

**ҲУДУДИМИЗДАГИ АЁЛЛАРДА КЛИМАКТЕРИК ДАВРНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Юлдашева А.С.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ **Резюме**

*Статистикага кўра аёллар популяциясининг ўртача кўрсаткичи жадал ўсиб бориши аёллар ҳаётининг 1/3 қисмини эстроген этишмовчили ёки пост-менопауза билан кечади. Ижтимоий ривожланиш туфайли ҳудудимизда яшаётган инсонларнинг ҳаётининг давомийлигини ўртача ёши ортди. Шунинг учун аёл организмдаги ёшга боғлиқ ўзгарган гемостаз фониди яшараябди. Шу билан боғлиқ ҳолда қандли диабет, юрак қон томир касалликлари, семириш, яши ва ёмон сифатли ўсмаларнинг ва бир қанча метаболит остеопороз ривожланишига олиб келади.*

*Калит сўзлар: климакс, репродуктив саломатлик, менструал цикли бузилиши.*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН НАШЕГО РЕГИОНА**

Юлдашева А.С.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме**

*По статистике средняя продолжительность женской популяции неуклонно растет и более 1/3 своей жизни женщина находится в периоде перименопаузы и постменопаузы. Снижение секреции эстрогенов в период климактерия сопровождается нарушением липидного и углеводного обмена, а также оказывает прямое и опосредованное влияние на состояние костного метаболизма, приводит к нарушению кальциевого обмена, что сопровождается уменьшением минеральной плотности костной ткани.*

*Ключевые слова: климакс, репродуктивное здоровье, нарушение менструального цикла.*

**SPECIFIC FEATURES OF THE CLIMATE PERIOD IN WOMEN OF OUR REGION**

Yuldasheva A.S.,

Andijan State Medical Institute.

✓ **Resume**

*According to statistics, the average duration of the female population is steadily growing and more than 1/3 of her life a woman is in the period of perimenopause and postmenopause. A decrease in the secretion of estrogen during menopause is accompanied by a violation of lipid and carbohydrate metabolism, and also has a direct and indirect effect on the state of bone metabolism, leads to a violation of calcium metabolism, which is accompanied by a decrease in bone mineral density.*

*Key words: menopause, reproductive health, menstrual irregularities.*

**Долзарблиги**

Климактерик даврда кўп учровчи патологиялардан бири климактерик синдром бўлиб, у 25-50 % ни ташкил этади. Касаллик ветего қон томир бузилишлар, урогенитал тизим атрофияси, остеопороз, атеросклероз белгилари, юрак қон томир тизимидаги бузилишлар билан кечади. Бунга сабаб эстроген дефицити. Даволаш мақсадида ўрин босувчи гормонотерапия сифатида кўпинча эстроген - гестоген препаратлар қўлланилади.

Охириги йилларда адабиётлардаги маълумотлар, синтетик препаратлар билан даволаш фониди тромбоземболик асоратлар ривожланиш хавфи ортишига бағишланган. Лекин ўрин босувчи гормонотерапия гемостаз тизимига таъсири етарлича ўрганилмаган.

Шу сабабли, ўрин босувчи гормонал давони гемостаз тизимига таъсири ва уни коррекция қилиш йўли аҳамиятлидир, мавжуд адабиётларда бу муаммога бағишланган илмий ишлар етарли эмас.

Климактерик давр - бу аёл ҳаёти ривожланишининг қонуний бир босқичи бўлиб, бу даврда аёл организмда ёшга боғлиқ инволюцион бузилишлар содир бўладики, бу ўзгаришларни климактерик ўзгаришлар

деб номланади. "Климактерий" сўзи грекча "climax" - зинапоя, латинча "climakterium" - хавfli деган маънони билдиради. "Климакс", "Климактерик давр" илгариги даврда аёлларни ёшга боғлиқўзгариши сифатида талқин қилинган. Лекин айрим адабиётларда муаллиф бу даврни применапаузал давр деб атаган. Кейинчалик шундай таъкидландики, аёлларни ўтиш даври тушунчаси пременапаузал давр, менапауза ва постменапаузал даврни ўз ичига олди.

Ҳайз аёл репродуктив функциясини ташқи клиник намоён бўлиши ҳисобланса, меностаз ёки менапауза ҳайзни тўхтатиш ҳисобланади.

Климатерик давр маълум даражада қаришнинг умумий механизмини кўрсатади. Қариш климактерий муаммосини ўрганиш бўйича эришилган бир қанча ютуқларга қарамай, ҳозиргача аёл организмда қонуний ёшга боғлиқўзгаришларни аниқ тартибловчи биологик жараёнларнинг маъноси ҳақида умумий қарашлар йўқ. Ёшга боғлиқўзгаришлар анчагина мураккаб бўлиб, патогенетик механизмларни ўрганиш учун 20 йилдан ортиқ вақт талаб қилади.

Қариш - бу генетик программалаштирилган жараён бўлиб, организмдаги ёшга боғлиқ маълум ўзгаришлар билан ўтади. Қариш жараёни климактерик давр

ҳақидаги замонавий қарашлар, бир қанча муаллифлар томонидан ўрганилган. Умумий қилиб айтганда, қариш - бу парчаланиш жараёни бўлиб, организмдаги орган ва системаларни ҳужайра фаолиятини бузади, натижада ҳамма физиологик вазифаларнинг бузилишига олиб келади.

Репродуктив даврни тугаши ва климактерик давр ўтиш аёл организмда репродуктив тизимда циклик жараёнларнинг қонуниятини бузилишига, шунингдек бошқа орган ва системалардаги ўзгаришларига олиб келади. Мос равишда гормонал гемостаз ўзгаради, бу ўз навбатида климактерик даврда ҳаёт фаолиятини ўзгаришига олиб келади. Репродуктив системанинг қариши - бу репродуктив циклни аста секин сўнишидир.

БЖССБ маълумотларига кўра ХХІ асрнинг бошларида аёллар ҳаётининг 1/3 қисмини эстроген етишмовчили ёки менопауза кечириши аниқланди. Ижтимоий ривожланиш туфайли ҳудудимизда яшаётган инсонларнинг ҳаётининг давомийлигини ўртача ёши ортди. Шунинг учун аёл организми 20-25 ёшдан кўп вақт давомида ёшга боғлиқ ўзгарган гемостаз фониди яшаётди. Шу билан боғлиқ ҳолда қандли диабет, юрак қон томир касалликлари, семириш, яхши ва ёмон сифатли ўсмаларнинг ва бир қанча касалликларнинг миқдори кўпайди. Бу касалликларнинг ривожланиши эса климактерик даврнинг патологик кечишига сабаб бўлади.

Аёл организмдаги ва репродуктив системадаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар генетик программалаштирилган, шунинг учун ҳамма аёлларда қонуний равишда климактерик давр кечади. Кечиш хусусиятларига қараб, физиологик ёки патологик кечиши мумкин.

Климактерик давр МАТ - гипоталамус - гипофиз - тухумдон - бачадон системасида ёшга боғлиқ қайта қурилиш пайдо бўлади.

Климактерик давр 45-60 ёш оралигини эгаллайди. Бу оралиқ репродуктив даврнинг тугаши ва тухумдон вазифасини тургун тўхташи ўртасидаги даврдир. Климактерик давр гонадотроп гормонларининг ишлаб чиқарилишини бошқарувчи гипоталамус марказларини ёшга боғлиқ қайта қурилиши, ўз навбатида рилизинг гормонларининг даврий равишда ишлаб чиқарилишининг бузилиши, овуляция ва репродуктив функцияни тўхташи билан боғлиқ.

Аёл организми 25-30 йил яшаган ритм даврий жараёнларнинг қонуниятининг бузилиши репродуктив системанинг фаолиятини ўзгартиради. Бу ўзгаришларга аёл организми кейинги фаол ҳаётини давом эттириш учун мослашиши керак. Бу ўзгаришларни мураккаб характери климактерийни синфланишига олиб келган. 1980 йилда БЖССБ томонидан қуйидаги синфланиш таклиф қилинган.

Дунё бўйлаб ҳайзнинг турли ёшларда турлича тўхташи айтиб ўтилган: Францияда - 49 ёшда, Дания ва Швейцарияда - 49,2 ёшда, ГДР да 49,3-51,4 ёшда, Голландияда - 54,4 ёшда, ЧССР да - 51,2 ёшда. Ҳайз фаолияти тўхташига таъсир қилувчи асосий факторларга иқлим, ижтимоий факторлар, чекиш, КОК ларни қўллаш, очлик, стресс, бир қанча дори препаратларни киритиш мумкин. Афсуски бизнинг мамлакатда бу давр бир мунча эртарақ бошланиб, қийин кечиши билан кескин фарқ қилади.

Шу сабабли, КС ривожланишида асосий жараёни ички ва ташқи муҳит факторлари эгаллаб, бизнинг юртимизда ушбу жараён асоратларсиз кечмайди ал-

батта. Табиийки бунга қуйидаги факторлар таъсири сабаб бўлиши мумкин:

- оғир маиший шароитда яшовчи аёлларда оилавий ва экологик кийинчиликлар;
- набира тарбияси;
- ота-она ёки яқинларнинг вафоти;
- шахсий оилавий кўнгилсизликлар (ажрашиш, эрининг вафоти).

Буларнинг ҳаммаси климактерик невроз деб номланувчи психоневрологик бузилишларга олиб келади.

Ёш ўзгаришлари ва системаларни патологик ҳолатига ўз ўрнида қон-томир системаси, ошқозон ичак тракти, сийдик ажратиш ва бошқа системаларни бузилиши олиб келади. Бунда эндокрин бузилишлар кўпинча эндокрин алмашинув паталогиясига олиб келади.

КС сабабларини баҳолашда айтишимиз мумкинки, бу мультифакториал касаллик бўлиб, унинг асосида ирсий, ташқи муҳит стрессли ва соматик факторлар ётади.

Паталогияси ҳақида ҳам бир тўхтама келинмаган. Касаллик бошланиши стероидогенезни бирламчи бузилиши ва эстроген бирикмаларини тулқинсимон даражасига боғлиқ бўлса, баъзан РФ - гормонлар ажралиши ва гонадотроп гормон миқдорини ошишига олиб келувчи гипоталамус ёки гипофизни бирламчи паталогиясига боғлиқ бўлади. Ҳамма ҳолатларда ҳам алмашинув бузилишлари алоҳида ўрин тутаяди.

КС доимо лимбик-ретикуляр комплекси ўзаро алоқаси ва активлигини бузилиши (гипо-ёки ареактивлик типиди) бирга кечади, шу билан бирга гипоталамик структура юрак-қон томир, нафас ва бошқа системаларни бузилиши эмоционал ҳолат реакциялари ва терморегуляция механизmlарини бузилиши бирга келади. Бу ўзгаришлар қанча кучли ривожланган бўлса, КС шунчалик оғир ўтади. КСни оғирлик даражаси гормонал бузилишларни даражаси билан боғлиқ, КС да АКТГ, ТТГ ва гонадотроп гормонлари миқдорини ортиши характерли ўзгаришларга олиб келади. Периферик эндокрин органлар реакцияси бузилади. Буйрак усти безидан ажралувчи кортизол, алдостерон ва тестостерон миқдори Т3 ва Т4 миқдори ортади. Люлиберин, фолиберин, кортиколиберин, тиролиберин ва нейропептид гормони синтезши ва ритмик ажралиши бузилади. Бундан ташқари нейро-медиатор эндокрин система периферик қисмида функционал ўзгаришлар чақиради.

Юртимизда климактерик даврда руҳий эмоционал симптомлар: депрессия, уйқу бузилиши, асабийлик, хотира пасайиши, жинсий сезгини пасайиши, диққат ва мотивация концентрациясини камайиши, астенизация каби белгилар намоён бўлишига қарамасдан бизнинг худуд аксарият аёллари менталитетдан келиб чиқиб, шифокорга мурожаат қилишни нафақат кечиктиришади балки аксарият ҳолларда умуман мурожаат қилишмайди. Табиийки ушбу гуруҳ аёлларида кейинчалик репродуктив аъзолар саратон касаликлари кўрсаткичи юқори бўлади.

Регионимизда беморлар кўпинча юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилишади. Оғриқ кардиалгияга хос бўлиб, баъзида стенокардияни эслатади. Кардиал белгилар климактерик синдромда қуйидаги ўзига хос кўринишларга эга бўлади.

1. Оғриқ локализацияси: кўпинча юрак чуққисида, тушни чап қирғоғида, кам ҳолларда куракда.

2. Оғриқ характери: Эзувчи, қисувчи, ачиштирувчи, бурмаловчи.

3. Оғриқ давомийлиги: Бир неча соат давом этади. Ҳужум доимий эзувчи оғриқ ёки юрак соҳасидаги ноҳушлик фонида келиб чиқади.

4. Оғриқни тарқалиши: Чап қулга, чап юракка

5. Оғриққа ёрдам берувчи омиллар: Тинчликда кўпинча кечқурун пайдо бўлади.

6. Оғриқни қолдириш: седативлар билан қолдириш мумкин (корвалол, валокордин, валириана)

7. Оғриқни кўриниши: Оғриқ вегетатив реакциялар билан юзага келади (юзни оқариши ёки қизариб кетиш, юрак тез уриши, терлаш, парезтезия, нафас ритмини бузилиши, бош айланиши, полиурия). Вазоматор қизиш 1-2 минутгача давом этади. Эмоционал-руҳий ҳолсизлик, тез чарчаш, кўзгалувчанлик, йиғлоқилик, бош оғриши, уйқусизлик, кўрқув ҳисси билан кўринади.

Шу сабабли юртимиз аёллари ушбу давр доимо чалқаш тарзда бошқа ёндош тор мутахасисларга мурожаат этиб климактерик давр кечишини қийинлаштиради ва табиқий кардолог назоратида ҳам юрак касалликлари ўтиб кетмаётганига шикоят қилишади. Бу эса нафақат климактерик даврни асоратланишига балки нотўғри ташхис ва даволаш оқибатида ёндош экстрагенитал касалликлар келиб чиқишига ва уларнинг оғирлашувига олиб келади.

Оргағизм репродуктив даврдан климактерик даврга ўтишда ўз-ўзини адаптация таъсирини намोён этади ва климактерик даврни физиологик кечишини таъминлайди.

Тухумдон гормонларигормонал етишмовчилиги климактерик синдром ривожланишига шароит яратади. Эстрогенлар секрециясини кўплиги ва рецепторларни эстрогенларга сезувчанлигини ошиши гормонларга тобе аъзоларда гиперпластик жараёнлар ривожланишига олиб келади. Жинсий гормонлар турли аъзо ва тизимлар фаолиятига ҳам таъсир кўрсатибостеопороз, гормонал кардиомиопатия, депрессив ҳолатлар, гиперпластик жараёнлар, гормонга боғлиқўсма-лар ривожланишига сабаб бўлади. Жинсий гормонлар дефицити фонида климактерик бузилишлар ривожланади.

Хулоса қилиб, айтганда юртимиз аёлларида климактерик синдром кўп ҳолларда вегето - қон томир, руҳий - эмоционал ва алмашинув - эндокрин бузилишлар кўринишида намоён бўлади.

1. Климактерик синдром кўп ҳолларда экстрагенитал патологиялари бор аёлларда учрайди.

2. Одатда аёлларнинг шифокорга кеч ва нотўғри мурожати туфайли асоратланади.

3. Юқоридаги айтиб ўтилган жараёнлар уларда экстрагенитал касалликлар келиб чиқишига сабаб бўлади ва ёки мавжуд экстрагенитал касалликлар оғирлашувига олиб келади.

#### АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Абрамченко, В.В. Профилактика и лечение нарушений обмена кальция в акушерстве, гинекологии и перинатологии / Абрамченко В.В. - СПб.: ЭЛБИ, 2006.-240 с.
2. Амро, И.Г. Ультразвуковая денситометрия в диагностике остеопенического синдрома при беременности / Амро И.Г., Грищенко О.В., Грищенко Н.Г. // Вестник Харювского национального университета им. В.Н. Каразга. - 2006 - Вып.720. С. 10-14.
3. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Чеботникова,Т.В., Дони-на,Е.Ю., Пархоменко,И.М. Оценка влияния гормональной

терапии в постменопаузе на психологический статус женщины с климактерическим синдромом // Проблемы репродукции. - 2008. - №4. - С.95-98.

4. Беневоленская Л.И. Общие принципы профилактики и лечения остеопороза. *Consilium Medicum* 2000; 2(6).
5. Бумм, Э. Руководство по акушерству / Бумм Э.; пер. с нем. СИ. Розенфельд. - М.:МИА, 2007. - 600 с.
6. Вихляева Е.М. Остеопороз: клиника, диагностика, профилактика и лечение // В книге "Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни"/ под ред. Е.М.Вихляевой-М.: МЕДпресс-информ, 2008.- С. 166-213.
7. Григорьева, Д.В. Нарушения костно-минерального обмена и их коррекция у беременных с остеопенией: автореф. дис канд. мед. наук / Григорьева Д.В. - М., 2008.
8. Ермакова И.П. Биохимические маркеры обмена костной ткани и их клиническое использование // Лаборатория. - 2001. - №1. - С.3-5.
9. Ершова О.Б. Семенова О.В. Дегтярев А. Д. Результаты проспективного изучения исходов переломов проксимального отдела бедра - // Остеопороз и остеопатия. 2000, №1 С.9-10.
10. Жабченко, И.А. Состояние кальций-фосфорного обмена и коррекция его нарушений при нормально протекающей и осложненной беременности / Жабченко И.А. // Здоровье женщины. - 2005. - № 3. - С. 34-38.
11. Князева Л.А., Маслякова, И.Н., Горяйнов,И.И., Князева,-Л.И. и др. Содержание противовоспалительных цитокинов ИЛ-1(3), ИЛ-6, ФНО-а в сыворотке крови больных гипотиреозом. // 2-ой Российский тиреологический конгресс: тез.докл. - Москва, 2002. - С.203.
12. Лесняк О.М. Социальные и экономические последствия не предотвращенного остеопороза и возможные пути организации его профилактики. // Тезисы докл. Третий Российский симпозиум по остеопорозу. Санкт-петербург, 2000. -С.76-77.
13. Лесняк О.М. Фармакоэкономика средств профилактики и лечения остеопороза // В кн.: Руководство по остеопорозу. М.: Бином, 2003. С.469-481.
14. Лоренс Ригтз Б., Джозеф Мелтон Ш.Л. Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение. Пер. с англ. М: БИНОМ 2000; 162-163: 232-234.
15. Меньшикова Л.В., Храмова Н.А., Ершова О.Б. и др. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) // Остеопороз и остеопатия. 2002. №1. " С.8-11.
16. Calcium absorption is significantly higher in adolescents during pregnancy than in early postpartum period / O'Brien K.O., Nathanson M.S., Mancini J. [et al.] // Am. J. Clin. Nutrition. - 2003. - Vol. 78, N 6. - P.188S-1193S.
17. Calcium homeostasis during pregnancy and lactation in Brazilian women with low calcium intakes: a longitudinal study / Vargas Zapata C. L., Donangelo C. M., Woodhouse L. R. [et al.] // Am. J. Clinical Nutrition. - 2004. - Vol.80, N2,-P.417-422.
18. Carranza-Lira, S. Influence of number of pregnancies and total breastfeeding time on bone mineral density / Carranza-Lira S., Mera J.P. // Int. J. Fertil. Womens Med. - 2002. - Vol. 47. - P. 169-171.
19. Changes in bone mineral status and bone size during pregnancy, and the influences of body weight and calcium intake / Olausson IE, Easley M.A., Goldberg G.R. [et al.] //Am. J. Clin. Nutr. 2008. - Vol.88. -P. 1032-1039.
20. Changes in serum markers of bone turnover during normal pregnancy / Kraur ML, Godber I.M.L, Lawson N. [et al.] // Annals of Clinical Biochemistry. -2003. - Vol. 40. - P.508-513.
21. Cheung A.P. Acute effects of estradiol and progesterone on insulin, lipids and lipoproteins in postmenopausal women: a pilot study // Maturitas. - 2000, Apr.28.-35(1).-P.45-50.
22. Therapeutic equivalence of alendronate 35 milligrams once weekly and 5 milligrams daily in the prevention of postmenopausal osteoporosis / Luckey M.M., Gilchrist N., Bone H.G. et al. // Obstet. Gynecol. 2003. -Vol.101.-P.711-721.
23. Thirteen cases of jaw osteonecrosis in patients on bisphosphonate therapy / Vieillard M.H., Maes J.M., Penel G. et al. // Joint Bone Spine. 2008. -Vol.75. - P.34-40.
24. Torgerson, D.J. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials / Torgerson D.J., Bell-Syer S.E. // JAMA. 2001. - Vol.285. - P.2891-2897.

25. Treatment with alendronate plus calcium, alendronate alone or calcium alone for postmenopausal low bone mineral density / Bonnik S., Broy S., Kaiser F. et al. // *Cuop. Med. Res.Opin.* 2007. - Vol.23, № 6. - P.1341-1349.
26. Tsurusaki, K. Differential effects of menopause and metabolic disease on trabecular and cortical bone assessed by peripheral quantitative computedtomography (pQCT) / Tsurusaki K., Ito M., Hayashi K. // *Br. J. Radiol.* -2000. Vol.73, № 865. - P. 14-22.
27. Type I collagen racemization and isomerization and the risk of fracture in postmenopausal women: the OFFELY prospective study / Garnero P., Cloos P., Sornay-Rendu E. et al. // *J.Bone Miner. Res.* 2002. - Vol.17. - P.826-833.
28. Use of phalangeal bone mineral density and multy-site speed of sound condiction to monitor therapy with alendronate in postmenopausal women / Drake W.M., Brown J.P., Banville C., Kendler D.L. // *Osteoporos. Int.* -2002. Vol.13, № 3. -P.249-256.
28. Use of the clinical risk factors to identify postmenopausal woman with vertebral fractures / Tobias J.H., Hutchinson A.P., Hunt L.P. et al. // *Osteoporos.Int.* 2007. - Vol.18, № 18. - P.35-43.
29. Vitamin D deficiency as a risk factor for osteoporotic fractures / Schoor van M.N., Visser M., Pluijm F.M.S. et al. // *Bone.* 2008. - Vol.42. - P.260-266.
30. Weitzmann, M.N. Estrogen deficiency and bone loss: an inflammatory tale / Weitzmann M.N., Pacifici R. // *J. Clin. Invest.* 2006. - Vol.116. - P.1186-1194.
31. Weitzmann, M.N. Estrogen regulation of immune cell bone interactions / Weitzmann M.N., Pacifici R. // *Ann N. Y. Acad. Sci.* 2006. - Vol.1068. -P.256-274.
32. Werner, P. Knowledge about osteoporosis: assessment, coopelates, outcomes / Werner P. // *Osteoporos. Int.* 2005. - Vol.16, № 2. - P.115-127.
33. WHI and WHI-CACS investigators. Estrogen therapy and coronary-artery calcification / Manson J.E., Alison M.A., Rossoun J.E. et al. // *N. Engl. J. Med.* 2007. - Vol.356, № 25. - P.2591-2602.
34. Yendt, E.R. Reduced serum calcium and inorganic phosphate levels in normal elderly women / Yendt E.R., Cohanin M., Rosenberg G.M. // *J. Gerontol.* 1986. - Vol.41. - P.325-330.
35. Yu, S. Knowledge of attitudes toward and activity to prevent osteoporosis among middle-aged and elderly women / Yu S., Huang Y.C. // *J. Nursing Research.* 2003. - Vol.11. - P.65-72.

Келиб тушган вақти 09.09.2020