

**СЕМИЗЛИГИ БОР АЁЛЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ГОРМОНАЛ
КОНТРАЦЕПТИВ ВОСИТАЛАРНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ПАРАМЕТРЛАРИ****У. М. Боборахимова**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: семизлик, репродуктив, жисмоний фаоллик, медикаментоз.**Ключевые слова:** ожирение, репродуктивность, физическая активность, медикаментозный.**Key words:** obesity, fertility, physical activity, medication.

Семизлик пандемияси билан боғлиқ бўлган муаммолар катта иқтисодий ва ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ****У. М. Боборахимова**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Проблемы, связанные с пандемией ожирения, являются одной из основных экономических и социальных проблем.

**CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF HORMONAL CONTRACEPTIVES
USED IN OBESE WOMEN****U. M. Boborahimova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The problems associated with the obesity pandemic are one of the main economic and social problems.

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/м²) 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 вазнли одамлар сони аста-секин ўсиб бормоқда. Ушбу ўсиш ҳар 10 йил ичида аввалги сонининг 10 %ни ташкил қилади. Агар ушбу тенденция давом этса, жорий асрнинг ўрталарига келиб иқтисодий ривожланган мамлакатларнинг бутун аҳолиси семиришдан азият чекади. Бу эрта семизлик туфайли ЮИК, артериал гипертензия, қандли диабетни II типи, 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, касалланишнингмавжуд ўсиш суръати сақланганида, 2025 йилга келиб, дунёда семизлик ташҳиси билан 300 млн дан ортиқ киши истеъкомат қилади [1,5,9,10].

Бу метаболик синдромнинг “ўлим” тўртлининг бошланғич омилидир: артериал гипертензия, инсулинрезистентлиги, висцерал семизлик, дислипидемия. Оғир вазнли аёлларда ановулятцион ҳайз даврлари, бепуштлиқ, ҳомила тушиш, мураккаб ҳомиладорлик ташҳис қилинади. Шундай қилиб, биз семиришни нафақат турли касалликларнинг ривожланиш хавф омили, балки репродуктив тўсиқ сифатида ҳам кўриб чиқамиз. Семизлик пандемияси билан боғлиқ муаммолар катта иқтисодий ва ижтимоий харажатларга олиб келади [2,3,5,7,12].

Семизликнинг ривожланиш омиллари 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 (висцерал, марказий) типи, бунда ёғлар асосан висцерал соҳада тўпланади. Гормонал метаболик хавф омиллари билан бирга кечувчи семизликнинг абдоминал типи салбийроқ таъсир кўрсатади [1]. Ҳозирги вақтда абдоминал семизликка 1988 йилда G. Reaven томонидан “Х синдроми” деб таърифланган метаболик синдромнинг компонентларидан бири сифатида қаралади.

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

Материал ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят Аҳоли Репродуктив саломатлик марказига муурожаат 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 ТЁА фемин турдаги семизлик ва андроид турдаги семизликга ажратиб ўрганилди. Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, биз гормонал контрацепция 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 аралашув ўтказилмаган 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., Олферьев 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.

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 кўришиб 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 кузатишган. Замонавий одамга хос бўлган овқатланиш усули ҳар тўртинчи аёлда – асосий гуруҳдаги аёлларнинг 25 фоизида қайд этилган. Афсуски, репродуктив ёшдаги фақатгина 5 % ёш аёл ёғларни атеросклероз ривожланишининг хавфи минимал даражада бўлган миқдорда истеъмол қилишган, тадқиқот бошланишидан олдин бизнинг гуруҳларимизда ёғни кам миқдорда истеъмол қиладиган аёллар йўқ эди. Асосий гуруҳда ёғистеъмол қилиш частотаси бўйича ўртача балл йиғиндиси $31,2 \pm 0,9$ ни ташкил этди, қайсики ортиқча вазнли аёллар томонидан ёғли овқатларни сезиларли даражада истеъмол қилишини кўрсатади. Тадқиқотда

1 жадвал

Текширилаётган аёллар гуруҳларида ёғларни истеъмол 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)	-

2 жадвал

Текширилган аёллар гуруҳларида дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш частотаси (балларда)

Аёллар гуруҳи/баллар	20 дан кам Абс (%)	20 - 29 Абс (%)	30 ва ундан кўп Абс (%)
Асосий – андройдли 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)

кейинги иштирок этиш ҳайвонларнинг ёғларига бой озиқ-овқатларни камроқ истеъмол қилиш, уларни балиқ, дон, дуккакдилар, сабзавот ва мевалар, шунингдек ўсимлик мойлари билан алмаштириш сингари тавсияларга риоя қилинганида 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, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш ҳолатларни аниқлаш” таҳлилининг маълумотлари 2-жадвалда келтирилган.

Иккала гуруҳдаги текширилган аёлларининг атиги 3,3 фоизи етарлича дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиши кўрсатилган. Асосий гуруҳдаги 31 % аёлларнинг овқатланиш рационада озиқ-овқатларнинг муҳим компонентлари етарли даражада эмас. Барча аёллар (назорат гуруҳидан ташқари) тўғри балансли овқатланиш бўйича маслаҳатлар олишди: рационга минимал балл олган учтадан ортиқ маҳсулотларни киритиш (бизнинг тадқиқотимизда бу барча донлар, дуккакдилар, резаворлар, қовоқча, бақлажон) лозимлиги айtilди.

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

Тана вазнини камайтиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний юкломани ошириш ҳисобланади.

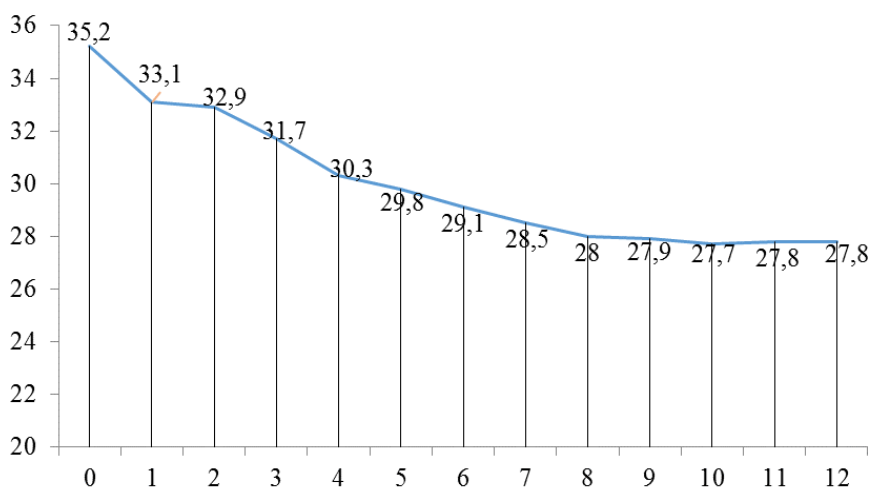
Тегишли текширув (ЭКГ) ва терапевт маслаҳатидан сўнг (қарши кўрсатмалар бўлмаганида), беморларга дозаланган жисмоний юкломалар тайинланди: ТВИ 30 дан юқори бўлганида - ҳафтасига 5 кун мобайнида сониясига 2та қадам тезлик билан кунига 30 дақиқа юриш; ТВИ 20-30 бўлганида фитнес марказларда ҳафтасига 3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

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

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



1 расм. Семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазнини камайтириши ва уларга гормонал контрацепцияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми.



2 расм. Тананинг вазнини камайиши.

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

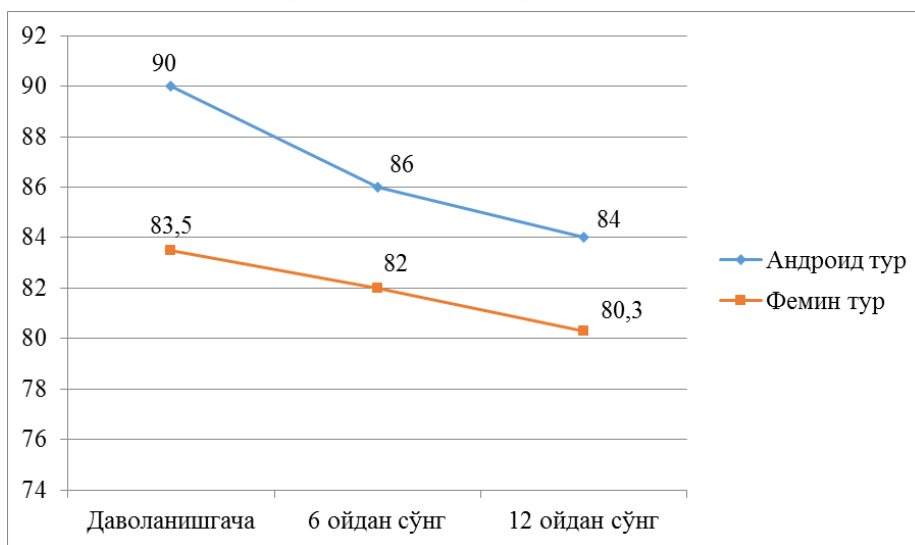
3 расмда кўриниб турибдики, тўғри овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ҳамда метформинни қўллашнинг 4-чи ойидан сўнг репродуктив ёшдаги андронидли семизлик қайд этилган аёлларнинг деярли ярмида ТВИ 30 дан камаёди, яъни уларда АОКни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар кузатилмади. Бироқ, бел айланасидаги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

Семизликнинг фемин ва андронид типи қайд этилган аёлларда бел айланасидаги ўзгаришлар динамикаси

Рационал овқатланиш тамойилларини тадбиқ этиш учун жисмоний юклама даражасига қараб кунлик рационнинг БЖССТ томонидан тақлиф этилган калория даражаси ҳисобланади. Жисмоний фаоллик коэффициенти жисмоний фаоллик даражасидан ҳисобланади:

- паст жисмоний фаоллик (аклий, 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) - коэффициент 1,5

Текширилган аёлларнинг ёши 21 ёшдан 30 ёшгача, ўртача ёши эса $25,5 \pm 4,7$ ни ташкил этишини инобатга олиб, кунлик рационнинг калорияси жисмоний фаолликнинг 1,0 коэффи-



3 расм. Тўғри овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ҳамда метформинни қўллаш.

циенти билан ҳисобланди. Натижада, тавсия этиладиган рационнинг ўртача калорияси 2000 ккал га тенг бўлди.

Хулоса.

1. Тана вазнини камайтиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний юкламани 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 қониқишади.
3. Андройд ва фемин типдаги семизлиги мавжуд аёлларнинг овқатланиш тартибининг дастлабки таҳлили 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. Андройдли семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазни тезда камайган.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Л. Р. Агабабян, З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева Гормонал контрацептив воситаларнинг қин микробиота-сига таъсири // Доктор ахборотномаси, № 1 (102), 2022. С.10-14. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-10-14
2. Ашурова Н.Г., Хамдамова М.Т. Ожирение – как фактор риска беременности и родов // Медицинский совет. 2013; 2(2): 78-84.
3. Белов Г.В., Каипов А.К., Атабаев И.Н., Нуруев М.К. Физическая реабилитация женщин с алиментарным ожирением в условиях города ОШ// Научное обозрение. Медицинские науки. 2019. 60-65.
4. Беляков Н.А., Мазуров В.И., Чубриева С.Ю.. Метаболический синдром X.// Эфферентная терапия. - 2000. — Том 6. - №2. С. 3 — 15.
5. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014.
6. Горелова И.В., Рулев М.В., Попова П.В. Влияние ожирения на результаты вспомогательных репродуктивных технологий// Проблемы репродукции. 2018; 24(6):39-45.
7. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. ВОЗ, 2010.
8. Информационный бюллетень ВОЗ №311, январь 2015.
9. 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, С. 61-64.
10. Киселева Н.Г., Перова Н.В., Олферьев А.М., Митяев А.А., Оганов Р.Г. Оценка «пищевых рисков» дислипидемий с помощью опросника, адаптированного для врачебной практики. // Кардиология. - 1998. — №10. - С. 91-96.
11. С.Э. Махмудова, А.Т. Ахмедова Особенности контрацепции после медицинского аборта // Вестник врача, № 4, 2017. С.23-25.
12. 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.
13. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., Манухина Е.И. Гинекологическая эндокринология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2017, 285 с.
14. 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.
15. З. А. Насирова, З. Ф. Гайбуллаева Медикаментоз абортдан кейинги контрацепциянинг микробиологик хусусиятлари // Доктор ахборотномаси, № 1 (102), 2022. С.171-175. DOI: 10.38095/2181-466X-20221032-171-175.
16. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Подзолков А.В. Терапия бесплодия у пациенток с ожирением: современный взгляд на проблему//Проблемы репродукции – 2012. - №3. – с. – 37-41.
17. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. Москва. МЕДпресс-информ, 2015. 504 с.