

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

NURANƏ ARİZ QIZI HƏMİDOVA

**POLİKİSTOZ YUMURTALIQLAR SİNDROMLU
REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA
HİPOFİZ-YUMURTALIQ SİSTEMİNİN
XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilən dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2014

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin II məmaliq-ginekologiya kafedrasının bazası və Səbail rayonu 5 saylı birləşmiş qadın məsləhətxanasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor

H.F.BAĞIROVA

Rəsmi oponentlər:

tibb elmləri doktoru, professor

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

C.F.QURBANOVA

V.C.QURBANOVA

Aparıcı təşkilat: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, məmaliq və ginekologiya kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi «29»10 2014-cü il tarixdə saat ___-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: 1022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23 (konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat « » 2014-cü ildə göndərilmişdir.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının
Elmi katibi, tibb elmləri doktoru,
professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

İŞİN ÜMUMİ SƏCİYYƏSİ

Tədqiqatın aktualığı. Son zamanlar bir çox ginekoloji xəstəliklərin müayinə və müalicə taktikasında əhəmiyyətli dəyişikliklər baş vermişdir. Bu, müxtəlif yaş dövrlərində reproduktiv sistemin fiziologiya və patologiyası üzrə aparılmış çoxsaylı elmi tədqiqatların dərinləşməsi, bu və ya digər ginekoloji xəstəliklərin müasir gedişatının əsas xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, həmçinin yeni-yeni müayinə və müalicə metodlarının geniş tətbiqi və təkmilləşdirilməsi ilə bağlıdır. Hal-hazırda əksər ginekoloji patologiyaların strukturu yumurtalıqların hormonal funksiyalarında yaranmış tsiklik pozulma tezlikləri ilə xarakterizə olunur. Yeniyetmə qızlarda və gənc qadınlarda nəinki sağlamlığın qorunması, həmçinin reproduktiv funksiyanın bərpa olunması problemlərinin həlli xüsusi əhəmiyyət kəsb etməkdədir [Краснопольская К.В. и др., 2009; Назаренко Т.А., 2005].

Etiologiyası indiyədək tam öyrənilməyən PKYS-nun əsas risk faktoru kimi stress halının vurğulanması xüsusilə əhəmiyyətlidir. Belə ki, stress zamanı qan zərdabına atılan katexolaminlər və kortikosteroidlərin müvafiq konsentrasiyaları öz növbəsində qonadoliberinlərin sekresiyasının dəyişilməsinə və beləliklə normal follikulogenezin pozulmasına gətirib çıxarır. Bununla bağlı, bir sıra mənbələrdə [Алиева Э.А., 1991] stress fonunda qan zərdabına endorfin mənşəli katexolaminlərin sürətli atılması faktı qeyd edilmiş və prosesin son nəticəsi kimi hipotalamusun arkuat nüvələrində qonadotropin rilizinq-hormonlarının sekresiyasının pozulması və hipofizdə qonadotropin sintezinin patoloji dəyişilməsi halı müəyyən edilmişdir. Növbəti mərhələlərdə ventromedial nüvələr patologiyaya qoşularaq mübadilə proseslərinin güclü pozulmalarına – piylənməyə və s. şərait yaratmışdır. Yaranmış piylənmələr əksərən pre-, pubertat yaşlı qızlara, həmçinin reproduktiv dövrü yaşayan qadınlara xasdır və orqanizmin uzunmüddətli stress halı kimi dəyərləndirilə bilər. Dolayısı ilə qeyd etmək olar ki, verilmiş patologiya anadangəlmə deyildir, yumurtalıqlarda olan patoloji proseslər II-li xarakterlidir [Прилепская В.Н., 2007]. Funksional pozulmalar polikistoz yumurtalıqlar üçün patoqnomik olub, menarxe dövründən başlanğıc götürür.

PKYS zamanı hormonal göstəricilərin (qan zərdabında LH-nun artımı, FSH-nun azalması, LH/FSH nisbətinin dəyişilməsi, hiperandrojeniya, estradiol çatışmazlığı və s.) tədqiqi və mövcud kliniki vəziyyətə uyğun obyektiv dəyərləndirilməsi, hormonal statusla PKYS-nun müxtəlif kliniki

formaları arasında qarşılıqlı əlaqənin olması, həmçinin patogenetik əsaslandırılmış kompleks müayinə-müalicə taktikaları haqda ədəbiyyat mənbələrində əldə etdiyimiz məlumatlar azhəcmli, sistemləşdirilməmiş şəkildədir. Pasientlərdə uzunmüddətli ənənəvi hormonoterapiya fonunda aparılmış kompleks müalicədən sonrakı dövrdə yarana biləcək istənilən xoşagəlməz halların (başgicəllənmə, ürəkbulanma, mastalgiya, istilikgəlmə halları), əlavə təsirlərin (psixoemosional pozulmalar, depressiya) qarşısını almaq üçün orqanizm tərəfindən daha yaxşı mənimsənilən, az toksik təsirli steroid saponin tərkibli preparatların tətbiqi tədqiqat işində vacib məsələlər hesab olunmalıdır.

Tədqiqatın məqsədi. Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu reproduktiv yaşlı pasientlərin müayinə prinsipləri nəzərə alınmaqla, kompleks müalicə nəticələrinin effektivliyinin artırılmasına yönəldilmiş elmi yanaşmaların işlənilib hazırlanması.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Son 5 il ərzində (2008-2012) ATU-nun II məmaliq-ginekologiya kafedrası, Ş.M.Ələsgərova ad. 5 saylı doğum evi və Səbail rayonu 5 saylı birləşmiş qadın məsləhətxanasının bazasının kliniki materiallarının təhlili əsasında reproduktiv yaş qruplu pasientlərdə PKYS-nun rastgəlmə tezliyini qiymətləndirmək;

2. PKYS-lu pasientlərdə hipofiz-yumurtalıq sisteminin xüsusiyyətlərini dəqiqləşdirmək, yaş amili və klinik formaları nəzərə almaqla hormonal fonu təhlil etmək;

3. PKYS zamanı metabolik pozulmaları araşdırmaq, həmçinin kəskin və xroniki infeksiya xəstəliklərinə olan meyilliliyi aşkar etmək;

4. Xəstələrin aparılma və müalicə taktikasını əsaslandırmaq, terapiyada yeni steroid saponin tərkibli preparatların tətbiqinin effektivliyini öyrənmək.

Tədqiqat işinin elmi yeniliyi: İlk dəfə olaraq tədqiq edilmiş yaş aspektində (18-27, 28-37 və 38-42 yaşlar) hormonal statusla PKYS-nun müxtəlif kliniki formaları arasında qarşılıqlı əlaqə öyrənilmişdir. Eyni zamanda, yeni təbii preparat ("Tribestan") daxil etməklə ənənəvi müalicə fonunda kompleks müalicənin effektivliyi göstərilmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti. Aparılan tədqiqatların nəticələri əsasında yeni müayinə protokolu işlənilib yaradılaraq ginekoloji praktikaya daxil edilmişdir. Bu protokola əsasən, müxtəlif kliniki formalı PKYS olan xəstələrin yaşı nəzərə alınmaqla və müalicədə "Tribestan" istifadə etməklə yanaşma taktikası hazırlanmışdır.

Tətbiqi. Təklif edilmiş müalicə üsulu Azərbaycan Tibb Universitetinin mamalıq və ginekologiya kafedralarının tədris prosesində, eləcə də, Səbail rayonu 5 sayılı birləşmiş qadın məsləhətxanası və Ş.M.Ələsgərova ad. 5 sayılı kliniki doğum evinin ginekologiya şöbəsində tətbiq edilir.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Reprodaktiv yaş aspekti üzrə PKYS-nun tipik və mərkəzi formaları ilə müqayisədə kombinəedilmiş formanın pasientlərdə böyük ehtimalla izlənməsi, patoloji prosesin uzunmüddətli və daha ağır kliniki gedişatlı olmasından xəbər verən mühüm amil kimi dəyərləndirilməlidir.

2. İlk hormonal skrining zamanı periferik qan zərdabında FSH və estradiol səviyyəsinin nisbi azalması fonunda LH və testosteron miqdarında, həmçinin LH/FSH indeksində artımın qeyd edilməsi PKYS üçün patoqnomik olub, hipofiz-yumurtalıq sisteminin dərin pozulmaları kimi təhlil edilməlidir.

3. PKYS-lu pasientlərdə yaş faktoru və fenotip nəzərə alınmalı, metabolik proseslərin zəifləməsi ilə çəki artımı arasında birbaşa əlaqənin olması vurğulanmalıdır. İstənilən PKYS-lu pasientdə premorbid fonun öyrənilməsi ilə kəskin və xroniki infeksiyon xəstəliklərə olan meyillilik təyin edilməlidir.

4. Standart müalicə ilə müqayisədə kompleks müalicənin yeni steroid saponin tərkibli preparatlarla (Tribestan) aparılması daha effektivdir. Bu dinamikada fertilliyin bərpası, müntəzəm aybaşı tsiklinin, ikifazlı bazal temperaturun əldə edilməsi, həmçinin exoskrining və dopplerometrik göstəricilərin stabil normallaşması faktları ilə izah edilir.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problemlı planı ilə əlaqəsi. Dissertasiya işinin mövzusu ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının elmi-tədqiqat planına daxildir (dövlət qeydiyyatı № 0105 Az 00106).

İşin müzakirəsi. Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi 22.06.2012-ci ildə ATU-nun II mamalıq-ginekologiya kafedrasının iclasında və 03.07.2013-cü ildə D 03.011 Dissertasiya Şurasının Aprobasiya komissiyasının iclasında aparılmışdır.

Çap. Dissertasiya mövzusu üzrə 6 elmi məqalə və 3 tezis çap edilmişdir.

İşin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi kompüterdə yığılmış 179 səhifədən: giriş, 5 fəsil, yekun, nəticə və praktiki tövsiyələr, ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısında 283 mənbədən istifadə edilmişdir ki, onlardan 11 vətən və 272 xarici ölkə alimlərinin əsərləridir. Dissertasiyanın mətni 40 cədvəl və 27 şəkillə əyaniləşdirilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqatın kliniki hissəsi 2008-2012-ci illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin II məməliq-ginekologiya kafedrasının bazası və Səbail rayonu 5 saylı birləşmiş qadın məsləhətxanasına müraciət etmiş 120 pasientin müayinə və müalicəsi nəticələrinin təhlili üzrə aparılmışdır. İşin gedişində digər klinik–instrumental-laborator müayinələrlə yanaşı reproduktiv dövrü yaşayan, PKYS-nun müxtəlif kliniki formaları mövcud olan birincili və ikincili sonsuzluqlu qadınlarda, xroniki anovulyator aybaşı tsikli qızlarda hipofiz-yumurtalıq sisteminin ümumi vəziyyəti hormonal profilin öyrənilməsi ilə qiymətləndirilmiş, eyni zamanda ənənəvi müalicə fonunda "Tribestan" daxil edilməklə kompleks müalicənin effektivliyi müqayisəli şəkildə təhlil olunmuşdur.

Tədqiqatlar zamanı qarşıya qoyulan vəzifələrdən, aparılan müayinə və müalicə üsullarından asılı olaraq 120 pasiyent 2 qrupda yerləşdirilmişdir: I qrupa (əsas) anamnezində PKYS, sonsuzluq və xroniki anovulyator aybaşı tsikli qeyd edilən və ənənəvi müalicə fonunda "Tribestan" daxil etməklə kompleks terapiya kursu almış reproduktiv yaş qruplu 90 (75%) pasient, II qrupa (müqayisə) analoji anamnezə malik və yalnız ənənəvi müalicə almış 30 (25%) pasient aid edilmişlər. I və II qruplarla yanaşı, xüsusi nəzarət qrupu yaradılmışdır ki, buraya da praktiki cəhətdən sağlam, hormonal pozulması olmayan 30 qadın aid edilmişdir.

PKYS diaqnozu bütün pasientlərdə anovulyasiya ilə müşayiət edilən aybaşı pozulmaları, hiperandrojeniyanın kliniki təzahürləri və/və ya laborator göstəriciləri, polikistozlaşmış yumurtalıqların USM-si vasitəsilə exoskrininqi kimi ümumi qəbul edilmiş meyarlar əsasında təsdiq edilmişdir.

Rotterdam konsensusunun (2003) tələbləri ilə razılıqla pasientlərimizdə PKYS diaqnozunun dəqiq verifikasiyası, digər patologiyaların olmadığı və yuxarıda sadalanan 2 və ya 3 kriterinin qeyd edildiyi hallarda aparılmışdır.

Hormonal müayinələr zamanı qan zərdabında qonadotrop və steroid hormonların bazal səviyyələri təyin edilmişdir. Bu məqsədlə, PKYS-lu 120 pasientdə yaş aspekti və kliniki formalar nəzərə alınmaqla hipofiz–yumurtalıq sisteminin ümumi vəziyyəti hormonal fonun geniş təhlili ilə öyrənilmişdir ki, bu da işimizin əsas istiqamətlərindən biri hesab olunmuşdur. Səhər saatlarında (8.00-11.00) klinikaya müraciət edən 18-42

yaşarası hər bir pasientin dirsək venasından qan nümunələri götürülmüş, radioimmunooloji metodla qonadotrop və steroid hormonların skriningi aparılmışdır.

İnsulinərezistentliyin təyini oral qlükozatolerantlıq testi (OQTT) və HOMA əmsalının hesablanması əsasında aparılmışdır.

Tədqiqatın gedişində alınmış rəqəm göstəriciləri arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün Uilkokson (Manna-Uitni) meyarından (U), keyfiyyət analizi üçün χ^2 -Pirsonun tetraxorik və polixorik əlaqə göstəricilərindən istifadə edilmişdir.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

İşin gedişi zamanı alınmış bir sıra məqamların düzgün interpretasiyası tədqiqat qrupları üzrə hormonal fon göstəricilərinin araşdırılması və onların nəzarət qrupunun uyğun göstəriciləri ilə müqayisəli təhlili nəticəsində aparılmışdır. Alınmış materialın elmi-praktiki dəyərləndirilməsi, yaş aspektləri, kliniki formalar nəzərə alınmaqla PKYS-lu sonsuz pasientlərin patogenetik əsaslandırılmış müalicə və aparılmasını təmin edən meyarlar (praktiki tövsiyələr) işlənib hazırlanmışdır.

Tədqiqata cəlb edilmiş pasientlər klinikaya ilk müraciətlərində ətraflı sorğu edilmiş, onlardan dəqiq anamnez toplanmışdır. Anamnestik məlumatların təhlili ilə ilk aybaşı vaxtı (menarxe) və patologiyanın müxtəlif kliniki formaları arasında düz korrelyasiyanın olması faktı aşkar edilmişdir. Belə ki, gec menarxe (16-17 yaş) görünən 21 (23,3%) nəfərdə qarışıq, erkən menarxeli (10-11 yaş) 13 (14,4%) pasientdə tipik klinik forma nisbətən çox rast gəlinmiş, vaxtında menarxesi (13-14 yaş) olan 56 (62,2%) -də hər 3 kliniki formanın müştərək mövcud olması faktı qeyd edilmişdir. Menstrual funksiyanın xarakteri təhlil edilərkən, menarxenin əsas qrup üzrə $13 \pm 0,2$; müqayisə qrupu üzrə $13 \pm 1,1$ arası tərəddüd etməsi məlum olmuşdur. Əsas qrup üzrə 78 (86,7%), müqayisə qrupu üzrə 24 (80%) pasientdə menarxedən başlanğıc götürmüş – oliqo/-opsomenoreya (ildə 6-7 dəfə qeyri-müntəzəm aybaşı tsiklinin olması) tipli aybaşı pozulmaları aşkar edilmiş, II-li amenoreya (4-6 ay ərzində normal tsiklin olmaması) faktı əsas qrup üzrə 12 (10,0%), müqayisə qrupu üzrə 6 (5%) -də izlənilmiş, hirsutizmə 29 (24,2 \pm 3,9%) pasientdə rast gəlinmişdir.

Reproduktiv funksiya öyrənilərkən sonsuzluq faktoruna ciddi yanaşılmış, I-li sonsuzluq 70 (58,3%), II-li sonsuzluq 28 (23,3%) -də qeyd edilmişdir (cədvəl 1).

Reproduktiv funksiyanın tədqiqat qrupları üzrə qiymətləndirilməsi

Reproduktiv funksiya		Qruplar		Cəmi (n=120)
		Əsas qrup (n=90)	Müqayisə qrupu (n=30)	
Sonsuzluq	Birincili	55 (61,1%)	15 (50,0%)	70 (58,3%)
	İkincili	20 (22,2%)	8 (26,7%)	28 (23,3%)
Qızlar		15 (16,7%)	7 (23,3%)	22 (18,3%)

Tədqiqat işinin sonrakı mərhələsində qruplara cəlb edilmiş bütün pasientlər üzrə premorbid fonun öyrənilməsinə cəhd edilmiş və nəticədə 18 (15%)-də bir sıra kəskin və xronik gedişli infeksiyon xəstəliklərə olan yüksək meyillilik aşkar edilmişdir. Toplanan anamnestik məlumatlarda pasientlərin 5-6 yaşlardan başlayaraq dəfələrlə kəskin respirator virus infeksiyaları (KRVİ) və tonzillojen intoksikasiyalar (xroniki tonzillit) keçirmələri qeyd edilir. Əsas qrupda KRVİ 5 (5,6%), xroniki tonzillit 7 (7,8%); müqayisə qrupu üzrə KRVİ 2 (6,7%), xroniki tonzillit 4 (13,3%) pasientdə rast gəlinmişdir. Qruplar üzrə adı çəkilən infeksiyon xəstəliklərin uşaqlıq çağlarından başlaması, uzun müddət davam etməsi və dəfələrlə təkrarlanması halları, bizim tərəfimizdən PKYS-lu pasientlərdə cinsi inkişaflarının daha sonrakı etaplarında (pubertat və reproduktiv yaşlar) ardıcıl olaraq follikul aparatının zədələnməsi fonunda degenerativ dəyişmələrə və hipotalamus-hipofiz strukturunda funksional qırılmalara zəmin yaradan başlıca risk faktorlarından biri kimi dəyərləndirilmişdir.

Bununla yanaşı, reproduktiv yaşlı hər bir pasientdə fenotip xüsusiyyətlər (konstitusional tiplər) dəqiqləşdirilmiş, BKƏ-nın göstəriciləri təyin edilmişdir. Belə məlum olmuşdur ki, əsas və müqayisə qrupları üzrə dərialtı piy qatının inkişafı 75 (62,5%) pasientdə zəif və kafi xarakterlidir, onlardan 15 (12,5%)-i astenik, 60 (50%)-i normostenik bədən quruluşudur. Normostenik fenotipli 60 (50%) pasientdə $G/Ç < 0,85$; BKƏ orta göstəricisi $23 \pm 0,1$ olmaqla ginoid tip piylənmə; 45 (37,5%) pasientdə çəki artımı və dərialtı piy qatının müxtəlif xarakterli paylanması (çiyin qurşağı, qarının ön divarı, daxili orqanların mezenteriyası və s.) ilə xarakterizə edilən android (visseral) tip piylənmə halı qeyd edilmişdir. Android piylənmə zamanı qruplar nəzərə alınmaqla 22 (18,3%) pasientdə bədən kütləsi əmsalı $25-29,9$ ($28 \pm 0,5$) olmuş, bu isə orta normativ göstəricini ($23 \pm 0,1$) aşmışdır. Növbəti 15 (12,5%) pasientdə anamnestik məlumatların təhlili ilə, onların I-li piylənmədən əziyyət çəkmələri və BKƏ-nın orta göstəricisininin $30,2 \pm 0,2$

olması təyin edilmişdir. II-li piylənmədən əziyyət çəkən 8 (6,7%) pasientdə kütlə əmsalı 35-39,9 olmuşdur (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Qruplar üzrə artıq çəki və piylənmənin qiymətləndirilməsi

BKƏ, kq/m ²	Qruplar		Cəmi (n=120)
	Əsas qrup (n=90)	Müqayisə qrupu (n=30)	
Astenik (< 20)	11 12,2±3,5%	4 13,3±6,2%	15 12,5±3,0%
Normostenik (20 – 24,9)	43 47,8±5,3%	17 56,7±9,0%	60 50,0±4,6%
Artıq çəki (25 – 29,9)	18 20,0±4,2%	4 13,3±6,2%	22 18,3±3,5%
I dərəcəli piylənmə (30 – 34,9)	12 13,3±3,6%	3 10,0±5,5%	15 12,5±3,0%
II dərəcəli piylənmə (35 – 39,9)	6 6,7±2,6%	2 6,7±4,6%	8 6,7±2,3%

Pasientlərdən acqarına əldə edilmiş qan nümunələrinin OQTT və HOMA əmsalının hesablanması ilə təhlili zamanı qanda qlükozanın səviyyəsi normal həddə (<6,1mmol/l) olmuş, prediabet və II tip şəkərli diabet əlamətlərinə rast gəlinməmiş, tranzitor kompensator hiperinsulinemiya halı müşahidə edilmişdir.

Reproduktiv yaş qruplu pasientlərdə hipofiz-yumurtalıq sisteminin ümumi vəziyyətini araşdırmaq məqsədilə, qonadotrop və steroid hormonların skriningi aparılmış, nəticələri təhlil edilmiş və maraqlı polimorfizm müşahidə olunmuşdur: Belə ki, 81 (67,5%) əsas, 23 (19,2%) müqayisə qrupu pasientləri üzrə FSH səviyyəsinin 5,61±0,33 (4,4-9,2 iu/i) və 5,67±0,25 (3–10,5 iu/i) arasında nisbi azalması qeyd edilmiş, bu isə öz növbəsində LH-nun miqdarının 13,3±1,5 (7,2-22,5 iu/i) və 19,4±1,1 (10–23,4 iu/i) intervallı kəskin artımı (hiperproduksiya) ilə nəticələnmiş və bu fonda qonadotrop indeks (Q_i) 2,5-3 və ya LH/FSH>3 qeyd edilmişdir. Bundan başqa, 27 (22,5%)-də testosteronun miqdarı 2,5 nq/ml-i keçmiş, 57 (47,5%) əsas, 24 (20%) müqayisə qrupu pasientləri üzrə estradiol səviyyəsi müvafiq olaraq 72,7±3,3 (40,2-92,9 pg/ml) və 58,9±1,7 (30,2-81,7 pg/ml) olmuşdur. Hormonal fonda yaranmış bu pozulmalar dinamikada hirsutizm, akne, seboreya, müntəzəm aybaşı tsiklinin pozulmaları və infertillik ilə üzə çıxmış, klinik olaraq follikulların böyümə və yetişməsinə, normal ovulyasiyanın formalaşmasını pozan vacib məqam kimi dəyərləndiril-

mişdir. Xarakter hormonal pozulmalar mütləq instrumental (rəngli dopplerlə təchiz edilmiş abdominal və transvaginal USM) və xüsusi ginekoloji (bimanual) müayinələr fonunda təsdiq edilmişdir.

Tədqiqat işimizin mühüm prioritetlərindən biri, hormonal statusdan asılılıq fonunda əsas kliniki formaların müxtəlif reproduktiv yaş qrupları üzrə rastgəlmə ehtimalının öyrənilməsi olmuşdur. Bu məqsədlə, pasientlərimizi 3 yaş qrupunda yerləşdirmişik: 1)18-27; 2)28-37; 3)38-42 yaş. Orta yaş həddi $27 \pm 2,1$ olmuşdur. Pasientlərdə hormonal profilin öyrənilməsi, yaş aspekti və sindroma xas kliniki əlamətlər nəzərə alınmaqla dinamik gediş izlənilmiş, beləliklə də, reproduktiv yaş qrupları ilə PKYS-nun kliniki formaları arasında müəyyən uyğunluğun (əlaqə) olması aşkar edilmişdir (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Pasientlərin yaş qrupları ilə PKYS-nun klinik formaları arasında əlaqə

Kliniki formalar	Yaş qrupları			Cəmi (n=120)
	18-27 yaş (n=67)	28-37 yaş (n=43)	38-42 yaş (n=10)	
"Tipik" forma, ovarial və ya yumurtalıq mənşəli hiperandrogeniya ("I-li polikistoz yumurtalıq")	15 22,4±5,1%	16 37,2±7,4%	5 50,0±15,8%	36 30,0±4,2%
"Kombinə olunmuş" və ya "qarışıq" forma	35 52,2±6,1%	27 62,8±7,4%	5 50,0±15,8%	67 55,8±4,5%
Mərkəzi" forma ("II-li polikistoz yumurtalıq")	17 25,4±5,3%	–	–	17 14,2±3,2%
$\chi^2; p$	$\chi^2=17,4; p < 0,01$			

Tədqiqat işi zamanı apardığımız elmi araşdırmalar sayəsində məlum oldu ki, 18-27 yaş qruplu 67 (55,83%) nəfərdə PKYS ən çox "kombinə edilmiş" ("qarışıq") formada rast gəlinir (52,2%). "Tipik" ("ovarial") forma bu yaş qrupunda 22,4%, "mərkəzi" forma 25,4% halda qeyd edilmişdir. Növbəti yaş qruplarında (28-37, 38-42 yaş) "mərkəzi" formaya rast gəlinməmişdir. "Qarışıq" formanın hər 3 yaş qrupu üzrə böyük ehtimalla izlənməsi prosesin uzunmüddətli və daha ağır gedişli olmasından xəbər verən mühüm amil kimi dəyərləndirilmişdir ($\chi^2=17,4; p < 0,01$).

Hər 3 yaş qrupu üzrə pasientlərdə hormonal profilin təhlili zamanı yaşdan və kliniki formadan asılı olaraq müəyyən qanunauyğunluqlar müşahidə edilmişdir. Belə ki, I yaş qrupuna aid 35 (52,2%) nəfərdə rast gəlinən "qarışıq" forma zamanı periferik qanda LH-nun mülayim artımı və FSH miqdarının cüzi azalması, bu fonda LH/FSH nisbətinin 3,6 (4)nı

keçməməsi müşahidə edilmişdir. Testosteron səviyyəsində görülən artım (0,4-2,9nq/ml) mülayim xarakterli olub, “tipik” və “mərkəzi” formalar zamanı qeyd edilən qəfil yüksəlişdən fərqlənmişdir. Yalnız yumurtalıqların ilkin zədələnməsi və qorunmuş hipotalamus-hipofiz sistemi (pozulmamış hormonal balans) fonunda yaranan “tipik” formalı 15 (22,4%) pasient üzrə tədqiq edilmiş hormonal fonun təhlili zamanı bu qrup pasientlərdə FSH-nun normal səviyyəsi (4,4-8,9iu/i) fonunda LH-nun qəfil artması (9,7-23,4iu/i) müşahidə edilmişdir. LH/FSH nisbəti 1,9-4,57 arasında variasiya etmiş ($Q_i < 5$) və “qarışıq” formadakı müvafiq göstəricidən çox olmuşdur, prolaktin artmış (10,6-25,3), estradiol azalmış (40,2-80,2pg/ml), üm. testosteron səviyyəsində əhəmiyyətli yüksəlmə (1,7-3,8nq/ml) qeyd edilmişdir. Sonuncu faktın olması əsasən ovarial hiperandrogeniya üçün patoqnomik hal olub, böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb etmişdir. I yaş qruplu 17 (25,4%) pasientdə “mərkəzi” forma (II-li polikistoz yumurtalıqlar) formalaşmış, hormonal təhlildə LH-nun kəskin hiperproduksiyası, estradiol səviyyəsinin azlığı diqqəti cəlb etmişdir ki, bu da müvafiq forma üçün patoqnomik hesab edilmişdir.

16 (37,2%) pasientdən ibarət II yaş qrupunun “tipik” forması zamanı hormonal profilin tədqiqi I yaş qrupunun müvafiq klinik formasının hormonal müayinəsinə analogi olaraq FSH-nun normal (4,1-7,7 iu/i), LH-nun həddən çox miqdarı (7,2-21 iu/i) fonunda LH/FSH nisbəti 2,2-3,83 ($< 5,0$) aşkar edilmişdir. Bununla yanaşı, üm. testosteron kəskin artmış (1,9-3,6 nq/ml), mülayim hiperprolaktinemiya (11,1-27,4 nq/ml), nisbi hipostrogeniya (45,5-78,5 pg/ml) qeyd edilmişdir. “Qarışıq” formalı 27 (62,8%) pasientin hormonlarının öyrənilməsi zamanı qan zərdabında LH-nun 8,1-19 iu/i şəkilli nisbi artımı, FSH-nun 3,0-8,7 arası azalması, prolaktinin normal miqdarı fonunda ($16,1 \pm 0,9$ nq/ml) LH/FSH nisbətinin 1,8-3,3 olması ($Q_i < 3,5$), DHEA-sulfatın mülayim artımı, həmçinin müsbət deksametazon sınağı müşahidə edilmişdir. 38-42 yaşarası 10 (8,33%) pasientdən ibarət III yaş qrupunda da PKYS-nun tipik və qarışıq formalarına rast gəlinmiş, analogi laborator, instrumental-diaqnostik göstəricilərlə özünü sübut etmişdir.

Yuxarıda sadalananlardan məlum olmuşdur ki, “qarışıq” formanın hər 3 yaş qrupu üzrə yüksək tezliklərdə müşahidə edilməsi mütləq və qaçılmazdır. Aparıcı proses kimi hormonal profil göstəricilərinin kəskin dəyişikliklərinin dinamik izlənilməsi reproduktiv sistemin daha dərin pozulmalarından xəbər vermiş, müvafiq exodiaqnostik simptomokompleksi ilə bir daha təsdiq edilmişdir.

Tədqiq edilən yaş qrupları üzrə pasientlərdə qeyd olunan qarışıq, tipik və mərkəzi formalı hiperandrojeniyanın kliniki əlamətləri kəskinlik dərəcələrinə görə öz aralarında fərqlənmişlər. Belə ki, visseral piylənməli 18-27 yaşlı gənc pasientlərin 6 (5%) və 28-37 yaşlı pasientlərin 10 (12%)-də II-li amenoreya müşahidə edildiyi halda, piylənməsi olmayan normostenik bədən quruluşlu hər 3 yaş qrupundan olan digər pasientlərdə oliqo/opsomenoreya tipli aybaşı pozulmalarına rast gəlinmişdir. Hirsutizm əlamətlərinin visseral piylənməsi olan pasientlərdə nisbətən çox rast gəlinməsi bu baxımdan çox aktualdır (24,2%). Eyni zamanda pasientlərdə hiperandrojeniya ilə paralel insulinəzistentlik müşahidə edilmişdir. LH-nun qan zərdabındakı miqdarı hər iki piylənmədə demək olar ki qəfil artmış ($p<0,001$; $p<0,01$), testosteron səviyyəsi visseral piylənməli pasientlərdə daha yüksək olmuşdur ($p<0,001$).

Beləliklə, metabolik dəyişikliklərin patologiyasının klinik xarakteristikasından bilavasitə asılılığı müşahidə edilmişdir.

Əldə edilmiş nəticələr əsasında PKYS-lu pasientlərin yaş faktorları nəzərə alınmaqla, müxtəlif klinik formaların korreksiyası və selektiv müalicəsi, eləcə dəpasientlərin aparılması üçün yönəldilmiş əlverişli taktikanın seçilməsinə cəhdlər edilmişdir.

Reproduktiv yaş qruplu PKYS-lu pasientlərin effektiv müalicə və aktiv aparılma prinsipləri

Nəzarət qrupu ilə müqayisəli təhlil fonunda qruplar üzrə öyrənilmiş pasientlərin hər birində yaş amili, kliniki formalar, hormonal profil və reproduktiv sistemin ümumi vəziyyəti nəzərə alınmış və individual selektiv müalicə planı tərtib edilmişdir. Bu məqsədlə, 58 (48,3%)-də klinik dəri markerləri nəzərə alınmaqla kəskin hiperandrojeniyanın mənşəyi aydınlaşdırılmış və selektiv korreksiyası işinə cəhd edilmiş; 45 (37,5%) pasientdə müşahidə edilən PKYS-nun metabolik sindrom (İR-lik, artıq çəki və piylənmə) ilə qarışıq formasının terapiyası istiqamətində lazımi tədbirlər aparılmışdır. Eyni zamanda, 90 (75%) əsas qrup pasientlərin hər birinə ənənəvi müalicə fonunda xüsusi sxem üzrə tribestan daxil etməklə kompleks terapiya planı işlənib hazırlanmış, 30 (25%) müqayisə qrupu pasientlərində isə yalnız standart müalicə aparılmışdır. Aybaşı funksiyası pozulmuş 22 (18,3%) virqo və hamiləlik arzusunda olan 98 (81,7%) ailəli pasient içərisində müvafiq müalicə taktikası seçilməmişdən əvvəl, sxem üzrə hestagenlər (dyufaston, progesteron) təyin edilmiş, medikamentoz

aybaşı yaradıldıqdan dərhal sonra kliniki vəziyyətdən asılı olaraq korrektiv terapiya aparılmışdır.

Daimi dinamik müşahidədə olan tədqiqat qrupları üzrə yaranmış endokrin pozulmaların xarakterinə və müvafiq müalicə metodunun seçilməsinə görə dörd yarımqrup təsnif edilmiş və ayrı-aryılıqda öyrənilmişdir.

I yarımqrup. PKYS-nun metabolik sindrom (İR-lik, artıq çəki və piylənmə) ilə qarışıq forması qeyd edilən 45 (37,5%) pasientdən ibarət I yarımqrupdaselektiv müalicə kursları istifadə edilmişdir. Belə ki, 9 (20%-dən ibarət müqayisə qrupu üzrə klinik praktikada geniş istifadə olunan, tanınmış müalicə metodu sayılan standart müalicə (RD, insulinsen sitayzermetformin, antiandrogen terapiya-diane 35) təyin edilmiş; 36 (80%) əsas qrup pasientlərdə standart müalicə fonunda müvafiq mübadilə pozulmalarının (çəki artımı və piylənmə) 6 ay korreksiyası şərtilə və medikamentoz ovulyator aybaşı tsikli qazanıldıqdan dərhal sonra, tribestanilk aybaşının 1-12ci və ya 5-14cü günləri 3-6 ay fasiləsiz olaraq tətbiq edilmişdir. Beləliklə, müvafiq müalicə kurslarından sonra, təkrari hormonal müayinələr aparılmış və LH, FSH, Q_i-də müqayisəli dəyişikliklərin olması müəyyən edilmişdir. Belə ki, dinamik izlənmədə əsas qrupda LH səviyyəsi $14,2 \pm 0,4 \text{iu/i}$ -dən $8,79 \pm 0,3 \text{iu/i}$ kimi azalmış ($p_0 < 0,001$), FSH müqdarı artmış, LH/FSH nisbətində normallaşma getmişdir ($p_0 < 0,001$). Əsas və müqayisə qrup İR-li pasientlərdə aparılmış selektiv müalicələrdən əvvəl və 3 ay sonra BKƏ, OQTT-nin nəticələrində əhəmiyyətli fərqlər qeyd edilmişdir; bu özünü əsas qrupda piylənmə və artıq çəki göstəricilərinin azalması ($\chi^2=18,8$; $p_0 < 0,001$); həmçinin qan zərdabında insulin miqdarının enməsi ($\chi^2=24$; $p_0 < 0,001$) ilə biruzə vermişdir. Bundan başqa, müqayisə qrupundan fərqli olaraq, müntəzəm aybaşı tsikli əsas qrupda müalicədən əvvəl 3 (8,3%) nəfərdə qeyd edildiyi halda, 3 aylıq tribestan daxil edilməklə kompleks müalicədən sonra qadınların çoxunda 19 (52,8%) normallaşmışdır ($\chi^2=14,7$; $p_0 < 0,001$). Bu faktı fertillik və ikifazlı bazal temperatur əyrisi üçün də söyləmək olar ($\chi^2=11,7$; $p_0 < 0,001$; $\chi^2=20,7$; $p_0 < 0,001$). Standart müalicə metodu tətbiq edilmiş və müqayisə qrupuna aid 6 infertil qadıncı 2 ($33,3 \pm 19,2$)-də müsbət effekt olaraq fertillik əldə edilmişdirsə, bu hal kompleks müalicə almış əsas qrup 25 infertil qadın arasından 12 ($48,0 \pm 10\%$)-də izlənilən fertilliklə əvəz edilmişdir ($\chi^2=0,04$; $p > 0,05$). Virqolar arasında tədqiqat qruplarından asılı olaraq alınmış effektivlik göstəricilərində də fərqli kəmiyyətlər əldə edilmişdir ($\chi^2=1,70$; $p > 0,05$).

II yarımqrup. II yarımqrupa aid 17 (14,16%) hiperprolaktinemiya pasient üzrə tətbiq edilən müvafiqmüalicələrdən (müqayisə qrupunda 2 mərhələli standart patogenetik müalicə sxemi – ilk mərhələdə dostineksin sxem üzrə fərdi dozalanmış qaydada pasientlərə 1 ay tətbiqi, aybaşı tsikli yarandıqdan dərhal sonra ikinci mərhələdə dyufastonun 1tab. gündə 2dəfə, aybaşı tsiklinin 16-25ci günləri 3 ay ərzində qəbulu; əsas qrup-kompleks)3 ay sonra hormonal fon yenidən yoxlanılmış və nəticə etibarilə müqayisə qrupundan fərqli olaraq əsas qrupda T_3 və prolaktin miqdarının əhəmiyyətli dəyişiklikləri qeyd edilmişdir ($p_0 < 0,01$). Müqayisə qrupu pasientlərində 2 mərhələli selektiv müalicə təyindən sonra kontrol USM zamanı (aybaşı tsiklinin 14,21-ci günləri) endometriyumun sekretor fazasının hissəvi bərpası və uşaqlığın, yumurtalıqların vaskulyarizasiyasında q/stabil dəyişiklik qeyd edilmişdir ($p_0 < 0,01$). Ondan fərqli olaraq, əsas qrup pasientlərində sekretor fazanın tam bərpası, yumurtalıq vaskulyarizasiyanın yaxşılaşması, göstəricilərin stabil normallaşması izlənilmişdir ($p_0 < 0,001$). Qəbul edilmiş müalicə üsulundan asılı olaraq, müqayisə qrupu pasientlərində fertillik, müntəzəm aybaşı tsikli və ikifazlı bazal temperatur üzrə statistik dürüstlük əldə edilməmiş ($\chi^2=0,0; p_0 > 0,05$), əsas qrupda sadalanan faktlar üzrə statistik dürüstlük qeyd edilmişdir ($\chi^2=7,26; p_0 < 0,01$; $\chi^2=6,04; p_0 < 0,05$; $\chi^2=8,40; p_0 < 0,01$). Bu isə, bizə kompleks müalicə sxeminə daxil edilmiş tribestanın müsbət effektindən xəbər vermişdir. Beləliklə, II y/qrup üzrə aparılan selektiv müalicə növündən asılı olaraq əsas qrupdan 9 (75%), müqayisə qrupundan 2 (40%) nəfərdə tam müalicəvi effekt əldə edilmişdir ($\chi^2=0,67; p > 0,05$).

III yarımqrup. Tədqiqata daxil edilmiş 36(30%) pasient yumurtalıq mənşəli (ovarial) hiperandrogeniyadan əziyyət çəkmiş və III y/qrupun tərkib hissəsi olmuşlar. Standart müalicə (tsikliki hormonoterapiya) təyin edilən müqayisə qrupunun hormonal göstəricilərindən fərqli olaraq, kompleks müalicə (tribestan+tsikliki hormonoterapiya) almış əsas qrup pasientlərdə müalicədən sonrakı kəmiyyətlər əhəmiyyətli dərəcədə dəyişilmişdir. Belə ki, LH-nun konsentrasiyası, LH/FSH nisbəti, testosteron səviyyəsi əsas qrupda azalaraq normal həddə yaxınlaşmış, estradiol səviyyəsi artmışdır ($p_0 < 0,001$). Bu da, kompleks müalicədə tətbiq edilən tribestanın müsbət təsir effektinin olmasından xəbər vermişdir. III y/qrup üzrə ovarial klinik formalı 22 sonsuz pasientin (əsas qrup) kompleks müalicəsindən sonra 13(59,1±10,5%), standart müalicə alan 6 sonsuzdan (müqayisə qrupu) cəmi 1(16,7±15,2%) nəfərdə fertillik əldə edilmişdir ($\chi^2=15,7; p_0 < 0,001$). Bu nəticə müntəzəm aybaşı tsikli ($\chi^2=14,7; p_0 < 0,001$)

və ikifazlı bazal temperaturun müşayiəti ilə izlənilmişdir ($\chi^2=21,2$; $p_0<0,001$). Hər üç halda əsas qrup pasientlərində statistik dürüst effekt alınmışdır.

IV yarımqrup. Tədqiqat işimizin sonuncu—qarışıq(yumurtalıq və böyrəküstüvəzi mənşəli) hiperandrogeniyalı 22(18,33%) ailəli pasientdən ibarət IV yarımqrupuüzrə tətbiq edilən müvafiq müalicələrdən 3 ay sonra hormonal fon yenidən təhlil edilmiş və standart müalicə (aybaşının I fazasında deksametazon və klomifen birgə; II fazada dyufaston) alan müqayisə qrupundan fərqli olaraq kompleks terapiya (müvafiq standart müalicə+tribestan) alan əsas qrup pasientlərdə estradiol səviyyəsi artmış ($p_0<0,001$),testosteron və DHEA-sulfat miqdarı azalmışdır ($p_0<0,001$). Əsas qrup pasientləri üzrə aparılmış kompleks müalicələrdən sonra sadalanan parametrlər üzrə müqayisə qrupundan fərqli olaraq statistik dürüst effekt alınmışdır (fertillik üzrə 9(56,3±12,4%) pasient $\chi^2=9,89$; $p_0<0,01$; aybaşı tsiklinin normallaşması faktına görə 11(68,8±11,6%) pasient $\chi^2=8,29$; $p_0<0,01$; 2 fazalı bazal temperatur faktına görə 12(75±10,8%) pasient $\chi^2=10,3$; $p_0<0,01$). Bu bizə gözlənilən terapevtik effektdən xəbər verir. IV y/qrup üzrə aparılmış terapevtik effektivliyə əsas qrup 16 ailəli sonsuz pasientdən 12(75±10,8%), müqayisə qrupu 6 ailəli sonsuz pasientdən 2(33,3±19,2%)-də fertilliyin bərpası ilə nail olunmuşdur: $\chi^2=1,72$; $p>0,05$.

Beləliklə, kompleks müalicə alan 90 (75%) əsas və standart müalicə təyin edilən 30 (25%) müqayisə qrupu pasientlərində əldə edilmiş terapevtik effekt statistik dürüstük göstəricisinə görə qruplararası fərqlilik təşkil etmişdir. Müqayisə qrupu üzrə 23 ailəli pasientin 8 (34,8±9,9%)-də alınmış terapevtik effekt, əsas qrup ailəli 75 pasientin 46 (61,3±5,6%)-də əldə edilmiş terapevtik effektdən 5-6 dəfə az olmuşdur ($\chi^2=5,02$; $p<0,05$). Bu isə Tribestan preparatının üstünlüyündən xəbər vermişdir. Eyni zamanda, əsas qrup 15 virqo pasientin 10 (66,7±12,2%)-də əldə edilən effektiv nəticə müqayisə qrupu 7 virqo pasientin 1 (14,3±13,2%)-də alınan effektiv nəticə dən 10 dəfə yüksək olmuşdur ($\chi^2=3,35$; $p>0,05$). Kompleks müalicənin yaratdığı yüksək klinik-terapevtik effekt müqayisə qrupu üzrə standart müalicə almış 9(30,0±8,4%) pasient üzrə aşkar etdiyimiz kliniki-terapevtik effektdən fərqli olaraq daha yüksək göstəricilərlə əsas qrupun 56 (62,2±5,1%) pasientində izlənmişdir ($\chi^2=9,41$; $p<0,01$).

Beləliklə, tribestan daxil edilməklə kompleks müalicə almış əsas və standart müalicə görən müqayisə qrupunun müvafiq klinik-laborator göstəriciləri və effektivlik nəticələri əhəmiyyətli olaraq fərqlənmişdir. Bu,

bizə tədqiqat işinin məqsədyönlü aparılmasından və kompleks müalicədə tətbiq edilmiş tribestanın müsbət təsirindən xəbər vermişdir.

Əsas qrup üzrə 56 (62,2±5,1%), müqayisə qrupu üzrə 9 (30,0±8,4%) nəfər olmaqla selektiv konservativ müalicəyə götürülmüş 65 (54,2±4,5%) pasientdən fərqli olaraq, göstəriş üzrə 45 (37,5±4,4%) pasient diaqnostik-müalicəvi məqsədlə klassik laparoskopiya edilmiş, 10 (8,3±2,5%) pasientdə cərrahi laparotomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Cərrahi əməliyyatların (cərrahi ovulyator stimulyasiya) qruplar üzrə pasientlər arasında paylanması dinamikada anovulyasiyanın davametmə müddətindən, polikistozlaşmış yumurtalıqların həcmindən və tipindən bilavasitə asılı olmuşdur. Belə ki, 120 pasientdən 55 (45,8%)-də cərrahi ovulyator stimulyasiya aparılmış və dinamik nəzarətdə saxlanılmışlar. Laparoskopiya edilmiş pasientlərin 27 (30±4,8%) nəfəri əsas, 18 (60±8,9%)-i müqayisə qrupuna daxil edilmiş, bunlardan 35 (35,7±4,8%) ailəli, 10 (45,5±10,6%) virqo olmuşlar. Sonsuzluq 71% (32pas.) halda I-li (3-7il), 16% (7pas.) halda II-li (9-11il) olmuşdur. Pasientlər əvvəllər müxtəlif selektiv konservativ müalicələr (sintetik progestinlər, klomifen) alsalar da, terapevtik effekt əldə etməmiş və bu məqsədlə də stasionara müraciət etmişlər. Göstərişdən asılı olaraq, pasientlərdə polikistoz yumurtalıqların endoskopik korreksiyası elektrokauterizasiya metodu ilə aparılmışdır. Endoskopik korreksiyadan 2-3 ay sonra hormonal müayinə edilmiş 15 pasientdə LH-nun 8,9±2,1 iu/i olması və bununla əlaqədar olaraq Q_i-in normallaşması qeyd edilmiş, testosteron səviyyəsi əvvəlki ilə müqayisədə azalaraq 2,5±0,5 nmol/l olmuşdur. Hazırkı tədqiqat işimizdə aparılmış laparoskopiyanın müsbət nəticəsi olaraq əməliyyatdan sonrakı ilk 1 il ərzində 36 (80,0±6,0%)-də müntəzəm aybaşı tsikli formalaşmış, 27 (60,0±7,3%) pasientdə fertillik müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, qeyd olunanlardan demək olar ki, PKYS-lu reproduktiv yaş qruplu pasientlərdə istər konservativ, istərsə də endoskopik korreksiya üsulları tətbiq edilməsindən asılı olmayaraq, dinamikada yaxşılaşmalar izlənilsə də belə, pasientlərin hipofiz-yumurtalıq sistemi daimi kontrolda olmalı, pasientlər risk qrupuna daxil edilməlidirlər. Tədqiqat işinin vacib məqamları əsasında universal müayinə alqoritmi işlənib hazırlanmışdır.

NƏTİCƏLƏR

1. Pasientlər arasında öyrənilən yaş qrupları (18-27; 28-37; 38-42 yaş) üzrə klinik formaların rastgəlmə ehtimalı: 18-27 yaş qrupunda "tipik"

forma” – 22,4%; ”kombinəedilmiş” forma – 52,2%; ”mərkəzi” forma – 25,4%; 28-37 yaş qrupunda “tipik” forma – 37,2% və “kombinəedilmiş” forma – 62,8%; 38-42 yaş qruplu pasientlərdə “tipik”forma – 50,0% və ”kombinəedilmiş” forma – 50,0% olmuşdur.

2. Tədqiq edilən yaş qruplarında “qarışıq” kliniki formaya xas hormonal təhlil göstəriciləri kimi LH-nun nisbi artımı və FSH-nun cüzi azalması fonunda LH/FSH nisbətinin və testosteronun (0,4-2,9 nq/ml) zəif yüksəlməsi qeyd edilmişdir. “Tipik” kliniki formada FSH-nun normal səviyyəsi fonunda LH-nun qəfil artması (9,7-23,4 iu/i), LH/FSH<5 və testosteron miqdarında kəskin yüksəlmə (1,7-3,8 nq/ml) aşkar olunmuşdur.

3. Pasientlərdə 37,5±4,4% halda menarxe dövründən başlanğıc götürmüş artıq çəki (25-29,9) və piylənmə (30-39,9) faktları təsdiq edilmiş, eyni zamanda 5,8±2,1% olaraq KRVİ və 9,2±2,6% halda xroniki tonzillit qeyd edilmişdir.

4. PKYS zamanı izlənən müntəzəm aybaşı tsikli pozulmaları (85,0±3,3%) və sonsuzluq (I-li 71,4±4,6%, II-li 28,6±4,6%) hallarının effektiv aradan qaldırılması məqsədilə korreksiyaedici hormonoterapiya fonunda steroid qlikozid tərkibli bitki mənşəli preparatların (saponinlər) tətbiqi 66,7±12,2% halda ovulyasiyanın bərpasına, 61,3±5,6% halda fertilliyin əldə edilməsinə zəmin yaratmışdır.

5. Polikistoz yumurtalıqların laparoskopik elektrokauterizasiya əməliyyatı effektiv cərrahi müalicə metodu olub, müntəzəm aybaşı tsiklinin formalaşmasına (80,0±6,0%) və hormonal profilin normallaşmasına (qan zərdabında LH/FSH – 2,12±0,90, testosteron – 2,5±0,5 nq/ml) səbəb olmuş, fertillik 60,0±7,3% halda əldə edilmişdir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. PKYS-lu reproduktiv yaşlı sonsuz qadınların ilkin müayinə paketinə düzgün toplanmış anamnez, funksional diaqnostik testlər, çəki-boy indeksinin təyini, hormonal profilin təhlili (qan zərdabında LH, FSH, prolaktin, estradiol, progesteron, DHEA-sulfat və kortizol, testosteron səviyyəsinin təyini), USM-si və dopplerometriya daxil edilməlidir.

2. Laparoskopiya metodu ilə PKYS diaqnozu təsdiq edilən zaman böyümüş qonadları normal ölçülərə çatdırmaq məqsədilə onların rezeksiyası, kontrol USM-si ilə aşkar edilmiş normal ölçülərə yaxın yumurtalıqlar izləniləndə, elektrokauterizasiya aparılmalıdır. Aparılmış operativ müdaxilədən 6 ay sonra hamiləlik baş vermirsə, növbəti aydan

etibarən tsikliki hormonoterapiya təyin edilməlidir (sxem üzrə).

3. PKYS-lu reproduktiv yaşlı pasientlərdə piylənmə faktının olmasını nəzərə alsaq, kompleks müalicəyə başlamazdan əvvəl, rasionl pəhriz müalicəsi (RD) və MBT təyin edilməli və pasientlərə ən azı 4-8 kq. çəki itirmələri tövsiyyə edilməlidir. Hiperprolaktinemiya müşahidə olunduqda, qan zərdabında prolaktinin miqdarını azaltmaq məqsədilə aparıcı müalicə sxeminə dofaminomimetiklər (Dostineks) və ya II tip dofamin reseptorlarının bitki tərkibli blokatorları —Agnus castus (Mastodinon) əlavə edilməli, ümumi müalicə kursu 6 ay olmalıdır.

4. PKYS-lu sonsuz pasientlərdə ənənəvi müalicə kursu fonunda sxem üzrə steroid saponin tərkibli preparatların təyini ilə aparılmış kompleks terapiya nəticəsində hamiləlik yaranarsa və hamiləliyin erkən özbaşına düşük təhlükəsi gözlənilərsə, qan zərdabında DHEA-sulfat və kortizol yoxlanması mütləqdir, artmış konsentrasiya fonunda hamiləliyin 29-32 həftəsinədək daimi nəzarət altında deksametazon (sxem üzrə) təyini göstərişdir.

5. Laparotomiya üsulu ilə pazvari rezeksiyanın aparılmasının perspektivliyi aşağı hesab edilir. Hiperplastik və atipik proseslərin yaranma riski yüksək olduğu üçün pasientlər ildə 1-2 dəfə profilaktik müayinələrdən keçməlidirlər. Bu sıraya ginekoloji müayinə, süd vəzilərinin palpasiyası (göstəriş olduqda USM), endometriumdən götürülmüş aspiratların sitoloji müayinəsi aid edilir.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə dərc edilmiş elmi işlərin siyahısı:

1. Этиопатогенез синдрома поликистозных яичников // Sağlamlıq, 2010, №3, s. 20-24
2. Консервативное лечение женского бесплодия обусловленное синдромом поликистозных яичников //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, №1, s.136-138 (həmmüə. : N.M.Şəmsədinskaya (kiçik))
3. Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu qadınlarda yaranmış endokrin-metabolik pozulmaların xarakteristikası / Professor Ə.N.Hüseynovun 110 illik yubileyinə həsr olunmuş “Mamalıq, ginekologiya, perinatologiya patologiyalarının bəzi məsələləri” mövzusunda Respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu, Bakı-2010, s.94-96 (həmmüə. : Bağırova H.F.)
4. Results of inspection of childbearing age women with polycystic ovarian syndrome /Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları, Bakı-2010, s.170-171 (həmmüə. : N.M.Şəmsədinskaya (kiçik))
5. Новые аспекты в областелечении синдрома поликистозных яичников (собственные исследования) / Материалы XI Всероссийского научного форума ”Мать и дитя”, Москва 2010, с.417-418
6. Результаты оперативного лечения женского бесплодия при синдроме поликистозных яичников в разных возрастных группах // Врач-аспирант, Воронеж, ”научная книга”, 2010, №3.1 (40), с.111-115 (соавт.: X.Ф.Багирова)
7. Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu reproduktiv yaşlı xəstələrin müalicəsinə yeni yanaşmalar // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2010, №3, s.88-92
8. Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu reproduktiv yaşlı qadınlarda hiperandrojeniyanın rolu //Sağlamlıq, 2011, №4, s. 69-72
9. Müxtəlif yaş aspektli PKYS olan pasiyentlərdə reproduktiv sistemin ümumi vəziyyətinin qiymətləndirilməsi // Sağlamlıq, 2014, №1, s.88-93

НУРАНА АРИЗ кызы ГАМИДОВА

**ОСОБЕННОСТИ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

РЕЗЮМЕ

Циклические овулярные нарушения, создающие предпосылки для коренных изменений гормонального фона, наблюдаются во время резкого роста чувствительности к стрессу и эмоциональной нагрузке, вредных внешних окружающих факторов на организм фертильных женщин в возрасте. Это приводит к тяжелым дисфункциям репродуктивной и гормональной системы и в конечном результате таким опасным осложнениям как эндокринное бесплодие. Самым ярким образцом этих осложнений, сформированным у женщин фертильного возраста и наблюдаемый с широкими интервалами является синдром поликистоза яичников. У женщин репродуктивного возраста во время СПКЯ исследование соответствующих гормональных показателей (рост ЛГ в сыворотке крови, уменьшение ФСГ, изменение соотношения ЛГ/ФСГ, гиперандрогения, эстрадиольная недостаточность и др.) и объективная оценка соответственно существующему клиническому состоянию, наличие взаимосвязи между различными клиническими формами гормонального статуса и СПКЯ, динамическое прослеживание бесплодных пациентов, а так же подготовка патогенетически обоснованного пакета комплексного обследования в этой области и информация, полученная из источников литературы о применении тактики лечения малообъемные и находятся в не систематизированной форме. С учетом возрастного аспекта пациентов и на основании клинико-лабораторных и гормональных обследований определение, диагностика, правильная организация тактики эффективного лечения различных клинических форм патологии, а также для предотвращения любых неприятных состояний (головокружение, тошнота, масталгия, чувство жара), возникающих в период после комплексного лечения, осуществляемого на фоне длительной стандартной гормонотерапии, дополнительных влияний (психоэмоциональные нарушения, депрессия) и кардиоваскулярной патологии различной степени нами изучено и рекомендуется для использования в практической медицине прогностическое применение новых стероидных препаратов, имеющем в своем составе сапонин, лучше усваиваемых организмом и обладающих малотоксичным влиянием.

NURANA ARIZ HAMIDOVA

**THE FEATURES OF PITUITARY-OVARIAN SYSTEM
IN CHILDBEARING AGE WOMEN
WITH POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME**

SUMMARY

In teenager-girls and young women not only health protection, but also solving problems of restoration reproductive function is very important. Cyclic ovulatory disorders that create prerequisites for drastic changes in hormonal background are determined when sensitivity to noxious environmental substances, stress and emotional load in the organism of women childbearing age increases. And this leads to severe dysfunctions of reproductive and hormonal system and as a result to virulent aftereffects as endocrinal sterility. An example of these aftereffects formed and happening with wide-ranging intervals in women of childbearing age is *polycystic ovarian syndrome*.

Information obtained by us from the list of references about of appropriate hormonal indicators (increase of LH in blood serum, decrease of FSH, change of ratio of LH/FSH, hiperandrogenia, estradiol insufficiency) in the women of reproductive age group when PCOS happens, objectively assessment in accordance with existing clinic situation, interacts between hormonal status and different clinical forms of PCOS, dinamically tracing, as well as preparation of complex examinati on package based pathogenetically in this field and application of treatment methods has small volume and unsystematized. Therefore determination, diagnostics of different clinical forms of pathology taking into account the aspect of age by clinical-laboratory and hormonal examinations in patients, proper organization of effective treatment tactics, as well as prognostic application of new drugs of steroid saponin content which have less toxic action, assimilated by organism better for prevention of any unpleasant conditions (dizziness, sickness, mastalgia, feeling hot) additional influences (psychoemotional disorders, depression) and cardiovascular pathologies with different degrees is studied by us and recommended for use in practical medicine.

Qısaldılmış terminlərin siyahısı

- BKƏ – Bədən kütləsi əmsalı
BQAÇ – Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə çatışmazlığı
BQAH – Böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin anadangəlmə hiperplaziyası
CHBQ – Cinsi hormonları birləşdirən qlobulin
DHEA – Dehidroepiandrosteron
DHEA-sulfat – Dehidroepiandrosteron-sulfat
EH – Endometriyumun hiperplaziyası
FSH – Follikulstimuləedici hormon
HSQ – Histerosalpinqoqrafiya
İBBF – İnsulinəbənzər boy faktoru
İR – İnsulinərezistentlik
İXQ – İnsan xorionik qonadotropini
KOK – Kombinə edilmiş oral kontraseptivlər
LH – Lüteinləşdirici hormon
PKYS – Polikistoz yumurtalıqlar sindromu
QL – Qonadoliberinlər
QnRH – Qonadotropin rilizinq-hormonu
RD – Reduksion dietoterapiya
SAİ – Sərbəst androgenlər indeksi
USM – Ultrasəs müayinəsi
YHSS – Yumurtalıqların hiperstimulyasiya sindromu
YUƏ – Yumurtalıq-uşaqlıq əmsalı

Format 60 x 84 1/16

Sifariş № . Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

НУРАНА АРИЗ кызы ГАМИДОВА

**ОСОБЕННОСТИ ГИПОФИЗАРНО-
ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
С СИНДРОМОМ
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

3215.01– Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2014