



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 15.10.2022

Accepted: 25.10.2022

Published: 15.11.2022

UDK 618.11-1.0.89.007.44

TUXUMDONLAR POLIKISTOZ SINDROMI SABABLI JARROXLIK AMALIYOTINI O'TKAZGAN AYOLLARDA GORMONAL STATUSINING HOLATI

Xolboeva S.Sh., Gafurova E.O., Solieva Z.F., Shukurov F.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

✓ *Rezyume*

Kuzatuv ostida 60 nafar tuxumdonlar polikistoz sindromi sababli tuxumdonlar kauterizatsiyasi jarroxlik amaliyotini o'tkazgan ayollar bo'ldi. Jarroxlikdan keyingi gormonal tadqiqot, 75% ayollarda estradiol, testosteron va 25% ayollarda progesteron gormoni miqdorida buzilishlar mavjudligi aniqlandi. Jarroxlikdan keyingi qo'llanilgan ad'yuvant gormonal terapiya sababli guruxlarda fertillikni tiklanish salmog'ini 4,1 barobarga ortishiga olib kelib, guruxlarda mos ravishda 86,6% va 83,3% tashkil etdi.

Kalit so'zlar: tuxumdonlar polikistoz sindromi, laparoskopiya, gormonal disfunktsiya, ad'yuvant terapiya, Dimia[®], Jenavit[®].

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Холбоева С.Ш., Гафурова Э.О., Солиева З.Ф., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

✓ *Резюме*

Под нашим наблюдением находились 60 женщин, перенесших эндохирургическую операцию kautеризацию яичников по поводу синдрома поликистозных яичников. Анализ гормонального статуса женщин, перенесших эндохирургическое kautеризация яичников, показал что, у 75% женщин концентрация гормона эстрадиол, а у 25% женщин концентрация тестостерона остаётся в повышенном содержании, что в свою очередь может привести к сохранению бесплодия в послеоперационном периоде. Проведение адьювантной гормональной терапии в послеоперационном периоде привело к восстановлению фертильности в 4,1 раза, 86,6% и 83,3% соответственно в группах.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, лапароскопия, гормональная дисфункция, адьювантная терапия, Димиа[®], Женавит[®].

HORMONAL STATUS OF WOMEN WHO HAVE UNDER OPERATION FOR POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME

Kholboeva S.Sh., Gafurova E.O., Solieva Z.F., Shukurov F.I.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ *Resume*

We observed 60 women who underwent endosurgical ovarian cauterization for polycystic ovary syndrome. An analysis of the hormonal status of women who underwent endosurgical ovarian cauterization showed that in 75% of women the concentration of the hormone estradiol, and in 25% of women, the concentration of testosterone remains elevated, which in turn can lead to the preservation of infertility in the postoperative period. Conducting adjuvant hormonal therapy in the postoperative period led to the restoration of fertility in 86.6% and 83.3%, respectively, in the groups.

Key words: polycystic ovary syndrome, laparoscopy, hormonal dysfunction, adjuvant therapy, Dimia[®], Zhenavit[®].



Dolzarbligi

Tuxumdonlar polikistoz sindromi (TPS) multifaktorial, geterogen patologiya bo'lib, giperandrogenizm, surunkali anovulyatsiya, hayz siklining buzilishi va bepustlik bilan tavsiflanadi [1,2,3]. Reproduktiv yoshdagi ayollar ichida TPSning uchrash salmog'i 5 dan 10% gacha, endokrin bepustligi bo'lgan bemorlarda esa TPS bilan kasallangan bemorlar 56,2% ni tashkil etadi. TPS bilan bog'liq bepustlikni davolashda tuxumdonlar kauterizatsiyasi laparoskopik jarroxlik amaliyoti keng qo'llanilib kelinadi [4,5,6]. Biroq o'tkazilgan tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, ba'zi ayollarda mazkur jarroxlik amaliyoti o'tkazilganidan keyin ham bepustlikni saqlanib qolishi kuzatilib, buning ko'pincha sababi gormonal disfunktsiya holati bo'lib hisoblanadi [7,8]. Zamonaviy ginekologiyada TPSni kauterizatsiya jarroxlik amaliyoti o'tkazilgandan keyingi gormonal disfunktsiyani korrektsiyalash masalasi dolzarb muammolardan biri bo'lib qelmoqda [9]. Mazkur muammoni bartaraf etishga qaratilgan ko'pgina tadqiqotlarni o'tkazilganiga qarmasdan, ushbu muammo xanuzgacha o'z echimini topmasdan qolmoqda [10]. Yuqoridagilarni e'tiborga olgan holda, biz oldimizga TPS bilan bog'liq bepustlik sababli tuxumdonlar kauterizatsiyasi jarroxlik amaliyotini o'tkazgan ayollarda, saqlanib qolayotgan bepustlikni davom etishiga turtki bo'layotgan gormonal disfunktsiyani bartaraf etishning taqalastirilgan usullarini ishlab chiqish va uni amaliyotda qo'llashdan iborat bo'ldi.

Tadqiqotning maqsadi TPS sababli tuxumdonlar kauterizatsiyasi jarroxlik amaliyotini o'tkazgan ayollarda, gormonal disfunktsiyani tuzatishda tarkibida 0,02mg etiniletradiol va 3mg drospironon saqlovchi hamda mikronizirlangan progection preparatlarini qo'llab ularning samaradorligini baholashdan iborat bo'ldi.

Material va tadqiqot usullari

Tadqiqotga TPS sababli kauterizatsiya jarroxlik amaliyotini o'tkazgan 60 nafar reproduktiv yoshdagi ayollar kiritildi. Ulardan 30 nafarini 0,02mg etiniletradiol va 3mg drospironon saqlovchi dorisini ad'yuvant terapiya sifatida olayotgan ayollar (1-asosiy gurux); 30 nafarini mikronizirlangan progectionni ad'yuvant terapiya sifatida olayotgan ayollar (2- asosiy gurux) tashkil etdi. Nazorat guruxini esa gormonal ad'yuvant terapiyani olishni rad etgan 30 nafar ayollar tashkil etdi. Barcha ayollarad klinik-laborator, ultratovush tekshiruv hamda endoskopik tadqiqotlar o'tkazildi. Olingan natijalarga statistik ishlov berish Statistica for Windows v. 7.0. Dasturini o'zida jo qilgan dasturda amalga oshirildi. Ma'lumotlar $M \pm m$ ko'rinishida tavsiflandi. Statistik muhim farq deb $p < 0,05$ ga mos keluvchi farq olindi.

Natijalar va tahlillar

Tadqiqotga kiritilgan bemorlarda ad'yuvant gormonal terapiya boshlanguncha va davolashdan keying gormonal statusini batafsil taxlili o'tkazildi. Jumladan, TPS sababli jarroxlik amaliyoti o'tkazgan barcha ayollarda gormonal ad'yuvant terapiya boshlashdan oldin, lyuteinlovchi gormonining (LG) qondagi miqdori guruxlarda mos ravishda $8,2 \pm 0,27$ ME/l va $10,0 \pm 0,46$ ME/l, follikulastimullovchi gormon (FSG) guruxlarda mos ravishda $10,4 \pm 0,18$ ME/l va $9,9 \pm 0,19$ ME/l, umumiy testosteron (T_{umum}) miqdori 25% bemorlarda nisbatan baland guruxlarda mos ravishda $1,0 \pm 0,07$ va $1,7 \pm 0,07$ ng/ml, Estradiol gormonining (E2) miqdori ham ikkala gurux bemorlaridan 75%da baland ya'ni guruxlarda mos ravishda $120,0 \pm 12,7$ pg/ml va $118,8 \pm 11,87$ pg/ml ekanligi aniqlandi. Progection gormoning miqdori esa 25% ayollarad past miqdorda, guruxlarda mos ravishda $1,3 \pm 0,07$ ng/ml va $1,4 \pm 0,09$ ng/ml ekanligi aniqlandi. O'z navbatida globulin bog'lovchi jinsiy gormon (GBJG) miqdori ham, taqqoslash guruxi ko'rsatkichlariga nisbatan sezilarli miqdorda ya'ni guruxlarda mos ravishda $38,2 \pm 1,16$ nmol/l va $34,2 \pm 1,43$ nmol/l miqdorda ekanligi aniqlandi (jadvalga qara).

Jadval

Tadqiqotga kiritilgan bemorlarda 0,02 mg etiniletradiol va 3 mg drospironon hamda, mikronizirlangan progection saqlovchi preparatlari yordamida gormonal ad'yuvant terapiya boshlanguncha va undan keying ko'rsatkichlari, $M \pm m$

Gormonlar	I-gurux, n=30		II-gurux, n=30		Taqqoslash guruxi (n=30)
	Davolash gacha	Davolashdan keyin	Davolashgacha	Davolashdan keyin	
FSG, ME/l	10,4±0,18	11,4±0,33 ^{*^^}	9,9±0,19	10,2±0,25 ^{**}	9,8±0,21
LG, ME/l	8,2±0,27	7,7±0,41 ^{^^}	10,0±0,46	8,6±0,32 ^{***}	10,5±0,28
E ₂ (pg/ml)	120,0±12,7	88,3±0,01 ^{***^}	118,8±11,87	97,9±5,87 ^{**^}	116,1±14,7
Progesteron (ng/ml)	1,3±0,07	2,4±0,09 ^{***^^}	1,4±0,09	2,7±0,09 ^{***^^}	0,6±0,17
T _{umum} (ng/ml)	1,0±0,07	0,80±0,07 ^{*^^}	1,7±0,07	0,90±0,07 ^{***^^}	1,8±0,10
GBJG, nmol/l	38,2±1,16	40,2±2,45 [^]	34,2±1,43	38,4±1,16 ^{*^}	34,3±1,36

Izox: * – davolashgacha bo'lgan ko'rsatkichlarga nisbatan farqli (* – p<0,05, -*** – p<0,001) ^ – taqqoslash guruxi ko'rsatkichlariga nisbatan farqli (^ – p<0,05, ^^ – p<0,01, ^^ – p<0,001)

Tadqiqot o'tkazilayotgan bemorlarda ad'yuvant gormonal terapiya o'tkazilgandan keyingi gormonal holatini tekshiruvchi, LG miqdorining guruxlarda mos ravishda 7,7±0,41ME/l va 8,6±0,32ME/l.gacha pasayganligi, FSG miqdorining esa, guruxlarda mos ravishda 11,4±0,33ME/l va 10,2±0,25ME/l.gacha ortganligini, progesteron miqdorining ham guruxlarda mos ravishda 2,4±0,09ng/ml va 2,7±0,09ng/ml.gacha ortganini, E₂ miqdorining guruxlarda mos ravishda 88,3±0,01pg/ml va 97,9±5,87pg/ml.gacha pasayganligini, GBJG miqdorining guruxlarda mos ravishda 40,2±2,45 nmol/l va 38,4±1,16 nmol/l.gacha ortganligini, T_{umum} miqdorining esa guruxlarda mos ravishda sezilarli kamayib 0,80±0,07ng/ml va 0,90±0,07ng/ml tashkil etdi. Jarroxlikdan keyingi gormonal tadqiqot natijalarini taxliliga ko'ra, 75% ayollarda estradiol gormonining yuqori giperestrogenemiya, 25% ayollarda esa, progesteron gormoni miqdorining tanqsligi gipoprogesteronemiya ko'rinishidagi buzilishlar mavjudligi aniqlandi. Bemorlarda aniqlangan mazkur holatlarni bartaraf etish maqsadida biz bemorlarga mazkur gormonal o'zgarishlarni me'yorlashuviga olib keluvchi mos gormonal preparatlar tanlab olinib, gormonal ad'yuvant terapiya o'tkazildi. Xususan, estradiol va testosteron gormoni baland chiqqan I- gurux ayollariga, 0,02 mg etinilestradiol va 3 mg drospironon saqllovchi, progesteron gormoni past miqdorda aniqlangan II-guruxga kiruvchi ayollarga esa, mikronizirlangan progesteron saqllovchi preparatlarni 3 oy davomida ichishni tavsiya etdik.

Bemorlarda o'tkazilgan ad'yuvant terapiyadan keyingi dinamik kuzatuv, xayz faoliyati tiklanishi guruxlarda mos ravishda 92,0% va 90%ni tashkil etdi, taqqoslash guruxida esa atigi 16% ni tashkil etdi (p<0,05). Tadqiqot o'tkazilayotgan ayollarda fertillikni tiklanishi guruxlarda mos ravishda 86,6% va 83,3% ni taqqoslash guruxida esa, atigi 5%ni tashkil etdi (p<0,05).

Xulosa

TPS sababli kauterizatsiya jarroxlik amaliyotini o'tkazgan ayollarda, 0,02 mg etinilestradiol va 3mg drospironon saqllovchi hamda, mikronizirlangan progesteron saqllovchi preparatlari yordamida ad'yuvant gormonal terapiyani o'tkazish, bemorlarda jarroxlikdan keyingi davrda saqlanib qolayotgan gormonal disfunktsiyani me'yorlashuviga olib kelishi hisobiga, bemorlarda reproduktiv faoliyatini guruxlarda mos ravishda 86,6% va 83,3%ga ya'ni 4,1 barobarga ortishiga olib kelib yuqori samara beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Адамян Л.Б., Макиян З.Н., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В., Плошкина А.А. Преди́кторы синдро́ма поликистозных яичников у юных пациенток (обзор литературы) // Проблемы репродуктологии. –2014.–№ 5.– С. 52–56.
2. Ковалева Д. С. Синдром поликистозных яичников // Синергия Наук. – 2017. – №9. – С. 146–151.

3. Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в лечебных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан. Ташкент. 2017.С. 22.
4. СПКЯ: от пересмотра представлений к новым терапевтическим стратегиям. Современные научные данные и клинические рекомендации МЗ РФ 2015 года. Информационный бюллетень [Под ред. Е.Н. Андреевой, М.Б. Хамошиной]. - М.: Status Praesens, 2016. - 28 с.
5. Шукуров Ф.И., Мамажанова Д.М., Саттарова К.А., Юлдашева Н.З. Оценка эффективности применения препарата Белара в адьювантной терапии синдрома поликистозных яичников после эндо хирургического лечения // Экспериментальная и клиническая фармакология.2022.Том 85.,№8.-С.14-16.
6. Шестакова И.Г., Рябинкина Т.С. СПКЯ: новый взгляд на проблему. Многообразие симптомов, дифференциальная диагностика и лечение СПКЯ. – М.: Status Praesens, 2015. – 24 с.
7. Azziz R. PCOS in 2015: new insights into the genetics of polycystic ovary syndrome. Nat. Rev. Yendocrinol.2016., (12), 74–75.
8. Kabel A.M. Polycystic ovarian syndrome: insights into pathogenesis, diagnosis, prognosis, pharmacological and non-pharmacological treatment // Pharmaceutical Bioprocessing. – 2016. – Vol. 4(1). – P. 7–12.
9. Shukurov F.I. Minimally Invasive Surgery In Restoring Reproductive Function Of Female Infertility Caused By Benign Ovarian Structural Changes //American Journal of Medicine and Medical Sciences, Volume 6 Number 6 December.-2016. П.182-185.
10. Treatment of infertility in women with polycystic ovary syndrome: approach to clinical practice. Melo A.S, Ferriani R.A, Navarro P.A. //Clinics (Sao Paulo). 2015 Nov; 70(11):765–9.

Qabul qilingan sana 15.10.2022