УЎК: 618.175-053.7-08-084

ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ГОРМОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА АЛГОРИТМЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ




Ризаев Жасур Алимджанович, Хамроева Лола Кахоровна
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМОВ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ризаев Жасур Алимджанович, Хамроева Лола Кахоровна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

IMPROVING ALGORITHMS FOR THE CORRECTION AND PREVENTION OF HORMONAL DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS

Rizayev Jasur Alimdjanovich, Khamroyeva Lola Kakhorovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. *Мақсад: ўсмир қизларда гормонал бузилишларни клиник хусусиятларга мос равишда дифференциал коррекциялаш алгоритмини ишлаб чиқиш ва профилактик тадбирлар тизимини такомиллаштириш. Материал ва усуллар: ҳайз функцияси бузилган 15–19 ёшли 535 нафар ўсмир қизда етакчи синдром ва ҳамроҳ клиник белгилар асосида дифференциал даволаш (комбинацияланган орал контрацептивлар, гестагенлар, вегетокоррекцияловчи ва ноотроп воситалар) ўтказилди, самарадорлик 6 ойлик кузатув якунида баҳоланди. Натижалар: 6 ойдан сўнг 501 нафар (93,6%) беморда мунтазам ҳайз цикли тикланди, давомни тугатган 508 нафар бемор орасида бу кўрсаткич 98,6% ни ташкил этди. 7 нафар (1,3%) беморда барқарор самара кузатилмади, 27 нафар (5,0%) қиз даволашни давом эттирмади. Хавф гуруҳларини эрта аниқлашнинг босқичма-босқич алгоритми ва шифокорлар ҳамда талабалар учун таълим дастурлари ишлаб чиқилди. Хулоса: гиперандрогения, метаболик ўзгаришлар ва эндометрий ҳолатини ҳисобга олган дифференциал гормонал терапия ўсмир қизларда ҳайз функцияси бузилишларини самарали коррекциялайди, хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритми эса профилактика самарадорлигини оширади.*

Калит сўзлар: *ўсмир қизлар, гормонал коррекция, комбинацияланган орал контрацептивлар, профилактика, хавф гуруҳлари, таълим дастурлари.*

Abstract. *Aim: to develop an algorithm for differentiated correction of hormonal disorders in adolescent girls according to their clinical features and to improve the system of preventive measures. Materials and methods: 535 girls aged 15–19 years with menstrual dysfunction received differentiated treatment (combined oral contraceptives, progestogens, vegetative-corrective and nootropic agents) chosen according to the leading syndrome and accompanying clinical signs; efficacy was assessed after 6 months of follow-up. Results: after 6 months, a regular menstrual cycle was restored in 501 (93.6%) patients, or in 98.6% of the 508 patients who completed treatment. No stable effect was achieved in 7 (1.3%) patients, and 27 (5.0%) girls discontinued treatment. A stepwise algorithm for early identification of risk groups and educational programmes for physicians and students were developed. Conclusion: differentiated hormonal therapy that takes into account hyperandrogenism, metabolic changes and endometrial status effectively corrects menstrual dysfunction in adolescent girls, and the algorithm for early identification of risk groups improves the effectiveness of prevention.*

Keywords: *adolescent girls, hormonal correction, combined oral contraceptives, prevention, risk groups, educational programmes.*

Ўсмирлик даврида ҳайз функциясининг бузилиши репродуктив тизим етилишининг мураккаб нейроэндокрин механизмлари билан боғлиқ бўлиб, клиник кечиши ва этиологик омиллари жиҳатидан бир хил эмас. Бундай ҳолатларни ўз вақтида аниқлаш ва индивидуал коррекциялаш узоқ муддатли репродуктив саломатликни сақлаш нуқтаи назаридан муҳим

аҳамиятга эга. Даволаш тактикасини фақат ҳайз цикли хусусиятига қараб эмас, балки гормонал, метаболик ва клиник белгилар мажмуасини ҳисобга олган ҳолда танлаш зарур [5]. Бирламчи дисменореяни даволашда комбинацияланган орал контрацептивларнинг (КОК) самарадорлиги рандомизацияланган тадқиқотлар ва тизимли шарҳларда исботланган [4, 6]. Шу сабабли дифференциал терапия билан бир қаторда хавф гуруҳларини эрта аниқлаш, кузатув ва профилактик таълимни ягона алгоритм доирасида ташкил этиш амалий гинекология учун долзарб вазифа ҳисобланади.

Ўсмир қизларнинг репродуктив саломатлиги жамият демографик салоҳиятининг асосий кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, 10–19 ёшли ўсмирлар дунё аҳолисининг қарийб олтидан бир қисмини ташкил этади, уларнинг саломатлиги эса кейинги авлодлар саломатлигини белгиловчи омил сифатида қаралади. Ўзбекистонда аҳоли таркибида ўсмир ва ёшлар улуши юқори бўлиб, қизларнинг репродуктив тизими шаклланиш даврида юзага келадиган бузилишларни эрта аниқлаш ва бартараф этиш соғлиқни сақлаш тизимининг устувор вазифалари қаторига киради. Ўсмирларнинг соғлом турмуш тарзи ҳақидаги билимларини баҳолаш профилактик таълим дастурларини уларнинг ёш хусусиятларига мослаштириб ишлаб чиқишда муҳим манба бўлиб хизмат қилади [7].

Ҳайз функцияси бузилишлари ўсмирлик давридаги гинекологик касалланиш таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди ва кўпинча бир неча клиник белгиларнинг бирикуви кўринишида кечади. Алгодисменорея, ҳайз олди синдроми, ҳайз ритми ва ҳажмининг бузилишлари ҳамда гиперандроген дермопатия белгилари қизларнинг кундалик фаоллиги, ўқиш самарадорлиги ва руҳий-эмоционал ҳолатига сезиларли таъсир кўрсатади. Бундай ҳолатлар кўп ҳолларда шифокорга кечикиб мурожаат қилиш ва ўз-ўзини даволаш билан бирга кечиши ташхис ва коррекциянинг ўз вақтида амалга оширилишини қийинлаштиради.

Менархедан кейинги дастлабки йилларда гипоталамус–гипофиз–тухумдон тизимининг ўзаро бошқарув механизмлари ҳали тўлиқ барқарорлашмаган бўлади. Гонадотропин-рилизинг гормон секрециясининг импульсли ритми, гипофизнинг гонадотроп фаоллиги ва тухумдонлардаги фолликулогенез жараёнлари ташқи таъсирларга, жумладан руҳий-эмоционал зўриқиш, нотўғри овқатланиш, тана вазнининг кескин ўзгариши, ортиқча жисмоний юкламалар ва сурункали инфекция ўчоқларига юқори даражада сезгир бўлади. Натижада ановулятор цикллар, лютеин фазаси етишмовчилиги, нисбий гиперэстрогения ёки гиперандрогения шаклланиб, клиник жиҳатдан алгодисменорея, ҳайз олди синдроми, ҳайз циклининг ритми ва ҳажми бузилишлари, акне ва себорея кўринишида намоён бўлади. Жисмоний юкламаларга мослашув даражасини ҳисобга олган ҳолда қиз болалар ва қизларни диспансер кузатувидан ўтказиш учун махсус тиббий шакл ишлаб чиқилгани ҳам бу омилларни мунтазам баҳолаш заруратини тасдиқлайди [8].

Ўсмирлик давридаги гормонал бузилишларни коррекциялашда комбинацияланган орал контрацептивлар (КОК) фақат контрацепция воситаси сифатида эмас, балки гипоталамус–гипофиз–тухумдон ўқига модуляцияловчи таъсир кўрсатувчи, ҳайз циклини назорат қилувчи ва андроген таъсирларни камайтирувчи терапевтик восита сифатида кенг қўлланилади [2, 3]. Замонавий микродозаланган препаратларда этинилэстрадиол миқдорининг камайтирилиши ва янги авлод гестагенларининг қўлланилиши уларнинг метаболик хавфсизлигини оширган [2]. Ёшлар орасида контрацепция масалалари ва репродуктив хулқ-атвор хусусиятлари ҳам гормонал препаратларни танлашда эътиборга олинадиган омил ҳисобланади [1]. Гестаген компонентнинг танланиши даволаш натижасини белгиловчи асосий омиллардан биридир: дроспиренон антиминералокортикоид ва антиандроген хусусиятлари туфайли гиперандрогения ва ҳайз олди синдромида, дезогестрел ва гестоден эса юқори прогестаген фаоллиги ҳисобига эндометрийда пролифератив жараёнлар ва кўп миқдорда қон кетиш билан кечадиган ҳолатларда афзал ҳисобланади [2, 5].

Кейинги йилларда аёллар саломатлигини сақлашда предиктив, профилактик ва персонализацияланган тиббиёт тамойилларига асосланган ёндашув фаол ривожланмоқда. Бу ёндашувда аёл организмининг энергетик ва метаболик ҳолати, жумладан митохондриал функция кўрсаткичлари, хавфни эрта аниқлаш ва индивидуал профилактика чораларини белгилашнинг асоси сифатида қаралади [9]. Гормонал терапияни буюришда клиник кўрсатмалар билан бир қаторда ижтимоий-касбий омилларни ҳам ҳисобга олиш зарурлиги менопаузал гормонал терапия мисолида кўрсатиб берилган [10]. Метаболик, яллиғланиш ва оксидатив стресс маркерларини коррекциялаш имкониятлари [11], семизлиги бўлган болаларда профилактик дастурларнинг клиник самарадорлиги [12] ҳамда ўсмир ва ёшларда иккиламчи иммунодефицит ҳолатларини профилактика ва коррекциялаш тажрибаси [13] гормонал-метаболик бузилишларни бартараф этишда комплекс ёндашув зарурлигини асослайди.

Ўсмирлик даврида аниқланган эндокрин ва гинекологик бузилишлар кейинчалик ҳомиладорлик ва туғруқ асоратлари хавфини оширувчи фон ҳолатлар сифатида намоён бўлиши мумкин. Туғруқдан кейинги қон кетишлар профилактикаси бўйича кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини мониторинг қилиш тизимини такомиллаштириш [15], ҳомиладор аёлларда пародонт тўқималари касалликларининг клиник манзарасини ўрганиш [16] ҳамда витамин D нинг профилактик аҳамиятини баҳолаш [14] репродуктив саломатликни ҳаёт давомийлиги нуқтаи назаридан кўриб чиқиш заруратини тасдиқлайди. Ҳайз функцияси бузилишларини ўсмирлик даврида ўз вақтида коррекциялаш келгусида репродуктив йўқотишларнинг олдини олишнинг муҳим бўғини ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: ўсмир қизларда гормонал бузилишларни клиник хусусиятларга мос равишда дифференциал коррекциялаш алгоритмини ишлаб чиқиш ва профилактик тадбирлар тизимини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университети 2-сон акушерлик ва гинекология кафедрасининг клиник базасида ўтказилди. Ҳайз функцияси бузилиши аниқланган 535 нафар ўсмир қизда индивидуал клиник кўрсаткичлар асосида дифференциал даволаш амалга оширилди. Терапия самарадорлиги олти ойлик кузатув якунида баҳоланди.

Тадқиқотга 15–19 ёшдаги, менархедан кейин камида икки йил ўтган, ҳайз функцияси бузилиши тасдиқланган, текширув бошланишидан олдин гормонал препаратлар қабул қилмаган ҳамда органик гинекологик патологияси истисно этилган ўсмир қизлар жалб қилинди. Тана вазни индекси (ТВИ) клиник-метаболик ҳолатни тавсифловчи алоҳида кўрсаткич сифатида баҳоланди.

Даволаш мажмуи клиник кўрсатмаларга мувофиқ комбинацияланган орал контрацептивлар, гестагенлар ҳамда ёрдамчи вегетокоррекцияловчи, ноотроп ва антиоксидант воситаларни ўз ичига олди. Препарат танлашда етакчи синдром ва ҳамроҳ клиник белгилар ҳисобга олинди (1-жадвал). Даволаш самарадорлиги ҳайз циклининг тикланиши, оғриқ синдроми, кайфият ўзгаришлари, акне ва себорея каби клиник белгилар динамикаси асосида баҳоланди.

Барча иштирокчиларда текширув ягона дастур асосида ўтказилди. Анамнестик маълумотлар йиғишда менархе ёши, ҳайз циклининг давомийлиги ва мунтазамлиги, ҳайз кўриш кунлари сони ва қон йўқотиш ҳажми, оғриқ синдромининг жадаллиги, ҳайз олди даврдаги руҳий-эмоционал ва вегетатив белгилар, ўтказилган ва сурункали соматик касалликлар, овқатланиш тартиби, жисмоний фаоллик ҳамда оилавий анамнездаги эндокрин касалликлар ҳисобга олинди.

Объектив текширув антропометрик ўлчовлар (бўй, тана вазни, ТВИ), тери ва унинг ҳосилалари ҳолатини баҳолаш, гиперандроген дермопатия белгилари (акне, себорея, гирсутизм) ва сут безларини кўздан кечиришни ўз ичига олди. Кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текширувида бачадон ўлчамлари, эндометрий қалинлиги ва тузилиши, тухумдонлар ҳажми ҳамда фолликуляр аппарат ҳолати баҳоланди. Гормонал текширув ФСГ, ЛГ, ТТГ ва тестостерон даражасини аниқлашни қамраб олди.

Етакчи клиник синдромга кўра беморлар бирламчи алгодисменорея, гиперандрогения, гиперполименорея, эндометрийда пролифератив ўзгаришлар ва мастопатия, ҳайз олди синдроми ҳамда метаболик бузилишлар билан кечувчи клиник вариантларга ажратилди. Ҳар бир вариант учун препаратнинг таркиби, дозаси ва қабул қилиш режими 1-жадвалда келтирилган схемага мувофиқ танланди. КОК буюришдан олдин ҳар бир беморда уларни қўллашга қарши кўрсатмалар истисно этилди, қиз ва унинг ота-онаси (қонуний вакиллари) билан даволашнинг мақсади, давомийлиги ва эҳтимолий ножўя таъсирлари муҳокама қилинди.

Даволаш самарадорлиги даволаш жараёнида ва 6 ойлик кузатув якунида баҳоланди. Асосий мезон сифатида мунтазам ҳайз циклининг тикланиши қабул қилинди, қўшимча мезонлар сифатида оғриқ синдроми жадаллигининг камайиши, ҳайз олди даврдаги руҳий-эмоционал белгиларнинг юмшаши, акне ва себорея кўринишларининг регрессияси, препаратларнинг кўтара олиниши ва даволашга риоя қилиш даражаси ҳисобга олинди. Самарадорлик кўрсаткичлари икки хил махражда – тадқиқотга киритилган барча беморлар (n=535) ва даволаш курсини тўлиқ якунлаганлар (n=508) бўйича ҳисобланди.

Натижалар. Даволаш тактикаси аниқланган клиник ва гормонал ўзгаришларни индивидуал тарзда коррекциялаш тамойилига асосланди. Тухумдонларнинг поликистоз трансформацияси ривожланишининг олдини олиш мақсадида этинилэстрадиол 20 мкг ва дроспиренон 3 мг тутган эстроген-гестаген препарати 24+4 режимида 6 ой давомида буюрилди. Вегетокоррекция учун α-дигидроэргокриптин мезилати 4 мг ва кофеин 40 мг тутган комбинацияланган препарат (вазобрал) 1 ой давомида перорал қўлланилди. Стресс таъсирига чидамлиликни ошириш учун ноотроп ва антиоксидант таъсирга эга бош мия пўстлоғи полипептидлари (кортексин) 10 мг дан кунига 1 марта мушак орасига 10 кун давомида юборилди.

Олти ойлик кузатув якунида 501 нафар (93,6%) беморда мунтазам ҳайз цикли тикланди (2-жадвал). 27 нафар (5,0%) қиз даволашни давом эттирмади ва назорат кўригига келмади. 7 нафар (1,3%) беморда барқарор клиник самара кузатилмади, бу ҳолатларда қўшимча текширув ва ихтисослаштирилган гинеколог-эндокринолог маслаҳати тавсия этилди. Даволашни тугатган 508 нафар бемор орасида мунтазам ҳайз цикли 98,6% ҳолатда тикланди.

Клиник вариантлар бўйича даволаш тактикасининг хусусиятлари 1-жадвалда келтирилган. Бирламчи алгодисменореяда, гормонал бузилишларнинг бошқа белгилари бўлмаган ҳолатларда, даволаш микродозаланган КОК ёки ностероид яллиғланишга қарши воситаларни 3 ой давомида қўллашдан бошланди. Бу ёндашув простагландинлар синтезини камайтириш ва овуляцияни вақтинча бостириш орқали оғриқ синдромини бартараф этишга қаратилди [4, 6].

Алгодисменорея гиперандрогения белгилари билан бирга кечганда дроспиренон 3 мг ва этинилэстрадиол 20 мкг тутган препарат танланди. Дроспиренонниng антиандроген таъсири андроген рецепторларини блоклаш ва тухумдонларда андрогенлар синтезини камайтириш, этинилэстрадиол эса жинсий гормонларни боғловчи глобулин синтезини ошириш ҳисобига эркин тестостерон улушини пасайтиради [5]. Гиперполименорея билан кечувчи ҳолатларда дезогестрел 150 мкг ва этинилэстрадиол 30 мкг тутган препаратнинг танланиши кучли прогестаген таъсир ҳисобига эндометрийнинг секретор трансформацияси ва ҳайз вақтидаги қон йўқотиш ҳажмининг камайишига асосланди. Эндометрий гиперплазияси ва мастопатия белгилари қайд этилганда гестоден 75 мкг ва этинилэстрадиол 30 мкг тутган препарат буюрилди.

Ҳайз олди синдромида дроспиренон тутган препаратнинг танланиши унинг антиминералокортикоид фаоллиги билан боғлиқ бўлиб, суюқлик ушланиши, шиш, сут безларининг таранглашиши ва кайфият ўзгаришлари каби белгиларни камайтиришга хизмат қилди. Метаболик бузилишлар фонида кечувчи ҳолатларда гестоден ёки дроспиренон тутган препаратлар, гиперандрогения ва ҳайз ритми бузилишлари бирга кечганда эса гестаген препаратлари (дезогестрел ёки дроспиренон) қўлланилди.

Ёрдамчи терапия вегетатив дисфункция ва стрессга мослашувнинг бузилиши белгилари бўлган беморларга буюрилди. Вазобрал таркибидаги α-дигидроэргокриптин дофаминергик таъсири ҳисобига гипофизнинг пролактин секрециясини бошқаришда иштирок этади, кофеин эса марказий асаб тизими фаоллигини оширади. Кортексин таркибидаги паст молекуляр полипептидлар нейропротектор ва антиоксидант таъсир кўрсатиб, гипоталамус тузилмаларининг стресс омилларига чидамлилигини оширишга хизмат қилади. Гормонал терапия шу тариқа марказий бошқарув механизмларига йўналтирилган воситалар билан тўлдирилди.

2-жадвал маълумотларига кўра, даволашга жавоб бермаслик ҳолатлари бор-йўғи 7 нафар беморда (тўлиқ даволанганларнинг 1,4%) қайд этилди. Бу кўрсаткич клиник вариантга мос равишда препарат танлаш тамойилининг юқори самарадорлигини тасдиқлайди. Даволашни давом эттирмаган 27 нафар (5,0%) қизнинг мавжудлиги ўсмирлар орасида даволашга риоя қилиш (комплаенс) муаммосини акс эттиради ва ўсмир ҳамда унинг оиласи билан тушунтириш ишларини кучайтириш заруратини кўрсатади. Барқарор самара кузатилмаган беморларда ҳайз функцияси бузилишининг органик ёки марказий генезини истисно этиш учун чуқурлаштирилган текширув ўтказиш мақсадга мувофиқ деб топилди.

Хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритми. Эндокрин генезли гинекологик бузилишлар хавфини эрта аниқлаш учун анамнестик маълумотлар, антропометрик кўрсаткичлар, клиник белгилар, ультратовуш ва лаборатор натижаларни изчил баҳолашга асосланган босқичма-босқич алгоритм шакллантирилди (3-жадвал). Ушбу ёндашув хавф даражасини аниқлаш ва кейинги кузатув тактикасини индивидуаллаштиришга хизмат қилади.

Алгоритмнинг биринчи босқичи ҳар йилги режали тиббий кўрикни ташкил этишга қаратилган бўлиб, унда кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви скрининг усули сифатида қўлланилади. Бу босқич таълим муассасалари ва оилавий поликлиникалар даражасида амалга оширилиши мумкин, унинг асосий мақсади клиник белгилари ҳали намоён бўлмаган ўзгаришларни аниқлашдан иборат.

Иккинчи босқичда хавф гуруҳига ажратиш мезонлари қўлланилади. ТВИнинг меъёрдан четланиши (тана вазни танқислиги ёки ортиқча тана вазни), сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги, ҳайз кўришнинг ёш меъёрларига нисбатан кечикиб бошланиши ва алгодисменорея эндокрин генезли гинекологик бузилишлар ривожланишининг клиник предикторлари сифатида баҳоланади. Мезонлар аниқланган қизлар кейинги босқичларда чуқурлаштирилган текширувга йўналтирилади.

Учинчи босқич инфекция ўчоқларини санация қилиш ва турдош мутахассислар маслаҳатини ташкил этишни назарда тутади.

Сурункали тонзиллит, кариес ва пародонт касалликлари, ошқозон-ичак тракти ва сийдик йўллари инфекциялари гипоталамус–гипофиз тизимига доимий антиген ва интоксикацион таъсир кўрсатиб, ҳайз функцияси бузилишларининг сақланиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. ЛОР-шифокор, стоматолог, терапевт, жарроҳ ва эндокринолог иштирокидаги кўп тармоқли ёндашув шу сабабли алгоритмнинг ажралмас қисми ҳисобланади.

Тўртинчи босқичда лаборатор текширувлар ўтказилади: ФСГ, ЛГ, ТТГ ва тестостерон даражасини аниқлаш гипоталамус–гипофиз–тухумдон ўқи ва қалқонсимон без функциясини баҳолаш, гиперандрогения ва гипотиреоз каби ҳолатларни эрта аниқлаш имконини беради. Лаборатор кўрсаткичларни клиник ва ультратовуш маълумотлари билан солиштириш ташхиснинг аниқлигини оширади.

Бешинчи, якуний босқичда барча маълумотлар умумлаштирилиб, якуний ташхис қўйилади ва кейинги тактика – динамик кузатув, ҳаёт тарзини коррекциялаш ёки 1-жадвалда келтирилган схемага мувофиқ дифференциал гормонал терапия белгиланади. Алгоритмнинг босқичма-босқич тузилиши бирламчи тиббий-санитария ёрдами бўғинида ресурслардан оқилона фойдаланиш ва беморни ихтисослаштирилган ёрдамга йўналтиришни асослаш имконини беради.

Таълим дастурлари. Профилактика самарадорлигини ошириш мақсадида икки йўналишда таълим дастурлари ишлаб чиқилди. Шифокорлар учун бирламчи бўғин шифокорлари ва мактаб соғлиқни сақлаш ходимларига мўлжалланган ўқув дастурлари ҳамда эндокрин генезли гинекологик касалликлар хавф гуруҳини аниқлаш бўйича дастурлар тайёрланди. Талабалар учун ўқув дастурига ўсмирларда хавф гуруҳини ҳамда эндокрин ва гинекологик касалликларни аниқлаш бўйича машғулотлар цикли киритилди.

Жадвал 1. Ўсмир қизларда эндокринопатия кўринишларини бартараф этиш учун қўлланилган гормонал препаратлар

№	Гормонал бузилиш тури	Гормонал коррекция учун препаратлар
1	Бирламчи алгодисменорея	Микродозаланган КОК ёки НЯҚВ (3 ой)
2	Алгодисменорея + гиперандрогения	Дроспиренон 3 мг + этинилэстрадиол 20 мкг
3	Алгодисменорея + гиперполименорея	Дезогестрел 150 мкг + этинилэстрадиол 30 мкг
4	Алгодисменорея + эндометрий гиперплазияси, мастопатия	Гестоден 75 мкг + этинилэстрадиол 30 мкг
5	НМС + метаболик бузилишлар	Гестоден 75 мкг ёки дроспиренон 3 мг
6	НМС + гиперандрогения	Дезогестрел 150 мкг ёки дроспиренон 3 мг
7	Ҳайз олди синдроми	Дроспиренон 3 мг
8	Гиперандрогения + агломенорея	Гестагенлар: дезогестрел 150 мкг ёки дроспиренон 3 мг

Изоҳ: КОК – комбинацияланган орал контрацептивлар; НЯҚВ – ностероид яллиғланишга қарши воситалар.

Жадвал 2. Олти ойлик коррекциядан кейинги натижалар

Натижа	Абс.	% (n=535)	% (n=508)
Мунтазам ҳайз циклининг тикланиши	501	93,6	98,6
Барқарор самаранинг йўқлиги	7	1,3	1,4
Даволашдан бош тортиш	27	5,0	–

Изоҳ: n=508 – даволаш курсини тўлиқ якунлаган беморлар.

Жадвал 3. Эндокрин генезли гинекологик бузилишлар хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритми

Босқич	Мазмуни
1	Ҳар йилги режали тиббий кўрик, жумладан кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви
2	Хавф гуруҳини аниқлаш мезонлари: ТВИнинг патологик кўрсаткичи, инфекция ўчоқларининг мавжудлиги, ҳайз кўришнинг ўз вақтида бошланмаслиги, алгодисменорея
3	Инфекция ўчоқларини санация қилиш; ЛОР-шифокор, стоматолог, терапевт, жарроҳ ва эндокринолог маслаҳати
4	Лаборатор текширув: ФСГ, ЛГ, ТТГ, тестостерон
5	Якуний ташхис ва кейинги тактикани белгилаш

Изоҳ: ТВИ – тана вазни индекси; ФСГ – фолликулостимулловчи гормон; ЛГ – лютеинловчи гормон; ТТГ – тиреотроп гормон.

Шифокорлар учун мўлжалланган дастурлар ўсмирлик даврида репродуктив тизимнинг физиологик хусусиятлари, ҳайз функцияси бузилишларининг клиник шакллари ва хавф омиллари, хавф гуруҳларини шакллантириш мезонлари, гормонал препаратларни танлаш тамойиллари ҳамда ўсмир ва унинг оила аъзолари билан мулоқот қилиш кўникмаларини қамраб олди. Мактаб тиббиёт ходимлари учун асосий эътибор ҳайз календарини юритиш, тана вазни индексини баҳолаш ва хавф белгилари аниқланган қизларни ўз вақтида мутахассисга йўналтиришга қаратилди.

Талабалар учун машғулотлар циклида назарий билимлар клиник ҳолатларни таҳлил қилиш, хавф омилларини аниқлаш бўйича амалий топшириқлар ва алгоритмни қўллаш бўйича вазиятли масалалар билан уйғунлаштирилди. Таълим дастурларини амалиётга жорий этиш бирламчи бўғин шифокорлари ва бўлажак мутахассисларнинг ўсмирлар билан профилактик ишни ташкил этишга тайёргарлигини оширади, бу эса соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва профилактик хулқ-атворни шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга [7, 8].

Муҳокама. Тадқиқот натижалари дифференциал гормонал терапия ўсмир қизларда ҳайз функцияси бузилишларини самарали коррекциялаш имконини беришини кўрсатди: 6 ойдан сўнг 93,6% беморда мунтазам ҳайз цикли тикланди.

КОК танлашда гиперандрогения, метаболик бузилишлар, эндометрий гиперплазияси ва бошқа клиник кўринишлар ҳисобга олинди, бу ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни таъминлади. Гиперандрогенияда антиандроген таъсирга эга гестаген компонентли препаратларни танлаш мақсадга мувофиқлиги адабиётларда ҳам таъкидланади [5].

Хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритми ва таълим дастурлари профилактика самарадорлигини оширишга хизмат қилади. Олинган натижалар хорижий тадқиқотлар маълумотларига мос келади. Хусусан, R. Dmitrovic ва ҳаммуаллифлар (2012) рандомизацияланган тадқиқотда КОКларнинг бирламчи дисменореяни даволашдаги самарадорлигини тасдиқлаган [4], Cochrane тизимли шарҳида ҳам КОКларнинг дисменореядаги самараси қайд этилган [6].

Олинган натижаларни таҳлил қилишда даволаш самарадорлигини икки хил махражда баҳолашнинг аҳамиятини алоҳида қайд этиш лозим. Тадқиқотга киритилган барча беморлар бўйича ҳисобланган кўрсаткич (93,6%) амалий шароитдаги реал самарадорликни, даволашни тўлиқ якунлаган беморлар бўйича кўрсаткич (98,6%) эса тавсия этилган схемага риоя қилинганда эришиладиган потенциал самарадорликни акс эттиради. Икки кўрсаткич орасидаги фарқ асосан даволашни тўхтатган беморлар ҳисобига юзага келган бўлиб, ўсмирларда даволашга риоя қилишни ошириш захираси мавжудлигини кўрсатади.

КОКларни ўсмир қизларда қўллашнинг ёшга хос жиҳатлари адабиётларда батафсил муҳокама қилинган бўлиб, микродозаланган препаратлар ўсмирлик даврида энг мақбул восита сифатида тавсия этилади [2]. Самарали ва хавфсиз гормонал воситани танлаш нафақат терапевтик мақсадга, балки беморнинг репродуктив режалари ва ҳаёт тарзига ҳам боғлиқ [3]. Ёшлар орасида шошилинч контрацепция воситаларидан фойдаланиш ҳолатлари репродуктив саломатлик бўйича маслаҳат ва таълим тизимини кучайтириш заруратини кўрсатади [1]. Тадқиқотимизда гестаген компонентни етакчи синдромга мос равишда танлаш ҳайз функциясини тиклаш билан бир қаторда гиперандроген белгилар, ҳайз олди синдроми ва оғриқ синдромини бартараф этишга қаратилди.

Хорижий маълумотлар ҳам КОКларнинг бирламчи дисменореядаги самарадорлигини тасдиқлайди. Рандомизацияланган тадқиқотда КОКларни узлуксиз режимда қўллаш циклик режимга нисбатан оғриқ синдромининг тезроқ камайишини таъминлагани кўрсатилган [4]. Cochrane тизимли шарҳида КОКлар плацебога нисбатан ҳайз вақтидаги оғриқни ишончли камайтириши қайд этилган, шу билан бирга турли препаратлар ва режимларни солиштирувчи тадқиқотлар сонининг чекланганлиги таъкидланган [6]. Тадқиқотимизда қўлланилган 24+4 режими гормонсиз интервалнинг қисқартирилиши ҳисобига тухумдонлар фаоллигини самаралироқ бостиради ва гормонал тебранишлар билан боғлиқ белгиларни камайтиради, бу эса ушбу адабиёт маълумотларига мос келади.

Гиперандрогения белгилари бўлган қизларда гормонал профил хусусиятларини баҳолаш ва уларни жисмоний юкламалар билан боғлиқ омиллар билан солиштириш муҳим аҳамиятга эга. Спорт билан шуғулланувчи қиз ва аёлларни диспансер кузатуви учун ишлаб чиқилган тиббий шакл гормонал ҳолатни жисмоний юкламаларга мослашув даражаси билан бирга баҳолашни назарда тутади [8]. Бизнинг алгоритмимизда ҳам ТВИ, ҳайз анамнези ва гормонал кўрсаткичларни биргаликда таҳлил қилиш хавф гуруҳларини шакллантиришнинг асосий тамойили сифатида қабул қилинди.

Аёллар саломатлигини сақлашда предиктив ва персонализацияланган ёндашувни ривожлантириш истиқболлари ҳужайра энергетикаси ва метаболик ҳолатни комплекс баҳолаш билан боғлиқ [9]. Бу тамойил ўсмир

қизлар учун ҳам аҳамиятлидир: метаболик бузилишлар, тана вазнининг меъёрдан четланиши ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари гормонал бузилишларнинг сақланиб қолишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади. Метаболик, яллиғланиш ва оксидатив стресс маркерларини коррекциялаш имкониятлари [11] ҳамда семизлиги бўлган болаларда профилактик дастурларнинг самарадорлиги [12] ҳақидаги маълумотлар гормонал терапияни ҳаёт тарзини коррекциялаш ва ҳамроҳ касалликларни даволаш билан уйғунлаштириш зарурлигини кўрсатади.

Даволаш мажмуасига вегетокоррекцияловчи ва ноотроп воситаларнинг киритилиши ўсмирлик даврида ҳайз функцияси бузилишларининг шаклланишида марказий бошқарув механизмларининг ролини ҳисобга олишга асосланди. Руҳий-эмоционал зўриқиш, ўқув юкламаларининг ортиши ва кун тартибининг бузилиши гипоталамус тузилмаларининг функционал ҳолатига таъсир этиб, гонадотроп функциянинг беқарорлигини кучайтиради. Гормонал терапияни марказий асаб тизимининг мослашув имкониятларини оширувчи воситалар билан уйғунлаштириш ҳайз функциясининг тикланишини тезлаштириш ва натижанинг барқарорлигини таъминлашга қаратилди.

Алгоритмнинг учинчи босқичида инфекция ўчоқларини санация қилишга эътибор қаратилиши организмнинг иммун реактивлигини тиклаш заруратидан келиб чиқади. Ўсмир ва ёшларда иккиламчи иммунодефицит ҳолатларини профилактика ва коррекциялаш бўйича тадқиқотлар [13], витамин D нинг профилактик аҳамиятига оид маълумотлар [14] ҳамда ҳомиладорларда пародонт тўқималари ҳолатини баҳолаш натижалари [16] соматик ва стоматологик саломатликни репродуктив саломатлик билан узвий боғлиқликда кўриб чиқиш лозимлигини тасдиқлайди.

Ишлаб чиқилган алгоритмнинг афзаллиги унинг бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари, мактаб тиббиёт хизмати ва ихтисослаштирилган гинекологик ёрдам ўртасидаги ворисийликни таъминлашидадир. Режали тиббий кўрикдан бошланувчи босқичма-босқич ёндашув хавф гуруҳидаги қизларни эрта аниқлаш, турдош мутахассислар иштирокида соматик омилларни бартараф этиш ва фақат кўрсатма мавжуд бўлганда гормонал терапияни буюриш имконини беради. Бу ёндашув асоссиз гормонал даволашнинг олдини олади ва соғлиқни сақлаш ресурсларидан оқилона фойдаланишга хизмат қилади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ўсмирлик даврида гормонал бузилишларни коррекциялаш орқали келгусида репродуктив ёшдаги аёллар орасида акушерлик асоратлари хавфини камайтириш имконияти билан белгиланади. Туғруқдан кейинги қон кетишларни профилактика қилиш бўйича тиббий хизмат сифатини мониторинг қилиш тажрибаси [15] репродуктив саломатликни муҳофаза қилиш чора-тадбирлари ўсмирлик давридан бошлаб узлуксиз ташкил этилиши кераклигини кўрсатади. Гормонал терапияни танлашда клиник ва ижтимоий омилларни биргаликда баҳолаш тамойили [10] ўсмир қизлар учун ҳам долзарб бўлиб, даволашга риоя қилишни оширишга хизмат қилади.

Тадқиқотнинг чекланишлари сифатида кузатув муддатининг 6 ой билан чегараланганлиги ва даволаш тугатилгандан кейинги узоқ муддатли натижалар баҳоланмаганлигини кўрсатиш мумкин. Келгусида гормонал терапия тўхтатилгандан сўнг ҳайз функциясининг барқарорлигини ва хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритмининг популяция даражасидаги самарадорлигини ўрганиш мақсадга мувофиқ.

Хулоса. Ўсмир қизларда ҳайз функцияси бузилишларини дифференциал гормонал терапия билан коррекциялаш 93,6% ҳолатда самарали бўлди.

КОК танлашда гиперандрогения, метаболик бузилишлар, эндометрий гиперплазияси ва бошқа клиник кўринишларни ҳисобга олиш зарур.

Хавф гуруҳларини эрта аниқлаш алгоритми ва таълим дастурлари профилактика самарадорлигини оширади.

Патогенетик терапия натижалари ўсмир қизларнинг репродуктив саломатлигини сақлашда муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар:

1. Аганезов С.С., Мороцкая А.В., Аганезова Н.В. Экстренная контрацепция в молодежной среде // Гинекология. 2016;18(5):10–13.
2. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченая Л.А. Возрастные аспекты комбинированной оральной контрацепции // Медицинский научно-популярный рекламный журнал. 2015;2(10):10–12.
3. Якушевская О.В., Ревазова З.В. Эффективная контрацепция в современных условиях // РМЖ. 2013;(23):1122–1123.
4. Dmitrovic R., Kunselman A.R., Legro R.S. Continuous compared with cyclic oral contraceptives for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial // Obstet Gynecol. 2012;119(6):1143–1150. doi: 10.1097/AOG.0b013e318257217a. PMID: 22617578.
5. Stute P., von Wolff M. Androgenisierung // Gynäkologische Endokrinologie. 2012;10(4):265–280. doi: 10.1007/s10304-012-0512-8.
6. Wong C.L., Farquhar C., Roberts H., Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea // Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD002120.

doi: 10.1002/14651858.CD002120.pub3. PMID: 19821293.
7. Rizaev J.A., Aghababyan L.R., Abdullaeva L.M., Abdusamatova B.E. What Do Teenagers Know About a Healthy Lifestyle? // Journal of Advanced Zoology. 2023;44(S6):1438–1448. doi: 10.17762/jaz.v44iS6.2495. URL: https://www.researchgate.net/publication/376464509_What_Do_Teenagers_Know_About_a_Healthy_Lifestyle
8. Джамалутдинова И.Ш., Ризаев Ж.А. Разработка медицинской формы для диспансеризации девочек и девушек, занимающихся спортом, с учетом уровня адаптации к физическим нагрузкам // Проблемы биологии и медицины. 2025;3.1(162):51–55. URL: https://www.sammu.uz/ru/article/4775
9. Pesta M., Goncharenko V., Kulda V., Polivka J., …, Rizaev J., et al. Innovative mitochondria-based holistic 3PM approach to female health status: Facts and outlook // EPMA Journal. 2026;17(1):1–19. doi: https://doi.org/10.1007/s13167-026-00438-7
10.Khalmuratova K.Zh., Rizaev J.A., Agababyan L.R. Socio-professional factors and clinical determinants of menopausal hormone therapy prescription in peri- and postmenopausal women: An observational study // Репродуктивная медицина (Центральная Азия). 2026;(2):239–246. doi: https://doi.org/10.37800/rm.2.2026.773
11.Saadh M.J., Ghnim Z.S., Mahdi M.S., Baldaniya L., …, Rizaev J., et al. The effect of omega-3 supplementation on metabolic, inflammatory and oxidative stress biomarkers in pregnant women: a systematic review and meta-analysis // Frontiers in Nutrition. 2025;12:1639906. doi: 10.3389/fnut.2025.1639906. URL: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2025.1639906/full
12.Belenova I.A., Mitronin A.V., Rizaev J.A., Kazaryan D.G., et al. Results of clinical efficacy of prevention of inflammatory periodontal diseases in children with obesity // Endodontics Today. 2026;24(2):322–329. doi: 10.36377/ET-0195. URL: https://www.endodont.ru/jour/article/download/1785/1162
13.Ярмухамедова Н.А., Ризаев Ж.А. Экспериментально-методологическое исследование профилактики и коррекции вторичных иммунодефицитов у футболистов подростково-юношеского возраста // Проблемы биологии и медицины. 2023;6(150):328–333. URL: https://www.sammu.uz/en/article/3604
14.Ризаев Ж.А., Имамов О.С., Абдувахитова И.Н. Витамин D в профилактике рецидивов герпес ассоциированной многоформной экссудативной эритемы // Проблемы биологии и медицины. 2024;4(155):420–423. URL: https://www.sammu.uz/en/article/4152
15.Rizayev J.A., Agababyan L.R., Kamalov A.I. Ayollarda tug'ruqdan keyingi qon ketishlarni oldini olish va ularga qarshi kurashish bo'yicha ko'rsatilayotgan xizmatlar sifatining monitoringini tashkil etish // Oriental Renaissance: Innovative, Educational, Natural and Social Sciences. 2021;1(10):166–178. URL: https://oriens.uz/media/journalarticles/19_Jasur_Rizayev_Alimjanovich_166-178.pdf
16.Rizaev J.A., Vohidov E.R., Nazarova N.Sh. The importance of the clinical picture and development of the condition of periodont tissue diseases in pregnant women // Central Asian Journal of Medicine. 2024;(2):85–90. URL: https://journals.tma.uz/index.php/cajm/article/view/834

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМОВ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ризаев Ж.А., Хамроева Л.К.

Резюме. *Цель: разработать алгоритм дифференцированной коррекции гормональных нарушений у девочек-подростков с учетом клинических особенностей и усовершенствовать систему профилактических мероприятий. Материал и методы: 535 девочкам 15–19 лет с нарушениями менструальной функции проведено дифференцированное лечение (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены, вегетокорригирующие и ноотропные средства) с учетом ведущего синдрома и сопутствующих клинических признаков, эффективность оценена по итогам 6-месячного наблюдения. Результаты: через 6 месяцев регулярный менструальный цикл восстановился у 501 (93,6%) пациентки, среди 508 завершивших лечение – в 98,6% случаев. У 7 (1,3%) пациенток стойкого эффекта не достигнуто, 27 (5,0%) девочек прекратили лечение. Разработаны поэтапный алгоритм раннего выявления групп риска и образовательные программы для врачей и студентов. Заключение: дифференцированная гормональная терапия с учетом гиперандрогении, метаболических изменений и состояния эндометрия эффективно корригирует нарушения менструальной функции у девочек-подростков, а алгоритм раннего выявления групп риска повышает эффективность профилактики.*

Ключевые слова: *девочки-подростки, гормональная коррекция, комбинированные оральные контрацептивы, профилактика, группы риска, образовательные программы.*