

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI  
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

*Əlyazması hüququnda*

**ELNARƏ ADİL QIZI MƏSTİYEVA**

**CİNSİ YETİŞKƏNLİK DÖVRÜNDƏ YENİYETMƏ QIZLARDA  
YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZU SİNDROMUNUN  
KOMPLEKS MÜALİCƏSİNİN KLİNİK-PATOGENETİK  
ƏSASLANDIRILMASI**

3215.01 – Mamalıq və ginekologiya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi  
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

**A V T O R E F E R A T I**

Bakı – 2016

İş Azərbaycan Tibb Universitetinin I mamalıq və ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

**Elmi rəhbər:**

tibb üzrə elmlər doktoru,  
professor

**N.M.KAMİLOVA**

**Rəsmi opponetlər:**

tibb üzrə elmlər doktoru

**O.M.HÜSEYNOVA**

tibb üzrə elmlər doktoru

**Z.F.ABBASOVA**

**Aparıcı təşkilat:** Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi «\_\_\_»\_\_\_\_\_2016-cı il tarixdə saat \_\_\_-da 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 «\_\_\_»\_\_\_\_\_2016-cı ildə göndərilmişdir.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının  
Elmi katibi,  
tibb üzrə elmlər doktoru, professor

**Ş.F.İBRAHİMLİ**

## İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Mövzunun aktuallığı.** Yumurtalıqların polikistozu sindromu (YPKS) ginekoloji endokrinologiya və reproduktologiyanın ən aktual və öyrənilən problemlərindən biri olaraq qalmaqdadır [Həsənova A.S., 2013].

Avropa meyarlarına görə, YPKS-nın yayılması 15% təşkil edir. Endokrin sonsuzluğu olan xəstələr arasında YPKS 53-73% hallarda rast gəlinir, sonsuz nikah struktunda isə bu patologiya 20-22% təşkil edərək, 5-6-cı yerdə durur [Коган Е.А., 2007; Гасанова Б.М., 2008].

Polikistoz yumurtalıqlar sindromunun öyrənilməsi 80 ildən artıq müddət davam etsə də, onun patogenizinin mexanizmləri aydın olmadığından, müxtəlif elmi məktəblər və ölkələrin müxtəlif ixtisas nümayəndələri arasında YPKS-nın klinik, diaqnostik və təsnifat izahları arasında əhəmiyyətli fərqlər meydana çıxmışdır [Алиева Э.А., 1980; Мельниченко Г.Г., Романцова Е.И., 2004; Попова С.С., 2006].

Tədqiqatçıların çoxu hesab edir ki, YPKS xronik anovulyasiya, hiperandrogeniya, piylənmə, qonadotrop funksiyanın pozulması, yumurtalıqların ölçüsünün böyüməsi və onların morfoloji strukturunun xüsusiyyətləri ilə xarakterizə olunan heterogen patologiyadır [Асланова У.К., 2004; Баранов А.А., 2005; Коган Е.А., 2007; Кулиева Н.А., 2010; Həsənova A.S., Əliyeva E.M., 2012; Московкина А.В. и др., 2014]. Bununla belə, piylənmə YPKS-ya xəstələrin yalnız 35-60%-də rast gəlinir və piylənməsi olan qadınların heç də hamısında hormonol pozulmalar olmur [Ehrmann D.A., 2005; Franks S. et al., 2006; Воротникова С.Ю., 2015].

Bəzi tədqiqatçılar xəstəliyin üç formasını ayırd edirlər. Onlara: yumurtalıqların polikistozu sindromunun, müəyyən dərəcədə həqiqi Şteyn-Levental sindromunun ilkin şərhinə uyğun olan ovarial hiperandrogeniyalı tipik formasını, xəstəliyin yumurtalıq və böyrəküstü vəzi hipoandrogeniyası fonunda inkişaf edən qarışıq formasını, həmçinin hipotalamohipofizar sistemin nəzərə çarpan dəyişiklikləri olan mərkəzi formasını aid edirlər [Гусейнова Л.Э. и др., 2008; Həsənova A.S., 2013].

İndiyə qədər ümumqəbul olunmuş təsnifat işlənib hazırlanmamışdır. Rus ədəbiyyatında YPKS cinsi yetişkənlik dövründən müstəqil nozoloji forma kimi yaranan, birincili (polikistoz yumurtalıqlar xəstəliyi, Steyn-Levental sindromu) və neyroendokrin sindrom, adrenogenital, Itsenko-Kuşinq sindromu, hiperprolaktinemiya və s. endokrinopatiyalar nəticəsində inkişaf edən ikincili formalara bölünür [Двуреченская О.В., 2003; Мамаева С.М., 2006]. Xarici təsnifatlar belə bölgünü müzakirə etməyərək, YPKS terminini yalnız birincili YPK-a aid edir, ikincilərə isə başqa xəstəliklərin simptomları kimi baxırlar [Кантаева Д.К., 2003; Боярский К.Ю., 2006;

Черепанова Н.В., 2015].

Son illərdə YPKS-nın yeniyetmələr arasında tez-tez rast gəlinməsi diqqəti cəlb edir, bununla bağlı xəstəliyin daha erkən diaqnostikası və vaxtında müalicəsi məsələləri çox zəruridir.

Bütün sadalananlar bizi YPKS zamanı endokrin pozulmaların səmərəli müalicə taktikasının seçilməsinə yönəlmiş tədqiqatı aparmağa sövq etdi.

**Tədqiqatın məqsədi** yumurtalıqların polikistozu sindromu olan cinsi yetişkənlik dövründəki qızlarda endokrin-metabolik pozulmaların diaqnostikası və onların korreksiyası metodlarının optimallaşdırılmasından ibarətdir.

**Tədqiqatın vəzifələri:**

1. Yumurtalıqların polikistozu sindromu olan qızların sağlamlıq vəziyyətini, fiziki və cinsi inkişafının başlanmasını müqayisəli qiymətləndirmək.
2. Yumurtalıqların polikistozu sindromu olan cinsi yetişkənlik dövründəki qızların analarında mamalıq-ginekoloji anamnezi, hamiləlik və doğuşların gediş xüsusiyyətlərini müqayisəli təhlil etmək.
3. Yumurtalıqların polikistozu sindromlu cinsi yetişkənlik dövründə olan yeniyetmə qızlarda exoqrafik və hormonal göstəriciləri dəyərləndirmək.
4. Hormonal və exoqrafik meyarlara əsaslanaraq, yumurtalıqların polikistozu sindromu olan yeniyetmə qızların müşahidə alqoritmini və reproduktiv potensialın formalaşma pozulmalarının proqnostik meyarlarını işləyib hazırlamaq.
5. Yumurtalıqların polikistozu sindromu olan qızların müalicə taktikasının Urojestan prepratının tətbiqi ilə optimallaşdırılması.

**Tədqiqatın elmi yeniliyi.** Tədqiqat nəticəsində ananın hamiləliyinin əlverişsiz gedişinin onların qızlarında pubertat dövrə reproduktiv sistemin formalaşmasına təsiri haqda təsəvvürlər genişləndirilmişdir. Yumurtalıqların polikistozu sindromunda hormonal, ultrasəs, hemodinamik parametrlərin xarakteristikası verilmişdir. Yeniyetmə qızlarda cinsi hormonlar, uşaqlıq və yumurtalıqların exoqrafik və dopplerometrik meyarları ilə cinsi inkişafın səviyyəsi və menstrual funksiyanın xarakteri arasında qarşılıqlı əlaqə aşkarlanmışdır.

**Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti.** Ultrasəs, hormonal, hemodinamik göstəricilərə əsaslanaraq, pubertat dövrədəki qızların reproduktiv sağlamlığının formalaşmasına kompleks klinik-laborator qiymət verilmişdir. Klinik simptomlar yaranandan öncə yumurtalıqların polikistozu sindromlu qızların doğulma riskinin proqnozu alqoritmi hazırlanmışdır. Reproaktiv sağlamlığın qorunması və vaxtli-vaxtında profilaktik tədbirlər kompleksinin

aparılması üçün YPKS proqnozlaşdırılma sistemi işlənib hazırlanmışdır.

Aparılmış təhlil əsasında bu vəziyyətlərin diferensial diaqnostikasına yeni yanaşma əsaslandırılmışdır. Belə yanaşma əsaslandırılmamış medikamentoz yüklənməni istisna edərək, etiotrop müalicə seçimini səmərələşdirməyə imkan verəcək.

YPKS zamanı reproduktiv sağlamlığın işdə aşkar edilmiş spesifikasiyası regional səviyyədə qadın əhalisinin yeniyetmə qızlarına erkən diaqnostika məqsədilə profilaktik və müalicə-diaqnostik yardımın göstərilmə strategiyasını işləməyə imkan verəcək.

### **Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:**

1. Yeniyetmə qızlarda polikistoz yumurtalıqlar sindromunun yaranma riski amillərinə aiddir: menstrual tsiklin pozulması, ağırlaşmış irsiyyət, stress, psixi-emosional və fiziki yüklənmə, müxtəlif somatik xəstəliklər.
2. Klinik-laborator göstəriciləri nəzərə almaqla, YPKS-lı xəstələrin müalicəsinə diferensə olmuş yanaşma yeniyetmə qızlarda reproduktiv sistemin bərqərarolma effektivliyini artırmağa imkan verir.

**Tədqiqat nəticələrinin tətbiqi.** Tədqiqatın nəticələri Bakı şəhəri qadın məsləhətxanalarının klinik praktikasına tətbiq edilmişdir. Dissertasiyanın materialları ATU-nun Mamalıq və ginekologiya kafedralarında V, VI kurs tələbələri və rezidentlərlə praktik məşğələ və mühazirələrdə istifadə olunur.

**İşin aprobasiyası.** Dissertasiyanın əsas müddəaları Azərbaycan Tibb Universitetinin I və II Mamalıq və ginekologiya kafedralarının birgə iclasında (03.12.2014), Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Dövlət Elmi Kitabxanası – 7 aprel Sağlamlıq Gününə həsr olunmuş elmi-praktik seminarında (Bakı, 2012), XVII International Conference “Oncology – XXI Century” (Elche-Alicante, Spain, 2013), Obstetrics & Gynecology Conference: 16<sup>th</sup> World Congress Of Gynecological Endocrinology (Firenze, Italy, 2014) məruzə və müzakirə edilmişdir.

**Dissertasiya materialı üzrə nəşrlər:** Dissertasiya mövzusu üzrə 10 elmi iş (6 məqalə, 3 tezis və 1 metodik vəsait), o cümlədən yaxın və uzaq xaricdə dərc edilmişdir.

**Dissertasiyanın həcmi və strukturu:** Dissertasiya 134 səhifədə çap edilmişdir və girişdən, ədəbiyyat icmalından, tədqiqatın material və metodlarından, 3 fəsil xüsusi tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsindən, nəticələrdən, praktik tövsiyələrdən ibarətdir. Bibliografiyaya 260 mənbə daxildir. Onlardan 3-ü – azərbaycan, 143-ü – rus, 114-ü isə digər xarici dillərdədir. İş 39 cədvəl, 20 şəkillə illüstrasiya edilmişdir.

## TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqat 2010-2012-ci illər ərzində Azərbaycan Tibb Universitetinin I məməlik və ginekologiya kafedrasında müalicə alan 14-18 yaş arasında 112 YPKS-lı yeniyetmə qız müayinə olunmuşdur. Tədqiqatın materialı kimi klinik müşahidələr, siyasi xəritələr, əsas və əlavə müayinə metodlarının nəticələri istifadə olunmuşdur.

Aparılan müalicənin metodikasından asılı olaraq xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır. I qrup (əsas) – PKY olan və kompleks müalicəsinə Utrojestan daxil edilən 70 xəstə. II qrup (müqayisə qrupu) – analoji yaşda olan, normal fiziki və cinsi inkişaf göstəricilərinə malik və hiperandrogen simptomları olmayan və ümumi qəbul olunmuş müalicə alan 40 praktik sağlam qız.

Birinci mərhələdə 112 qızın anasının hamiləliyinin və doğuşunun gedişi haqqında anamnestic göstəricilər öyrənilmişdir. İkinci mərhələdə yumurtalıqların polikistoz sindromu olan 112 qızda fiziki, cinsi xüsusiyyətlər, reproduktiv sistemin funksional vəziyyəti öyrənilmişdir. Tədqiqata daxil edilmə meyarı YPKS diaqnozunun meyarları haqqında Konsensusun göstəricilərinə əsaslanmışdır (Rotterdam, Niderland, 2003, yenidən baxılmışdır).

Tədqiqata cəlb olunma meyarları aşağıdakılar olmuşdur: 14-18 yaş; YPKS-nın klinik-laborator əlamətləri; aparılan müayinələrə qədər hormonal preparatların qəbul edilməməsi, əgər qəbul olunursa, müayinələrə 3 ay qalmış dayandırılmalıdır; yanaşı gedən endokrin patologiya və ağır ekstragenital patologiyanın olmaması. Tədqiqatdan istisna olunma meyarları böyrəküstü vəzi qabığıın anadangəlmə hiperplaziyası; Kuşinq sindromu; yumurtalıqlarda androgenləri ifraz edən törəmələrin olması; qalxanvarı vəzinin disfunksiyası; hiperinsulinemiyalı vəziyyətlər; yumurtalıqların ilkin mərkəzi və periferik zədələnmələri olmuşdur.

Əsas və müqayisə qruplarında orta yaş həddi ( $M \pm m$ ) 15-16 yaş olmuşdur. Onların yaş həddi pubertatın I və II fazalarının göstəricilərinə əsasən cinsi inkişafın III, IV, V dərəcələrinə uyğun olmuşdur. Müayinə olunanların 60,2%-i pubertat yaşda olmuşdur.

Tədqiqat ərzində ümumi baxış, fiziki və cinsi inkişafın qiymətləndirilməsi (Ma, P, Ax, Me), dərialtı piyin paylaşdırılması tipinin təyini, uşaqlıq yolu biosenzunun qiymətləndirilməsi aparılmış, hormonal və exoqrafik göstəricilər öyrənilmişdir.

**Hormonal müayinə metodları.** Venoz qan plazmasında aşağıdakı hormonal göstəricilər təyin olunmuşdur: immunoferment metodlarla ümumi testosteron (nq/ml), follikulstimullaşdırıcı hormon (FSH), lüteinləşdirici hormon (LH), progesteron, estradiol, prolaktin, kortizol.

Hormonal müayinələr üçün qan on saatlıq aclıqdan sonra 08.30-09.30

arasında götürülmüşdür. Qan nümunələri sentrifuqadan keçirilmiş, alman serum 20 C temperaturda dondurulmuşdur. Qanda hormonların səviyyəsini təyin etmək üçün ÜST-ün standartlaşdırdığı reagentlərdən istifadə olunmuşdur.

14 yaşa qədər olan qızlarda hormonların səviyyəsi aybaşının 5-7-ci günlərində təyin olunmuşdur, tsikl olmadıqda hormonların səviyyəsinin tədqiqi istənilən vaxt aparılmışdır. 14 yaş və yuxarı olan qızlarda hormonlar aybaşı tsikli boyunca üç dəfə təyin olunurdu – I fazada, güman olunan ovulyasiya zamanı, II fazanın ortalarında (aybaşı tsiklinin 5-7, 14-15, 21-24-cü günləri).

**Kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi.** USM Medison sonoace R3 aparatında tezliyi 3,5 və 5 MHs olan transabdominal ötürücüdən istifadə etməklə aparılmışdır. Uşaqlıq və yumurtalıqların ölçüsü, endometriummun qalınlığı, yumurtalıqların strukturu, stromaya nisbətə follikulların ölçüləri və yeri təyin olunmuşdur.

Uşaqlıq və yumurtalıqların ölçüləri yaş normaları nəzərə alınaraq və cinsi inkişafın mərhələsindən asılı olaraq qiymətləndirilmişdir.

Uşaqlıq damarlarında qan axınının təyin olunması M.İ.Pikov, K.V.Vatolina göstəriciləri üzrə aparılmışdır.

**Müalicə metodları.** Əsas qrupda reproduktiv pozuntuların korreksiyası metodu olan “Utrojestan” (Besen Laboratories, Fransa) hormonal preparatı kapsullarda (X100 td) gündə 2 dəfə 3-6 ay ərzində təyin edilmişdir. Hormonal və exoqrafik göstəricilərdən asılı olaraq, aybaşı tsiklinin 5-ci günündən 25-ci gününə kimi və ya 16-cı gündən 25-ə gününə kimi qəbul edilirdi.

**Tədqiqat nəticələrinin statistik təhlili.** Nəticələr orta riyazi hədd (M), standart kənara çıxma, orta riyazi həddin xətalari (m) təyin olunmaqla, statistik işlənmişdir. Disperslərin eynicinsliyi Fişer meyarı ilə müəyyən olunmuşdur. İki orta həddin bərabərliyi fərziyyəsi Styudentin t-meyarı və qeyri-parametrik paylaşdırma üçün Mann-Uitni meyarı vasitəsilə hesablanmışdır. Nəticələr  $p < 0,05$  olduqda statistik əhəmiyyətli hesab olunmuşdur. Statistik işləmələr Microsoft şirkətinin Excel proqramı və Statistica 6,0 proqramından istifadə olunmaqla həyata keçirilmişdir. Patologiyanın formalaşmasına təsir amilləri Statistica 6,0 paketinin çoxfaktorlu dispers təhlilindən istifadə edilməklə, qiymətləndirilmişdir.

## TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Tədqiqatda 14-18 yaş arası 112 yeniyetmə qızın müayinəsi aparılmışdır. Birinci mərhələdə 112 qızın anasında hamiləliyin və doğuşun gedişini

haqqında anamnestic göstəricilər toplanmışdır. İkinci mərhələdə 112 yeni-yetmə qızın fiziki, cinsi reproduktiv vəziyyətin funksional vəziyyətlərinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

Xəstələr əsas (72 xəstə) və müqayisə (40 xəstə) qruplarına bölünmüşdür.

Əsas qrupda xəstələrin əksəriyyətində (62%), müqayisə qrupunda isə 37 (92,5%) nəfərdə FP qeydə alınmışdır. Əsas qrupda puberxenin orta yaş həddi  $10,5 \pm 0,8$  yaş təşkil etmiş və dürüst aşağı olmuşdur ( $p < 0,07$ ).

Əsas qrupda telarxe müqayisə qrupuna nisbətən tez başlamışdır. Belə ki, müqayisə qrupunda telarxenin orta yaş həddi  $10,2 \pm 1,7$  təşkil etmiş və əsas qrupda telarxeninin orta yaş həddinə –  $9,8 \pm 1,8$  nisbətən dürüst yüksək olmuşdur ( $p < 0,05$ ).

Tərəfzimdən müayinə olunan xəstələr arasında süd vəzilərinin daha erkən inkişafı (vaxtından əvvəl telarxe) 3 (1,3%) xəstədə 7 yaşında qeydə alınmışdır. Erkən telarxe 7-9 yaşlarında 13 (18%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda əksər xəstələrdə – 47 (65,2%) nəfərdə – döşlərin böyüməsi 10-11 yaşlarda başlamışdır, beləliklə, bu göstərici ədəbiyyat məlumatlarından fərqli olmamışdır. Telarxenin gec başlanması 9 (12,5%) xəstədə 12 yaşa təsadüf etmişdir ki, bu da yumurtalıqların funksiyasının aşağı düşdüyünü göstərir.

Əsas qrupda menarxeninin orta yaş həddi  $14,2 \pm 0,8$  yaş təşkil etmiş və müqayisə qrupundakı menarxeninin orta yaş həddinə nisbətən aşağı olmuşdur, lakin tərəfzimdən dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

Əsas qrup xəstələrdə aybaşının erkən başladığı dövr – 10 yaş – 4 (5,5%), 16 yaş – 7 (9,7%) nəfərdə qeydə alınmışdır. Hər iki müayinə qrupunun əksəriyyətində – 81 (73,0%) nəfərdə – 11-14 yaşlarda aybaşı başlamışdır. Anamnestic göstəricilər dəqiqliklə toplandıqda, biz bu göstəricilər və həyat şəraiti, sosial-iqtisadi vəziyyətin pisləşməsi, tez-tez stress vəziyyətlər, ağırlaşmış perinatal anamnez, cinsi yetişkənlik zamanı tez-tez xəstələnmələr, müxtəlif dərman preparatlarının tətbiq olunması və s. arasında qarşılıqlı əlaqəni aşkar etdik.

Hər iki qrupdan 36 (32,1%) xəstədə hirsutizmin sərhəd səviyyəsi qeyd olunub. 38 (33,9%) xəstədə hirsut rəqəmin normal göstəricisi, 12 (10,7%) nəfərdə isə sərhəd həddi qeydə alınmışdır.

Düzgün olmayan pubertat, cinsi inkişaf mərhələləri üzrə ikincili cinsi əlamətlərin formalaşması (erkən telarxe, erkən pubarxe, gec menarxe, eləcə də uşaqlıq dövründə təcrid olunmuş tranzitor telarxe) YPKS üçün diaqnostik əlamət hesab olunur. Əsas qrupda hirsut rəqəm  $6,7 \pm 0,1$  bala müvafiq olmuş və müqayisə qrupundakı eyni göstəricilərlə ( $6,9 \pm 0,5$  bal,  $p > 0,01$ ), demək olar ki, bərabər olmuşdur.



Anamnez göstəricilərindən müayinə olunan xəstələrdə keçirilmiş infeksiyaların və ümumi terapevtik iltihabi xəstəliklərin yüksək tezliyi məlum olmuşdur, bu da yüksək infeksiyon indeksin olduğunu göstərir.

Xəstəliklər arasında müxtəlif orqan və sistem xəstəlikləri üstünlük təşkil edir. Müayinə olunan xəstələrin anamnezində uşaq infeksiyaları (100%) üstünlük təşkil etmişdir, xəstələrin somatik sağlamlığı qiymətləndirildikdə, hər iki qrupda xronik qastroduodenit (28,5%), ürək-damar xəstəlikləri (14,2%), xronik pielonefrit (25,8%), I-II dərəcəli dəmirdefisitli anemiya (87,5%), 36(32,1%) xəstədə həzm sistemi orqanlarında xəstəliklər aşkar edilmişdir.

Beləliklə, cinsi yetkinləşmə dövrü hər iki qrupda somatik statusun pozulması ilə ağırlaşmışdır ki, bu da, qızlarda gastroenteroloq, nefroloq və kardioloqlarla birlikdə ümumi sağlamlıqşadıcı tədbirlərin aparılmasını tələb edir.

Ailə, sosial anamnezin təsirini aşkar etmək üçün ananın anamnestic göstəriciləri ətraflı şəkildə toplanmışdır.

Müayinə qruplarının əksəriyyətində xəstələr tam ailələr olmuşdur – 104 (92,8%) nəfər. Əsas qrupda ailə 44% qızda tam, 27%-də – yaxşı maddi vəziyyətdə (müqayisə qrupunda müvafiq olaraq 87% və 82%) olmuşdur.

Tərəfimizdən aşkar olunmuşdur ki, müayinə olunan qruplarda anaların əksəriyyəti orta təhsillik olmuşdur.

Növbəti mərhələdə əsas və müqayisə qruplarında qızların analarının anamnezi toplanmışdır. Müayinə olunanların əksəriyyətinin analarında ağırlaşmış anamnestic status qeydə alınmışdır.

Vegetativ-damar pozuntuları əsas qrupda 11 (15,2%) qızda qeydə alınmışdır ki, bu da müqayisə qrupundakı göstəricilərdən dürüst fərqlənməmişdir 13 (17,5%). Əsas qrupda qızların analarında mədə-bağırsaq traktı xəstəliklərinin yüksək tezliyi də diqqəti cəlb edir. Demək olar ki, hər qızın anasında ginekoloji xəstəlik olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, 34 (47,2%) nəfərdə reproduktiv funksiyada funksional pozuntular: 11 (15,2%) nəfərdə hipomenstruasiya sindromu tipi üzrə aybaşı tsikli pozuntuları, 7-də (9,7%) – gec menarxe, 2-də (2,7%) – mioma, 10 (13,8%) nəfərdə isə erkən klimaks qeydə alınmışdır. Bu da əsas qrup qızlarının analarında patoloji funksional tənzimləmə sisteminin olduğunu göstərir ( $p < 0,001$ ).

Tərəfimizdən aşkar edilmişdir ki, əsas qrupda 29 (40,2%) qadında hormonal tənzimləmədə pozuntular olmuşdur. Bundan başqa, bir sıra hallarda xarakterik konstitusional pozuntuların olduğu aşkar edilmişdir. Belə ki, android morfoloji üzrə əlamətlər 7 (9,7%), infantil əlamətlər isə 9 (12,5%) nəfərdə qeydə alınmışdır. 24 (33,3%) qadında hirsutizm, bal

şkalası üzrə intensiv tüklənmə (19,6±3,1 bal) qeydə alınmışdır.

Beləliklə, müayinə olunan qızların analarının ümumi və reproduktiv sağlamlığının təhlili nəticəsində məlum olmuşdur ki, onların əsas hissəsi somatik cəhətdən zəifdir və onlarda müxtəlif ginekoloji xəstəliklər aşkar olmuşdur. Keçirilmiş somatik və ginekoloji xəstəliklər üzrə toplanmış ətraflı anamnez artıq erkən mərhələlərdə aybaşı tsiklinin, eləcə də yumurtalıqların follikulyar aparatının pozulması üzrə risk amillərini təyin etməyə imkan vermişdir.

Daha sonra biz reproduktiv anamnezi müayinə etdik. Əsas qrupda anaların hamiləlik zamanı orta yaş həddi 23±1,4, müqayisə qrupunda isə 26,3±1,3 yaş olmuşdur. 38 (52,7%) qadında hamiləlik birinci, 34 (47,2%) nəfərdə isə təkrar olmuşdur. Analoji göstəricilər müqayisə qrupunda müvafiq olaraq 21 (52,5%) və 19 (47,5%) yaş olmuşdur.

Əsas qrupda 18 (25%) anada hamiləliyin düşük təhlükəsi olmuşdur ki, bu da müqayisə qrupundan 3,3 dəfə az (3 nəfər (7,5%)) olmuşdur. 97 (86,6%) nəfərdə doğuş sərbəst, 15(13,4%) nəfərdə isə cərrahi yolla olmuşdur. Anaların sözlərinə görə, Kesar kəsiyinin aparılmasına çox zaman döldə bətdaxili hipoksiya, klinik dar çanaq, doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası, anada müxtəlif somatik patologiyaların olması səbəb olmuşdur.

Anaların anamnezinin təhlili əsasında tərəfimizdən doğuşların xüsusiyyətləri və erkən neonatal dövrün gedişi təhlil olunmuşdur. Əsas və müqayisə qrupunda antropometrik göstəricilər, eləcə də döş qəfəsinin çevrəsi və boy üzrə dürüst fərqlər aşkar olunmamışdır. Beləliklə, yenidogoğulmuşların antropometrik göstəriciləri normal göstəricilərə uyğun olmuşdur.

Gec toksikoz, hamiləlik düşükləri təhlükəsi, patoloji doğuşlar, azçəkili və çoxçəkili döllər kimi tez-tez baş verən ağırlaşmalar hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sisteminə zədələyici amil ola bilər. Bu patologiyalara hər iki qrupda eyni tezliklə rast gəlinmişdir. Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, süni əmizdirməyə keçid də cinsi steroidlərin sintezində bir sıra metabolik problemlərin yaranmasına gətirib çıxara bilər.

Laborator müayinələrin göstəricilərini təhlil edərkən, qanın və sidiyin ümumi müayinələrində normadan kənara çıxmalar qeydə alınmışdır. Qanda hemoqlobinin cüzi aşağı olması və eritrositlərin çökmə sürətinin artması, sidikdə leykositlərin artması artıq yanaşı gedən patologiyalar üçün səciyyəvi olmuşdur.

Tərəfimizdən 112 xəstədə hormonal status müayinə olunmuşdur ki, onlar da iki qrupa ayrılmışdılar: əsas qrup – 72 yeniyetmə qız, müqayisə qrupu – 40 yeniyetmə qız. Nümunələrin götürülməsi aybaşı tsiklinin follikulogenez (4-5-ci günlər) və lütein (20-21- ci günlər) fazalarında baş vermişdir. Kompleks hormonal müayinələrin nəticələrinin təhlili müxtəlif

parametrlərdə fəqlərin olduğunu göstərmişdir. Aşkarlanmış pozuntuların korreksiyası üçün “Utrojestan” preparatı tətbiq edilmişdir. Əsas və müqayisə qruplarında hormonların səviyyəsində müalicədən əvvəl və sonra baş verən dəyişikliklər cədvəl 1-də verilmişdir.

**Cədvəl 1**

Əsas və müqayisə qruplarında müalicədən əvvəl və sonra hormonal status

Göstəricilər			Əsas qrup	Müqayisə qrupu
LH (mIU/ml)	Müalicəyə qədər	I	13,3±1,6*^	14,2±1,5
		II	12,8±1,4^	13,1±1,6
	Müalicədən sonra	I	9,5±0,8***	12,2±0,5
		II	8,6±0,6***	12,7±0,2
FSH (mIU/ml)	Müalicəyə qədər	I	6,4±0,7*	6,8±0,4
		II	6,7±0,8*	7,2±0,1^
	Müalicədən sonra	I	5,3±1,3**	6,6±1,3
		II	4,8±1,8	4,7±1,1
PRL (mIU/ml)	Müalicəyə qədər	I	454±22,5***	515±24,5
		II	482±21,3*^^	495±20,6
	Müalicədən sonra	I	412±22,1***	491±19,8
		II	340±21,2***	482±26,4
Testosteron (nq/ml)	Müalicəyə qədər	I	3,1±1,2	3,2±0,6
		II	2,9±1,3**	3,8±0,8
	Müalicədən sonra	I	2,7±0,9*	3,1±0,1
		II	2,5±0,6**	29±0,2
Progesteron (nq/ml)	Müalicəyə qədər	I	11,5±1,2***	9,4±1,1
		II	45±4,4*^	42±4,2
	Müalicədən sonra	I	12,4±1,4***	8,8±1,4
		II	33±3,9***	39±3,1
Kortizol (nq/ml)	Müalicəyə qədər	I	650±21,3*^^	640±24,3
		II	574±18,7***^^	610±27,6
	Müalicədən sonra	I	530±22,8***	630±20,6
		II	480±19,4***	612±14,5
Estadiol (nq/ml)	Müalicəyə qədər	I	141±28,7	154±22,5
		II	126±18,7	137±14,6
	Müalicədən sonra	I	67±9,2	109±12,5
		II	86,7±10,2	125±11,5

Qeyd: müqayisə qrupuna nisbətə göstəricilər arasında fəqlərin dürüslüyü \* – <0,05; \*\* – <0,01; \*\*\* – <0,001; müqayisə qrupuna nisbətə göstəricilər arasında fəqlərin dürüslüyü: ^ – <0,05; ^^ – <0,01.

Hormonal status öyrənilədikdə, FSH üçün əsas qrupda göstəricilərin 3,4 mIU/ml-dən 64,3 mIU/ml-ə qədər çatması, müqayisə qrupunda 2,8 mIU/ml-dən 7,2 mIU/ml-ə qədər çatması səciyyəvi olmuşdur. Bununla yanaşı, I fazada ümumi göstərici 6,4±0,7, əsas qrupda isə 6,8±0,3 mIU/ml olmuşdur.

II fazada bu göstərici müvafiq olaraq  $6,7 \pm 0,8$  və  $7,2 \pm 0,6$  mIU/ml olmuşdur. Hər iki qrupda FSH səviyyəsi fazalara uyğun olaraq çox fərqlənməmişdir. Bu hər şeydən əvvəl yumurtalıqların hormonal çatışmazlığı ilə əlaqədar olmuşdur. LH səviyyəsinin müayinəsindən məlum olmuşdur ki, orta hədlərin fərdi dəyişməsi də qruplarda fazalara uyğun olaraq fərqli olmuşdur ( $13,3 \pm 1,6$  və  $14,2 \pm 1,5$  mIU/ml – I fazada,  $12,8 \pm 1,4$  və  $13,1 \pm 1,1$  mIU/ml – II fazada). Uyğun olaraq yeniyetmə qızlarda qan serumunda LH-nin kifayət qədər yüksək göstəriciləri aşkar edilmişdir.

Həmçinin müayinə qruplarında LH/FSH nisbəti də təyin olunmuşdur. LH/FSH göstəricisi  $2,3 \pm 0,4$  təşkil etmişdir.

Beləliklə, qonadotropin göstəricilərinin dəyişiklikləri aybaşı funksiyasının tənzimləyicisi olan hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində funksional pozuntuların ilkin göstəriciləridir.

Yeniyetmə qızlarda hormonal fonun daha dəqiq təyin olunması üçün steroid hormonların – estradiol, progesteron, prolaktin və kortizolun – qan serumunda göstəriciləri aybaşı tsiklinin müxtəlif fazalarında təhlil olunmuşdur.

Estradiolun qan serumunda konsentrasiyasının müayinəsi zamanı aşkar olunmuşdur ki, hər iki qrupda estradiol tsikl boyunca nəzərəcarpacaq dərəcədə dəyişmişdir. Follikulyar fazada hormonun tərkibinin orta göstəricisi  $141 \pm 28,7$  və  $154 \pm 22,5$  nq/ml, lutein fazada  $126 \pm 18,7$  və  $137 \pm 14,6$  nq/ml olmuşdur ki, bu da ədəbiyyat məlumatlarına əsasən nəzərəcarpacaq dərəcədə yüksək olmuşdur.

Bizim tədqiqatda progesteronun qatılığının dəyişmə dinamikası analoji olmuşdur. Hər iki qrup yeniyetmə qızlarda fərdi dəyişikliklər aybaşı tsiklinin I fazasında  $4,5-74,2$  nq/ml arasında, orta göstərici  $11,5 \pm 1,2$  və  $9,4 \pm 1,1$  nq/ml olmuşdur, II fazada – müvafiq olaraq  $45 \pm 4,4$  və  $42 \pm 4,2$  nq/ml təşkil etmişdir.

Hər iki qrupda testosteronun miqdarı müayinə olunduqda normativ göstəricilərlə müqayisədə dürüst fərqlər aşkar olunmamışdır, lakin testosteronun miqdarının artma tendensiyası da qeydə alınmışdır ki, bu da müalicədən sonra az dəyişmişdir.

Polikistoz yumurtalıq sindromu olan xəstələrdə testosteron göstəriciləri  $1,8-3,9$  nq/ml arasında olmuş, müalicəyə qədər orta göstərici hər iki qrupda aybaşı tsiklinin I fazasında  $3,1 \pm 1,2$  və  $3,2 \pm 0,6$  nq/ml, II fazada  $2,9 \pm 1,3$  və  $3,8 \pm 0,8$  nq/ml təşkil etmişdir.

Beləliklə, testosteron səviyyəsinin orta həddi ümumi qrupda pubertat dövründə olan yeniyetmə qızlar üçün Tanner-4-5 üzrə normanın yuxarı həddinə uyğun olmuşdur.

Ümumi testosteron ilə YPKS sindromunun qabarıqlılığı arasında korrel-

yasiya aşkar olunmamışdır.

Alınan göstəricilər təsdiq edir ki, polikistoz yumurtalıq sindromu olan yeniyetmə qızlarda hormonal dəyişikliklər baş verir.

Hormonal korreksiya aparıldıqdan 6 ay sonra aşkar edilmişdir ki, müalicə nəticəsində hormonal status göstəriciləri normallaşmağa meyillidirlər. Bununla yanaşı, əsas qrupda tendensiya müqayisə qrupuna nisbətən daha kəskin olmuşdur.

Beləliklə, əsas qrupda LH və FSH səviyyələrinin orta həddi müalicədən sonra aybaşı tsiklinin I fazasında  $9,5 \pm 0,8$  mIU/ml (LH) və  $5,3 \pm 1,3$  mIU/ml (FSH) olmuş, II faza üçün hər iki hormonun bu yaş həddinə uyğun olaraq normativ göstəricilərə doğru azalması müşahidə edilmişdir. Estradiol və progesteron müayinə olunduqda həmçinin hər iki qrupda göstəricilərin normallaşması qeyd alınmışdır.

Müayinə olunan qızlarda uşaqılıq və yumurtalıqların vəziyyətini dinamikada təyin etmək üçün transabdominal ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Müayinə müalicə aparılana qədər, müalicə-profilaktika tədbirlərindən 1-3-6 ay sonra, aybaşı tsiklinin 5-10 və 17-21-ci günlərində aparılmışdır.

Metodun üstünlüyü azınvazivliyi, qeyri-travmatikliyi, ağrısız olmasıdır. Bu sadalananlar USM-i skrininq metodu etməyə imkan verir.

Ultrasəs müayinələrin göstəriciləri klinik qruplarda uşaqılığın və yumurtalıqların ölçülərinin müqayisəli təhlilini aparmağa imkan vermişdir. Göstəricilər əsasında hər iki qrupda uşaqılığın bütün ölçüləri 30-45% artmışdır (cədvəl 2).

## Cədvəl 2

### Müalicədən əvvəl və sonra YPKS olan qızlarda yumurtalıqların ölçüləri

Klinik qruplar		Uzunluq (mm)	En (mm)	Qalınlıq (mm)
Əsas qrup (n=72)	Müalicəyə qədər	$49,2 \pm 0,6^{***}$	$48,1 \pm 0,7^{***}$	$51,3 \pm 0,5^{**}$
	Müalicədən sonra	$38,4 \pm 0,7^{***}$	$37,5 \pm 0,4^{**}$	$40,1 \pm 0,4^{**}$
Müqayisə qrupu (n=40)	Müalicəyə qədər	$43,8 \pm 0,2$	$43,4 \pm 0,6$	$52,0 \pm 0,5$
	Müalicədən sonra	$44,3 \pm 0,3$	$41,3 \pm 0,5$	$43,0 \pm 0,6$

Qeyd: müalicədən əvvəl və sonra müqayisə qrupuna nisbətə göstəricilər arasında fərqlərin dürüstlüyü: \*\* –  $<0,01$ ; \*\*\* –  $<0,001$ .

Müayinə zamanı əksər hallarda (112 xəstədən 104 nəfərdə) uşaqılığın ölçülərinin həm arxa-ön tərəfdən, həm də sağ-sol tərəfdən böyüməsi aşkar edilmişdir. Uşaqılıq və yumurtalıqlar arasında məsafə kəskin qısalmışdır. 37,5%-də (42 xəstə) uşaqılıq orta mövqedə, 32,1%-də (36) – sola doğru, 30,0%-də (34) sağa doğru əyilmiş vəziyyətdə olmuşdur.

Polikistoz yumurtalıqlarda aybaşı tsikli boyunca dinamik USM zamanı dominant follikul, sari cisim vizualizasiya olunmur. Rəngli doppler müayi-

nəsi zamanı aybaşı tsiklinin artıq 3-5-ci günlərində zəngin intraovarial qan axını aşkar olunur, ona baxmayaraq ki, normada 8-10-cu günlərdə stroma damarları vizualizasiya olunmur.

Qan axınının əsas göstəriciləri maksimal arterial sürət (MAC), pulsasiya indeksi (PI), rezistentlik indeksi (RI) olmuşdur.

İmpuls dopplerometriya zamanı yüksək İR qeydə alınır (0,54-dən yüksək) ki, o da bütün aybaşı tsikli boyunca dəyişmişdir. Bununla yanaşı, intraovarial hemodinamikanın damar rezistentliyinin daha yüksək göstəriciləri diffuz yerləşməyə nisbətən periferik yerləşmədə daha çox qeydə alınmışdır. Xəstələrdə follikulyar fazanın əvvəlində (16,89±2,36 sm/san) qan axınının maksimal sürəti normadan yüksək (8,74±0,68 sm/san) olmuşdur ki, bu da YPKS-nın ultrasəs diaqnostikasında əlavə meyar kimi istifadə oluna bilər.

Aparılmış tədqiqatlar YPKS zamanı yuxarıda təsvir olunan bütün hemodinamik dəyişiklikləri, LH-nın tonik hipersekresiyasının səviyyəsini və LH/FSH nisbətinin dəyişikliklərini əlaqəndirmişdir. Bu səbəbdən YPKS olan xəstələrdə intraovarial damar rezistentliyi və uşaqlıq qan axını göstəriciləri yüksək olduqda, endokrin pozuntular və aybaşı tsikli pozuntuları bir o qədər də qabarıq və ağır olur.

YPKS-nın aşağıdakı ultrasəs əlamətləri aşkar edilmişdir: yumurtalıqların həcmnin ikitərəfli artması (norma 3-7 sm<sup>3</sup> olduqda, 29 qızda yumurtalıqların həcmi 12-15 sm<sup>3</sup>, 4 qızda – 16-18 sm<sup>3</sup> olmuşdur). Yumurtalıqların strukturu çoxsaylı follikulların (4-10 mm) həm periferiyada, həm də parenxamanın mərkəzi sahələrində olması ilə səciyyələnir. Rəngli doppler zamanı yumurtalıqda periferiya üzrə və onun mərkəzi hissəsində çoxsaylı vaskulyarizasiya lokusları aşkar edilmişdir. Sistolik/diastolik nisbət 5,0±0,4 (norma – 5,9±0,3) olmuşdur. 3D-dopplerometriya göstəriciləri formalaşan YPKS zamanı vaskulyarizasiya indeksinin (Vi) və qan axını indeksinin (Fi) kəmiyyətinin artdığını göstərir: Vi – 5,9±0,3 (norma 4,1±0,5), Fi – 34,6±6,2 (norma 14,5±2,3). Formalaşan YPKS olan xəstələrdə yumurtalıqların həcmi müqayisə qrupuna nisbətən 3 dəfə çox olmuşdur, qan axınının xarakterində qabarıq dəyişikliklər qeydə alınmışdır: S/D 15% aşağı düşmüş, Vi – 43%, Fi – 2,4 dəfə artmışdır.

Polikistozlu yumurtalıqların damar şəbəkəsində qan axımında nəzərəçar-pacaq dəyişikliklər müşahidə olunur. Doppler müayinələr aparıldıqda yumurtalığın periferiyası üzrə və mərkəzi hissəsində vaskulyarizasiyanın çoxsaylı lokusları aşkar edilmişdir. Sistolodiastolik nisbət (SDM) 4,8±0,7 (norma – 5,9±0,3) təşkil etmişdir. Lakin vaskulyarizasiya indeksi və qan axını indeksi hədləri yüksək olmuşdur: Vi – 7,2±0,8 (norma – 4,1±0,5), Fi – 38,4±5,7 (norma – 14,5±23). Göründüyü kimi, yumurtalıqların həcmnin

artması və qan axının səciyyəvi pozulmaları polikistoz yumurtalıq sindromu üçün ultrasəs meyar ola bilər.

Müalicə kursundan sonra 3 ay ərzində kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi zamanı dinamikada aparılan müalicənin effektivliyi aşkar edilmişdir. Yumurtalıqların uzunluğu, eni, eləcə də ön-arxa parametrləri normativlərə uyğun olmuşdur. Yumurtalıqların struktur və həcmi yaş parametrlərinə müvafiq idi.

Tsiklin 5-7-ci günlərində müayinə olunanlarda endometriyumun qalınlığı 0,3-0,4 mm olmuşdur, lakin II fazada 19-21-ci günlərdə normativ parametrlərə nisbətən endometriyumun qalınlığı cüzi artmışdır – 0,8-0,92 mm (norma 10-1,1 mm), bu da həmin mərhələdə hormonal funksiyanın pozulduğunu göstərir.

Bizim tədqiqatlarda YPKS-nın əsas klinik əlamətləri kimi aşağıdakılar qəbul olunmuşdur: (1) hirsutizm, (2) akne, (3) oliqomenoreya və amenoreya, (4) USM üzrə polikistoz yumurtalıqların exoqrafik əlamətləri. Şikayətlər ilə daxil olan 112 yeniyetmə qızın göstəriciləri təhlil olunmuşdur. Daha çox tərəfimizdən yanaşı 4 əlamət 55(41,9%) qeydə alınmışdır. Tezliyinə görə ikinci variant oliqomenoreyalı olmuşdur. Müayinə olunanların hər birində polikistoz yumurtalıqların exoqrafik əlamətləri aşkar edilmişdir.

Qeyd olunduğu kimi, əsas qrup yeniyetmə qızlarda medikamentoz müalicə progesteron silsiləsindən olan hormonal preparat – “Utrojestan” ilə aparılmışdır. Xəstələrdə aşkar olunan əlamətlərdən asılı olaraq (4 əlamətdən 3-ü), aybaşı tsiklinin 5-25-ci günlərində 100 mq olmaqla, gündə 2 dəfə təyin olunmuşdur. Polikistoz yumurtalıq sindromunun inkişafının iki və daha az əlamətləri qeydə alınan yeniyetmələrə aybaşı tsiklinin 16-25-ci günlərində preparat 100 mq olmaqla, gündə 2 dəfə təyin olunmuşdur. Hər iki müalicə sxemi 6 ay ərzində aparılmışdır.

Preparat qəbul olunduqdan 8 həftə sonra əsas qrup xəstələrində polikistoz yumurtalıq sindromu ilə əlaqədar olan əlamətlərin kifayət qədər (25%-ə yaxın) azalması qeydə alınmışdır (müqayisə qrupunda xüsusi dəyişikliklər qeydə alınmamışdır). Aparılan müalicədən 16-18 həftə sonra əsas qrupdan 36 xəstədə ultrasəs müayinə altında yumurtalıqların və uşaqlığın ümumi həcmnin azaldığı aşkar olunmuşdur. Hər iki qrupda uşaqlığın ölçülərinin azalması yumurtalıqın ilkin həcmi normal həcmdən 2 dəfə böyük olan qızlar arasında daha qabarıq olmuşdur. Müqayisə qrupunda ümumilikdə qadın daxili cinsiyyət orqanlarının exoqrafik strukturu dəyişməmişdir. “Utrojestan” qəbul olunduqdan 6 ay sonra əsas qrupda 69 xəstədə exoqrafik müayinə zamanı uşaqlıq və yumurtalıqların ölçülərinin normallaşdığı, uşaqlıq və yumurtalıqlarda qan axının yaxşılaşdığı aşkar edilmişdir. 1 xəstədə yanaşı təsirlər baş verdiyi üçün, preparatın qəbulu

dayandırılmışdır. 1 xəstə preparatı fasilələrlə qəbul etmişdir.

Aparılan müalicə zamanı qanın biokimyəvi göstəricilərində normadan kənara çıxmalar müşahidə olunmuşdur. “Utrojestan” ilə müalicə fonunda hormonal profildə FSH-nın və estradiolun düürüst aşağı olması, LH və progesteronun düürüst artması qeydə alınmışdır ki, bu da prolaktinin azalmasına təsir göstərmişdir. Müntəzəm aybaşı funksiyasının bərpa olunması əsas qrupda 67 (93%) xəstədə qeydə alınmışdır. Lakin 48 (66,6%) qızda aybaşı orta hesabla 4-5 gün olduğu halda, 17-də (23,6%) – 2-3 gün, 2-də (2,7%) – 2 gündən az olmuşdur.

Medikamentoz müalicədən effektin alınması üçün menarxenin baş verməsi ilə pozulmaların başlaması və müalicənin başlanması arasında interval böyük əhəmiyyət kəsb edir. Müayinə qruplarında qızların ümumi somatik və ginekoloji vəziyyətinin öyrənilməsindən alınan nəticələr təhlil olunduqda, müxtəlif vəziyyətlərin yüksək faizi aşkar edilmişdir ki, bunlar aybaşı tsiklinin pozulması üçün risk amili ola bilər.

I mərhələdə simptomatik müalicənin qeyri-effektiv olması nəticəsində müalicə taktikası seçimi zamanı I qrupa müalicə-qoruyucu rejim fonunda hormonal hemostaz, antianemik preparatlar, vitamin terapiyası, fizioterapiya təyin olunmuşdur. Tərəfimizdən endometrium və hormonal statusun ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə əsasən hormonal müalicəyə diferensiasiya edilmiş yanaşma tətbiq edilmişdir. Aybaşı funksiyasının tənzimlənməsi məqsədilə əsas qrupun xəstələrinə 6 ay ərzində progesteron silsiləsindən olan “Utrojestan” standart sxem üzrə (1 kapsul (100 mq) x gündə 2 dəfə 5-25-ci günlərdə və ya 16-25-ci günlərdə) təyin edilmişdir. Aybaşı tsiklinin hormonal korreksiyası fonunda etioloji amillər də aradan qaldırılmışdır.

Müalicənin II mərhələsində və reabilitasiya mərhələsində ümumi somatik və ginekoloji xəstəliklər müalicə olunmuş, bunun üçün hemostatik, uterotonik preparatlar, sedativ preparatlar və vitamin terapiyası təyin edilmişdir.

Beləliklə, tərəfimizdən təklif olunan müalicə aybaşı funksiyasının neyroendokrin tənzimlənməsini təmin edir. Yumurtalıqlarda polikistoz dəyişikliklərin reğresi, qızlarda hormonal fonun normallaşması və aybaşı tsiklinin bərpa olunması həmin metodikanın müsbət təsirini və əldə olunan effektivliyin sabitliyini göstərir.

## NƏTİCƏLƏR

1. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu olan qızlarda somatik xəstələnmənin xarakterinin və tezliyinin təhlili göstərir ki, infeksiya xəstəlikləri (100%), mədə-bağırsaq traktı (32,1%) və sidik-ifrazat sistemi xəstəlikləri (16,1%) həqiqi üstünlük təşkil edir ( $p < 0,001$ ).



2. YPKS-nın əsas klinik əlamətləri menstrual tsiklin pozulmaları, hirsutizmin sərhəd formaları, hiperandrogen dermatopatiyalardır. Müəyyən edilmişdir ki, əsas qrupun 29(40,2%) valideynində hormonal reqlyasiya pozulmaları mövcud olmuşdur. 24(33,3%) qadında hirsutizm olub, intensivliyi bal şkalası ilə  $19,6\pm 3,1$  bal təşkil edib. Həmçinin, hamiləlik, doğuş və zahılıq dövrünün gedişində də pozulmalar qeydə alınıb.
3. Hormonal və exoqrafik göstəricilərə əsaslanaraq, yumurtalıqların polikistozu sindromu olan qızlarda xəstəliyi erkən mərhələlərdə aşkar etmək mümkündür. Bu patologiya olan yeniyetmə qızlarda estradiolun səviyyəsi I fazada –  $141\pm 28,7$  nq/ml; II fazada isə  $126\pm 18,7$  nq/ml olmuşdur ( $p<0,001$ ), progesteronun səviyyəsi müvafiq olaraq  $11,5\pm 1,2$  və  $45\pm 4,4$  nq/ml;  $p<0,01$ , testosteronun səviyyəsi müvafiq olaraq  $3,1\pm 1,2$  və  $2,9\pm 1,3$  nq/ml;  $p<0,01$ , prolaktinin səviyyəsi müvafiq olaraq  $454\pm 22,5$  və  $482\pm 21,3$  mlU/ml;  $p<0,001$ ), kortizolun səviyyəsi müvafiq olaraq  $650\pm 21,3$  və  $574\pm 18,7$  nq/ml;  $p<0,001$  təşkil etmişdir. Yumurtalıq və uşaqlıqda qan axını göstəriciləri ( $V_i - 5,9\pm 0,3$ ,  $F_i - 34,6\pm 6,2$ ) normadan dürüst fərqlənmişdir ( $p<0,001$ ).
4. YPKS zamanı yumurtalıqların ölçülərinin böyüməsi səciyyəvidir. Göstəricilərə əsasən, hər iki qrupda uşaqlığın 30-45%, yumurtalıqların isə 2-3 dəfə böyüdüüyü aşkar edilmişdir.
5. Utrojestan preparatının köməyi ilə aparılan məqsədyönlü müalicə reproduktiv potensialın yüksəlməsinə səbəb olur. Əsas qrupdan 69 xəstədə “Utrojestan” qəbul olunduqdan 6 ay sonra exoqrafik müayinələr zamanı uşaqlıq və yumurtalıqların normallaşmış ölçüləri (yumurtalıqın uzunluğu –  $38,4\pm 0,7$  mm; eni –  $37,5\pm 0,4$  mm; qalınlığı  $40,1\pm 0,4$  mm;  $p<0,001$ ), yumurtalıq və uşaqlıqda qan axını göstəricilərinin ( $V_i - 4,4\pm 0,7$ ;  $F_i - 28,4\pm 1,4$ ) yaxşılaşması ( $p<0,001$ ) qeyd edilmişdir. Bu qrupdan olan 67(93%) xəstədə reqlyar menstrual funksiya bərpa olmuşdur. Həmçinin əsas qrupda LH və FSH səviyyələrinin orta həddi müalicədən sonra aybaşı tsiklinin I fazasında  $9,5\pm 0,8$  (LH) və  $5,3\pm 1,3$  (FSH) olmuşdur, II faza üçün hər iki hormonun bu yaş həddinə uyğun olaraq normativ göstəricilərə doğru azalması müşahidə edilmişdir ( $p<0,001$ ).

## **PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR**

1. Yumurtalıqların polikistozu sindromunun inkişafı üçün risk amilləri qismində aşağıdakı anamnestic – anada reproduktiv pozulmalar, doğuş, hamiləlik və zahılıq dövrünün gedişində ağırlaşmalar, klinik –

hirsutizm, menstrual tsikl pozulmaları – simptomları saymaq olar.

2. Yumurtalıqların polikistozu sindromu olan yeniyetmə qızlarda reproduktiv potensialın düzgün qiymətləndirilməsi üçün onun formalaşmasının proqnozunu vermək məqsədilə kompleks klinik-laborator müayinələrin aparılması vacibdir. Tədbirlər kompleksinə ümumi klinik hormonal müayinələr (FSH, LH, progesteron və s.) və kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinəsi (yumurtalıqların follikulyar aparatının exoqrafik parametrlərinin, həmçinin uşaqlığın qan təchizatının dopplerometrik göstəricilərinin qiymətləndirilməsi ilə) daxil edilməlidir.
3. “Utrojestan” erkən yeniyetməlik dövründən etibarən yumurtalıqların polikistozu sindromu olan qızların müalicəsində seçim preparatı olaraq qəbul edilə bilər. Tədqiqatdan görüldüyü kimi, utrojestanla müalicə fonunda hormonal pozulmalar müsbət dinamikada dəyişilmişdir, exoqrafik göstəricilər normaya yaxınlaşmışdır.

## **DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP EDİLMİŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI**

1. Совершенствование тактики ведения пациенток с синдромом поликистоза яичников / Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Dövlət Elmi Kitabxanası – 7 aprel Sağlamlıq Gününə həsr olunmuş elmi-praktik seminarın tezisləri, 2012, s. 57-60.
2. Эхографик müayinələrin göstəricilərinə əsasən yumurtalıqların polikistoz sindromunun müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, 2012, №4, s.167-171 (həmmüəl.: N.M.Kamilova).
3. Влияние микронизированного прогестерона на гормональный профиль девушек-подростков с синдромом поликистозных яичников // Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya Jurnalı, 2013, №1, s. 26-31 (həmmüəl.: H.M.Камилова).
4. Опыт клинического применения Utrojestan при синдроме поликистоза яичников (СПКЯ) у девушек-подростков / Materials of XVII International Conference “Oncology – XXI Century”, Elche-Alicante, Spain, 2013, pp.134-135 (həmmüəl.: H.M.Камилова).
5. Conservative therapy of polycystic ovary syndrome for young girls // Materials of Obstetrics & Gynecology Conference: 16<sup>th</sup> World Congress Of Gynecological Endocrinology, Firenze, Italy, 2014, pp. 165-168 (həmmüəl.: N.M.Kamilova).
6. Yeniyyətə qızlarda yumurtalıqların polikistozu sindromunun kompleks müalicəsinin klinik-patogenetik əsası // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, 2014, №1, 2014, s.158-162.
7. Оценка эффективности лечения синдрома поликистозных яичников по данным эхографического исследования // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация, 2014, №18 (189), с. 87-91 (həmmüəl.: H.M.Камилова).
8. Лечение синдрома поликистозных яичников у девушек-подростков // Вестник Хирургии Казахстана, 2014, №2 (38), с. 48-51 (həmmüəl.: H.M.Камилова).
9. Polikistozlu yumurtalıqlar sindromunun etiopatogenezinin müasir aspektləri, diaqnostikası və müalicə üsulları (həkimlər, ordinatorlar və rezidentlər üçün metodik vəsait). Bakı: Nafta-Press, 2014, 104 səh. (həmmüəl.: N.M.Kamilova).
10. Yeniyyətə qızlarda yumurtalıqların polikistozu sindromunun müasir diaqnostika üsulları // Sağlamlıq, 2015, №1, s.41-44.

**ЭЛЬНАРА АДИЛЬ КЫЗЫ МАСТИЕВА**

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ  
ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ  
В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ**

**РЕЗЮМЕ**

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из актуальных и изучаемых проблем гинекологической эндокринологии и репродуктологии.

Целью настоящего исследования явилась диагностика эндокринно-метаболических нарушений у девушек с синдромом поликистоза яичников в период полового созревания и оптимизация методов их коррекции.

В ходе исследования было обследовано 112 девушек (72 – основная группа, 40 – группа сравнения) в возрасте 14-18-и лет. На первом этапе изучались анамнестические показатели по поводу течения беременности и родов матери девушки. На втором этапе были изучены физические, половые особенности, функциональное состояние репродуктивной системы этих девушек.

В основной группе для коррекции репродуктивных нарушений использовался “Utrojestan” (Besen Laboratories, France) в капсулах (X100 мг) 2 раза в день в течение 3-6-и месяцев. В зависимости от гормональных и эхографических показателей, прием препарата назначался на 5-25 или 16-25 день менструального цикла.

Результаты исследования показали, что на основе гормональных и эхографических показателей, у девушек с синдромом поликистозных яичников возможно выявить заболевание на ранних стадиях, а целенаправленное лечение препаратом Utrojestan способствует повышению у них репродуктивного потенциала.

**ELNARA ADIL MASTIYEVA**

**CLINICOPATHOGENETIC JUSTIFICATION  
OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARY  
SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS AT PUBERTY**

**SUMMARY**

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most pressing and studied problems of gynecological endocrinology and reproduction.

The aim of this study was diagnosis of endocrine and metabolic disorders in girls with polycystic ovary syndrome in puberty and optimization methods for their correction.

The study examined 112 girls (72 – an index group, 40 – the comparison group) aged 14-18 years. In the first stage have been studied anamnestic parameters of the course of pregnancy and childbirth of the girl's mother. In the second stage were studied physical, sexual features, the functional state of the reproductive system of girls.

In the index group for correction of reproductive disorders used "Utrojestan" (Besen Laboratories, France) in capsules (X100 mg) 2 times a day for 3-6 months. Depending on the hormonal and ultrasonographic parameters, the drug was used at 5-25 or 16-25 days of the menstrual cycle.

The study results showed that based on hormonal and ultrasonographic parameters, in girls with polycystic ovary syndrome may identify the disease at an early stage, and purposeful therapy drug Utrojestan increases their reproductive potential.



Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Sifariş 768 Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*На правах рукописи*

**ЭЛЬНАРА АДИЛЬ КЫЗЫ МАСТИЕВА**

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ  
ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ  
В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ**

3215.01 – Акушерство и гинекология

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

Баку – 2016