

O'SMIR QIZLARDA TUXUMDON POLIKISTOZ SINDROMINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY MEZONLARI

*Karimova Zarnigor Muzaffar qizi
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti*

Annotatsiya

Tuxumdon polikistoz sindromi (TPKS) reproduktiv yoshdagi ayollar orasida eng ko'p uchraydigan endokrin kasalliklardan biri bo'lib, uning dastlabki klinik belgilari ko'pincha o'smirlik davrida namoyon bo'ladi. Biroq o'smir qizlarda fiziologik pubertat jarayonlari bilan TPKS belgilarining o'xshashligi tashxis qo'yishni murakkablashtiradi. So'nggi yillarda xalqaro ekspertlar tomonidan o'smirlarda TPKSni aniqlash bo'yicha yangilangan tavsiyalar ishlab chiqildi. Mazkur maqolada o'smir qizlarda tuxumdon polikistoz sindromining zamonaviy diagnostik mezonlari, klinik va laborator baholash usullari, instrumental tekshiruvlarning o'rnini hamda differensial tashxis tamoyillari tahlil qilingan. Erta va to'g'ri tashxis qo'yish reproduktiv hamda metabolik asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: tuxumdon polikistoz sindromi, o'smir qizlar, diagnostika, giperandrogenemiya, hayz sikli buzilishi, ultratovush tekshiruvi, gormonal tekshiruvlar, differensial tashxis.

Kirish

Tuxumdon polikistoz sindromi (TPKS) ayollar reproduktiv tizimining eng ko'p uchraydigan endokrin kasalliklaridan biri hisoblanadi. Kasallikning tarqalishi diagnostik mezonlarga qarab 8–13 % oralig'ida baholanadi. O'smirlik davri esa TPKSni aniqlash nuqtai nazaridan eng murakkab bosqich hisoblanadi, chunki pubertat davriga xos fiziologik o'zgarishlar ko'pincha sindromning klinik belgilari bilan o'xshash bo'ladi.

Shu sababli o'smirlarda TPKS tashxisi faqat xalqaro tavsiyalar asosida, klinik, laborator va instrumental tekshiruvlar natijalarini kompleks baholash orqali qo'yilishi lozim.

Tuxumdon polikistoz sindromining klinik ahamiyati

TPKS nafaqat reproduktiv salomatlikka, balki metabolik va yurak-qon tomir tizimiga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Kasallik quyidagi asoratlardan bilan bog'liq:

- bepushtlik;
- ovulyatsiya buzilishi;
- metabolik sindrom;
- semizlik;

- insulin rezistentligi;
- 2-tip qandli diabet;
- arterial gipertenziya;
- endometriy giperplaziyasi.

O'smirlik davrida erta tashxis ushbu asoratlarning rivojlanish xavfini kamaytiradi.

O'smirlarda tashxis qo'yishning o'ziga xos xususiyatlari

Pubertat davrining dastlabki yillarida quyidagi holatlar fiziologik hisoblanishi mumkin:

- hayz siklining muntazam emasligi;
- akne;
- tuxumdon hajmining kattalashishi;
- multifolikulyar tuxumdonlar.

Shuning uchun katta yoshli ayollar uchun qo'llaniladigan diagnostik mezonlar o'smirlar uchun to'liq mos kelmaydi.

2023-yilda yangilangan xalqaro tavsiyalarga ko'ra, o'smirlarda tashxis qo'yishda ehtiyotkorlik tamoyiliga amal qilish tavsiya etiladi.

Zamonaviy diagnostik mezonlar

Hozirgi kunda xalqaro tavsiyalarga ko'ra o'smirlarda TPKS tashxisi asosan ikkita asosiy mezonga tayanadi.

1. Ovulyator funksiyaning buzilishi

Hayz siklining buzilishi pubertat davrining davomiyligiga qarab baholanadi.

Quyidagi holatlar patologik hisoblanadi:

- menarxedan 1–3 yil o'tgach sikl davomiyligining 21 kundan kam yoki 45 kundan ortiq bo'lishi;
- menarhedan 3 yil o'tgach siklning 21–35 kun oralig'idan chetga chiqishi;
- 90 kundan ortiq amenoreya;
- 15 yoshgacha menarhening kuzatilmasligi.

Hayz siklining doimiy buzilishi TPKSning muhim belgilaridan biri hisoblanadi.

2. Giperandrogenemiya

Klinik belgilar

Klinik giperandrogenemiya quyidagilar bilan namoyon bo'ladi:

- girsutizm;
- og'ir akne;
- androgenik alopetsiya.

Girsutizm Ferriman–Gallwey shkalasi yordamida baholanadi.

Biokimyoviy belgilar

Laborator tekshiruvlarda quyidagilar aniqlanadi:

- umumiy testosteron;
- erkin testosteron;

- erkin androgen indeksi;
- DHEAS;
- androstenedion.

Eng ishonchli ko'rsatkich erkin testosteronning oshishi hisoblanadi.

Ultratovush tekshiruvining o'rni

Katta yoshdagi ayollarda tuxumdonlarning polikistik tuzilishi muhim mezonlardan biri hisoblansa-da, o'smirlarda bu mezon ehtiyotkorlik bilan qo'llanadi.

Pubertat davrida multifolikulyar tuxumdonlar fiziologik holat bo'lishi mumkin.

Shuning uchun xalqaro tavsiyalarga ko'ra:

- menarhedan keyingi dastlabki 8 yil davomida ultratovush tekshiruv mustaqil diagnostik mezon sifatida tavsiya etilmaydi;
- ultratovush natijalari faqat qo'shimcha ma'lumot sifatida baholanadi.

Anti-Müller gormoni (AMH)

So'nggi yillarda AMH darajasini TPKS diagnostikasida qo'llash bo'yicha ko'plab tadqiqotlar o'tkazilgan.

TPKSda AMH odatda yuqori bo'ladi.

Biroq:

- standart chegara qiymatlar mavjud emas;
- yoshga bog'liq o'zgarishlar kuzatiladi;
- laboratoriyalar o'rtasida tafovutlar mavjud.

Shuning uchun AMH hozircha mustaqil diagnostik mezon sifatida tavsiya etilmaydi.

Laborator tekshiruvlar

TPKS tashxisini tasdiqlash va boshqa kasalliklarni istisno qilish uchun quyidagi tekshiruvlar tavsiya etiladi:

Gormonal tekshiruvlar

- LH;
- FSH;
- prolaktin;
- TSH;
- estradiol;
- testosteron;
- DHEAS;
- 17-gidroksiprogesteron.

Metabolik tekshiruvlar

- och qoringa glyukoza;
- insulin;
- HOMA-IR indeksi;
- glyukozaga tolerantlik testi;
- lipid profili;

- ALT va AST.

Bu tekshiruvlar metabolik xavfni baholash imkonini beradi.

Differensial tashxis

TPKS tashxisi qo'yilishidan oldin quyidagi kasalliklarni istisno qilish zarur:

- tug'ma buyrak usti bezi giperplaziyasi;
- Kuşing sindromi;
- giperprolaktinemiya;
- qalqonsimon bez kasalliklari;
- androgen ishlab chiqaruvchi o'smalar;
- gipotalamik amenoreya;
- gipogonadotrop gipogonadizm.

To'g'ri differensial tashxis noto'g'ri davolashning oldini oladi.

Xalqaro tavsiyalar

2023-yilgi xalqaro qo'llanmaga ko'ra o'smirlarda TPKS tashxisi quyidagi holatlarda qo'yiladi:

1. Doimiy ovulyator disfunktsiya mavjud bo'lsa.
2. Klinik yoki laborator giperandrogenemiya aniqlansa.
3. Boshqa endokrin kasalliklar istisno qilinsa.

Ultratovush tekshiruvi va AMH natijalari yordamchi mezon sifatida baholanadi.

Erta tashxisning ahamiyati

Kasallikni erta aniqlash quyidagi imkoniyatlarni yaratadi:

- hayz siklini me'yorlashtirish;
- metabolik sindromning oldini olish;
- semizlikni kamaytirish;
- insulin rezistentligini nazorat qilish;
- reproduktiv salomatlikni saqlash;
- psixologik muammolarni kamaytirish.

Shuningdek, sog'lom turmush tarzini shakllantirish va individual kuzatuv rejasini ishlab chiqish imkonini beradi.

Muhokama

So'nggi yillarda TPKS diagnostikasi bo'yicha qarashlar sezilarli darajada o'zgardi. Agar ilgari Rotterdam mezonlari keng qo'llanilgan bo'lsa, bugungi kunda o'smirlar uchun ularni to'liq qo'llash tavsiya etilmaydi. Xalqaro ekspertlar pubertat davridagi fiziologik o'zgarishlarni hisobga olgan holda, asosan ovulyator disfunktsiya va giperandrogenemiyaga asoslangan diagnostik yondashuvni tavsiya qilmoqda. Bu ortiqcha tashxis qo'yish xavfini kamaytiradi va davolashni individual rejalashtirishga yordam beradi.

Xulosa

O'smir qizlarda tuxumdon polikistoz sindromini tashxislash murakkab klinik vazifa bo'lib, zamonaviy xalqaro tavsiyalar asosida amalga oshirilishi lozim. Tashxisning asosiy mezonlari doimiy ovulyator disfunktsiya va klinik yoki laborator giperandrogenemiyadir. Ultratovush tekshiruvi hamda AMH darajasi yordamchi diagnostik vosita sifatida baholanadi. Erta va aniq tashxis qo'yish metabolik hamda reproduktiv asoratlarning oldini olish, bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va uzoq muddatli prognozni optimallashtirishda muhim ahamiyatga ega.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F. et al. *International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome*. Human Reproduction. 2023.
2. Peña A.S., Witchel S.F., Hoeger K.M. et al. Criteria for Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome during Adolescence. *Pediatrics*. 2020;146(5):e20201021.
3. Azziz R., Carmina E., Chen Z. et al. Polycystic ovary syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2:16057.
4. Rosenfield R.L., Ehrmann D.A. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2016;101(11):4197–4205.
5. Escobar-Morreale H.F. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*. 2018;14(5):270–284.
6. Legro R.S. Evaluation and management of polycystic ovary syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2023;388:188–199.
7. Williams Textbook of Endocrinology. 15th ed. Elsevier; 2024.
8. Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology. 9th ed. Elsevier; 2024.
9. Balen A.H. *Polycystic Ovary Syndrome: A Practical Guide*. CRC Press; 2022.
10. Goodman N.F. et al. Clinical Practice Guidelines for PCOS. *Endocrine Practice*. 2015;21(Suppl.1):1–46.
11. Witchel S.F., Oberfield S.E., Peña A.S. Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents. *Endocrine Reviews*. 2019;40(3):817–858.
12. Rotterdam ESHRE/ASRM Consensus Workshop Group. Revised consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*. 2004;19(1):41–47.
13. Ibáñez L., Oberfield S.E., Witchel S. et al. An International Consortium Update on Adolescent PCOS. *Hormone Research in Paediatrics*. 2017;88:371–395.
14. Speroff L., Fritz M.A. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 9th ed. Wolters Kluwer; 2020.
15. Goodman H.M. *Basic Medical Endocrinology*. 5th ed. Academic Press; 2020.