

ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ СИНДРОМИ ВА ТУХУМДОНЛАР ЭНДОМЕТРИОМАСИ КЛИНИК ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИНИГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ



Икромова Холидажон Сахибовна

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ЭНДОМЕТРИОМОЙ ЯИЧНИКОВ

Икромова Холидажон Сахибовна

Ургенчский филиал Ташкенцкой медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

FEATURES OF CLINICAL LABORATORY DATA IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME AND OVARIAN ENDOMETROMA

Ikromova Kholidjon Sakhibovna

Urganch branch Tashkent medical academy, Republic of Uzbekistan, Urganch

e-mail: info@ttauf.uz

Резюме. Бепуштлиги бор аёлларда безовталаниш ва кайфиятнинг бузилишлари туққан аёлларга қараганда кўпроқ кузатилади. Гормонал бепуштлиқнинг тухумдонларга боғлиқ турида антиоксидантлар ва оксидловчиларнинг номуносивлиги тавсифланади, бу эса ўз навбатида юқори даражадаги оксидловчи стресс фаоллигига олиб келади. Шу сабабдан, бепуштлиқда антиоксидант система фаолиятини ўрганиш муҳим ҳисобланади.

Калит сўзлар: репродуктив ёшдаги аёллар, тухумдонлар поликистоз, тухумдон эндометриомаси, мелатонин..

Abstract. The study of melatoninine reproductive age patients with polycystic ovary syndrome and endometrioma ovarian will allow to more accurately determine the reproductive potential of influence the choice of treatment tactics.

Key words: women of reproductive age, polycystic ovarian syndrome, endometrioma ovarian, melatoninine.

Гормонал бепуштлиқнинг юқори тарқалишини ва мелатониннинг фолликулогенездаги роли ҳақидаги янги маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, ушбу гормоннинг аёлларнинг репродуктив функциясидаги ролини баҳолаш зарурати туғилди [1,2]. Мелатонин билан даволаш гормонал бепуштлиқ билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини оширади ва ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланмасдан консерватив терапия усуллари билан фойдаланган ҳолда ҳомиладор бўлиш қобилиятини амалга оширади [3,4].

Тадқиқотнинг мақсади - гормонал бепуштлиқнинг патогенезида мелатониннинг ролини баҳолаш ва уни қўллаш билан комбинацияланган терапия схемаларини ишлаб чиқишдир.

Илмий иш 2021-2023 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

“Акушерлик ва гинекология” кафедрасида (кафедра мудири к.н.н., доцент Матризаева Г.Д.) олиб борилди. Клиник материалларни йиғиш кафедранинг клиник базаси бўлган Хоразм вилояти Перинатал маркази ва “Дилором Медикал” хусусий корхонасида амалга оширилди.

Текширилган контингент 2 та гуруҳга тақсимланди: асосий гуруҳни – гормонал бепуштлиқ кузатилган аёллар гуруҳи - 96 нафар аёл; назорат-гуруҳи - соғлом аёллар гуруҳи - 40 нафар аёл.

Бу гуруҳлар даволаниш турига қараб ўз навбатида яна 2 кичик гуруҳчаларга бўлинди: 1а-гуруҳ тухумдонлар эндометриозиди диеногест+араматаза ингибиторлари+мелатонин комбинациясини қўллаш, n=26; 1б-гуруҳчада-тухумдон эндометриозни даволашда диеногест+араматаза ингибиторлари билан даволаш, n=20; 2а-гуруҳчада- тухумдонлар поликистоз бор аёлларни КОК+ мелатонинни комбинирлаш,

n=26; 26-гурухча- тухумдонлар поликистози бор аёлларни КОК (n=24) орқали даволаш амалга оширилди.

Аёлларни кузатиш учун қуйидаги параметрларни ўзида тутувчи анкета ишлаб чиқдик: шикоят, касаллик ва ҳаёт анамнези, хайзсикли, репродуктив фаолияти, обектив кўрик: бўй баландлиги; тана вазни; тана вазн индексини (ТВИ)- қуйидаги формуласи билан ҳисобланди: $TBI = \text{тана вазни (кг)} / \text{бўй баландлиги (м}^2\text{)}$; нормада ТВИ 18.5-25 кг/ м² кўрсаткичлар билан белгиланди. Клиникалабаратор таҳлиллар: биохимик ва гормонал таҳлиллар, УЗТ натижалари, эркин радикалларни сийдикдаги кўрсаткичи; антиоксидант тизим фаолияти; мелатониннинг сўлакдаги даражаси; ҳаёт сифатини баҳолаш саволномаси; даволаш турлари ва натижалари келтирилган жадваллардан иборат.

Тадқиқод натижалари: ТЕ ва ТПКС ривожланиш сабабларининг полиморфизмининг инобатга олган ҳолда, биз танлаган аёлларимиз гуруҳларида касаллик ривожланишининг ижтимоий хавфини таҳлил қилдик.

Ижтимоий хавфларни таҳлил қилиш шунинг кўрсаткичи, 1-(ТЕ) гуруҳдаги аёлларнинг 14 нафари (30.4%), 2-(ТПКС) гуруҳдаги аёлларнинг эса аксарияти – 26 нафари (52%) овқатланиш бузилишидан азият чекади, бу 1 ва 2 гуруҳларни таққослаганда ишончлилик кўрсаткичи $P < 0.01$ бўлди. Назорат гуруҳида 15% аёлда овқатланиш тартиби бузилгани аниқланди ва бу 1 гуруҳга нисбатан $P < 0.01$ ва 2 гуруҳга гуруҳга нисбатан $P < 0.001$. Стресс асосий кўрсаткичлардан бири бўлиб, 1-гуруҳда 32 нафар (69.6%), 2 –гуруҳда 30 нафар (60%)ни ташкил қилиб, бу гуруҳларда ишонарли фарқ кузатилмади ($P > 0.05$). Назорат гуруҳидаги 8 нафар (20%) аёлда стресс ҳолати аниқланиб, бу 1 ва 2 гуруҳлар билан солиштирилганда ишонарли фарқ ($P < 0.01$) борлигини кўрсатди. Гиподинамия асосан 1-гуруҳда аниқланди 22 нафар (47.8%) ва бу 2 ва 3 гуруҳларга нисбатан юқори ишонарли фарқ килди ($P < 0.001$). Лекин 2 – ва 3- гуруҳлар орасида ишонарли фарқ аниқланмади ($P > 0.05$).

Касбига кўра аёлларни тақсимлаганимизда, тадбиркорлар 1-гуруҳ аёллари орасида 10.7% ва 2-гуруҳда бу касб эгалари аниқланмади ($P < 0.05$), 3- гуруҳда эса 10%ни ташкил қилди. Ўқитувчилар 1- , 2- ва 3- гуруҳларга мос равишда 10 (21.7%), 9 (18%) ва 2 (5%) нафар болиб, 1 ва 2 гуруҳ назорат гуруҳига нисбатан ишончли фарқ қилишди ($P < 0.05$). Фермер хўжалиги ишчилари тухумдон эндометриозини бор аёллар орасида учрамади, ТПКС кузатилганларнинг 13 (26 %) нафари асосан далада ишловчилар бўлди ($P < 0.001$). Назорат гуруҳида 4 нафар (10%) аёл фермер хўжалиги

ишчиси бўлиб, бу кўрсаткич 1 ва 2- гуруҳга нисбатан $P < 0.05$ ни ташкил қилди.

Юқоридаги кўрсаткичларидан шунинг хулоса қилиш мумкинки, эндометриозда овқатланиш тартиби ТПКС га нисбатан кам бузилар экан ва бу гуруҳ эгалари гиподинамияга мойил бўлиб, асосан шаҳар ҳудудида яшайди. Тунги навбатчиликда қоладиган ва доимий стресс кузатиладиган (тадбиркор, тиббиёт ходимлари) касб эгаларининг асосан эндометриоз кузатилган аёллар ташкил қилди. ТПКС бор аёллар асосан иштаҳасининг кечки вақтга келиб ошишига шикоят қилишди. Бундан ташқари улар асосан қишлоқларда истеъкомат қилишлари ва ҳаёт тарзида гиподинамия ҳолати бўлмаса ҳам семиришга мойиллиги кузатилди, яна шунинг алоҳида айтиб ўтиш керакки, бу аёллар оғир жисмоний меҳнат билан кўп шуғулланиши аниқланди. Бу ҳолатнинг ўзи ҳам қонда андрогенларнинг кўпайишига сабаб бўлади. Бунинг жисмоний зўриқиш вақтида организмда буйрак усти безидан стероид гормонларнинг нисбатан кўпроқ ажралиши билан ҳам боғланиб бўлади. Асосий гуруҳдаги аксарият аёллар ўсмирлиги ва яқин 3-5 йиллик ўтмишида психологик зарба олиб, организм стресс ўтказганлиги аниқланди. Стресс натижасида ҳам буйрак усти бези стероид гормонлари кўп миқдорда ажралади, бунинг ўзи эса ТПКС ва ТЕнинг иккиламчи юзага келишига сабаб бўлган бўлиши мумкин. ТПКС ва ТЕ бўлган аёлларда бепуштлиқ кузатилиб, бу ҳолатнинг ўзи психологик лабилликка олиб келиб, касалликни кучайтиради.

Кейинги босқичда биз хайз цикли регуларлиги ва унинг бузилишларини таҳлил қилдик.

Регуляр хайз ТЕ бор бўлган 1- гуруҳ аёлларининг 89.1% да, назорат гуруҳида эса 100% аёлларда қайт қилинди. ТПКС бор аёлларда бу кўрсаткич 1-ва 3- гуруҳга нисбатан кескин фарқ қилиб ($P < 0.001$), 22%ни ташкил қилди.

Олигоменорея ва аменорея каби хайз бузилишлари фақатгина 2- гуруҳ аёлларида аниқланди ва мос равишда 42%, 36% ни ташкил қилди. Алгодисменорея 1-гуруҳда (ТЕ фонидаги бепуштлиқ) 42 нафар (91.3%) ва 2- гуруҳда (ТПКС фонидаги бепуштлиқ) 11 нафар (22%) аёлда кузатилиб, ишончли аҳамиятга эга бўлди ($P < 0.01$).

Бундан кўриниб турибдики, ТЕ да хайз вақтидаги оғриқлар кўпроқ характерли бўлса, ТПКС да эса хайзнинг олигоменорея ва аменорея каби бузилишлари устунлик қилади.

Қондаги қанд миқдорини текшириш 2- гуруҳдаги кўпчилик аёлларда ПГТТ ўтказишдан олдин ҳам нормадан юқориликка гувоҳлик қилди. Барча 2- гуруҳ аёлларининг қондаги глюкозанинг ўртача қиймати топилганда $6,24 \pm 0,2$ ммол/л ни ташкил қилди, шу вақтда 1- ва назорат гуруҳидаги аёлларда бу кўрсаткич норма чегара-

сида бўлди ва ўртача $5,72 \pm 0,2$ ва $4,64 \pm 0,2$ ммол/л ни ташкил қилди ва 1-2-гуруҳлар орасида ($P < 0,05$) ва 2-3-гуруҳлар орасида ($P < 0,01$) аҳамиятли фарқ қилди. ПГТТ ўтказгандан 1 соат кейин қанд миқдори 1- гуруҳда $8,94 \pm 0,3$ ммол/л, 2-гуруҳда $9,56 \pm 0,3$ ммол/л бўлди ва бу бу назорат гуруҳининг ўртача қийматларидан юқори бўлди ($P < 0,05$), назорат гуруҳида $7,81 \pm 0,3$ ммол/л ни ташкил қилди. 120 минутдан кейин олинган қон таҳлилига кўра ТЕ ва ТПКС бор аёллар гуруҳида толератлик сақланиб қолди $7,2 \pm 0,2$ ммол/л ва $7,84 \pm 0,2$ ммол/л, шу вақтда қондаги қанд миқдори назорат гуруҳида нормага яқинлашди ва $6,81 \pm 0,2$ ммол/л ни ташкил қилди.

Бунга кўра, ТПКС бор аёлларда ҳайзнинг 3-5 кунларида ЛГ $15,4 \pm 1,3$ ХБ/л, ТЕ бор аёллар гуруҳида $8,4 \pm 1,2$ ХБ/л, назорат гуруҳида $5,1 \pm 1,2$ ХБ/л ни ташкил қилиб, бу 1- ва 2-гуруҳ орасида ва 2- ва 3- гуруҳ орасида юқори статистик аҳамиятга эга бўлди ($P < 0,001$). ФСГ эса 2- ва 3- гуруҳларда ишонарли фарқ қилмади. Ҳайз даври мос равишда $5,7 \pm 0,6$ ХБ/л ва $4,9 \pm 1,1$ ХБ/л ни ташкил қилди. Бу кўрсаткич ТЕ бор аёлларда нисбатан юқори бўлди $7,6 \pm 1,1$ ХБ/л, 2-гуруҳга нисбатан статистик аҳамиятли фарқ қилмади ($P > 0,05$). Шу билан бирга, ЛГ / ФСГ нисбати 2- гуруҳда ўртача 2,7, назорат гуруҳида - 1,04 бўлиб, ишонарли фарқ қилди ($P < 0,01$). ЛГ / ФСГ нисбатидаги бу фарқ ТПКС бор аёлларда гипоталамус-гипофиз тизимининг чуқурроқ бузилишларини кўрсатади.

Қондаги ва сўлакдаги мелатонин миқдори ТПКС ва ТЕ бор аёлларда кескин кам миқдордалиги аниқланди. Сийдикдаги эркин радикаллар назорат гуруҳига нисбатан юқори эди.

Хулоса: Шундай қилиб, касалликнинг клиник шаклига қараб, ТПКС ва ТЕ билан касалланган аёлларнинг гормонал секреция хусусиятларини ва биокимёвий параметрларини ажратиш мумкин. Липид профили ва жигар фаолиятидаги ўзгаришлар фонида метаболик касалликлар бўлган беморларда ўртача гиперпролактинемия кузатилди. Шу билан бирга, метаболик касалликлар бўлмаган ТПКСли аёлларда ўртача гиперандр-

рогенизм биринчи ўринга чиқди. 2-гуруҳда ҳам метаболик касалликларга чалинган аёлларда аниқроқ бўлган ЛГ / ФСГ нисбатининг ортиши билан ажралиб турарди.

Адабиётлар:

1. Адамян, Л.В. Биомаркеры эндометриоза: современные тенденции / Л.В. Адамян, Я.Б. Азнаурова // Проблемы репродукции. – 2018. – №1. – С. 57-62.
2. Арушанян Э.Б., Щетинин Е.В. Мелатонин как универсальный модулятор любых патологических процессов // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2016. – № 1. – С.79-88.
3. Икрамова Х.С., Матризаева Г.Д., Ражабова Оценить кумулятивную эффективность стимуляции моноовуляции у женщин с синдромом Штейна Левенталя в различных возрастных группах Central Asian Journal of Pediatrics Volume 2/ Issue 2 6-20-2019/ Page 123-128.
4. Kurbaniyazova M.Z., Matrizayeva G.D., Duschanova Z.A., Saparbayeva N.R Ovarian hyperstimulation syndrome – as a complication of ovulation induction Central Asian Journal of Pediatrics Volume 2/ Issue 2 128. 6-20-2019/ Page 123-128.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ЭНДОМЕТРИОМой ЯИЧНИКОВ

Икрамова Х.С.

Резюме. Частота тревоги и изменение настроения наблюдаются часто у женщин с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами. Изучение показателей мелатонина у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ и ЭЯ (эндометриома яичника) является перспективным направлением.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, синдром поликистозных яичников, эндометриома яичников, мелатонин.