

ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕПУШТ БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЛАБОРАТОРИЯ КЎРСАТКИЧЛАРИ



Музаффарова Муhiba Хамзаевна, Ихтиярова Гульчехра Акмалевна, Орипова Феруза Шопулатовна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Музаффарова Муhiba Хамзаевна, Ихтиярова Гульчехра Акмалевна, Орипова Феруза Шопулатовна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

CLINICAL FEATURES AND LABORATORY INDICATORS OF WOMEN WITH INFERTILITY AND OVARIAN POLYCYSTIC SYNDROME

Muzaffarova Muhiba Khamzaevna, Ihtiyarova Gulchehra Akmalevna, Oripova Feruza Shopulatovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: buxtiilmiybulim@mail.ru

Резюме. Эндокрин бепуштлиқнинг юқори даражаси бепушт никоҳларнинг замонавий муаммосининг ўзига хос белгисидир. Репродуктив ёшдаги беморларда энг кўп учрайдиган репродуктив касалликлардан бири тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПКС) ҳисобланади. Турли манбаларга кўра, ТПКС популяцияда 10% дан 16,6% гача учрайди. Ҳомиладорлик муаммосига дуч келган аёлларнинг деярли 90-95 % ТПКС дан азият чекади. Шу билан бирга, ТПКС билан касалланган беморларнинг 60 %и фертиллигини сақлаб қолишган. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Аёлларда умумклиник, гинекологик тадқиқотлар учун вена қони ва зардоб. Тадқиқот натижалари. Амалий соғлиқни сақлаш соҳасига олиб борилган тадқиқотлар асосида замонавий самарали усуллардан фойдаланган ҳолда ТПКС фонида бепуштлиқ билан хасталанган аёлларнинг фертиллигини тиклашга индивидуал ёндашув бўйича тавсиялар берилди.

Калит сўзлар: тухумдонлар поликистоз, бепуштлиқ, C ва D фенотипи, гормонлар.

Abstract. A high level of endocrine infertility is a characteristic sign of a modern problem of barren marriages. One of the most common reproductive diseases in patients of reproductive age is the ovarian polycystic ovarian syndrome. As of different data, SPCI occurs from 10% to 16.6% of the population. Almost 90-95% of women who have problems with pregnancy suffer from PCU. However, 60% of patients with PCOS retained fertility. Materials and research methods. Venous blood and serum for general clinical, hormonal studies in women. Research results. Based on studies conducted in the field of practical health care, with the help of modern effective methods, the fertility of women with infertility on the background of PCA is restored.

Key words: ovarian polycystic ovarian, infertility, phenotype C and D, hormones.

Долзардлиги. Тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПКС) билан касалланган беморларда бепуштлиқ соғлом аёлларга қараганда 10 марта кўп учрайди. ТПКС билан касалланган беморларда ановуляцион бепуштлиқни даволашнинг асосий усули бу вазн ёқотишдир. Бироқ, турли хил парҳезлар, спорт, калория истеъмолининг камайиши ва инсулин сезгирлигини оширувчи воситаларнинг фойдаси борасида савол мунозарали бўлиб қолмоқда [1,2].

ТПКСли беморларни олиб бориш бўйича жаҳон олимларининг асосий тавсиялари

ановуляцион бепуштлиқни даволашда биринчи даражали дори сифатида кломифен цитратидан фойдаланишни назарда тутати [3]. Ин витро уруғлантириш ва лапароскопик даво пайтида экзоген гонадотропинлар терапиянинг иккинчи ёналиши ҳисобланади [4], метформинли ёки метформинсиз кломифен цитрат самарасиз бўлганда [5].

Сўнги йилларда илмий адабиётларда гипергомоцистеинемиянинг репродуктив етишмовчилик ривожланишидаги роли ҳақидаги маълумотлар пайдо бўлди. ТПКСда юзага

келадиган қон томир ва метаболик касалликлар ривожланишининг юқори хавфи гипергомоцистеинемия билан боғлиқ бўлиши мумкинлиги аниқланди. Шу сабабли, гомоцистеин даражасининг пасайиши даволаш натижаларига ижобий таъсир кўрсатиши мумкин [6,7,8,9].

Аммо биз мавжуд бўлган адабиётларда тухумдон, буйрак усти, аралаш турдаги ТПКС формалари - гомоцистеин даражаси, ёши ва бепуштлиқ шаклини ҳисобга олган ҳолда, беморларнинг репродуктив функциясини тиклашга индивидуал ёндашув ҳақида маълумот топа олмадик. [10,11].

Мақсад. Тухумдонлар поликистоз синдроми бўлган аёлларда бепуштлиқни даволаш самарадорлигини клиник, анамнестик ва лабораторий кўрсаткичлари асосида ошириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. ТПКС ташхиси қўйилган жами 150 нафар бемор текширилди. Назорат гуруҳини бачадон найи бепуштлиги ташхиси қўйилган 50 нафар асосий гуруҳ билан ёши ўхшаш аёллар ташкил қилди. Текширилган беморларнинг ёши ўртача $29,8 \pm 3,4$ ёшда, ёшнинг чегаралари 22 ёшдан 35 ёшгача эди.

Биз учта мезондан камида иккитаси (гиперандрогения, ановуляция, поликистоз ўзгарган тухумдонлар (ПКЎТ)) бўлган беморларда ТПКСнинг мумкин бўлган ташхисини кўриб чиқдик. Ташхис қўйилган фенотипларга қараб барча беморлар 4 та кичик гуруҳга бўлинган:

I A – 62 (41,3%) сурункали ановуляция ва ПКЎТ билан биргаликда гиперандрогениянинг клиник ва / ёки биокимёвий намоёнлари бўлган аёллар;

II B – 40 (26,7%) нормал тухумдонлар билан гиперандрогениянинг клиник ва / ёки биокимёвий кўринишлари билан биргаликда сурункали ановуляцияси бўлган аёллар;

III C – 32(21,3%) овуляция цикли, ПКЎТ ва гиперандрогениянинг клиник ва / ёки биокимёвий намоёнлари бўлган аёллар;

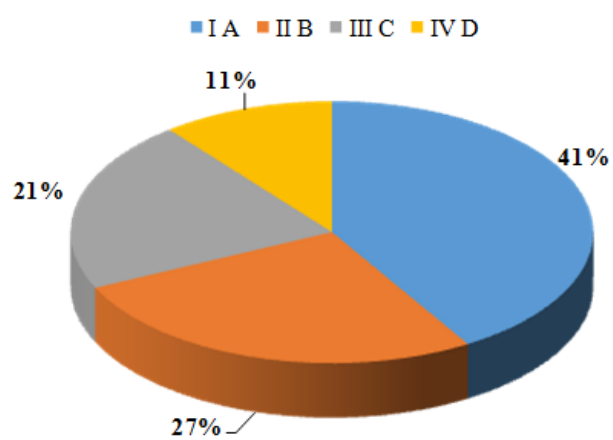
IV D – 16 (10,7%) андрогени ортиқча эканлигининг клиник ва / ёки биокимёвий белгилари бўлмаган, лекин сурункали ановуляция ва ПКЎТ бўлган аёллар.

Анамнез бўйича 138 (92%) нафар аёллар аллақачон гормонал ва гормонал бўлмаган воситалар ёрдамида ҳайз кўриш бузилишларини тузатишга қаратилган даволанишни ўтказган. Лекин даво самарасиз бўлган. Овуляцияни рағбатлантириш мақсадида 87 (58%) нафар беморга кломифен ситрат буюрилган (3-6 цикл давомида).

Тадқиқот натижалари. ТПКС (82,4%) гормонал бузилишларга эга бўлган, улардан энг

кўп тестостероннинг кўпайиши (аёлларнинг 63,3 фоизда) ва лютеинловчи гормон (ЛГ) / фолликулани стимулловчи гормон (ФСГ) индексининг 2,5 дан ошиши (аёлларнинг 51,2 фоизда) қайд этилган ЛГ / ФСГ кўрсаткичлари.

Фенотип гуруҳлар



Расм 1. ТПКС билан текширилган беморларни фенотип гуруҳлар бўйича тақсимланиши

Бунга қўшимча қилиш мумкинки, ЛГ / ФСГ кўрсаткичлари > 2,5 бўлган 62 нафар беморлар орасида ЛГ даражаси фақат 45 нафар аёлларда топилган, бошқа 17 нафар беморларда эса нормал бўлиб қолган. Иккинчи ҳолда, ЛГ / ФСГ индексининг ўсиши ЛГнинг кўпайиши ҳисобига эмас, балки ФСГ нинг камайиши ҳисобига содир бўлган. Текширилган 150 нафар бемор орасида қуйидаги частотада гиперандрогенизмнинг клиник белгилари аниқланди: аниқ гирсутизм ёки гирсутизмнинг қисман номоён бўлиши - 96 (64%) нафар беморда; акне билан ёғли тери - 38 (25,3%) нафар беморда.

Таъкидлаш жоизки, буларнинг барчаси А, Б, С фенотипли беморлар эди, бу барча текширилган беморларга нисбатан 89,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, гиперандрогениянинг энг аниқ клиник кўринишлари фенотип А бўлган беморларда кузатилган. Тана вазн индексини (ТВИ) аниқлаганда 75 (50%) нафар беморда ортиқча вазн мавжудлиги аниқланди. 35 (23,3%) нафар аёлларда ТВИ кўрсаткичлари 25 дан 29,9 гача (метаболик асоратлар хавфи паст бўлган ортиқча вазн ёки семизлик деб таърифланади) аниқланди; ТВИ кўрсаткичлари 30 дан 40 гача (метаболик асоратларнинг ўртача хавфи билан I ва II даражали семизлик) - 42 (28%) нафар аёлларда аниқланди.

Хулоса. ТПКС фенотиплари учун асосий диагностик мезонлар: сурункали ановуляция билан биргаликда гиперандрогениянинг клиник/биокимёвий кўриниши (41,3%);

Жадвал 1. Фенотипга қараб ТПКС билан касалланган беморларнинг гормонал ҳолатидаги ўзгаришлар (назорат гуруҳи билан солиштирилган кўрсаткичларнинг ишончилиги)

Гормонал кўрсаткичлар	ТПКС фенотипи				Назорат гуруҳи (n=50)	Ишончилик			
	A(n=62)	B(n=40)	C(n=32)	D(n=16)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
ЛГ	15,7±0,9	13,9±0,8	12,1±0,7	15,1±0,7	6,2±0,3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ФСГ	3,9±0,3	4,5±0,4	3,5±0,3	4,7±0,3	3,2±0,2	<0,05	<0,01	>0,5	<0,001
ЛГ/ФСГ	2,9±0,2	3,2±0,2	2,7±0,2	2,8±0,2	1,9±0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Тестостерон	3,0±0,3	3,4±0,3	3,2±0,3	2,5±0,2	220,1±1,4	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
АМГ	15,1±0,9	6,9±0,5	9,1±0,7	16,5±1,2	0,5±0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Эстрадиол	254±17,8	218±15,8	210±15,1	237±17,8	1,5±0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ПроГЭстерон	6,8±0,5	5,9±0,4	15,1±0,5	6,1±0,5	389,2±15,8	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Пролактин	385,7±25,8	480,2±30,5	465,2±32,5	380,2±22,7	35,1±2,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ПССГ	35,7±2,7	41,7±3,2	37,5±2,7	39,5±2,2	42,8±2,7	>0,1	>0,5	>0,2	>0,5
ИСА	1,8±0,1	1,5±0,1	1,7±0,1	1,9±0,1	0,8±0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Изоҳ: p₁, p₂, p₃, p₄ - назорат гуруҳи билан А, Б, С, Д гуруҳлари кўрсаткичларидаги фарқларнинг ишончилиги.

нормал тухумдонлар билан сурункали ановуляция ва гиперандрогения (26,7%); овулятор цикл, поликистоз ўзгарган тухумдонлар (ПКЎТ) ва гиперандрогения (21,3%); сурункали ановуляция, гиперандрогениясиз ПКЎТ (10,7%) бўлди. Фертилик ТПКС нинг ўзига хос фенотипига ва ёлдош касалликларига қараб ўзгаради: вазнинг ва гипергомоцистеинемиянинг камайишида спонтан ҳомиладорлик аёлларнинг 2 % да (С фенотипи) содир бўлади.

Адабиётлар:

1. Верещако Г.В. Опыт лечения неспецифических вульвовагинитов у женщин старшей возрастной группы // Укр. мед. часопис. - 2013. - № 1 (75). - С. 75–77.
2. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Репродуктивная реабилитация женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов. // Спец выпуск журнала биомедицины и практики. Ташкент-2020. С-56
3. Хайбулина З.Р. Молекулярные механизмы действия антиоксидантов на липидный компонент клеток мозга при экспериментальной гипоксии плода. Инфекция, иммунология и фармакология. // Научно-практический журнал-2019. № 5 \ С.-280
4. Amsel R. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. // American Journal of Medicine 2014; 74:14-22
5. Cauci S. et al. Prevalence of Bacterial Vaginosis and Vaginal Flora Changes in Peri- and Postmenopausal Women. // Journal of Clinical Microbiology 2002. 40(6). P.2147-2152
6. Graziottin A. Recurrent cystitis and vaginitis : role of biofilms and persister cells. From pathophysiology to new therapeutic strategies // Minerva Ginecol.-2014 - Vol. 66 (5).- P. 497-512.
7. Jain T, et al. Characterization of polycystic ovary syndrome among Flo app users around the world. *Reprod Biol Endocrinol.* 2021;19(1):36. Published 2021 Mar 3.

8. Oripova F.Sh., et al. New methods of correction of inflammatory diseases of the genitalia (clinical and experimental study)- Scopus.- Annals of romanian society for cell biology Journal of Biochemistry, Genetics and Biology, 4 pp. 1865-1872.

9. Khasanova M.A., et al. Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus COVID-19. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 13(1), 2021: 1935-1942.

10. Nuraliev N.A. Diagnostic Value Determination of Antibodies to Antigens of Micro – organisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs. // American journal of medicine and medical sciences-2020 № 10 (2) P.124-126.

11. Teede HJ, et al.; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2018 Sep 1;33(9):1602-1618.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Музаффарова М.Х., Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.

Резюме. Высокий уровень эндокринного бесплодия характерный признак современной проблемы бесплодных браков. Одним из наиболее распространенных репродуктивных заболеваний у пациенток репродуктивного возраста является синдром поликистоза яичников. По разным данным, СПКЯ встречается от 10% до 16,6% населения. Почти 90-95% женщин, у которых есть проблемы с беременностью, страдают от СПКЯ. Однако 60% пациенток с СПКЯ сохранили фертильность. Материалы и методы исследования. Венозная кровь и сыворотка для общеклинических, гормональных исследований у женщин. Результаты исследования. На основе исследований, проведенных в области практического здравоохранения, с помощью современных эффективных методов восстанавливается фертильность женщин, больных бесплодием на фоне СПКЯ.

Ключевые слова: поликистоз яичников, бесплодие, фенотип С и D, гормоны.