

REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQUISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH**Gul Ahmad Tanish**

Balx universiteti, Mozori Sharif, Afgoniston

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, нарушения менструального цикла, гирсутизм.

Tayanch soʻzlar: tuxumdon polikistoz sindromi, giperandrogeniniya, hayz davrining buzilishi, girsutizm.

Key words: polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, menstrual disorders, hirsutism

Tadqiqot maqsadi. Ushbu olib borilgan tadqiqotda biz tuxumdonlar polikistoz sindromi bilan ogʻrigan bemorlarni anamnestik, klinik, gormonal va ultratovush tekshiruvlar, demografik holati, shuningdek, gormonal kasalliklari, tana vazni va qondagi insulin darajasi oʻrtasidagi bogʻliqlikni oʻrganishni maqsad qildik. Tadqiqot natijalari: eng keng tarqalgan klinik belgilar: hayz davrining buzilishi (100%), genetik omil (6,5%), girsutizm (62%) va semizlik (25%). Eng koʻp uchraydigan gormonal kasalliklar: testosteronning ortishi (32,5%), LG /FSG nisbati > 2 (25%), insulin qarshiligi (12,2%), mos ravishda GTT buzilishi (17,5%) va giperinsulinemiya (10%), hisoblanadi. Ultratovush tekshiruvini 18,7% hollarda aniq natija bera olmadi.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**Таниш Гул Ахмад**

Университет Балх, Мазари Шариф, Афганистан

Цель исследования: в данном исследовании мы поставили цель изучить взаимосвязь между анамнестическим, клиническим, гормональным и ультразвуковым исследованиями, демографическим статусом, а также гормональными нарушениями, массой тела и уровнем инсулина в крови у пациенток с синдромом поликистозных яичников. Результаты исследования: наиболее частые клинические проявления: нарушения менструального цикла (100%), генетический фактор (6,5%), гирсутизм (62%) и ожирение (25%). Наиболее частыми гормональными нарушениями были: повышение уровня тестостерона (32,5%), соотношение ЛГ/ФСГ >2 (25%), инсулинорезистентность (12,2%), нарушение толерантности к глюкозе (ТГ) (17,5%), гиперинсулинемия (соответственно) 10%). Ультразвуковое исследование не дало точного результата в 18,7% случаев.

MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**Tanish Gul Ahmad**

Balh Universiti, Mozori Sharif, Afganistan

Purpose of the study: in this study, we set the goal to study the relationship between anamnestic, clinical, hormonal and ultrasound studies, demographic status, as well as hormonal disorders, body weight and blood insulin levels in patients with polycystic ovary syndrome. Results of the study: the most common clinical manifestations: menstrual disorders (100%), genetic factor (6.5%), hirsutism (62%) and obesity (25%). The most common hormonal disorders were: increased testosterone levels (32.5%), LH/FSH ratio >2 (25%), insulin resistance (12.2%), impaired glucose tolerance (TG) (17.5%), hyperinsulinism (respectively) 10%). Ultrasound examination did not give an accurate result in 18.7% of cases.

Tadqiqot dolzarbligi: tuxumdon polikistoz kasalligi - bu qonda insulin, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi klinik sabablar va simptomlar bilan ovulyatsiyaning surunkali yetishmasligi, hayz davrining buzilishidir. Girsutizm va bepushtlik jiddiy asorat boʻlib, jumladan endometriy saratoni, yurak-qon tomir kasalliklari va qandli diabet xavfi ortishi oqibatlaridan kelib chiqqan boʻlishi mumkin. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, ovulyatsiya boʻlmagan ayollarda birinchi davolashda yoshiga, tugʻilish holatiga va klinik belgilariga qarab davolash kerak.

Ovulyatsiya buzilishi tugʻish yoshidagi ayollarda keng tarqalgan boʻlib, amenoreya, tartibsiz hayz koʻrish va girsutizm kabi turli xil klinik koʻrinishlarga olib keladi [1, 4].

Buyrak usti bezining giperplaziyasi, uning sindromi, giperprolaktinemiya va androgen ajraladigan oʻsmalar kabi oʻziga xos holatlarni hisobga olish va istisno qilish kerak boʻlsada, ular klinik, laboratoriya va ultratovush tekshiruvlari natijalariga koʻra tuxumdon polikistoz sindromi (TPKS) holatlarining 75% da mavjud [2, 3, 6, 7, 8].

Sindrom birinchi marta 1935 yilda Shtayn va Levental tomonidan aniqlangan va bepushtlik

uchun davolanayotgan amenoreya, girsutizm, katta tuxumdonlar va tuxumdonlar polikistozi bilan kasallangan ayollarni o'z ichiga olgan [5, 9, 10].

Bugungi kunda ushbu sindromni surunkali anovulyatsiya sifatida ko'rib chiqish keng tarqalgan, klinik sabablar va alomatlar, jumladan qonda insulin miqdorining ortishi, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi omillar mavjud.

Chunki anovulyatsiya giperandrogeniya bilan bog'liq bo'lsa, insulin va insulin qarshiligining oshishi buzilish sifatida aniqlanishi mumkin, ayniqsa semiz ayollarda. Amenoreya, girsutizm va bepustlik kabi keng tarqalgan asoratlardan tashqari, bu ayollarda estrogen tufayli bachadon va ehtimol ta'sirlanmagan ko'krak saratoni xavfi ortishi kabi jiddiy asoratlar mavjud [10, 11].

Ovulyatsiya bo'lmagan menopauzadagi ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari va diabet tufayli umr ko'rish davomiyligi ham qisqaradi. Bu ayollarda giperlipidemiya erkaklarnikiga o'xshaydi va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini oshiradi va sabab ham giperinsulinemiya bilan bog'liq. Bundan tashqari, bu ayollarda 2-toifa diabet xavfi yoshlikdan boshlab besh baravargacha oshadi [8, 12].

Yuqorida aytilganlarning barchasini hisobga olgan holda, anovulyatsiya bilan og'rigan ayollar birinchi marta yoshiga, tug'ilish holatiga va alomatlarga qarab davolanishi kerak.

Ushbu tadqiqotda ushbu ayollarning demografik, klinik, gormonal va ultratovush holati o'rganildi, shuningdek, yuqori xavfli holatlarga tashxis qo'yish va terapevtik choralarni to'g'ri bajarish uchun TPKS bilan og'rigan bemorlarda gormonal buzilishlarning tana vazni va qondagi insulin darajasi o'rtasidagi bog'liqlik o'rganildi.

Material va tadqiqot usullari. Ushbu loyihada Balx, Mozori Sharif shahridagi Abu Ali Sino kasalxonasiga TPKS tashxisi bilan yuborilgan 80 nafar bemor tekshirildi va quyidagi ma'lumotlar, jumladan yoshi, bo'yi, vazni, tana vazni indeksi, bel va son nisbati, oilaviy anamnezi, bepustlik, bepustlik anamnezi, hayz davrining buzilishi, girsutizm va boshqa kasallar anketasi to'plangan va namunalar ketma-ket yig'ildi. Bemorlarga gormonal testlar va ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Tajribalar qon plazmasi, insulin, prolaktin, LG, FSG, 17-gidroksi progesteron, TTG, testosteron va glyukoza testini o'z ichiga oldi, ular standart laboratoriyada follikulyar fazada ertalab 8 dan 10 gacha va 10 dan 12 soatgacha ochl qoringa o'tkazildi va immuno tekshiruvlar o'tkazildi.

Shveysariyaning Kontron kompaniyasiga tegishli gamma hisoblagich qurilmasi va Aria kompaniyasiga tegishli tijorat to'plamlaridan foydalanilgan. 75 g glyukoza minohidrat kukunini iste'mol qilgandan so'ng, bemorlar glyukoza bardoshlik testini (GTT) o'tkazdilar.

Oddiy GTTda ikki soatlik qonda glyukoza 140 mg / dL dan kam, insulinga bog'liq bo'lmagan qandli diabetda esa ikki soatlik qonda glyukoza 200 mg / dl yoki undan yuqori deb hisoblanadi.

Ushbu tadqiqotda insulin qarshiligini aniqlash uchun glyukozasining insulinga nisbati hisoblab chiqilgan va bu nisbat insulin qarshiligiga nisbatan 4,5 dan kam edi.

LG/FSG nisbati o'lchandi va 2 dan yuqori qiymatlar g'ayritabiiy deb hisoblanadi.

Tekshiruvlardan so'ng bemorlar Hitachi Eub 300 qurilmasi va Convex 3,5 MGts probi yordamida ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi.

Tana vazni va qondagi insulin darajasi va giperandrogeniya o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish uchun bemorlar funksional giperandrogeniya belgilarining mavjudligi yoki yo'qligi asosida semirib ketgan (TVI>30) va semiz bo'lmagan (TVI<30) guruhga bo'lingan. Girsutizm, akne, alopesiya, FG-musbat va FG-manfiy guruhlar bo'lingan va laboratoriya natijalari guruhlar o'rtasida taqqoslangan.

Statistik tahlil uchun Mann Uitni va Kruskal - Wallis testlaridan foydalanilgan.

Tadqiqot natijalari: Tajribada ayollarining o'rtacha yoshi 19 yoshni tashkil etdi (standart og'ish 1,2). Bemorlarning 25% TVI > 30 (ideal tana vazni indeksi 19 dan 25 gacha, tana vazni indeksi 30 dan yuqori - semizlik) bo'lgan.

Barcha bemorlarda qon bosimi odatda 140/90 mm.sim.ust.dan past edi.

20 ta (25%) holatda bel / son nisbatining ortishi kuzatildi va ularning barchasi TVI> 30 guruhda edi.

Tarqalishi bo'yicha klinik ko'rsatkichlar: hayz davrining buzilishi (100%), oilaviy kasallik tarixi (62,5%), girsutizm (62%), yog'li teri (56%), akne (35%) va turmush qurgan ayollarda bepushtlik anamnezi (2,8%).

Eng ko'p uchraydigan gormonal kasalliklarga testosteronning ortishi (32,5%), LG/FSG nisbati >2 (25%), insulin qarshiligi (21,2%), GTT buzilishi (17,5%), yuqori prolaktin (5,12%) va giperinsulinemiya (10%) va 17 gidroksi progesteron (7,5%), TTG va ikkita holatda anomal edi.

TVI >30 va TVI <30 bo'lgan guruhlarini solishtirganda, quyidagi natijalarga erishildi: 14 (17,5%) nafar bemorda g'ayritabiiy GTT, ulardan 7 tasi (50%) TVI guruhi >30 .

17 (21%) holatda insulin qarshiligi, ulardan 9 tasida (25%) TVI >30 bo'lgan.

Laboratoriya tadqiqotida 8 nafar (10%) bemorda insulin 25 dan yuqori, ulardan 4 nafarida (50%) TVI >30 edi.

26 nafar bemorda yuqori androgen (32,5%) va 5 nafar bemorda BMI >30 (20%) bo'lgan. 20 ta holatda (25%) LG / FSG ko'tarilgan, ulardan 6 (30%) nafarida TVI >30 bo'lgan.

17-gidroksi progesteron 6 nafar (7,5%) bemorda yuqori bo'lgan, ulardan birida TVI >30 . Giperandrogeniya bo'lgan 26 nafar (26,9%) bemorning yettitasida insulin qarshiligi bor edi, shulardan 3 (11,5%) tasida GTT bor edi.

FG musbat (18,75%) va manfiy FG (6,25%) bo'lgan semiz bemorlar o'rtasida giperinsulinemiya va anomal GTT nuqtai nazaridan statistik jihatdan sezilarli farq bor edi ($P=0/033$).

FG musbat va FG manfiy bo'lgan semiz bo'lmagan bemorlarda o'rganilgan parametrlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farq yo'q edi. 17 ta holatda insulin qarshiligi kuzatildi, ulardan 7 tasida giperandrogeniya (26,9%) kuzatildi. Giperinsulinizm 8 ta holatda kuzatilgan, ularning barchasida giperandrogeniya (100%) kuzatilgan.

GTTning buzilishi 14 ta holatda kuzatilgan, ulardan 3 tasida giperandrogeniya (1,5%) kuzatilgan. Giperinsulinemiya yoki giperandrogeniya belgilari bilan insulin qarshiligi 17 holatda (68%) kuzatilgan. TTG va qonda glucoza miqdori ikkita holatda anomal edi. Ultratovush tekshiruvi 18,7% hollarda g'ayritabiiy bo'lib, 1,3 holatda tuxumdonlar hajmining ikki tomonlama o'sishi, 1,3 holatda bir nechta periferik kistalar (Bo'yin ko'rinishi) va 1,3 holatda ikkala simptom ham bor edi.

Tadqiqot: O'rganilgan ko'rsatkichlar orasida 62,5% hollarda oilaviy kasallik tarixi mavjud bo'lib, ushbu kasallikning genetik tomoni autosomal dominant bo'lganligi sababli, kasallikka chalingan ayollarning opa-singillari va qizlari kasallikka chalinish ehtimoli 50% ga yetishi tekshirildi. 100% hollarda hayz davrining buzilishi mavjud edi. Konvey va boshqalar (1989) tomonidan olib borilgan tadqiqotda hayz ko'rishning buzilishi 80% hollarda mavjud edi.

Guruhdagi 6 ta turmush qurgan holatlarga ko'ra, bepushtlik muammosi 8,2% ni tashkil etdi, bu bemor ayollarning yoshligi sababli kamroq tarqalgan. Bu ayollardagi girsutizm (62,5%) Konvey (1989) tadqiqotiga o'xshaydi, unda bemorlarning taxminan 70 % ma'lum darajada girsutizmdan shikoyat qilgan.

35% hollarda akne ham kuzatilgan. Tadqiqotdan chiqarib tashlangan bir holatda qondagi qand miqdori anomal edi. Bu ayollarda semirish darajasi 25% ni tashkil etdi, bularning barchasida belning songa nisbati, ya'ni qorinning semirishi ortgan. Konvey tadqiqotida semizlik darajasi 35 dan 60 %gacha bo'lgan. TVIdagi bu o'sish ovulyatsiya bo'lmagan semiz ayollarda testosteronni oshishiga sabab bo'lgan, ammo bizning tadqiqotimizda 26 kishi (32,5%) testosteronning anomalligiga ega edi, ulardan 21 nafari TVI <30 bo'lgan guruhda mavjud edi. (giperandrogeniya belgilari bilan).

FG musbat va FG manfiy semirib ketgan guruhlar o'rtasidagi taqqoslaganda, insulin qarshiligi, giperandrogeniya, LG / FSG nisbati >2 va giperinsulinemiya parametrlari statistik ahamiyatga ega emas edi, ammo GTT buzilganligi nuqtai nazaridan ikkala guruh o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq bor edi.

FG-musbat semizlik va FG-manfiy semizlik guruhlarini solishtirganda, faqat FG-musbat semizlik guruhida keng tarqalgan, ammo FG-musbat testosteron darajalariga ega bo'lgan GTT buzilgan GTTda statistik jihatdan sezilarli farq bor edi. Sutterlin va Steck (1995) tomonidan Germaniyada o'tkazilgan tadqiqotda, androgen ko'payishining etiologiyasini isbotlash uchun ochlik

plazmasidagi insulin darajasini o'lchash tadqiqoti olib borilgan. Unga ko'ra:FG belgilari ijobiy bo'lgan ayollarda testosteron, insulin, LG / FSG va androstenedion darajasi yuqori bo'lgan. Ammo FG musbat bo'lmagan guruhda testosteron ko'proq oshdi. Bizning tadqiqotimizda giperinsulinemiya bilan og'rikan barcha bemorlarda ham giperandrogeniya (100%) mavjud edi. Italiyada Falsetti va Eifthriou (1996) tomonidan giperandrogeniya bilan bog'liq tuxumdonlar faoliyatini tartibga solishda insulin rolining ahamiyatini aniqlash uchun tadqiqot amalga oshirilgan.

Ushbu tadqiqotga ko'ra, normo-insulinemiyaga chidamliligi bo'lgan bemorlarda erkin testosteron, androstendion soni darajasi, semirish va androgen simptomlarning tarqalishi sezilarli darajada yuqori bo'lgan, ammo GTT ikki guruh normoinsulinemiya va giperinsulinemiya o'rtasida farqlanmagan bo'lgan. Bizning tadqiqotimizda insulinga chidamli va giperinsulinemiya guruhlarida semizlik va androgenik alomatlar, hamda buzilgan GTTning tarqalishi yuqori bo'lgan, ammo ikki guruh o'rtasida testosteron darajasida farq yo'q edi. Diamamati (1999) tomonidan Gretsiyada oligomenoreya va girsutizmning bir yoki ikkita alomatlari bo'lgan TPKS bilan og'rikan bemorlarning gormonal holatini va bu alomatlari bo'lmagan guruhni aniqlash uchun o'tkazilgan tadqiqotdagi natijalar suyak massasi va qon bosimining yuqori bo'lishini ko'rsatdi. Guruhlar o'rtasida sezilarli farq yo'q edi, ammo girsutizm va oligomenoreya bilan og'rikan guruhda testosteron yuqori edi.

Hulosa. Bizning tadqiqotimizda testosteron darajasi girsutizm bo'lgan va bo'lmagan ikki guruh o'rtasida sezilarli darajada farq qilmadi. Tana vazni va qondagi insulin darajasi bilan gormonal buzilishlarning tafvutiga kelsak, semirish, ayniqsa FG musbat va insulin qarshiligi hamda giperinsulinemiya bo'lgan semiz ayollar o'rtasida aniq bog'liqligi mavjud. Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra, holatlarning 18,7% anomal edi. Konvay (1989) tadqiqotida oddiy ayollarning 8-25% va tug'ilishni nazorat qilish tabletkalarini ichgan ayollarning 14% mazkur holatlarga duchor bo'lgan. Shunga o'xshash topilmalar TPKS bilan kasallangan ayollarda topilgan.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
2. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва баъдодон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
3. Birdak MA, Farguhar CM, White HO. Association between polycystic ovaries and extent of coronary artery disease in women having cardiac catheterization. // Ann J Intern Med. 1997,126:32.
4. Diamamati E, Kandar A, Chryssa R, Kouls .A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek Islan of Lesbos: Hormonal metabolic profile.- // J Pf. Clinical – Endocrin & metabol. 1999: 4006-4011.
5. Dunaif A. Hyperandrogenic Anovaultion (P.C.O.S) :A unique disorder of insulin action associated with an increased risk of NIDDM // AM J Med. 1995,98(1A) :336.
6. Falsett L, Eifithriou G. Hyper insulinemia in the polycystic ovary syndrome. A clinical endocrine and metabolic study in 240 patients. Gyn. // End. 1996. 10 :319-326.
7. Fitsch G, Hanzal R, Jensen D, Hacker N.F. Endometrial cancer in premenopausal women 45 years and younger.// Obstect- Gynecol , 2015, 85: 504.
8. Frank . S. Polysystic ovary syndrome.// New Eng1 J Med. 2016, 333:853-854.
9. Jahafar S, Eden J.A, Waren P, Sepplam Ngvyen T.V. A twin study of polycystic ovary syndrome // Fertil-Steril, 1995,63:78-478.
10. Kinara I, Togasgi K, Kawakan s, Nakanoy, Takakora K, Mori T, Konish J, Polycystic ovaries :Implications of Diagnosis with MRI imaging // Radiology. 1996.201:549.
11. Leon S, Robert H. Glass, Nathan G.klse. Clinical gynecologic endocrinology infertility./ 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2018, 487 -523.
12. Suterlin M, Steck T. Sensitivity of plasma insulin level in obese and non obese women with functional hyper androgenism. //Gyn-End.2017,9:34-44.
13. Wild RA, Alaupovic P, Parker IJ. Lipid and Apolipoprotein abnormalities in hirsute women and association with insulin resistance .// Am J Obstet Gynecol. 1992,166:1191.