ПОЛИЭНДОКРИН-МЕТАБОЛИК ОВАРИАЛ СИНДРОМНИНГ ТУРЛИ ФЕНОТИПЛАРИДА КЛИНИК ВА МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Pirmuhamedova Gulnoza Nigmatovna
«Nora Medical» xususiy klinikasi, Toshkent, O'zbekiston

Калит сўзлар: полиэндокрин-метаболик овариал синдром, ПМОС, фенотиплар, гиперандрогения, инсулинрезистентлик, HOMA-IR, гирсутизм, овулятор дисфункция, метаболик хавф.

Долзарблиги. Полиэндокрин-метаболик овариал синдром (ПМОС), аввал поликистоз тухумдон синдроми деб аталган, репродуктив ёшдаги аёлларда учрайдиган энг муҳим эндокрин-метаболик ҳолатлардан бири ҳисобланади. Касаллик бир хил клиник кўринишга эга эмас: айрим беморларда гиперандрогения ва овулятор дисфункция устун бўлса, бошқаларида инсулинрезистентлик, семириш, дислипидемия ва бошқа метаболик ўзгаришлар кўпроқ намоён бўлади. Шу сабабли ПМОСни фақат репродуктив синдром сифатида баҳолаш етарли эмас. Фенотиплар ўртасидаги фарқларни аниқлаш юқори метаболик хавфга эга аёлларни эрта ажратиш ва индивидуал кузатув тактикасини белгилаш учун муҳимдир.

Мақсад. ПМОСнинг A, B, C ва D фенотипларида клиник, гормонал, метаболик ва ультратовуш кўрсаткичларининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга ПМОС ташхиси қўйилган 145 нафар репродуктив ёшдаги аёл киритилди. Роттердам мезонларига мувофиқ беморлар тўрт фенотипга ажратилди: A фенотип — 78 нафар, B — 18 нафар, C — 19 нафар, D — 30 нафар. Назорат гуруҳини мунтазам овулятор ҳайз циклига эга, нормал тана вазни бўлган, клиник ва лаборатор гиперандрогения ҳамда тухумдонларнинг поликистоз морфологияси белгилари бўлмаган соғлом аёллар ташкил қилди. Беморларда ҳайз циклининг хусусиятлари, гирсутизм даражаси, тана вазни ва ИМТ, тестостерон, эркин андрогенлар индекси, ЛГ, ФСГ, ЛГ/ФСГ нисбати, инсулин, HOMA-IR, глюкоза ва липид алмашинуви кўрсаткичлари баҳоланди. Ультратовуш текширувида тухумдонлар ҳажми ва антрал фолликуллар сони ҳисобланди.

Натижалар. ПМОС фенотиплари клиник ва метаболик жиҳатдан сезиларли фарқ қилди. Энг яққол гиперандроген белгилар A фенотипида қайд этилди: гирсутизмнинг ўртача кўрсаткичи 11,9±4,3 баллни ташкил қилди. B ва C фенотипларида бу кўрсаткич мос равишда 8,28±2,02 ва 8,11±4,16 балл бўлган. A фенотипида ҳайз цикли бузилишлари эртароқ бошланган ва цикл давомийлиги узунроқ бўлган. Шунингдек, A ва B фенотипларида гиперандрогения ва инсулинрезистентлик кўрсаткичлари C ва D фенотипларига нисбатан юқорироқ бўлди.

Корреляцион таҳлилда ҳайз циклининг давомийлиги тестостерон даражаси билан (r=0,55), гирсутизм даражаси билан (r=0,51), эркин андрогенлар индекси билан (r=0,51), тухумдонлар ҳажми ва антрал фолликуллар сони билан мусбат боғланган. Шунингдек, ДГЭА-С, ЛГ, ЛГ/ФСГ ва HOMA-IR билан ҳам аҳамиятли боғлиқликлар аниқланди. Бу натижалар овариал морфология, гиперандрогения ва метаболик бузилишлар бир-бири билан ўзаро боғлиқ эканини кўрсатди. Диссертация натижаларида D фенотипи энг қулай гормонал-метаболик профилга эга бўлиб, унда метаболик бузилишлар ва бепуштлик частотаси нисбатан паст бўлган.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

Хулоса. ПМОС клиник ва метаболик жиҳатдан гетероген синдром бўлиб, унинг фенотиплари бир хил хавф даражасига эга эмас. A ва B гиперандроген фенотипларида репродуктив ва метаболик бузилишлар кўпроқ намоён бўлади, D фенотипи эса нисбатан қулай кечади. Фенотипик стратификация инсулинрезистентлик, гиперандрогения ва кардиометаболик хавфи юқори бўлган беморларни эрта аниқлашга ёрдам беради ва ПМОС билан аёлларни индивидуал кузатиш учун асос бўлиши мумкин.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.