

Боборахимова Умеда Мусаевна

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Боборахимова Умеда Мусаевна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## HORMONAL CONTRACEPTION IN WOMEN WITH SOMATIC PATHOLOGY

Boborakhimova Umeda Musaevna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Семизлик замонавий жамиятнинг жиддий тиббий-ижтимоий ва иқтисодий муаммоси бўлиб ҳисобланади. Айни пайтда ортиқча тана вазни аёл репродуктив тизимининг эндокрин бошқарилишига, бепуштлиқнинг ривожланишига, тухумдонлар ва эндометрийдаги аномал жараёнларга, шунингдек, ҳомиладорлик ва туғруқнинг асоратли кечилишига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун семизликнинг турли типлари мавжуд бўлган аёлларда метаболизмнинг қайд этилган хусусиятларини аниқлаш, гормонал дори воситаларининг ва орал контрацептивларни қўлланилишида кузатишган баъзи бир жиҳатларини инобатга олган ҳолда даволашнинг энг мақбул усулини танлаш, уларни қўллашнинг оптимал вақтини белгилаш ҳамда даволашнинг натижаларини баҳолаш гинекология амалиётида ечими топилиши зарур

**Калим сўзлар.** Семизлик, ориқча вазн, аёллар, фертил, репродуктив, бепуштлиқ, овқатланиш хатти-ҳаракати, жисмоний фаоллик.

**Abstract.** Today, excess body weight is considered the most serious medical, social and economic problem of modern society. Currently, excess body weight has a significant negative impact on the endocrine regulation of the female reproductive system, the development of infertility, abnormal processes in the ovaries and endometrium, as well as pregnancy complications and childbirth. Therefore, it is necessary to determine the noted metabolic features in women with different types of obesity, select the most appropriate treatment method, taking into account some of the features observed in the use of hormonal drugs and oral contraceptives, determine the optimal timing of their use and treatment results. and evaluation of treatment results is a problem that requires solutions in gynecological practice.

**Keywords.** Obesity, women, premenstrual, fertility, excess weight, reproductive, infertility, eating behavior, physical activity.

**Долзарблиги.** Ҳозирги вақтда семизлик муаммосининг ўзига хос аҳамиятини ҳамма эътироф этади. Йилдан йилга вазият тобора ёмонлашиб бормоқда, семизлик “ёшармоқда”, у нафақат катталарнинг, балки болалар ва ўсмирларнинг ҳам муаммосига айланмоқда. Дунёнинг кўпгина мамлакатларида семизликнинг тез суръатларда тарқалишининг ўсиб бориши мазкур касалликнинг пандемияси ҳақида айтишга имкон беради [8]. 20 ёш ва ундан катта аёлларда ортиқча тана вазн (ТВИ $\geq$ 25 кг/м<sup>2</sup>) Россияда 58,9%, Францияда – 40,0%, Германияда – 46,6%, АҚШда – 66,3% [1], Ўзбекистонда -25,2% ҳолатда қайд этилади (1,8,10,13).

Ўзбекистонда 25,2% аёллар (15-49 ёш) ортиқча вазнга эга, 15,5% аёллар сезлик қайт этилган, 2017 йилда БМТ болалар жамғармаси (ЮНИСЕФ) ва Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ўтказилган тадқиқот. Тадқиқот давомида мамлакатнинг барча ҳудудларида 3874 та уй бекалари орасида сўровнома ўтказилди. Сўровномада 251 ҳомиладор аёл ва репродуктив ёшдаги 2269 аёл (ФЭА) иштирок этди (2,4,6,9).

15-19 ёшдаги қизлар орасида 10,7% ортиқча вазн ёки семизлик қайт этилган. Ортиқча вазни одамлар сони аста-секин ўсиб бормоқда. Ушбу ўсиш ҳар 10 йил ичида аввалги сонининг 10% ни ташкил қилади. Агар ушбу тенденсия давом этса,

жорий асрнинг ўрталарига келиб иқтисодий ривожланган мамлакатларнинг бутун аҳолиси семиришдан азият чекади. Бу ерда семизлик туфайли ЮИК, қандли диабет, артериал гипертензия, ўт тош касаллиги, бачадон ва сут безлари ўсмалари каби жиддий касалликлар ривожланади(1,2,11).

Семизлик иқтисодий ривожланган давлатларда энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади, унда аҳолининг чорак қисми меъёрдан 15% кўпроқ тана вазнига эга. БЖССТ экспертлари башоратига кўра, касалланишнинг мавжуд ўсиш суръати сақланганида, 2025 йилга келиб, дунёда семизлик ташхиси билан 300 млн дан ортиқ киши истеъкомат қилади (1,5,9,10).

Бу метаболик синдромнинг "ўлим" тўртлининг бошланғич омилидир: артериал гипертензия, инсулин қаршилиги, виссерал семизлик, дислипидемия. Оғир вазли аёлларда ановулятсион ҳайз даврлари, бепуштлиқ, хомила тушиши, асоратланган хомиладорлик ташхис қилинади. Шундай қилиб, биз семиришни нафақат турли касалликларнинг ривожланиш хавф омили, балки кўриб чиқамиз. Семизлик пандемияси билан боғлиқ муаммолар катта иқтисодий ва ижтимоий харажатларга олиб келади (2,3,5,7,12).

Семизликнинг ривожланиш омили кенг кўламга эга бўлиб, улар ҳам биргаликда, ҳам алоҳида тарзда таъсир этиши мумкин. Улардан энг тарқалганлари бўлиб генетик мойиллик, хулқ-атвор хусусиятлари (кўп овқат ейиш, гиподинамия), эндокрин тизимнинг бузилишлари, атроф муҳит ҳисобланади. Семизликка ёндош касалликларнинг ривожланиш хавфи катта даражада организмдаги ёғ тўқимасининг тўпланиш хусусиятлари билан белгиланади. Аёлларда ёғ тўқималар тўпланишининг икки типи ажратилади: фемин (гиноид, глютеофеморал) типи, бунда ёғлар асосан сон ва думба соҳасида тўпланади, ва андроид (виссерал, марказий) типи, бунда ёғлар асосан виссерал соҳада тўпланади. Гормонал метаболик хавф омили билан бирга кечувчи семизликнинг абдоминал типи салбийроқ таъсир кўрсатади Медицинский совет. 2013; 2(2): 78-84; Ашурова Н.Г., Хамдамова М.Т. Ожирение – как фактор риска беременности и родов. Сборник материалов республиканской научно-

практической конференции, 2-3 декабр, 2015, 216]. Ҳозирги вақтда абдоминал семизликка 1988 йилда Г. Реавен томонидан “Х синдроми” деб таърифланган метаболик синдромнинг компонентларидан бири сифатида қаралади.

**Тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари**  
Семизлиги қайд этилган аёлларда коррекция (овқатланиш хатти-харакати, жисмоний фаоллиги, медикаментоз ва жаррохлик даволаш) ўтказишни самарадорлигини ўрганиш.

**Материал ва текшириш усуллари.** Самарқанд вилоят Аҳоли Репродуктив саломатлик марказига муроажат қилиб келган 1800 нафар аёллар орасидан 100 нафар ортиқча вазнга эга ТЁА 1-асосий гуруҳ этиб белгиланди (1-АГ). 50 нафар семизлиги қайд этилган ТЁА 2-назорат гуруҳ деб олинди (2-НГ). Жами тадқиқотда n=150 нафар ТЁА. Ушбу ТЁАфеминтурдаги семизлик ва андроид турдаги семизликга ажратиб ўрганилди. Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, биз гормонал контрасепсия воситаларини қўллашдан олдин ва қўллаш пайтида семизлик ҳар хил типлари қайд этилган (фемин типли - 63 нафар ва андроид типли - 37 нафар аёллар) 100 нафар аёлнинг овқатланиш хулқ-атворини ўргандик. Назорат гуруҳини ҳеч қандай аралашувўтказилмаган семизликнинг табиий кечиши қайд этилган 50 нафар аёл ташкил этди.

Беморларнинг овқатланиш хулқ-атворини баҳолаш учун биз қисқача мослаштирилган частотали сўровномадан фойдаландик (Киселева Н.Г., Перова Н.В., Олферев А.М. ва б. сўровномасидан, фойдаландик), 24 та пункт ва 2 қисмдан иборат. 1-чи қисми ёғ истеъмоли ҳолатларини (15 та пункт), 2-чи қисми ўсимликдан тайёрланган маҳсулотларнинг истеъмоли ҳолатларини баҳолайди (9 та пункт). Барча маълумотлар балл тизими бўйича баҳоланди. Мазкур сўровномани биз юртимиздаги миллий овқатланиш шароитларига мослаштирдик. Сўровнома сўралувчилар томонидан мустақил равишда тўлдирилиш ва тўпланган балларни ҳисоблаш учун мўлжалланган. Овқатланиш хулқ-атвори қуйида келтирилган сўровнома ёрдамида даволашдан олдин ва даволаш жараёнида (6 ойдан сўнг) баҳоланди.

**Жадвал 1.** Текширилаётган аёллар гуруҳларида ёғларни истеъмом қилиш частотаси (балларда)

| Аёллар гуруҳи/баллар               | 27 дан кўп(абс;%) | 27-25 (абс;%) | 24-22 (абс;%) | 21-18 (абс;%) | 17 ва ундан кам(абс;%) |
|------------------------------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|
| Асосий – андроидли семизлик (n=37) | 7 (18,9)          | 22(59,5)      | 7(18,9)       | 1(2,7)        | -                      |
| Асосий – гиноидли семизлик(n=63)   | 15(23,8)          | 26(41,3)      | 18(28,6)      | 4(6,3)        | -                      |
| Назорат (n=50)                     | 18(36)            | 16(32)        | 12(24)        | 4(8)          | -                      |

**Жадвал 2.** Текширилган аёллар гуруҳларида дон маҳсулотлари, сабзаот ва меваларни истеъмол қилиш частотаси (балларда)

| Аёллар гуруҳи/баллар               | 20 дан кам abs (%) | 20 - 29 abs (%) | 30 ва ундан кўп abs (%) |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| Асосий – андрондли семизлик (n=37) | 11(29,7)           | 25(67,6)        | 1(2,7)                  |
| Асосий – гиноидли семизлик (n=63)  | 20(31,7)           | 40(63,5)        | 3(4,8)                  |
| Назорат (n=50)                     | 18(36)             | 31(62)          | 1(2)                    |

**Натижалар.** Тадқиқот бошланишидан олдин аёлларнинг асосий гуруҳида тана вазни индекси (ТВИ)  $27,6 \pm 0,2$  ни назорат гуруҳида эса  $32,0 \pm 0,7$  ни ташкил этди ( $p < 0,001$ ).

"Овқатланиш хулқ-атвори сўрови №1 - ёғларни истеъмол қилиш ҳолатларини аниқлаш" таҳлилининг маълумотлари 1-жадвалда келтирилган.

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, текширувни бошлашдан олдин, асосий гуруҳдаги аёлларнинг 22 фоизи ёғлар билан бойитилган овқатларни истеъмол қилишган. Ёғли овқатларни тез-тез истеъмол қилиш сўралганларнинг деярли ярмида, яъни 48%ида кузатилган. Замоनावий одамга хос бўлган овқатланиш усули ҳар тўртинчи аёлда - асосий гуруҳдаги аёлларнинг 25 фоизидида қайд этилган. Афсуски, репродуктив ёшдаги фақатгина 5% ёш аёл ёғларни атеросклероз ривожланишининг хавфи минимал даражада бўлганмикдорда истеъмол қилишган, тадқиқот бошланишидан олдин бизнинг гуруҳларимизда ёғни кам микдорда истеъмол қиладиган аёллар йўқ эди. Асосий гуруҳда ёғистеъмол қилиш частотаси бўйича ўртача балл йиғиндиси  $31,2 \pm 0,9$  ни ташкил этди, қайсики ортиқча вазни аёллар томонидан ёғли овқатларни сезиларли даражада истеъмол қилишини кўрсатади. Тадқиқотда кейинги иштирок этиш ҳайвонларнинг ёғларига бой озиқ-овқатларни камроқ истеъмол қилиш, уларни балиқ, дон, дуккаклилар, сабзаот ва мевалар, шунингдек ўсимлик мойлари билан алмаштириш сингари тавсияларга риоя қилинганда амалга оширилди.

Тадқиқот бошланишидан олдин назорат гуруҳидаги аёлларнинг овқатланиш хулқ-атвори асосий гуруҳдан статистик жиҳатдан фарқ қилмаганлигини таъкидлаш жоиз.

"Овқатланиш хулқ-атвори сўрови №2 – дон маҳсулотлари, сабзаот ва меваларни истеъмол қилиш ҳолатларни аниқлаш" таҳлилининг маълумотлари 2-жадвалда келтирилган.

Иккала гуруҳдаги текширилган аёлларнинг атиги 3,3 фоизи етарлича дон маҳсулотлари, сабзаот ва меваларни истеъмол қилиши кўрсатилган. Асосий гуруҳдаги 31% аёлларнинг овқатланиш рақсонидида озиқ-овқатларнинг муҳим компонентлари етарли даражада эмас. Барча аёллар (назорат гуруҳидан ташқари) тўғри балансли овқатланиш бўйича маслаҳатлар олишди: ратсионга минимал балл

олган учтадан ортиқ маҳсулотларни киритиш (бизнинг тадқиқотимизда бу барча донлар, дуккаклилар, резаворлар, ковоқча, бақлажон) лозимлиги айtilди.

Дастурда кейинги иштирок этиш озиқ-овқат хулқ-атворининг қатъий назорати остида амалга оширилди.

Тана вазнини камайтиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний юкламани ошириш ҳисобланади.

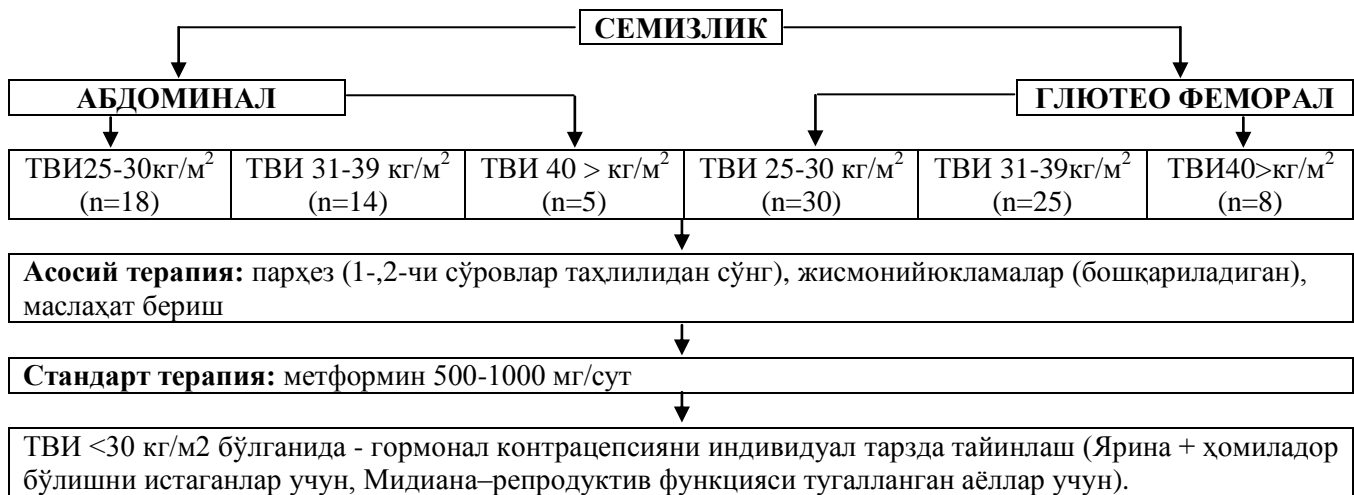
Тегишли текширув (ЭКГ) ва терапевт маслаҳатидан сўнг (қарши кўрсатмалар бўлмаганида), беморларга дозаланган жисмоний юкламалар тайинланди: ТВИ 30 дан юқори бўлганда - ҳафтасига 5 кун мобайнида сониясига 2 та кадам тезлик билан кунига 30 дақиқа юриш; ТВИ 20-30 бўлганда фитнес марказларда ҳафтасига 3 кун 1 соатдан шуғулланиш. ТВИ 35 ва ундан юқори бўлган асосий гуруҳдаги аёлларда (тадқиқотда бундай аёллар 22 нафар -22%), кўшимча равишда кунига 500-1000 мг метформин тайинланган.

Тадқиқотнинг ушбу босқичида семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазнини камайтириш ва уларга гормонал контрацепсияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми тузилди (1-чизма).

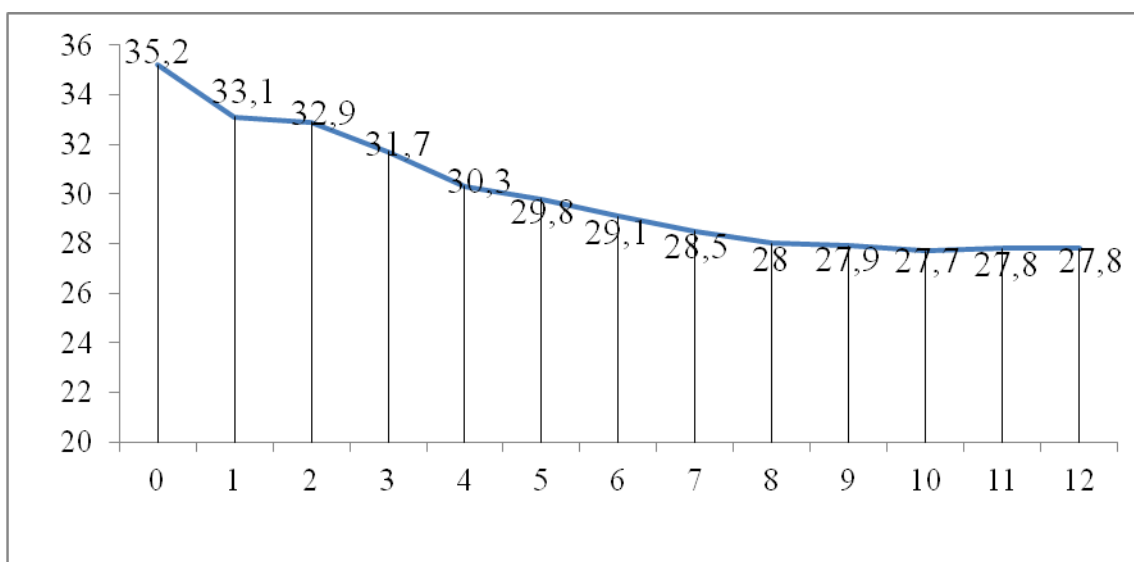
Семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазнини камайтириш ва уларга гормонал контрацепсияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми

Тананинг вазнини камайтириш дастури камида 6 ой (76 нафар – 76% аёлда), кўпи билан 12 ой (24 нафар – 24% аёлда) давом этди. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, андрондли семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазни тезда камайган (2-чизм).

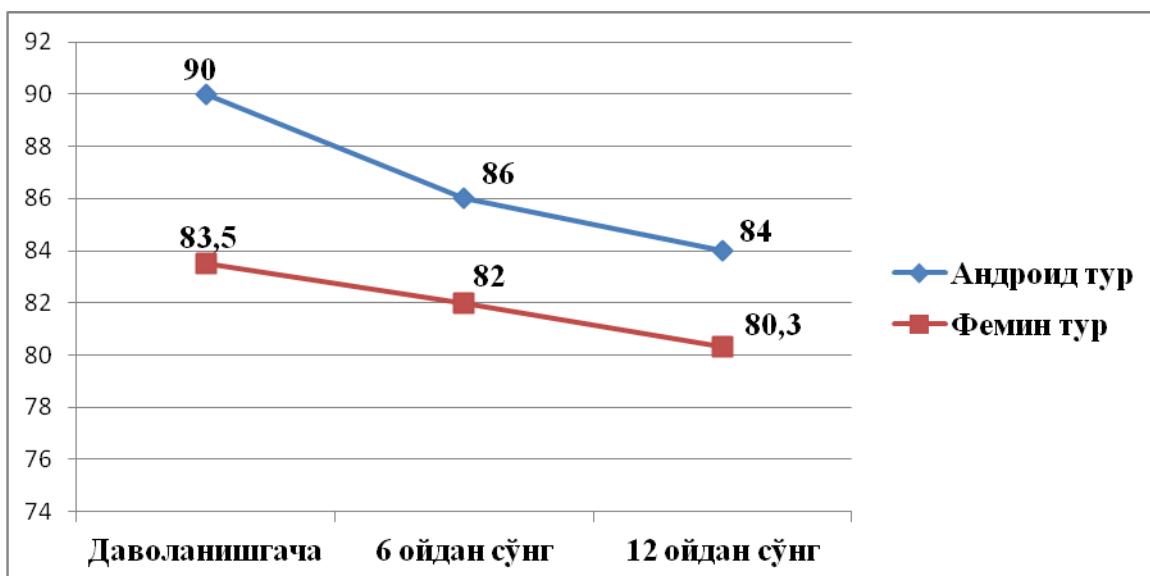
3-чизмада кўриниб турибдики, тўғри овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ҳамда метформинни қўллашнинг 4-чи ойидан сўнг репродуктив ёшдаги андрондли семизлик қайд этилган аёлларнинг деярли ярмида ТВИ 30 дан камаяди, яъни уларда АОКни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар кузатилмади. Бироқ, бел айланасидаги ўзгаришлар семизликнинг фемин типи қайд этилган аёлларга қараганда андрондли семизлик кузатилган аёллар гуруҳида бошланғич маълумотлардан ишончли тарзда кам фарқ қилган. Семизликнинг фемин ва андронд типиди қайд этилган аёлларда бел айланасидаги ўзгаришлар динамикаси.



**Расм 1.** Семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазини камайтириш ва уларга гормонал контрацепсияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми



**Расм 2.** Тананинг вазини камайиши



**Расм 3.** Тўғри овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ҳамда метформинни қўллаш

Рационал овқатланиш тамойилларини тадбиқ этиш учун жисмоний юклама даражасига қараб кунлик рационнинг БЖССТ томонидан

таклиф этилган калория даражаси ҳисобланди. Жисмоний фаоллик коэффициенти жисмоний фаоллик даражасидан ҳисобланади.



• паст жисмоний фаоллик (ақлий, ўтирган ҳолатда бажариладиган, уйдаги оғир бўлмаган иш) – коэффициенти 1,0

• ўртача жисмоний фаоллик (юриш билан боғлиқ бўлган иш, ҳафтасига 3 мартадан кам бўлмаган жисмоний машғулот билан шуғулланиш) – коэффициенти 1,3

• юқори жисмоний фаоллик (оғир жисмоний меҳнат, спорт билан шуғулланиш) – коэффициенти 1,5

Текширилган аёлларнинг ёши 21 ёшдан 30 ёшгача, ўртача ёши  $25,5 \pm 4,7$  ни ташкил этишини инобатга олиб, кунлик рационнинг калорияси жисмоний фаолликнинг 1,0 коэффициенти билан ҳисобланди. Натижада, тавсия этиладиган рационнинг ўртача калорияси 2000 ккал га тенг бўлди.

#### Хулоса.

1. Тана вазнини камайтиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний юқламани ошириш ҳисобланади.

2. Замонавий дроспиренон сакловчи АОКларни соғлом турмуш тарзи билан биргаликда комплекс қўлланилиши 100% контрацептив самарадорликка эга бўлиб, тўғри маслаҳат олиб борганда тана вазнини оширмайди ва 78% ҳолатда аёллар ушбу контрацептивлардан коникишади.

3. Андронид ва фемин типдаги семизлиги мавжуд аёлларнинг овқатланиш тартибининг дастлабки тахлили текширилган аёлларнинг 48% ҳолатда ёғли маҳсулотлар истеъмол қилишини, фақат 3,3% ҳолатда дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни етарли даражада истеъмол қилишини кўрсатди.

4. Таркибида метафолин сакловчи дроспиренонли АОКларни тана вазнини тушириш учун индивидуал дастур билан бирга қўллаш овқатланиш тартибини ишончли ўзгаришига ( $p < 0,05$ ), ТВИини 5-15%га камайтириб, лептин миқдорини ТВИга пропорционал равишда  $23,5 \pm 1,45$  нг/мл дан  $10,0 \pm 1,0$  нг/млгача ( $P < 0,01$ ) камайишига олиб келади. Андронидли семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазни тезда камайган.

#### Адабиётлар:

1. Белов Г.В., Каипов А.К., Атабаев И.Н., Нуруев М.К. Физическая реабилитация женщин с алиментарным ожирением в условиях города ОШ// Научное обозрение. Медитсинские науки. 2019. 60-65

2. Беляков Н.А., Мазуров В.И., Чубриева С Ю. Метаболический синдром X.// Эфферентная терапия. - 2000. — Том 6. - №2. С. 3 — 15.

3. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014

4. Горелова И.В., Рулев М.В., Попова П.В. Влияние ожирения на результаты вспомогательных репродуктивных технологий// Проблемы репродукции. 2018;24(6):39-45

5. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. ВОЗ, 2010

6. Информационный бюллетен ВОЗ №311, январь 2015

7. Карахалис Л.Ю., Пономарев В.В., Безруков А.Г., Пенжоян Г.А., Донченко Е.А. Ведение пациенток с синдромом поликистозных яичников в интергенетическом интервале. Проблемы репродукции. 2017. №5, стр. 61-64

8. Киселева Н.Г., Перова Н.В., Олферев А.М., Митяев А.А., Оганов Р.Г. Отсечка «пищевых рисков» дислипидемий с помощью опросника, адаптированного для врачебной практики. // Кардиология. - 1998. — №10. - С. 91-96.

9. Можинская Ю.В., Белик С.Н., Подгорный И.В., Аветисян З.Е. Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач.//Синергия наук. 2017, №16, с. 732-740. Доступно: eLIBRARY.RU, eLIBRARYID: 30457571

10. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., Манухина Е.И. Гинекологическая эндокринология. ГЕОТАР-Медиа, Москва, 2017, 285 с.

11. Мишарина Е.В., Абашова Е.И., Потин В.В. Ожирение и репродуктивная функция женщины. Журнал акушерства и женских болезней. 2016, том LXV, выпуск 5. с. 64-74

#### ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Боборахимова У.М.

**Резюме.** На сегодняшний день избыточная масса тела считается самой серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества. В настоящее время избыточная масса тела оказывает существенное негативное влияние на эндокринную регуляцию женской репродуктивной системы, развитие бесплодия, аномальных процессов в яичниках и эндометрии, а также осложнений беременности и родов. Поэтому необходимо определить отмеченные особенности обмена веществ у женщин с разными видами ожирения, выбрать целесообразный метод лечения с учетом некоторых особенностей, наблюдаемых при применении гормональных препаратов и оральных контрацептивов, определить оптимальные сроки их применения и оценка результатов лечения - проблема, требующая решения в гинекологической практике.

**Ключевые слова:** Ожирение, избыточная масса, женщины, фертильность, репродуктивный возраст, бесплодие, пищевое поведение, физическая активность.