

ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ БОР АЁЛЛАРДА КОНСЕРВАТИВ ВА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ**Г. О. Ражабова, Х. С. Икрамова**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: тухумдонлар поликистоз синдроми, бепуштлиқ, лапароскопия, семизлик, инсулинорезистентлик.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, бесплодие, лапароскопия, ожирение, инсулинорезистентность.

Key words: polycystic ovary syndrome, infertility, laparoscopy, obesity, insulin resistance.

Эндокрин бепуштлиқ билан оғриган беморлар орасида ТПКС билан касалланганлар 53-73% ни ташкил этади [1,5] ва бепуштлиқ никоҳ тузилишида ушбу патология 5-6-ўринни эгаллаб, 20-22% ни ташкил қилади [3]. Тадқиқот Урганч шаҳри Вилоят Перинатал маркази ва “Сарвиноз мед сервис” хусусий клиникасида 2019-2022 йиллар давомида олиб борилди. 70 нафарини (асосий гуруҳ) ТПКС фонидида бепуштлиги бўлган аёллар ва 20 нафарни (назорат гуруҳи) эса тиббий текширувдан ўтиш учун мурожаат қилган соғлом аёллар ташкил қилди. Эндокрин бўзилишларни даволамасдан туриб, тўғридан-тўғри жаррохлик амалиёти билан даволаш репродуктив фаолиятни тиклашда кам натижалар берди.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ**Г. О. Ражабова, Х. С. Икрамова**

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии, Урганч, Узбекистан

Среди больных с эндокринным бесплодием 53-73% больных имеют СПКЯ [1,5], а в структуре брака по бесплодию эта патология занимает 5-6 место и 20-22% [3]. Исследование проводилось в 2019-2022 годах на базе Урганчского областного перинатального центра и частной клиники «Сарвиноз медсервис». 70 (основная группа) составили женщины с бесплодием на фоне СПКЯ и 20 (контрольная группа) — практически здоровые женщины, обратившиеся за диспансеризацией. Лечение непосредственно оперативными вмешательствами без лечения эндокринных нарушений мало результативно в восстановлении репродуктивной функции.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN**G. O. Rajabova, X. S. Ikramova**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Among patients with endocrine infertility, 53-73% of patients with TPKS [1,5], and in rare cases, infertility, this pathology takes 5-6 place and 20-22% [3]. The study was conducted in 2019-2022 on the basis of the Urgench Regional Perinatal Center and the Sarvinoz Medservice private clinic. 70 (main group) observed women with infertility on the background of TPKS and 20 (control group) were practically healthy women who applied for medical examination. Treatment with surgical interventions without treatment of endocrine patients gave little results in restoring reproductive function.

Тухумдонлар поликистоз синдроми (ТПКС) гинекологик эндокринология ва репродуктив тиббиётнинг энг долзарб ва ўрганилаётган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Европа мезонларига кўра, ТПКС тарқалиши тахминан 15% ни ташкил қилади. Тана вазнининг критик даражадан ошиши муҳим аҳамиятга эга, бу ҳолда андрогенларнинг жигар ва ёғ тўқималарида эстрогенларга айланиши бузилади. Эстроген даражасининг ошиши билан гонадотропларнинг гиперсенсбилизацияси гонадотропин рилизинг гормон (ГнРГ) билан боғлиқ ҳолда ривожланади [1]. Гипоталамусда ГнРГ ишлаб чиқарилиши ошади, аденогипофиз орқали ЛГ ҳосил бўлиши кучаяди, ЛГ/ФСГ нисбати бўзилади ва ФСГ нинг нисбий этишмовчилиги юзага келади [3]. Қисқа тесқари алоқа принципига кўра, гипоталамус томонидан ГнРГ чиқарилишининг кўпайиши кузатилади. Бундай ҳолда, ГнРГ ишлаб чиқаришининг цирхорал ритми бўзилади, натижада ФСГ (доминант фолликулани танлаш) ва ЛГ (овуляция) нинг энг юқори концентрациясига эришилмайди [2]. Гонадотроп дисфункция ривожланади.

Жаррохлик даволаш самарадорлигининг исботи овуляция (базал ҳароратни ўлчаш) мавжудлиги ва ҳомиладорликнинг бошланиши. Овуляция цикли мавжуд бўлганда жар-

роҳлик даволанишдан кейин 1 йил ичида ҳомиладорлик бўлмаслиги бепуштликнинг бошқа сабабларини кўрсатиши мумкин.

Шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейин фертилликни тиклаш вақтинчалик жараёндир, шунинг учун операциядан кейинги биринчи йил давомида ҳомиладорликни режалаштириш тавсия этилади. Овуляция стимуляцияси ва ҳомиладор бўлиш эҳтимоли юқори булишига қарамай, кўпчилик беморларда клиник симптомларнинг қайталаниши кузатилади [1, 2].

Тадқиқот максоди: Тухумдонлар поликистози синдроми натижасида юзага келган бепуштликни даволашда диагностик-даволовчи лапароскопиядан олдин терапевтик тайёргарлик ўтказишнинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Тадқиқот Урганч шаҳри Вилоят Перинатал маркази ва “Сарвиноз мед сервис” хусусий клиникасида 2019-2022 йиллар давомида олиб борилди. Илмий ишни бажариш жараёнида 90 нафар аёл кўзатилди. Шундан 70 нафарини (асосий гуруҳ) ТПКС фонида бепуштликка шикоят қилиб келган беморлар ва 20 нафарни (назорат гуруҳи) эса тиббий текширувдан ўтиш учун муружаат қилган амалий соғлом аёллар ташкил қилди.

Тадқиқотни олиб боришда асосий гуруҳга кирувчи аёлларда куйидаги ҳолатлар киритилди: гиперандрогения, метаболик синдром, инсулинорезистентлик.

Куйидаги критерийлар эса киритилмади: ТПКС ва бепуштликнинг йўқлиги, гиперандрогениясиз ановуляция, гиперандрогенияли текаматоз. Кушинга синдроми аниқланган касаллар, нейро-алмашинув-эндокрин синдроми билан-Кушинга синдроми типи буйича; гиперпролактинемия билан; гипофиз аденомаси буйрак усти туғма дисфункцияси билан; қалқонсимон безининг фаолиятини бўзилиши билан; тухумдонлар ва буйрак усти андроген ажратувчи ўсмалари билан.

Тадқиқотни олиб бориш учун беморлар 2-гуруҳга ажратилди: 1 – гуруҳ- 70 нафар аёл бепуштликка шикоят қилган ТПКС бўлган беморлар. 2- гуруҳ- 20 нафар амалий соғлом аёллар. Назорат гуруҳи репродуктив ёшдаги, мунтазам овуляция цикли бўлган 20 нафар аёлдан иборат эди.

Шундан асосий гуруҳга кирувчи аёллар даволаш усулларига кўра 3 кичик гуруҳларга бўлинди.

А кичик гуруҳ- (n=25) камида 3 ой муддатида ва медикаментоз препаратларини қўллаш натижасида фолликулогенезни таъминлаш учун КОК қўллаш усули билан антиандроген таъсир кўрсатиш.

В кичик гуруҳ - (n=20) КОК 3-6 ой қўллангандан кейин тухумдонларга лапароскопия усулида тухумдонлар декорткацияси, резекцияси ёки каутеризацияси жаррохлик аралашувини ўтказиш.

С кичик гуруҳ - (n=25) тайёргарликсиз жаррохлик амалиётини ўтказганлар.

Бизнинг кўзатувимиз остида 22 ёшдан 37 ёшгача бўлган (ўртача ёши 31,9±1,4 йил) ТПКС билан оғриган 70 нафар бемор 1 йилдан 10 йилгача бўлган бепуштлик билан касалланган (ўртача 5,3±1,2 йил). Барча ҳолатларда бепуштликнинг эркак, бачадон бўйни ва иммунологик омиллари чиқариб ташланди.

Тадқиқот натижалари: ижтимоий хавфларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги аёлларнинг аксарияти овқатланиш бузилишидан азият чекади – 34нафари (48,6%), таққослаш гуруҳида эса атиги 1 нафар (5%). Стресс - асосий кўрсаткичлардан бири бўлиб – асосий гуруҳда 40 нафар (57,1%) ва мос равишда 2 гуруҳда (10%) ни ташкил қилди. Иккала гуруҳдаги аёлларнинг тахминан бир хил сони гиподинамияни соғлиқ бўзилиши ривожланишининг сабаби сифатида кўрсатди: асосий гуруҳнинг 8 (11,4%) беморлари ва таққослаш гуруҳининг 4 (20%). Яна шуни эътиборга олиш керакки, оғир жисмоний меҳнат кўп қилган аёлларимизда ТПКС кучлироқ ривожланган. Буни жисмоний зўриқиш вақтида организмда нисбатан кўпроқ буйрак усти безидан стрероид гормонларни ажралиши билан ҳам боғласа бўлади. Асосий гуруҳдаги аксарият аёллар ўсмирлиги ва яқин 3-5 йиллик ўтми-

шида психо-эмоционал зарба олиб, организм стресс ўтказганлиги аниқланди. Стресс натижасида буйрак усти беги стероид гормонлари кўп миқдорда ажратади, буни ўзи эса ТПКС нинг иккиламчи тури юзага келишига сабаб бўлган бўлиши мумкин. ТПКС бўлган аёлларда бепуштлик кўзатилиб, бу ҳолатнинг ўзи психо-эмоционал лабилликка олиб келиб, касалликни кучайтиради.

ТПКСнинг клиник кўринишларини куйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин: асаб-психик ўзгаришлар (уйку бўзилиши, асабийлашиш, чарчок, либидонинг пасайиши), вегетатив бўзилишлар (артериал қон босими ошиб бориши, шиш, терлаш ва мастодиния), метаболик ўзгаришлар (гирсутизм, акне, вазн йўқотиш қобилиятининг пастлиги).

Танланган аёллар гуруҳларида асаб-психик ўзгаришларда сезиларли фарқ бўлмади, бунга кўра таъсирчанлик иккала гуруҳ аёлларда мос равишда 28,6% ва 25%, уйқунинг бўзилиши асосий гуруҳда 21,4% назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 15%ни, тез чарчаш эса назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан кўпроқ учради, вегетатив бўзилишлар ва метаболик ўзгаришлар асосан асосий гуруҳ аёлларида қайд этилди. Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги аёлларда қон босимини ошиб кетиши 45 (64,3%), шиш 31 (44,3%) ва терлаш - 26 (37,1%) аёлларда кузатилган, таққослаш гуруҳида сезиларли даражада камроқ бўлди. Метаболик касалликларга келсак, акне ва гирсутизм каби кўринишлар таққослаш гуруҳига қараганда асосий гуруҳ аёлларида сезиларли даражада тез-тез қайд этилди 58(82,9 %) ва 60(85,7%), шу билан бирга, фақат 36 (51,4%) беморлар вазни камайтириш қийинлигини кўрсатдилар. Назорат гуруҳида бу кўрсаткичлар мос равишда 1 (5%), 4 (20%) ва 3 (15%) бўлди.

Тадқиқот гуруҳларида ТВИ (тана вазни индекси) таҳлил қилинганда, ТВИда статистик жиҳатдан сезиларли фарқ борлиги маълум бўлди, бунга кўра 1-гуруҳ беморлари (ТПКС) 46 нафар аёлда ва 2-гуруҳдаги аёллар орасида 3 нафар аёлда вазн кўплиги аниқланди. Беморларда тана вазни ўртача $70,9 \pm 4,5$ кг, ўртача бўйи $163,61 \pm 1,83$ см, ТВИ ўртача $26,3 \pm 0,4$ ни ташкил этди, бу назорат гуруҳининг ўртача қийматларидан юқори (ТВИ - $23,1 \pm 0,2$, $p < 0,05$).

70 беморнинг 46 нафарада ортикча вазн борлиги аниқланиб, шундан 20 нафари 11-16 ёшда вазн ортиши бошланишини қайд этган. 10 (9,2%) беморда тана вазнининг ортиши 23 ёшдан кейин ва 6 нафарида жинсий ҳаётнинг бошланиши ва ҳайз кўриш циклини тартибга солиш учун қўлланиладиган гормонал терапияси фониди содир бўлган.

Бепуштлик турига кўра аёллар бирламчи бепуштлик асосий гуруҳдаги 48 нафар аёлда ва иккиламчи бепуштлик 22 нафар беморда кузатилган. Иккиламчи бепуштлик бор аёллар анамнезидан, 28 ҳомиладорлик бўлган, шундан 8 таси эрта муддатда спонтан аборт, 10 таси туғилиш билан яқунланган, 2 таси бачадондан ташқари ҳомиладорлик ва 8 таси ўсмай қолган ҳомиладорлик билан асоратланган.

Глюкоза даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳнинг 42 нафар аёлида унинг қондаги миқдори кўплиги ва глюкозага толерантлик тести ўтказилгандан кейин бу кўрсаткич 56 нафарни ташкил қилди ва ўртача $6,22 \pm 0,2$ ммоль/л ни ташкил этган, таққослаш гуруҳида эса деярли барча аёллар очлик глюкозаси нормал ва ўртача 4,64 ни ташкил этган. ГТТдан сўнг вазият умуман ўзгармади: асосий гуруҳда машқлар бошланганидан 60 минут ўтгач ўртача глюкоза миқдори $9,54 \pm 0,3$ ммол/л, таққослаш гуруҳида - $7,81 \pm 0,3$ ммол/л ($p < 0,001$). 120 дақиқадан сўнг гипергликемия асосий гуруҳда $7,84 \pm 0,2$ ммоль/л даражасида сақланиб қолди, таққослаш гуруҳида эса ўртача кўрсаткич 5,4 ни ташкил этди. Ушбу беморларда қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал диапазонда эди.

ТПКС бор аёлларда ҳайзнинг 3-5 кунларида ЛГ асосий гуруҳда $16,4 \pm 1,3$ ХБ/л, таққослаш гуруҳида $7 \pm 1,2$ ХБ/л, ФСГ эса бир хилда. Ҳайз даврининг даври мос равишда $4,7 \pm 0,6$ ХБ/л ва $5,8 \pm 1,1$ ХБ/л ни ташкил этди. Шу билан бирга, ЛГ/ФСГ нисбати асосий гуруҳда ўртача $3,4 \pm 0,2$, таққослаш гуруҳида - $1,1 \pm 0,1$ ($p < 0,01$). ЛГ/ФСГ нисбатидаги бу фарқ ТПКС бор аёлларда гипоталамус-гипофиз тизимининг чуқурроқ бузилишларини кўрсатади.

ТПКС бўлган аёллар Кломифен цитрат билан овуляция индукциясида чидамли ва гонадотропин терапияси натижасида тухумдонларнинг гиперстимуляция синдроми ривожлани-

ши хавфи юқорилиги аниқланди. Шу сабабли, сўнгги йилларда ТПКСни даволашнинг жароҳлик усулларига қизиқиш ортди. Бундан ташқари, эндоскопик техникани такомиллаштириш минимал инвазив аралашувни кенг тарқалишига олиб келди.

Натижаларга эришиш мақсадида қуйидаги тартибда касалларни даволаб бошладик. Каминда 3 ой асосан 6 ойлик курс бўйича инсулинрезистентлиги бўлган аёлларга инсулинсенситайзерлар, семизлиги бор аёлларга кам калорияли диета, жисмоний фаоллик ва семизлик 1,2,3 даражали касалларга редуксин 0,01 г ёки орлистат берилди, иккинчи асосий препаратлардан бу антиандроген таъсирли КОК препаратлари ичилди. Қўшимча равишда барча гуруҳ вакилларига профилактик дозада витамин Д ва фолат кислотаси берилди.

Натижада, инсулинсенситайзерлар ва КОК билан олти ойлик терапия курси антропометрик кўрсаткичларнинг биров яхшиланишига ва айни пайтда гормонал параметрлар сезиларли ижобий ўзгаришларга олиб келди.

А кичик гуруҳ аёлларида даволанишдан сўнг 1 йил ичида 9 (36%) ҳомиладорлик кўзатилди, лекин шундан фақатгина 3 таси муддатдаги ва 2 таси муддатдан олдин туғиш билан яқунланди. 2 нафар аёлда ривожланмай қолган ҳомиладорлик ва 2 нафар аёлда эрта муддатларида ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши кўзатилди. Ва кўп ўтмай ҳомиласидан ажралган аёлнинг 2 нафарида ҳомиладорлик кўзатилди. Туғруқ амалга ошган 3 нафар беморда туғруқдан кейин бирида 40 кундан кейин, иккинчисидан 3,5 ойда ва яна бирида 6 ойдан кейин ҳомиладорлик кўзатилди ва бу аёллар туғруқ интервали кичик бўлишига қарамасдан 2 нафари ҳомиладорликни давом эттирдилар, бирисидан туғруқ Кесар кесиш амалиёти билан олиб борилганлиги ва туғруқдан кейинги 40 кун ичида ҳомиладорлик кўзатилганлиги сабабли акушерлик патологияси олдини олиш мақсадида тиббий кўрсатмалар асосида ҳомиладорлик тўхтатилди.

В кичик гуруҳда даволанишдан сўнг 12 нафар (60%) ҳомиладорлик, шундан 9 (45%) муддатдаги туғруқ, муддатдан олдинги туғруқ кўзатилмади, ривожланмай қолган ҳомиладорлик 1 нафар аёлда (5%), ўз-ўзидан ҳомла тушиши 2 аёлда (10%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик 3 (15%) нафарда кўзатилди.

С кичик гуруҳда даволанишдан сўнг 4 нафар (16%) ҳомиладорлик, шундан 2 (8%) муддатдаги туғруқ, муддатдан олдинги туғруқ кўзатилмади, ўз-ўзидан ҳомла тушиши 1 аёлда (4%), бачадондан ташқари ҳомиладорлик 1 нафарда (4%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик кўзатилмади.

Назорат гуруҳидаги аёлларда 18 нафар (90%) ҳомиладорлик, шундан 16 (80%) муддатдаги туғруқ, ривожланмай қолган ҳомиладорлик 1 нафар аёлда (5%), ўз-ўзидан ҳомла тушиши 1 аёлда (5%), даволаниш мобайнида қайта ҳомиладорлик 1 (5%) нафарда кўзатилди.

Хулоса қилиб айтганда, 5 йилдан кам вақт давомида бепуштлик кўзатилган аёлларда консерватив терапия самардорлиги юқори бўлиб, бунда даволаш эндокрин ва метаболик бўзулишларни тўлиқ нормага келишнинг антиандроген терапия билан олиб борилиши катта ахамиятга эгадир. Давомийлиги 5 йилдан ошган бепушт аёлларда эса консерватив терапия лапораскопик тухумдонлар декапсуляцияси ёки резекцияси билан бирга олиб борилганда юқори натижаларни берди. Эндокрин бўзулишларни даволамасдан туриб тўғридан-тўғри жароҳлик амалиёти билан даволаш репродуктив фаолиятни тиклашда кам натижалар берди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Матризаева Г.Д., Оценить кумулятивную эффективность стимуляции моноовуляции у женщин с синдромом Штейна-Левентала в различных возрастных группах / «Tibbiyotda yangi kun» 1(29)2020. -P.273-275.
2. Rajabova G.O., Matrizayeva G.D., The role of surgical and conservative therapy in restoring the reproductive function of women suffering from stein-leventhal syndrome/«Tibbiyotda yangi kun» 6 (38/1) 2021. -P. 432-434.
3. Agacayak, E. Levels of Neopterin and other Inflammatory Markers in Obese and Non-Obese Patients with Polycystic Ovary Syndrome / E. Agacayak, S.Y. Tunc, S. Sak // Med Sci Monit. – 2015. – N 21. – P. 2446–2455.
4. Barthelmeß, E.K. Polycystic ovary syndrome: current status and future perspective Front / E.K. Barthelmeß, R.K. Naz // Biosci. (Elite Ed). – 2015. – N 6. – P. 104-119.
5. Bianchi, L. A methodological and functional proteomic approach of human follicular fluid en route for oocyte quality evaluation / L. Bianchi, A. Gagliardi, G. Campanella, C. Landi, A. Capaldo, A. Carleo // J. Proteomics. – 2013. – N 90. – P. 61-76.