOLLARDA PERIMENOPOUZAL DAVRIDA OSTEOPOROZNING KLINIK VA DIAGNOSTIK KO'RSATKICHLARI

### ANNOTATSIYA

JSSST ma'lumotlariga ko'ra, suyak singan bemorlarning nogironligi va o'limining sababi sifatida osteoporoz yuqumli bo'lmagan kasalliklar orasida to'rtinchi o'rinni egallaydi (bemorlarning atigi 25 foizi son suyagi bo'yinchasi singanidan keyin to'liq davolanadi, bemorlarning 50 foizi nogiron bo'lib qoladi va bemorlarning 25 foizi asoratdan vafot etadi. Ma'lumki, hayotning perimenopozal davri suyak kasalliklari uchun o'ziga xos xavf omilidir. Biz perimenopozal davrdagi 62 ayolning suyak tizimining holatini, shikoyatlar, klimakteriyaning klinik belgilari, gormonal holat, kaltsiy va vitamin D almashinuvini baholadik. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, "menopauzadagi osteoporozning klinik belgilarini baholash" shkalasi ishlab chiqilgan. Perimenopozal davrda suyak sinishining rivojlanishi uchun xavf guruhlarini shakllantirishga imkon beradigan o'rganilgan 10 parametrlar bahosi berilgan.

**Kalit so'zlar:** osteopeniya, osteoporoz, diagnostika, suyak kasalliklari xavfi darajasi, perimenopozal, estradiol, paraterioid gormoni.

**Введение:** Остеопороз – это системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением ее микроархитектуры, приводящее к повышению хрупкости костей и высокому риску их переломов. Остеопороз оказывает выраженное влияние на функциональное состояние костной ткани, приводя к переломам трубчатых костей. По данным Asilova S., Yugay A. (2016), значительное уменьшение костной массы приводит к уменьшению структуры матрикса и нарушению минерализации, вследствие чего кость становится менее плотной. Нарушается архитектура трабекулярной (губчатой) костной ткани, с истончением и потерей трабекул (7, 9, 12, 21). По данным ВОЗ – как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний. Только 25% больных полностью излечиваются после перелома шейки бедра, 50% больных остаются инвалидами, 25% больных умирают от осложнений (3, 5, 22, 26). С.Б.Маличенко (2009г.) описывает, что основными причинами заболевания являются уменьшение формирования костной ткани и снижение способности почек метаболизировать витамин D. Дефицит витамина D приводит к уменьшению абсорбции кальция, вследствие чего повышаются уровни паратгормона, то есть возникает гиперпаратиреоз, вследствие чего происходит резорбция костной ткани (8, 23, 25). Остеопороз делится на первичный и вторичный (12). К первичному относится постменопаузальный, сенильный и идиопатический остеопороз. Вторичный возникает на фоне заболеваний: эндокринной, заболевания желудочно-кишечного тракта, ревматические поражения и др. К факторам риска первичного остеопороза относятся генетическая и конституциональная раса. При этом большое значение имеет белокожие или негроидные люди, также семейный анамнез, половая принадлежность, менопауза < 50 лет, нерегулярные менструации, отсутствие детей, более 3 беременностей, отсутствие лактации, лактация > 6 месяцев, старческий возраст, астеническое телосложение. Уменьшение потребления кальция с пищей (< 1000 мг / день) отсутствие физической нагрузки, курение, алкоголь, кофе (> 5 чашек в день), высокое содержание белка в пище, высокое содержание клетчатки в пище и обилие кислых продуктов в диете (1,2, 6, 9, 29, 32). Исследования Лесняк О.М. и Беневолонца Л.И. (2009) указывают на то, что в клинике остеопороза отмечается острые или хронические боли в спине, чувство тяжести между лопатками,

утомляемость, необходимость многократного отдыха в положении лежа, сутулость, уменьшение роста на 3 – 10 см за 1 – 2 года, складки на животе, их асимметрия, уменьшение расстояния между ребрами и гребнями подвздошных костей, также переломы локтевой, лучевой кости, тел позвонков, шейки бедра, худощавость. То есть, изучая внешние параметры телосложения уже можно предположить о наличие остеопороза у той или иной женщины. Анализ литературных данных свидетельствует о наличие довольно большого числа исследований, однако они посвящены отдельным аспектам диагностики, профилактики и лечения остеопороза среди женщин менопаузального возраста. Назрела необходимость комплексного изучения диагностики, профилактики и лечения женщин старшего возраста на основе оценки конституциональных, функциональных, гормональных и биохимических параметров.

**Цель исследования:** Разработка шкалы по оценке степени риска и тяжести остеопороза среди женщин перименопаузального периода.

### Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением с 2019 по 2023г. находилось 62 женщины перименопаузального периода. Пациентки были разделены по возрастным параметрам на 2 группы: первая группа была в возрасте от 45 до 55 лет (30 женщин). Во вторую группу вошли 32 пациентки в возрасте от 56 до 65 и более лет. В работе использованы антропометрические (рост, вес, ИМТ), функциональные (денситометрия, рентгенологические исследования, гормональные (паратгормон, эстриол), биохимические (концентрация в плазме крови Вит.Д и СА).

### Результаты исследования и их обсуждение.

При изучение клинических признаков нарушения плотности костей были жалобы на сильную боль в спине у 5 пациенток 1 группы (16,7%), умеренная боль - у 16 больных (53,3%), у 9 женщин боли отсутствовали.

Во 2 группе сильная боль в спине из 32 больных наблюдалось - у 14 больных (43,8%), умеренная боль - у 13 (40,6%) и у 5 больных боли отсутствовали. При антропометрии отмечалась различная степень снижения роста. Снижения до 10 см не наблюдали ни у одной женщины 1 группы. Уменьшение роста до 5 см отмечали у 9 пациенток (30%), уменьшение до 2 см отмечали у 5 женщин (16,7%). Во 2 группе уменьшение роста до 10см отмечалось у 5 больных (15,6%), уменьшение до 5 см отмечали у

15 женщин (46,8%), уменьшение до 2 см отмечено у 12 больных 9 (37,5%).

Гормональные нарушения паратерионидных гормонов 1 группе отмечалось полное нарушение (более 110 пг/мл) у 2 больных, слабо нарушение у 10 больных, у 18 больных не отмечалось изменения этого гормона. Во 2 группе отмечалось полное нарушение (более 110 пг/мл) у 5 больных, слабо нарушение у 20 больных и у 7 больных не отмечалось изменения этого гормона.

Содержание эстриола в крови в 1 группе отмечалось

в нормальных концентрациях (82 пмоль/л) у 10 женщин (33,3%), резко уменьшено (до 10 пмоль/л) - у 5 больных (17%), умеренно уменьшено (до 15 пмоль/л) - у 7 больных (23,3%). Во 2 группе отмечалось резко уменьшение (до 10 пмоль/л) - у 37,5% больных, умеренно уменьшение (до 15 пмоль/л) - у 10 (31,3%) и у 8 пациенток было в пределах нормы.

Также нами была проведена оценка степени климактерического синдрома. Частые приливы (до 10-12 раз в сутки) отмечались у 5 больных (17%) женщин 1 группы, 73,3% пациенток жаловались на редкие приливы (3-4 раза в день) и отсутствовали у 3 больных. Во 2 группе отмечались частые приливы у 2 пациенток, редкие - у 50% и отсутствовали у 15 пациенток.

В 1 группе резко выраженная сутулость отмечалась у 2 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 18 (60%) больных, нарушение осанки не отмечалось у 10 (33,3%) больных. Во 2 группе резко выраженная сутулость отмечалась у 8 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 17 (53,1%) больных и нарушение осанки не отмечалось у 5 больных.

При изучении содержания Са и Вит Д в плазме крови 1 группе обнаружено резкое снижение параметров у 3, показатели ниже нормы наблюдались у 19 (63,3%) и пределах нормы у 8 (27%) женщин. Исследования тех же параметров среди пациенток 2 группы свидетельствует о резком снижении в плазме крови концентраций Са и Вит Д у 9 (28%), ниже нормы 18 (56%) и пределах нормы у 3 женщин.

Рентгенологические исследования обнаружили множественные кистозные образования трубчатых костей, преимущественно рук, что имело место в 1 группе у 17% женщин первой группы, единичные кистозные образования наблюдались у 27%. У 17 женщин первой группы рентгенологические изменения не обнаружены. В 22% случаев 2 группы отмечались множественные кистозные образования, единичные кистозные образования наблюдались у 19 (59,3%) и у 6 женщин рентгенологические изменения не отмечались. Денситометрические исследования в 1 группе выявили сильно выраженный остеопороз отмечалось у 3 пациенток. Остеопороз отмечалась у 13 (43%) и признаков остеопороза не были выявлены у 14 женщин (94,7%). При обследовании больных нами отмечено, что в 1 группе больных клинические признаки остеопороза и результаты лабораторных исследований выявляли наблюдалось слабо выраженные признаки по сравнению с пациентками второй группы. Эти показатели указывают, что с возрастом уменьшается содержание эстроидов, а также имеет место уменьшение содержания Са и Вит Д в крови, отмечается повышение выработки паратгормона. При рентгенологическом исследовании в начальной стадии остеопороза определяются единичные кистозные изменения в костях, которые с возрастом превращаются во множественные кистозные изменения. При денситометрическом исследовании в начале заболевания остеопения с возрастом переходит в остеопороз. На основании клинических признаков остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде можно разделить на 4 степени. С увеличением возраста клинические признаки остеопороза ярко выражаются.

По итогам проведенных исследований нами разработана программа для ЭВМ, позволяющая оценить выраженность предикторов заболевания костей и, соответственно, приступить к индивидуальной профилактике переломов костей среди женщин перименопаузального периода жизни. Десять параметров были оценены в балльной системе в зависимости от степени выраженности, что позволило по сумме баллов выделить группы риска.

**Таблица прогнозирования факторов и степени риска остеопороза и перелома трубчатых костей среди женщин перименопаузального возраста**

№	Показатели	Основные характеристики	Баллы
1	ИМТ	ИМТ > =18,5 < 25 кг/м <sup>2</sup>	0
		ИМТ > =25,1 < 30 кг/м <sup>2</sup>	5
		ИМТ > =30,1 < 40 кг/м <sup>2</sup>	10
2	1. Боль в спине	Отсутствует	0
		Слабая	5
		Выраженная	10
3	Уменьшение роста	отсутствует	0
		До 5 см	5
		До 10 см	10
4	Нарушения выработки паратиреоидных гормонов	Отсутствует нарушение	0
		Незначительные нарушения	5
		Выраженные нарушения	10
5	Содержание эстриола в крови	Отсутствует нарушение	0
		Умеренное снижение	5
		Значительное снижение	10
6	Приливы	Отсутствуют	0
		редкие	5
		Частые	10
7	Сутулость	Отсутствует	0
		Слабо выражена	5
		Значительно выражена	10
8	Содержание Са и Вит Д в крови	В норме	0

		Понижено незначительно	5
		Резко снижено	10
9	Показатели концентрация холестерина (Лipoproteиnы высокой плотности)	Не нарушены	0
		Умеренно увеличение	5
		Резко увеличено	10
10	Рентгенологические исследование (множественные кистозные образования)	Отсутствует	0
		Имеются единичные	5
		Множественные	10
11	Денситометрические показатели	Нормальная плотность костей	0
		Остеопения	5
		Остеопороз резко выражен	10

При этом:

86 – 100 баллов - ярко выраженные клинические признаки остеопороза 4 степени

85 -73баллов- не ярко выраженные клинические признаки 3 степени

72 -55 баллов - слабо выраженные клинические признаки 2 степени

55 и ниже баллов- отсутствуют клинические признаки 1 степени  
По данной бальной оценке показатели всех женщин 2 группы колебались от 86 до 100 баллов. Во 2 группе сильно выраженный остеопороз отмечалось у 7, остеопения у 19 и без признаков остеопороза у 6 женщин. Клинический пример: Больная А. 58 лет, обратилась с жалобами на сильные боли в спине, слабо выраженные приливы, отмечает в последние годы уменьшение роста до 5 см, слабая сутулость, сухость во влагалище, недержание мочи. При лабораторном исследовании отмечалось содержание Са и Вит Д в крови слабо понижено, содержание эстриола в крови умеренно уменьшено, паратериоидный гормон увеличено незначительно. При рентгенологическом исследовании наблюдалось единичные кистозные образования в области дистального конца пястных костей. Также при денситометрическом исследовании диагностирована остеопения. Суммирование общих баллов показало - 55. Установлен диагноз: Постклимактерический период, синильный синдром. Остеопения. Женщина отнесена к группе среднего риска на развитие переломов костей. Назначена корригирующая терапия.

Таким образом, при обследовании больных нами отмечено, что в 1 группе исследования клинические признаки остеопороза и лабораторные параметры менее выражены по сравнению с 2 группой. Полученные данные указывают, что с увеличением возраста женщин уменьшается содержание в крови концентраций эстриола, отмечается повышение уровня паратериоидного гормона, а также имеется снижение содержания Са и Вит Д в крови. Наряду с этим, выявляются изменения при рентгенологическом исследовании - в начале остеопороза единичные, с возрастом множественные кистозные изменения в костях. При денситометрическом исследовании явно диагностируется переход остеопении в остеопороз.

#### Выводы:

1. С переходом женщины из пременопаузы в постменопаузальный период нарастают клинические симптомы и лабораторные признаки нарушений структуры трубчатых костей, что связано с угасанием гормональной функции и перехода от остеопении в остеопороз.

2. На основании предлагаемой прогностической шкалы необходимо формировать группы риска на переломы трубчатых костей среди женщин перименопаузального возраста с целью индивидуального подбора лечебных мероприятий и профилактики переломов.

2. Наиболее достоверными диагностическими исследованиями для выявления остеопороза являются Денситометрия, МРТ и Рентгеновские исследования.

#### Использованная литература:

1. Лесняк О.М. Постменопаузальный остеопороз // Гинекология, 2004. –Т.-6.-№3 <http://www.consilium-medicum.com/article/7607>
2. Лесняк О.М. Эффективность и безопасность альфакальцидола в лечении остеопороза и предупреждении переломов: обзор современных данных // Эффективная фармакотерапия. Ревматология, травматология и ортопедия, 2010.- № 1.
3. Лукьянчикова Н.С., Шарапова Е.И. Комплексный подход к реабилитации пациентов с остеопорозом // Остеопороз и остеопатии, 2017.-№1.- Т.20.-С.39-43
4. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Место стронция ранелата в лечении больных остеопорозом (результаты программы МАРК) // Научно-практическая ревматология, 2018.-Т.56.-№4.-С.429-432
5. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л. Приверженность лечению остеопороза: результаты ретроспективного когортного исследования // Научно-практическая ревматология, 2019.-Т.57.-№4.-С.415-420.
6. Паникар В.И. Особенности клиники, диагностики и лечения гонартроза в старческом возрасте // Автореферат дисс...к.м.н., 2020
7. Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н. Остеоартроз и остеопороз: механизмы реализации и способы диагностики // Крымский терапевтический журнал, 2009.-№1.-С.30-33