



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



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 5

ISSUE 2

2025

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2025



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2025-2>

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.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

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

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 “ААА”, 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. Мирзаде - 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 Барт 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.

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

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

1. Shagazatova Barno Xabibullaevna, Mirxaydarova Feruza Sayfullaevna, Adilova Nilufar Shuxratovna, Salieva Shaxnozaxon Baxtiyor qizi QANDLI DIABETLI BEMORLARDA GLIKEMIYA DARAJASIGA KO'RA YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI BAHOLASH.....	7
2. Xaydarova Feruza Alimovna, Ro'ziqulova Gulhayo Sharofutdinovna ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLAR (CUN-BAE) VA 2-TOIFA DIABETNING RIVOJLANISHINING O'ZARO BOG'LIQLIGI.....	16
3. Ахмедова Камола Рахманбердиевна, Алимова Насиба Усмановна КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (FISH) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	21
4. Алимова Насиба Усмановна, Сиддиков Абдулбосит Адхамжон угли ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.....	34
5. Шагазатова Барно Хабибуллаевна, Артикова Дилфуза Махаматовна, Алимов Жамшид Махмуджонович ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	42
6. Тожиева Ирода Мирсоли кизи КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ДРУГИХ ФОРМ ОВУЛЯТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	48
7. Mirraximova Maktuba Xabibullaevna, Nishonboeva Nilufar Yunusdjonovna АТОПИК DERMATITLI BOLALARDA ENDOKRIN BUZILISHLARNI ANIQLASH VA TAXLILLASH.....	54
8. Рахимова Гульнара Нишановна, Алимова Насиба Усмановна, Халматова Камола Исмагулла кизи СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	58
9. Рахимова Гульнара Нишановна, Гилязетдинов Камиль Наильевич, Иброхимов Худойберди Хусанжон угли ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ.....	68
10. Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Самижонова Санобар Улугбек кизи, Максудова Дилафрузхон Равшановна, РОЛЬ НЕОГОРМОНОВ В РАЗВИТИИ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ.....	75
11. Ходжаева Нодира Вахидовна, Рузматова Азизахон Шукрулло кизи СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ..	84

12. Рахимова Гульнара Нишановна, Джураева Азиза Шахзадэвна, Ахроров Камил Убайдуллаевич РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕННОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ В УЗБЕКИСТАНЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НА ОСНОВЕ 13 РЕГИОНОВ (ГОРОДОВ).....	91
13. Файзуллаев Бахром Рустамович, Исломов Иномжон Исломович, Юлдашев Отабек Сабинович ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	99
14. Khalimova Zamira Yusufvna, Abdullayeva Aziza Uktam kizi, Mamatkulov Elbek Abdumomnanovich REPORT OF A CASE OF CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY IN A BOY ASSOCIATED WITH PILOCYTIC ASTROCYTOMA.....	104
15. Хамроев Шавкат Максудович, Сафоев Бакодир Барноевич, Болтаев Тимур Шавкатович СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	110
16. Xolmuradova Zilola Ergashevna SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI ENDOTELIYNING FUNKSIONAL HOLATI.....	116
17. Рузиев Ойбек Авлаевич БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	122



Ходжаева Нодира Вахидовна,

Кандидат Медицинских Наук,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Юнусабадский район, ул.
Богишамол, 223, г.Ташкент, Узбекистан.

Рузматова Азизахон Шукрулло кизи,

Магистр кафедры «Эндокринологии и Детской Эндокринологии»,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Юнусабадский район, ул.
Богишамол, 223, г.Ташкент, Узбекистан.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16934060>

АННОТАЦИЯ

Менопауза определяется как последняя самостоятельная менструация (ПМ). Естественная менопауза отражает окончательное прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Является ретроспективным клиническим диагнозом, устанавливается после 12 последовательных месяцев отсутствия менструаций (аменореи). Климактерический синдром - комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания (или резкой потери) гормональной функции яичников и общего старения организма. Период менопаузы характеризуется постепенным снижением, а затем и «выключением» функции яичников. В статье приведен обзор литературы по современному взгляду на Менопаузальный Метаболический Синдром, подчеркнуты важные аспекты критерия старения, роль здорового образа жизни для более плавного течения этого периода у женщин, уделено внимание пищевому поведению женщин и влияние скрытого тревожно-депрессивного расстройства на формирование булимических эпизодов.

Ключевые слова: критерии старения, фаза, булимия, аменорея, фолликулы, стадия, постменопауза, яичниковый резерв.

Khodjaeva Nodira Vakhidovna,

Ph.D. of Medical Sciences,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Yunusabad District,
Bogishamol Street, 223, Tashkent, Uzbekistan.

Ruzmatova Azizakhon Shukrullo kizi,

Master's Student at the Department of "Endocrinology and Pediatric Endocrinology,"
Tashkent Pediatric Medical Institute, Yunusabad District, Bogishamol Street, 223, Tashkent,
Uzbekistan.

MODERN PERSPECTIVE ON MENOPAUSAL METABOLIC SYNDROME

ANNOTATION

Menopause is defined as the last spontaneous menstruation (PM). Natural menopause reflects the final cessation of menstrual cycles due to the loss of follicular activity of the ovaries. It is a retrospective clinical diagnosis established after 12 consecutive months of amenorrhea (absence of menstruation). Climacteric syndrome is a complex of vegetative-vascular, psychological, and metabolic-endocrine disorders that occur in women against the background of fading (or sharp loss) of the hormonal function of the ovaries and general aging of the body. The menopause period is characterized by a gradual decline and subsequent "shutdown" of ovarian function. The article provides a review of the literature on the modern perspective of Menopausal Metabolic Syndrome, highlighting important aspects of aging criteria, the role of a healthy lifestyle in ensuring a smoother transition during this period for women. It also focuses on women's eating behaviors and the impact of latent anxiety-depressive disorders on the development of bulimic episodes.

Keywords: aging criteria, phase, bulimia, amenorrhea, follicles, stage, postmenopause, ovarian reserve.

Khodjaeva Nodira Vahidovna,

Tibbiyot fanlari nomzodi,

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Yunusobod tumani, Bog'ishamol ko'chasi, 223, Toshkent shahri, O'zbekiston.

Ruzmatova Azizaxon Shukrullo qizi,

"Endokrinologiya va Bolalar Endokrinologiyasi" kafedrası magistranti,

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Yunusobod tumani, Bog'ishamol ko'chasi, 223, Toshkent shahri, O'zbekiston

MENOPAUSAL METABOLIK SINDROMGA ZAMONAVIY QARASH

ANNOTATSIYA

Menopauza so'nggi o'z-o'zidan paydo bo'lgan hayz ko'rish (LM) deb ta'riflanadi, bu tuxumdonlarning follikulyar faolligi yo'qolishi tufayli hayz ko'rishning yakuniy to'xtashini aks ettiradi. Bu ketma-ket 12 oylik hayz ko'rish (amenoreya) bo'lmaganidan keyin o'rnatiladigan retrospektiv klinik tashxis. Menopauza sindromi ayollarda tuxumdonlarning gormonal funktsiyasining susayishi (yoki to'satdan yo'qolishi) va tananing umumiy qarishi fonida yuzaga keladigan vegetativ-qon tomir, aqliy va metabolik-endokrin kasalliklar majmuasidir. Menopauza davri tuxumdonlar funktsiyasining asta-sekin kamayishi va keyin "o'chirilishi" bilan tavsiflanadi. Maqolada menopauza metabolik sindromiga zamonaviy qarashlar bo'yicha adabiyotlar sharhi keltirilgan, qarish mezonlarining muhim jihatlari, ayollarda bu davrni yengilroq o'tkazishda sog'lom turmush tarzining ahamiyati ta'kidlangan. Shuningdek, ayollarning ovqatlanish odatlari va yashirin xavotir-depressiya buzilishining bulimik epizodlarni shakllantirishga ta'siriga e'tibor qaratilgan.

Kalit so'zlar: qarish mezonlari, faza, bulimiya, amenoreya, follikullar, bosqich, menopauzadan keyingi davr, tuxumdon zahirasi.

По определению Международного общества по менопаузе (International Menopausal Society), «менопаузой» называют последнюю менструацию в жизни женщины, обусловленную функцией собственной репродуктивной системы [23]. В соответствии с физиологическими процессами старения естественная менопауза является следствием истощения овариального фолликулярного запаса.

Если на 20-й неделе гестации в яичниках плода содержится 7 млн ооцитов, то к моменту рождения число их уменьшается до 1–2 млн, к началу пубертата их остается около 300–400 тысяч. В последующем продолжается ежемесячный расход фолликулярного запаса, несмотря на то что овулирует всего около 400 (0,1%) фолликулов [24]. Успехи в области репродуктивных технологий позволили четко охарактеризовать эндокринную функцию репродуктивной системы в возрастном аспекте [22,18]. Важную роль в ее оценке сыграло

определение яичникового резерва, в частности измерение уровней фолликулостимулирующего (ФСГ) и антимюллеровского (АМГ) гормонов, ингибина В и числа антральных фолликулов (ЧАФ). Установлено, что изменение уровней репродуктивно значимых гормонов начинается еще до нарушения ритма менструаций, в возрасте 35–37 лет, и становится более заметным к 40 годам [14]. Сначала цикл укорачивается, в последующем удлиняется, кульминация — это последняя менструация (ПМ) [15]. Полагают, что менопауза наступает при снижении яичникового резерва ниже критического уровня — до 1000 фолликулов [7].

Критерии старения Stages of Reproductive Aging Workshop, которые были впервые предложены экспертной рабочей группой в 2001 г. (STRAW-1) [12] были пересмотрены в 2011 г с учетом новых научных данных, полученных в ходе крупных когортных исследований: Мельбурнского проекта оценки состояния здоровья женщин среднего возраста, Сиэтлского исследования по изучению состояния здоровья женщин среднего возраста, а также Национального исследования состояния здоровья женщин (STRAW+10). Эксперты учитывали массу тела, образ жизни и состояние здоровья женщин [8]. Рабочая группа экспертов STRAW+10 рекомендовала внести изменения в критерии поздней фазы репродуктивного периода (фаза –3), а также ранней постменопаузы (фаза +1) с учетом уровней репродуктивных гормонов. Была уточнена информация и о продолжительности поздней фазы менопаузального перехода (фаза –1) и ранней постменопаузы (фаза +1). Ранняя фаза менопаузального перехода (фаза –2) эта фаза характеризуется вариабельностью продолжительности менструального цикла, что определяется стабильными различиями на 7 дней и более при сравнении нескольких последовательных циклов. Кроме того, могут наблюдаться повышение уровня ФСГ в фолликулярной фазе при вариабельности его значений, а также низкий уровень АМГ и снижение ЧАФ.

Поздняя фаза менопаузального перехода (фаза –1) Во время данной фазы уже имеют место задержки менструаций от 60 дней и более. Менструальные циклы различаются по длительности, сопровождаются выраженными колебаниями уровней гормонов, преобладают ановуляторные циклы. Концентрация ФСГ иногда достигает значений, характерных для постменопаузы, а иногда соответствует значениям репродуктивного периода в сочетании с повышением содержания эстрадиола. В этот период уже наблюдается увеличение концентрации ФСГ до значений, превышающих 25 МЕ/л. Поздняя фаза менопаузального перехода продолжается в среднем от 1 до 3 лет; возможно появление первых климактерических симптомов, преимущественно вазомоторного характера. Фазы раннего постменопаузального периода (+1a, +1b, +1c) Для этих фаз характерны прогрессирующий рост уровня ФСГ в крови и снижение концентрации эстрадиола в течение примерно 2 лет с момента ПМ, после чего уровни этих гормонов стабилизируются. STRAW+10 рекомендует разделять раннюю постменопаузу на три фазы (+1a, +1b, +1c). Каждая из фаз +1a и +1b длится год, наступление фазы +1c знаменуется стабилизацией высокого уровня ФСГ и низкого — эстрадиола. Фаза +1a соответствует завершению 12-месячного периода аменореи, необходимого для подтверждения наступления менопаузы, и окончанию так называемой перименопаузы. Данный термин все еще широко используется, особенно в отечественных публикациях, и обозначает период, соответствующий менопаузе и времени «около» нее: перименопауза начинается на стадии –2 и завершается через 12 месяцев после ПМ (а не через 24 месяца, как указано в критериях STRAW-1). Стадия +1b включает оставшийся период, соответствующий быстрым изменениям средних показателей ФСГ и эстрадиола. Фазы +1a и +1b вместе составляют в среднем 2 года. В этот период еще более возможно появление клинически манифестных симптомов эстрогенного дефицита, хотя доминируют все же еще вазомоторные расстройства. Стадия +1c характеризуется стабильно высокой концентрацией ФСГ и низкой — эстрадиола, она может продолжаться от 3 до 6 лет. Таким образом, в целом ранняя фаза постменопаузы длится не 5 лет, как описано в STRAW-1, а от 5 до 8 лет. Поздняя постменопаузальная фаза (фаза +2) В этой фазе вазомоторные симптомы у большинства женщин уже менее выражены и на первый план выходит соматическое старение. Отмечается

существенное нарастание частоты симптомов атрофии мочевого тракта, однако у 10–15% женщин могут персистировать и вазомоторные симптомы. Граница этой фазы остается открытой (условно — до конца жизни женщины), однако с увеличением продолжительности жизни становится ясно, что необходимо выделить минимум еще одну — последнюю — фазу старения, а это требует дополнительных исследований.

	Менархе				ПМ (0)					
Стадия	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Терминология	РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД				ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД		ПОСТМЕНОПАУЗА			
	Ранний	Расцвет	Поздний		Ранний	Поздний	Ранний			Поздний
					Перименопауза					
Продолжительность	различная				различная		1 – 3 года	2 года (1 + 1)	3 – 6 лет	Остальной период жизни
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ										
Менструальный цикл	Различный или регулярный характер	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения по обильности/продолжительности	Различная продолжительность, стабильные (от 7 дней и выше) колебания по продолжительности последовательных циклов	Продолжительность аменореи от 60 дней и более				
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ КРИТЕРИИ										
Эндокринные ФСГ АМГ Ингибин В			Низкий Низкий	Различный* Низкий Низкий	↑ Различный* Низкий Низкий	↑ > 25 МЕ/л ** Низкий Низкий	Различный* Низкий Низкий	Стабильный* Очень низкий Очень низкий		
Число антральных фолликулов			Низкое	Низкое	Низкое	Низкое	Очень низкое	Очень низкое		
ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ										
Симптомы						Вазомоторные симптомы Вероятно	Вазомоторные симптомы Весьма вероятно			Усугубление симптомы атрофии мочеполового тракта

Таблица 1. Критерии старения Stages of Reproductive Aging Workshop.

Выпадение функции яичников со значительным снижением биосинтеза эстрадиола и прогестерона приводит к гормональной перестройке в организме женщины и сопровождается клиническими проявлениями, характерными для постменопаузального периода [10]. Эстрадиол, помимо того, что является гормоном репродуктивной системы, также обеспечивает гомеостаз, участвует в регуляции утилизации и сохранения энергии; его дефицит постепенно приводит к развитию менопаузального метаболического синдрома (ММС) [4].

К основным клинко-лабораторным показателям ММС относятся: увеличение окружности талии (более 88 см), гипертриглицеридемия (более 1,7 ммоль/л), низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (менее 1,29 ммоль/л), повышение артериального давления (более 130/85 мм рт.ст.), увеличение уровня глюкозы в плазме крови натощак (более 6,1 ммоль/л) [1,21]. Результаты исследования INTERHEART, проведенного в 52 странах мира, показали, что МС в среднем имеет 26% взрослого населения планеты [19]. Такая высокая распространенность заболевания обусловлена взаимодействием предрасполагающих наследственных факторов, потреблением высококалорийной пищи, малоподвижным образом жизни.

Со стороны Spenser и соавт. выдвинута концепция менопаузального метаболического синдрома, в основе развития которого лежит дефицит эстрогенов и, как следствие, абдоминальное перераспределение жировой ткани, возникновение нарушений липидного, углеводного обменов, патологические изменения в системе гемостаза, формирование инсулинрезистентности [2]. Примерно 60% женщин перименопаузального периода имеют резкое увеличение массы тела [3], запускающее каскад патологических процессов

в организме, приводящих к формированию метаболического синдрома. Е. Т. Roelhman и А. Tchernof утверждают, что у женщин после 48 лет снижается скорость базального метаболизма на 4–5% за каждое десятилетие, что требует повышенного контроля за массой тела у женщин данной возрастной группы для предотвращения развития ожирения [5]. Исследования показывают, что характер отложения жира в менопаузе не зависит от степени ожирения и возраста, а зависит только от прекращения функции яичников: в ранней постменопаузе объем жира в области бедер больше на 36%, а объем интраабдоминального жира — на 49% по сравнению с женщинами с сохранной функцией яичников [9].

Еще в 1956 г. J. Vague отметил большую частоту сердечно-сосудистых заболеваний у больных с центральным абдоминальным типом ожирения. В настоящее время абдоминальный тип ожирения является составной частью так называемого метаболического синдрома, или синдрома Х [13]. Исследования подтвердили тесную корреляцию между степенью развития висцеральной жировой ткани и величиной окружности талии. Окружность талии более 100 см в возрасте до 40 лет и более 90 см в возрасте 40–60 лет как у мужчин, так и у женщин является показателем абдоминально-висцерального ожирения. В отличие от общей тучности, наличие висцерального типа ожирения в комбинации с другими компонентами МС является наиболее важным предиктором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

При лечении пациенток с ММС терапевтические мероприятия должны быть направлены на основные звенья патогенеза данного патологического состояния [20,17] и предполагают нормализацию массы тела, достижение метаболического контроля, нормализацию АД, профилактику развития острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений. Для этого в первую очередь необходимо изменять стереотип питания, вести подвижный образ жизни и отказаться от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем) [16].

В настоящее время особое внимание уделяется также пищевому поведению женщин в менопаузальном периоде. Скрытое тревожно – депрессивное расстройство может лежать в основе повышенного аппетита и булимических эпизодов. Чаще всего при аффективных расстройствах у больных с ожирением формируются такие формы нарушения пищевого поведения, как эмоциогенное пищевое поведение, компульсивное пищевое поведение, синдром ночной еды. Eating Attitudes Test (Тест отношения к приёму пищи, ЕАТ) был разработан David M. Garner в Институте психиатрии Кларка университета Торонто. По причине высокой надёжности и валидности результатов, тест ЕАТ-26 позволяет оценить вероятность наличия расстройств пищевого поведения (РПП), в особенности нервной анорексии и булимии. Чем выше итоговые набранные баллы, тем выше вероятность наличия РПП. Решающее значение для формирования нарушений пищевого поведения имеет наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи. Наибольшее значение в этой дисфункции имеет серотонинергическая недостаточность (которая также наблюдается при тревожно – депрессивных расстройствах) [6]. В клинической практике и научно-исследовательских работах широко применяются Трехфакторный опросник Стункарда TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire), Голландский опросник пищевого поведения DEBQ, Немецкая шкала пищевого поведения и Миннесотское исследование пищевого поведения. Пищевое поведение как сложная поведенческая реакция нуждается в глубоком изучении и понимании. Разгадка белых пятен в данной области будет способствовать разработке новых методов лечения, а также оценке эффективности и безопасности вмешательств, нацеленных на изменение питания и коррекцию кардиометаболических рисков [11].

В заключении можно сказать, что представления о менопаузе и климактерическом синдроме в современное время имеют самую большую актуальность в связи с увеличением продолжительности жизни женщин и выпадение функции яичников с катастрофическим снижением биосинтеза эстрадиола и прогестерона сопровождается гормональной перестройкой в организме женщины. Эстрадиол, гормон репродуктивной функции, одновременно участвует в процессах гомеостаза, в регуляции утилизации и сохранения

энергии, поэтому его дефицит приводит к развитию менопаузального метаболического синдрома. Последний включает изменение спектра липопротеинов, развитие инсулинорезистентности, повышение коагуляционного потенциала, снижение уровня глобулинов, связывающих половые гормоны (ГСПГ), повышение уровня лептина и ожирение.

Каждые стадии репродуктивного старения имеют свои отличительные особенности: начиная от продолжительности заканчивая гормональными изменениями.

Исследование проблемы Менопаузального Метаболического Синдрома у женщин сталкивается с рядом вопросов: общая прибавка массы тела в разные возрастные периоды менопаузы, особенности отложения жира и характеристика телосложения; соотношение «жира» и «нежирной» массы тела, их динамика в период менопаузы. Таким образом улучшение качества жизни женщин с Менопаузальным Метаболическим Синдромом нуждается в разработке новых методов лечения, в первую очередь соблюдая здоровый образ жизни.

Список литературы:

1. Анжелик: инновация в терапии пациенток с менопаузальными расстройствами // Аптека. – 2020. – № 510 (39).
2. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных сахарным диабетом, в период пери- и постменопаузы. Руководство для врачей. Москва 2019;16.
3. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. Взгляд гинеколога-эндокринолога. Трудный пациент. 201;5:9:29-34.
4. Древаль А.В. Менопауза (лекция) // РМЖ. 2020. № 1(I). С. 3–7
5. Макацария А.Д. Метаболический синдром в акушерстве и гинекологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2019;480
6. Метаболический синдром. Учебное пособие / Ю.П. Успенский, Ю.В. Петренко, З.Х. Гулунов, Н.Л. Шапорова, Ю.А. Фоминых, Р.М. Ниязов–СПб., 2017.–60с.
7. Протасова А.Э., Юренева С.В., Байрамова Н.Н., Комедина В.И. Менопауза, ожирение и коморбидность: возможности менопаузальной гормональной терапии. Акушерство и гинекология. 2019;5:43–48.
8. Подзолкова Н. М., Кузнецова И. В., Глазкова О. Л. Ожирение и репродуктивная функция женщины: учеб. пособие. М., 2020. 28 с.
9. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом. Клинические рекомендации. М.; 2020.
10. Татарчук Т. Ф. Негормональна терапія перименопаузальних розладів / Т. Ф. Татарчук, О. О. Єфіменко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2020. – № 2 (36). – С. 127–130. 7. Юренева С. В. Заместительная гормонотерапия: дискредитация
11. Тювина Н. А., Вербицкая М. С., Столярова А.Е. Атипичная депрессия: критерии выделения, систематика, подходы к терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(2):98-103. doi:10.14412/2074- 2711-2020-2-98-103.
12. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР — Медиа, 2019. 1072 с. 5. Мычка В. Б., Жернакова Ю. В., Чазова И. Е.
13. Alligier M., Barres R., Blaak E.E. et al. OBEDIS Core Variables Project: European Expert Guidelines on a Minimal Core Set of Variables to Include in Randomized, Controlled Clinical Trials of Obesity Interventions. Obes Facts. 2020;13(1):1–28. DOI: 10.1159/000505342.
14. Brink H. V., Chizen D., Hale G., Baerwald A. Age-related changes in major ovarian follicular wave dynamics during the human menstrual cycle // J. Menopause. 2020 Vol. 20. N 12.
15. Butler L., Santoro N. The reproductive endocrinology of the menopausal transition // Steroids. 2020. Vol. 76. N 7. P. 627–635.
16. Collins F.H., Sutherland M.A. Hormone therapy for the management of menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2019;43(2):226–235.DOI:10.1111/1552-6909.12282.

17. Dreval A.V. Menopause (lecture) // RMJ. 2019. № 1 (I). P. 3–7
18. Faddy M. J., Gosden R. G. A model conforming the decline in follicle numbers to the age of menopause in women // Hum. Reprod. 2019. Vol. 11. N 7. P. 1484–1486
19. Harlow S.D., Gass M., Hall J.E. et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging // J Clin Endocrinol Metab. 2020. Vol. 97 (4). P.1159–1168
20. Hallajzadeh J., Khoramdad M., Izadi N. et al. Metabolic syndrome and its components in premenopausal and postmenopausal women: a comprehensive systematic review and meta-analysis on observational studies. Menopause. 2019;25(10):1155–1164. DOI: 10.1097/GME.0000000000001136.
21. N.M. Romanenko- Climacteric in life of the woman p47.
22. Roberts H. Hicke M. Managing the menopause: An update . Maturatis .2019; 86:53-58.DOI.
23. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Ageing 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/430). <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
24. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2021) World Prospects 2021.

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

**ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2**

**CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, 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