

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БОР АЁЛЛАРДА ПРЕГРАВИДАР ТАЙЁРГАРЛИК  
САМАРАДОРЛИГИ****Г. Д. Матризаева, И. Р. Сапорбаева**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** гиперандрогения, прегравидар тайёргарлик, хомиладорлик.**Ключевые слова:** гиперандрогения, прегравидарная подготовка, беременность.**Key words:** hyperandrogenism, pregravidary preparation pregnancy.

Хомиладорлик асоратлари, неонатал патологияларга олиб келувчи омиллар орасида эндокрин бўзилишлар орасида гиперандрогения асосий сабаблардан бири бўлиб қолмоқда [3]. Тадқиқот мақсади: гиперандрогенияси бор аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш мақсадида прегравидар тайёргарлик самарадорлигини ўрганиш. Тадқиқот материаллари: илмий иш 2019-2022 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали “Акушерлик ва гинекология” кафедраси клиник базаси бўлган Хоразм вилояти Перинатал марказида амалга оширилди. Илмий ишга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун, марказга мурожаат қилган 64 аёл кузатилди. Хулоса: гиперандрогения фонидаги хомиладорлик I и II триместрда хомила тушиш хавфи билан, III триместрда эса хомила эрта туғилиш хавфи билан кечиб, вирус ва бактерияли касалликлар манифестацияси ва хомиладорлар гипертензиясига олиб келиши мумкин.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ****Г. Д. Матризаева, И. Р. Сапорбаева**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Среди факторов, приводящих к осложненному течению беременности, перинатальной патологии, возрастает роль эндокринных нарушений, в том числе гиперандрогенных состояний различного генеза [3]. Цель исследования: изучить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений. Материалы и методы исследования: были изучены 64 беременные женщины, которые наблюдались во время беременности на базе Хорезмского областного перинатального центра. Вывод: беременность на фоне гиперандрогении имеет осложненное течение и представлена угрозой прерывания в I и II триместрах, в III триместре – угрожающими преждевременными родами, манифестацией заболеваний вирусной и бактериальной природы, а также гипертензивными состояниями.

**THE EFFICACY OF PREGRAVIDARY PREPARATION IN WOMEN WITH HYPERANDROGENIA****G. J. Matrizaeva, I. R. Saporbaeva**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Among the factors leading to a complicated course of pregnancy, perinatal pathology, the role of endocrine disorders, including hyperandrogenic conditions of various origins, has increased [3]. Purpose of the study: to study the effectiveness of the use of preconception preparation of patients with hyperandrogenism to reduce the incidence of obstetric and perinatal complications. Materials and methods of research: 64 pregnant women who were observed during pregnancy on the basis of the Khorezm Regional Perinatal Center were studied. Conclusion: pregnancy against the background of hyperandrogenism has a complicated course and is represented by the threat of interruption in the I and II trimesters, in the III trimester by threatening premature birth, the manifestation of diseases of a viral and bacterial nature, preeclampsia.

Ҳозирги вақтда ГА хомиладорлик даврининг турли хил асоратларини келтириб чиқарадиган гормонал касалликлар таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Шунинг учун, андроген синтезининг манбасини аниқлаш жуда муҳимдир, чунки хомиладорлик ва хомиладорлик пайтида тактикалар андрогеннинг гиперпродукцион манбасига боғлиқ. Бу биринчи навбатда плацентар комплексининг шаклланиши ва хомилада стероидогенезнинг юқори фаоллиги билан боғлиқ ҳолда стероидлар алмашинувидаги ўзгаришлар билан боғлиқ. Шу муносабат билан, хомиладор аёлларда андрогенларнинг меъридан ортик синтез манбасини аниқлаш кўпинча муайян қийинчиликларни келтириб чиқаради [1, 2].

Гиперандрогения аёлларда энг кенг тарқалган эндокрин бузилиш ҳолатларидан бири ҳисобланади. Аёллар орасида гиперандрогениянинг тарқалиши 10-20% ни ташкил қилади. Гиперандрогенияга чалинган хомиладор аёлларда хомиладорлик жараёнининг асоратлари кузатилиш хавфи юқори ҳисобланади. Шуниси эътиборга лойиқки, гиперандрогения билан

оғриган беморларнинг 90 %да қандайдир экстрагенитал патология (ошқозон-ичак тракти касалликлари, юқори нафас йўлларининг патологияси, сийдик чиқариш тизими касалликлари, вегета-томир дистонияси) мавжуд. Соғлом аёлларга қараганда гиперандрогенияга чалинган ҳомиладор аёлларда оилада ва ишда стрессли ҳолатлар, юқумли касалликлар кўрсаткичи юқори, жарроҳлик аралашувлар ва жароҳатлар кўпаймоқда [4, 5].

**Тадқиқот мақсади:** Гиперандрогенияси бор аёлларда акушерлик ва перинатал асоратларни камайтириш мақсадида прегравидар тайёргарлик самарадорлигини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Илмий иш 2019-2022 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали “Акушерлик ва гинекология“ кафедрасида олиб борилди. Клиник материалларни йиғиш кафедранинг клиник базаси бўлган Хоразм вилояти Перинатал марказида амалга оширилди. Илмий ишга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун, марказга мурожаат қилган 64 аёл кўзатилади. Гиперандрогения ташхисини қўйиш вақтига ва ҳомиладорлик асоратларининг учрашига қараб аёллар 3 гуруҳга бўлинди.

1- асосий гуруҳ - (n=22) ҳомиладорликдан олдин гиперандрогения аниқланган ва прегравидар тайёргарлик кўрган ҳомиладор ва туққан аёллар.

2-таққослама гуруҳ - (n=22) анамнестик маълумотларига кўра ҳайз циклининг бузилишлари, бепуштлиқ, одатий ҳомила кўтара олмаслик, ҳомила тушиш хавфи, гирсутизм ва гиперандрогенияси бўлган ва прегравидар тайёргарлик кўрмаган ҳомиладор ва туғувчи аёллар.

3- назорат гуруҳи (n=20) қондаги андрогенлар миқдори нормал бўлган, ҳомиладорлиги асоратсиз кечган амалий соғлом ҳомиладор аёллар.

Гуруҳлардаги аёлларнинг психоэмоционал ҳолатини баҳолаш мақсадида HADS госпитал шкаласи ишлатилди. Унга кўра психоэмоционал ҳолатнинг икки тури баҳоланади: хавотир ва депрессия. Бу шкала 1988 йил Зигмонд А. С томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, унинг авзаллиги хавотир ва депрессияни бирламчи скрининги учун ишлатиш осон ва қулай. Шкала 14та кўрсаткичдан иборат бўлиб, 2 қисмга бўлинади ва ҳар бир қисм 7 тадан пункт сақлайди.

Ҳар бир кўрсаткичда 4та жавоб варианты бўлиб, симптомларнинг оғирлик даражаси ўсиши билан 0 баллдан 4 баллгача баҳоланади.

HADS шкаласи қўлланиш йўриқномаси билан аёлларни таништирилиб, уларга бу шкаладан мақсад уларнинг асосий касаллигини даволашда бу шкаланинг аҳамияти катталиги, унинг ҳолати ҳақида врач кўпроқ маълумот олиши мумкинлиги, агарда шифокор сизнинг асабий ҳолатиз ҳақида кўпроқ билса шунча кўп сизга ёрдам бера олиши мумкинлиги ҳақида беморга тушунтирилади ва келтирилган сонларга эътибор бермаслик, тестни белгилаганда кўп ўйламасдан биринчи келган жавобни белгилашга ҳаракат қилиш кераклиги айтилади. Жавобларни аёл бир ҳафта олдинги ҳолатига асосан белгилаши кераклиги тушунтирилади.

Гиперандрогенияси бор аёлларда прегравидар тайёрлов.

ТПКС билан касалланган беморларда семизлик ва метаболик бузилишларни коррекция қилмасдан овуляцияни индукциясини амалга оширмаслик зарур

**Изоҳ:** Бепуштлиқни даволашни биринчи босқичи –хаёт тарзини терапевтик модификациялаш, вазн йукотиш, инсулинорезистентликни тўғрилаш ҳисобланади.

Семизлик ва метаболик синдромни даволаш мобайнида антиандроген таъсир кўрсатувчи гестоген компонентга эга КОК тайинланиши мумкин.

**Изоҳ:** ТПКС да прегравидар тайёрлов мобайнида КОК буюриш тухумдонлардаги патологик стероидогенезни компенсациялайди, андрогенларга боғлиқ салбий таъсирларни пассивитиради, эндометрийга даволовчи ва химояловчи таъсир курсатади.

Фолатал машинуви бузилиши оқибатида келиб чиқиши мумкин булган ДНТ хавфи юқорилигини эътиборга олиб беморларга прегравидар тайёрлов босқичида фоллик кислота препаратлари 4000-5000 мкг/сут 3 ой давомида буюрилади.

ТПКС билан касалланган беморларга вит Д етишмовчилигига текшириш тавсия этилади.

**Изоҳ:** ТПКС билан касалланган беморларда вит Д етишмовчилиги хатто семизлик бўлмаганда ҳам инсулинга резистентлик келиб чиқишига кўшимча хавф омили ҳисобланади.

Вит Д 4000 МЕ/сут 12 ҳафта давомида тавсия қилинади.

Бепуштликни даволашни биринчи йуналиши – овуляцияни билвосита индукторлари (кломифен цитрат)

**Изоҳ:** Овуляцияни кломифен цитрат билан стимуляция қилиш 6 цикл мобайнида давом эттирилади. Бунда гинекологик текширув ва УЗ- фолликулометрия мониторинги зарур ҳисобланади.

Кломифен цитрат ноэффektiv бўлганда овуляцияни гонадотропинлар билан стимуллаш тавсия қилинади. Давонинг давомийлиги 6 ойдан ошмаслиги зарур.

Жарроҳлик йули билан даволаш (лапароскопик дреллинг) овуляция индукторлари ноэффektivлигида қўлланилади.

Жарроҳлик йули билан даволаш қўйидаги касалликлар билан бирга келганда афзал ҳисобланади: эндометриоз, чандикли касаллик, бачадон миомаси ва бошқалар.

HADS шкаласи бўйича 8 баллдан юқори бўлган аёлларда серотонинни тескари боғловчиларнинг селектив ингибиторлари бўлган антидепрессантларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Эсциталопрам 10 мг таркибли препаратни 1 суткада 1 маҳал ичади, таъсири 2 ҳафтадан сўнг юзага чиқа бошлайди ва 6 ой ичилади. Бу препарат синапс ёриқларида сератанин миқдорини оширади ва постсинаптик рецепторларда унинг таъсирини кучайтиради ва таъсир давомийлигини оширади. Хавотир ва депрессиянинг барча клиник белгилари йўқолгандан кейин яна 6 ой мобайнида ичиши керак.

1-гурухни текширилувчилари 24-32 ёш оралиғидаги аёллар ташкил қилди, бу гурухда 33 ёшдан катта аёллар 3 нафар (14%) эди, 2-гурухда эса аёллар ўртача 26 ёшда, 5 нафарини (5%) эса 33 ёшдан катталар аёллар, 3- гурухдаги аёллар эса асосан 24-32 ёш орасида 11 нафари (55%), 19-24 ёшлилар 8 нафари (40%)ни ташкил қилди. Барча гурухдаги аёллар асосан репродуктив ёшга тўғри келяпти. 33 ёшдан катта бўлган аёллар орасида 1 –гурухдаги 3 аёлларнинг барчаси бепуштлик билан узоқ муддат даволанган, 2гурухдаги 5 нафар аёлда энг ёши каттаси 38 ёш бўлиб, бир неча марта репродуктив йўқотишлар кузатилган, 2 нафар аёлнинг анамнезидан такрорий ҳомила ўсмаслиги кузатилган.

Кузатилаётган аёллар орасида асосан ўткир респиратор касалликлар, Грипп билан касалланиш юқори бўлиб, гурухлар орасида мос равишда 18,20,15 нафар аёлда кузатилди. Болалар инфекцияси, темир танқис анемия 1 ва иккинчи гурухда назорат гурухига нисбатан кўп учради. Аппендицит билан касалланиш даражаси гурухлар орасида кўп фарқланмади, бир бирига мос равишда 14, 5,10% ни ташкил қилди. Ошқазон тракти ва буйрак касалликлари биринчи ва иккинчи гурухлар орасида кўп фарқ қилмади 1 гурухда 27, 23%, иккинчи гурухда эса 27,32% бўлиб, назорат гурухида бу кўрсаткичлар 5% ни ташкил қилди. Ошқазон ичак касалликларини асосий гурухдаги аёллар кўп вақт мобайнида бепуштлик ёки асахосий касалликни даволаш учун кўп миқдорда гормонал ва бошқа препаратларни узоқ муддат қабул қилиши билан боғлади. Буйрак касалликларини эса аёллар олдинги ҳомиладорликлари презклампсия, сийдик йўллари инфекцияси билан касалланиши билан боғлади.

Кузатилган аёлларнинг ирсиятга мойил касалликлари бўйича таҳлили шуни кўрсатдики, 1-гурухда Қандли диабет 4нафарда (18%), артериал гипертаня 4 аёл (18%), Бепуштлик 4 нафар (18%)ни, назорат гурухида бу кўрсаткичлар мос равишда 5%, 15%ни ва бу гурухда бепуштликка оид яқин қариндошларидаги анамнез кузатилмади.

Асоратланган гинекологик анамнезига кўра асосий гурух кўрсаткичлари 1 бепуштлик 32%, 2 бепуштлик 23%, ҳайз цикли бузилиши 13,5%, ҳомила ўз-ўзидан тушиши 13,5%, ҳомила ўсмай қолиши 23% ҳолларда кузатилган. Назорат гурухида эса фақатгина бир аёлда (5%) ҳомила ўз-ўзидан тушиши бўлган.

Бу жадвалдаги кўрсаткичлар шуни кўрсатдики, прегравидар тайёргарликдан олдин хавотир ва депрессия субклиник кечиши 7 (32%) ва 5 (23%) нафар аёлда, оғир кечиши эса 2

1 жадвал.

**HADS шкаласи бўйича асосий гуруҳнинг прегравидар тайёргарликдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари.**

	Даволашдан олдин			Даволашдан кейин		
	0-7 (нормал ҳолат)	8-11 (субклиник)	11 ва юқори (клиник яккол)	0-7 (нормал ҳолат)	8-11 (субклиник)	11 ва юқори (клиник яккол)
Хавотир n=22	13 (59%)	7 (32%)	2 (9%)	18 (82%)	4 (18%)	-
Депрессия =22	14 (64%)	5 (23%)	3 (14%)	17 (77%)	5 (23%)	-

(9%) ва 3(14%)ни ташкил қилиб прегравидар тайёргарлик олгандан 6 ой ўтган куйидагича ўзгарди: субклиник кечиши 4 (18%) ва 5 (23%)нафар аёлда кузатилиб, клиниканинг яккол кечиши ҳеч қайси аёлда қайд қилинмади.

Ушбу ҳомиладорликни кечишида асосий 1- гуруҳда ҳомила тушиш хавфи 12 ҳафтагача 12 нафарда (55%), ҳомила тушиш хавфи 22 ҳафтагача 8 (36%), ҳомила эрта туғилиш хавфи 22 ҳафтадан кейин 5 нафар (23%), ўсмай қолган ҳомиладорлик бу гуруҳда қайд этилмади. Шу кўрсаткичларга мос равишда прегравидар тайёргарлик кўрмаган аёлларда бу кўрсаткичлар 15 (68%), 10 (45%), 8 (36%), 3 нафар аёлда (14%)ни ташкил этиб, прегравидар тайёргарлик кўрмаган аёлларда гинекологик ва акушерлик асоратлар юқори кўрсаткичларда бўлди.

2 жадвал.

**Ҳомилани Апгар шкаласи бўйича баҳолаш.**

Баллар	Асосий гуруҳ n=22		Такқослама гуруҳ n=22		Назорат гуруҳи n=20	
	абс	%	абс	%	абс	%
4-5	1	4,5%	4	18%	-	
6-7	3	14%	3	14%	-	
8 ва ундан кўп	18	81,5%	15	68%	20	100%

Асосий гуруҳдаги 1 (4,5%) дисстрес ва 3 (14%) муддатдан олдинги ҳомиладорлик 6-7 баллда туғилди, 2 гуруҳда 6-7 балл билан 3 нафар (14%), оғир асфиксия 4 нафар чақалоқда (18%) шундан бириси (4,5%) ўлим билан якунланди.

**Хулоса:** Прегравидар тайёргарлик гиперандрогенияси бор аёлларда муҳим ўрин тутиб, гормонал статусни коррекциялаш билан бир қаторда психоэмоционал ҳолатини нормоллаштириш ва қон реалогиясини яхшилаш каби тадбирларни ўтказиш керак. HADS шкаласи бўйича 8 баллдан юқори бўлган аёлларда серотонинни тескари боғловчиларнинг селектив ингибиторлари бўлган антидепрессантларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Эсциталопрам 10 мг таркибли препаратни 1 суткада 1 маҳал ичади, таъсири 2 ҳафтадан сўнг юзага чиқа бошлайди ва 6 ой ичилади. Бу препарат синапс ёриқларида сератанин микдори ни оширади ва постсинаптик рецепторларда унинг таъсирини кучайтиради ва таъсир давомийлигини оширади. Хавотир ва депрессиянинг барча клиник белгилари йўқолгандан кейин яна 6 ой мобайнида ичиши керак ва ҳомиладорликка тайёр деб баҳолаш мумкин.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Н.А. Габитова, Л.А. Агаркова, Р.Т. Кузнецова, Н.А. Бурыхина, Е.Г. Ермолина, В.Е. Прокопьев, В.В. Удуд //

- Нарушения обмена порфиринов в генезе фетоплацентарной недостаточности при гиперандрогении. Бюллетень СО РАМН.-2009.-№6(140).-С. 131-136.
2. Каграманова Ж.А., Ланцакова П.Е., Малиновская В.В., Выжлова Е.Н. Алгоритм комплексной диагностики после перенесенной неразвивающейся беременности на ранних сроках. //Материалы в рамках V Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». 7-9 февраля 2019 года, г. Санкт-Петербург, 2019. - С. 50-51.
  3. Г.Д. Матризаева Синдром поликистозных яичников был и остаётся проблемой научной и практической медицины // Вестник врача, № 4, 2018. С.109-114.
  4. Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р., Икрамова Х.С./ Определить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений/Биология ва тиббиёт муаммолари.2021.№1.1(126) Стр.188-190
  5. Найдуква, А.А. Генетические аспекты формирования синдрома полики-стозных яичников / А.А. Найдуква, Е.К. Каприна, А.Е. Донников, Г.Е. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 3. – С. 16-22.
  6. Б. Б. Негмаджанов, М. Н. Адылова, А. Э. Абдуллаева, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким Қин ва ба-чадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
  7. Сапорбаева И.,Матризаева Г.Д./Акушерские и перинатальные исходы у беременных с гиперандрогенией./ Ж:Тibbiyotda yangi kun. 3(31)2020.Стр.130-133