

POLIKISTOZ TUXUMDONLAR SINDROMINING KLINIK KO'RINISHINING XUSUSIYATLARI

D.B. Asranqulova, H.B. Sattaraliyeva

Andijon davlat tibbiyot instituti

Farg'ona tibbiyot instituti sog'liqni saqlash

Annotatsiya

Polikistoz tuxumdonlar sindromi - patologik holat bo'lib, uning patogenezini tushunish, tashxislash va davolash so'nggi paytlarda sezilarli o'zgarishlarga duch keldi. PKTS diagnostikasi mezonlari ham o'zgartirildi, bu esa bemorlarning asosiy fenotiplarini aniqlash imkonini berdi. Shu munosabat bilan ushbu ishning maqsadi zamonaviy ilmiy tushunchalarga ko'ra, polikistik tuxumdon sindromi bilan og'rigan ayollarda klinik, laboratoriya va instrumental ko'rsatkichlarning xususiyatlarini o'rganish edi. Tadqiqot natijasida ma'lum bo'lishicha, ilgari juda kam uchraydigan ovulyatsiya turiga ega bo'lgan bemorlar bugungi kunda PKTS bilan kasallangan barcha bemorlarning 22 foizini tashkil qiladi va ilgari deyarli 100 foizni tashkil etgan asosiy fenotip endi faqat 52 foizda mavjud. bemorlarning.

Kalit so'zlar: PKTS, fenotiplar, anovulyatsiya, giperandrogeniya

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev

Andijan State Medical Institute,

Fergana Medical Institute of Public Health

Abstract.

Polycystic ovary syndrome is a pathological condition, the understanding of the pathogenesis, diagnosis and treatment of which has undergone significant changes in recent times. The diagnostic criteria for PCOS were also changed, which made it possible to identify the main phenotypes of patients. In this regard, the purpose of this work was to study the characteristics of clinical, laboratory and instrumental indicators in women suffering from polycystic ovary syndrome, according to modern scientific concepts. As a result of the study, it was found that patients with a previously extremely rare ovulatory type today make up 22% of all patients with PCOS, and the main phenotype, which previously accounted for almost 100%, is now present in only 52% of patients.

Key words: PCOS, phenotypes, anovulation, hyperandrogenism

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева

Андижанский государственный медицинский институт,
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация

Синдром поликистозных яичников – это патологическое состояние, понимание патогенеза, диагностики и лечения которого претерпело значительные изменения за последнее время. Также были изменены диагностические критерии СПКЯ, что позволило выделить основные фенотипы больных. В связи с этим целью данной работы явилось изучение особенностей клинических, лабораторных и инструментальных показателей у женщин, страдающих синдромом поликистозных яичников, согласно современным научным концепциям. В результате исследования было установлено, что пациентки с ранее чрезвычайно редким овulatoryным типом составляют сегодня 22% среди всех больных СПКЯ, а составлявший прежде почти 100% основной фенотип в настоящее время имеется только у 52% пациенток.

Ключевые слова: СПКЯ, фенотипы, ановуляция, гиперандрогения

Polikistoz tuxumdonlar sindromi (PKTS) birinchi marta 19-asrning oxirida professor K.F. Slavyanskiy tomonidan, 1928 yilda professor S.K. Lesnoy va 1935 yilda I. Shtein va M. Levental bu sindromni aniq belgilab qo'yishdi. Ammo bugungi kunga kelib, ushbu kasallikning tarqalishi, patogenezi va diagnostika mezonlari haqidagi tushuncha sezilarli darajada o'zgardi. Bugungi kunda PKTS ko'plab yuzlarga ega mezonlarning turli kombinatsiyasi natijasida hosil bo'lgan turli xil fenotiplarga ega simptomlar majmuasi. 1990 yilda Milliy Sog'liqni Saqlash Instituti (NIH, AQSh) ekspert qo'mitasi ushbu kasallik uchun mezonlarni ishlab chiqdi, ular 2003 yilda Rotterdamdagi yevropalik mutaxassislarning konsensusi bilan qayta ko'rib chiqilgan. PKTS diagnostikasi bemorda boshqa sabablarni hisobga olmaganida 3 ta simptomdan kamida 2 tasi mavjud bo'lganda qo'yiladi:

1) androgenlarning haddan tashqari faolligi yoki sekretsiyasi (klinik va/yoki biokimyoviy belgilar)

2) oligo- yoki anovulyatsiya

3) tos a'zolariga ko'ra polikistik tuxumdonlar.

ESHRE/ASRM, 2007, konsensusga muvofiq ushbu mezonlarga asoslangan ultratovush I. yoqilgan Ayollar jihatida PKTS, 2012,2013,2014, keltirilgan PKTS bilan og'rigan bemorlarning 4 ta asosiy fenotipini ajratib

ko'rsatishimiz mumkin. Shunday qilib, bugungi kunda " polikistik kasallik " klinik belgilarning haqiqiy xilma-xilligini aks ettirmaydigan tarixiy jihatdan tasdiqlangan atamadir.

Maqsad: zamonaviy ilmiy tushunchalarga ko'ra, polikistoz tuxumdonlar sindromi bilan og'rikan ayollarda klinik, laborator va instrumental ko'rsatkichlarning xususiyatlarini o'rganish.

Vazifalar:

- 1) PKTS bilan kasallangan bemorlarning asosiy fenotiplarini aniqlang.
- 2) PKTS bilan kasallangan bemorlarning fenotiplarga ko'ra taqsimlanishini ko'rsatish.
- 3) PKTS fenotiplarining tarqalishidagi o'zgarishlarni ko'rsating.

Materiallar va usullar. 3 yil (2020-2023) ichida murojaat qilgan PKTS tashxisi qo'yilgan 84 nafar ayol tekshirildi. Barcha ayollar 20 yoshdan 33 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi - $26,06 \pm 4,39$ yosh). Akusherlik va ginekologik tarix og'ir emas. Tekshiruvdan o'tgan barcha ayollar "Aloka 3500" apparati yordamida transvaginal datchik bilan ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi, bachadonning uzunligi, old-orqa va ko'ndalang o'lchamlari o'lchandi, miyometrium va endometrium holati o'rganildi. Shuningdek, biz tuxumdonlarning hajmini (uzunlik, old orqa va ko'ndalang), tuxumdonlar hajmini ($\text{uzunlik} \times \text{anteroposterior} \times \text{ko'ndalang} \times 0,523$) va ularning tuzilishini o'rganishni (bir qismdagi follikulalar soni) o'lchadik. Erkin androgen indeksi androgenning to'yinganligini aniqlash uchun ishlatilgan. Bu formula bo'yicha aniqlanadi - $(\text{jami testosteron} / \text{SHBG}) \times 100\%$. Ovulyatsiyani baholash uchun anamnestik ma'lumotlardan foydalaniladi. Natijalar va muhokamalar Tekshiruv natijasida barcha bemorlar PKTS mezonlari bo'yicha quyidagi guruhlariga taqsimlandi:

- 1) Asosiy fenotip - 52%
- 2) ovulyatsiya fenotipi - 22%
- 3) Androgen bo'lmagan fenotip - 16%
- 4) Anovulyatsion fenotip - 10%

Asosiy fenotipli bemorlar 20 yoshdan 33 yoshgacha (o'rtacha $26,65 \pm 3,88$ yosh), jinsiy faollikning boshlanishi 16 yoshdan 23 yoshgacha (o'rtacha $18,88 \pm 1,84$ yosh), bepustlik 1 yoshdan 8 yoshgacha davom etadi. yil (o'rtacha $3,69 \pm 1,89$ yil). Ularning hayz davrining davomiyligi 28 dan 120 kungacha (o'rtacha $51,83 \pm 23,45$ kun), qon ketishining davomiyligi 5 dan 8 kungacha (o'rtacha $6,5 \pm 0,99$ kun) bo'lib, bu hayz davrining turiga qarab hayz davrining buzilishini ko'rsatadi. oligo- va anovulyatsiya.

Bu guruhdagi jami testosteron 1,27 dan 3,95 nmol/l gacha, o'rtacha $2,19 \pm 0,66$ nmol/l gacha, SHBG - 11,35 dan 31,2 nmol/l gacha, o'rtacha $18,76 \pm 5,04$ nmol/l gacha, erkin androgen 39 dan 6 nmol gacha. 17,87, o'rtacha $11,77 \pm 2,33$. Shunday qilib, barcha bemorlarda ISA normadan yuqori, bu giperandrogenizmni ko'rsatadi. Har bir tuxumdonning hajmi 8,1 dan 18,2 sm³ gacha (o'rtacha $13,87 \pm 2,03$ sm³) va ikkala tuxumdonning butun qalinligi bo'ylab diametri 3 dan 10 mm gacha bo'lgan bir nechta (bir qismda 12 dan ortiq) anekoik qo'shimchalar mavjud. Ushbu ma'lumotlar ultratovush belgilaridir polikistik tuxumdon sindromi. Ovulyatsiya fenotipi bo'lgan bemorlar 22 yoshdan 31 yoshgacha (o'rtacha $24,36 \pm 4,87$ yosh), jinsiy faoliyatning boshlanishi 16 yoshdan 20 yoshgacha (o'rtacha $18,2 \pm 1,95$ yil), shikoyatlar bepustlik uchun testlar yo'q. Ularning hayz davrining davomiyligi 24 kundan 35 kungacha (o'rtacha $30,21 \pm 2,33$ kun), qon ketishining davomiyligi 3 kundan 5 kungacha (o'rtacha $4,4 \pm 0,66$ kun), bu normal hayz davrini ko'rsatadi. 2,88 nmol/l gacha, o'rtacha $1,97 \pm 0,61$ nmol /l, SHBG - 11,54 dan 30,02 nmol /l gacha, o'rtacha $18,17 \pm 6,35$ nmol /l gacha, erkin androgen indeksi - 9,54 dan o'rtacha 16,719.19 gacha. Shunday qilib, barcha bemorlarda ISA normadan yuqori, bu giperandrogenizmni ko'rsatadi. Ekografiyaga ko'ra, har bir tuxumdonning hajmi 10,8 dan 18,6 sm³ gacha (o'rtacha $14,94 \pm 2,35$ sm³) va ikkala tuxumdonning butun qalinligi bo'ylab diametri 3 ga teng bo'lgan bir nechta (bir qismda 12 dan ortiq) qo'shimchalar mavjud. Ushbu ma'lumotlar ultratovush belgilaridir polikistik tuxumdon sindromi. Androgen bo'lmagan fenotipli bemorlar 20 yoshdan 32 yoshgacha (o'rtacha $26,62 \pm 4,66$ yosh), jinsiy faollikning boshlanishi 16 yoshdan 22 yoshgacha (o'rtacha $19,62 \pm 2,07$ yosh), bepustlik 1 yoshdan 6 yoshgacha davom etadi. yil (o'rtacha $3,5 \pm 2,27$ yil). Ularning hayz davrining davomiyligi 30 dan 75 kungacha (o'rtacha $43,12 \pm 11,39$ kun), qon ketishining davomiyligi 5 dan 7 kungacha (o'rtacha $6,12 \pm 0,83$ kun) bo'lib, bu hayz davrining turiga qarab tsiklning buzilishini ko'rsatadi. Ushbu guruhdagi bemorlarda testosteronning umumiy miqdori 0,82 dan 2,23 nmol/l gacha, o'rtacha $1,47 \pm 0,46$ nmol/l gacha, SHBG - 32,13 dan 56,64 nmol/l gacha, o'rtacha $43,57 \pm 9,54$ nmol/l gacha, erkin va 8 dan rogen. 4,55 gacha, o'rtacha $3,44 \pm 1,04$, bu normal diapazonda va giperandrogenizm yo'qligini ko'rsatadi. Har bir tuxumdonning hajmi 10,3 dan 18 sm³ gacha (o'rtacha $13,6 \pm 2$ sm³) va ikkala tuxumdonning butun qalinligi bo'ylab diametri 3 dan 10 mm gacha bo'lgan bir nechta (bir bo'limda 12 dan ortiq) anekoik qo'shimchalar mavjud. Ushbu ma'lumotlar ultratovush belgilaridir polikistik tuxumdon sindromi. Anovulyatsiya fenotipi bo'lgan bemorlar 21 yoshdan 31 yoshgacha (o'rtacha

26,6±4,16 yosh), jinsiy faoliyatning boshlanishi 16 yoshdan 22 yoshgacha (o'rtacha 18,6±2,19 yosh), bepushtlik 1 yildan 4 yilgacha davom etadi (o'rtacha 3±1,22 yil). Ularning hayz davrining davomiyligi 35 dan 90 kungacha (o'rtacha 49,2±15,89 kun), qon ketish davomiyligi 5 dan 7 kungacha (o'rtacha 5,8±0,87 kun) bo'lib, bu hayz davrining turiga qarab tsiklning buzilishini ko'rsatadi. oligo- va anovulyatsiya. Jami testosteron 1,24 dan 2,93 nmol/l gacha, o'rtacha 2,29±0,73 nmol/l, SHBG - 8,37 dan 30,43 nmol/l gacha, o'rtacha 19,41±8,88 nmol/l, erkin androgen indeksi o'rtacha 9,6 dan 1,6 dan 1,9 gacha. 88. Shunday qilib, barcha bemorlarda ISA normadan yuqori, bu giperandrogenizmni ko'rsatadi. UTT ma'lumotlariga ko'ra, har bir tuxumdonning hajmi 6,3 dan 9,1 sm³ gacha (o'rtacha 7,88±0,91 sm³) va tuxumdonlar tuzilishida hech qanday o'zgarishlar yo'q, ya'ni polikistik tuxumdon sindromining ultratovush belgilari yo'q.

Xulosa:

1) Fenotiplarning tarqalishi quyidagicha: asosiy fenotip - 52%, ovulyatsiya fenotipi - 22%, androgen bo'lmagan fenotip - 16%, anovulyatsiya fenotipi - 10%.

2) Fenotiplarning tarixiy tarqalishi sezilarli darajada o'zgardi: ilgari deyarli 100%ni egallagan asosiy fenotip bugungi kunda PKTS bilan og'riqan bemorlarning atigi 52%ni va ilgari juda kam uchraydigan ovulyatsiya fenotipi - 22%ni tashkil qiladi.

3) PKTS bilan asosiy kasalliklarga qo'shimcha ravishda yashirin tizimli kasalliklar mavjudligi sababli, bugungi kunda PKTSning "odatiy bo'lmagan" ko'rinishlari bo'lgan bemorlarning ko'pchiligiga alohida e'tibor qaratish lozim.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Dapas M, Lin FTJ, Nadkarni GN, Sisk R, Legro RS, Urbanek M, Hayes MG, Dunaif A. Distinct subtypes of polycystic ovary syndrome with novel genetic associations: An unsupervised, phenotypic clustering analysis. *PLoS Med.* 2020 Jun 23;17(6):e1003132. doi: 10.1371/journal.pmed.1003132
2. Fan H, Ren Q, Sheng Z, Deng G, Li L. The role of the thyroid in polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023 Oct 5;14:1242050. doi: 10.3389/fendo.2023.1242050
3. Kulkarni S, Gupta K, Ratre P, Mishra PK, Singh Y, Biharee A, Thareja S. Polycystic ovary syndrome: Current scenario and future insights. *Drug*

- Discov Today. 2023 Dec;28(12):103821. doi: 10.1016/j.drudis.2023.103821
4. Mirza FG, Tahlak MA, Rjeili RB, Hazari K, Ennab F, Hodgman C, Khamis AH, Atiomo W. Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS): Does the Challenge End at Conception? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 12;19(22):14914. doi: 10.3390/ijerph192214914
 5. Robinson SL, Yeung EH. Polycystic ovary syndrome and preterm birth-what's going on? *Fertil Steril*. 2021 Feb;115(2):326-327. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.09.169.
 6. Steegers-Theunissen RPM, Wiegel RE, Jansen PW, Laven JSE, Sinclair KD. Polycystic Ovary Syndrome: A Brain Disorder Characterized by Eating Problems Originating during Puberty and Adolescence. *Int J Mol Sci*. 2020 Nov 3;21(21):8211. doi: 10.3390/ijms21218211
 7. VanHise K, Wang ET, Norris K, Azziz R, Pisarska MD, Chan JL. Racial and ethnic disparities in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2023 Mar;119(3):348-354. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.01.031