

## ОЦЕНКА РОЛИ НУТРИЕНТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГОРМОНАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ И РАЗРАБОТКА СХЕМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ЕГО ПРИМЕНЕНИЕМ

Садуллаева Ойимжон Рустам кизи, Икрамова Холидажон Сахибовна

Ургенчский Государственный медицинский институт

Гормональное бесплодие является одной из наиболее распространенных эндокринных патологий в популяции. Этиология заболевания во многом спорна: с каждым годом открывают новые возможные механизмы патогенеза. Результаты исследований последних десятилетий позволили предположить влияние нутриентов организма на развитие и прогрессирование заболевания. Существуют однозначные доказательства того, что разные нутриенты функционирует через рецепторы, как мембранные, так и ядерные, а также нейтрализует свободные радикалы (процесс, который не требует участия рецепторов).

Учитывая высокую распространенность метаболических нарушений, хронический характер СПЯ, новые данные о роли нутриентов в фолликулогенезе, возникла необходимость оценить роль нутриентов в репродуктивной функции женщины, т.к. полученные результаты позволят повысить эффективность лечения пациенток и реализовать способность к зачатию с помощью консервативных методов терапии без использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель: изучить влияние нутриентов на развитие ановуляции и сомнологических нарушений у пациенток с гормональной бесплодием, возможности его использования в схемах лечения данного заболевания.

Материалы и методы: исследование двух независимых выборок пациенток от 20 до 35 лет. В первую выборку включены женщины с гормональной бесплодием (n=70). Вторая выборка (группа контроля) состояла из здоровых женщин без нарушений менструального цикла (n=20).

Результаты исследования:

В соответствии с поставленными задачами было обследовано 90 женщин. Оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Голлвея дала следующие результаты: 30 пациенток (50%) имели легкую степень гирсутизма, 4 (6,7%)

–умеренную и 1 пациентка (1,7%) – тяжелую степень. Остальные женщины (25 человек, 41,7%) не имели признаков повышенного роста волос по мужскому типу.

Длительность лечения пациенток до обращения к гинекологу составила: до 1 года – 6 человек (10%), 1-3 года – 41 человек (68,3%), 4-6 лет – 10 человек (16,7%), более 7 лет – 3 человек (5%), что соответствует общей тенденции длительного лечения пациенток.

По данным УЗИ органов малого таза у 46 пациенток (76,7%) с СПЯ были выявлены признаки двустороннего увеличения яичников, у 13 пациенток (21,7%) – одностороннего, у 1 пациентки (1,7%) – объем яичников не превышал норму. У всех определялись множественные мелкие фолликулы до 10 мм в диаметре в количестве 12-15 штук в структуре яичников. У 27 пациенток (45%) были зафиксированы признаки гипоплазии матки, что вероятно могло быть связано с нерегулярным ритмом менструаций. Результаты комплексного обследования позволили распределить пациенток по фенотипам: классический (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 29 человек (48,3%), овуляторный (признаки гиперандрогении+поликистозные яичники по данным УЗИ) – 6 человек (10%), неандрогенный (поликистозные яичники по данным УЗИ+ановуляция) – 15(25%), ановуляторный (признаки гиперандрогении+ановуляция) – 10 человек (16,7%).

Гормональные параметры. Выявлена общая тенденция к повышению концентрации ЛГ у пациенток с СПЯ, при этом показатели ФСГ значимо не отличались по подгруппам, а уровень тестостерона был повышен в обеих группах СПЯ. Уровень АМГ оказался статистически значимо выше в обеих группах СПЯ при сравнении с контролем, а ИМТ не влиял на показатели.

Определение нутриентов (СЕЛЕН, ЦИНК, ХРОМ) в биологических жидкостях. Для пациенток с синдромом поликистозных яичников было характерно низкие концентрации нутриентов в фолликулярной жидкости. Снижение концентрации нутриентов в фолликулярной жидкости у женщин с СПЯ может приводить к ановуляции.

**Выводы:** Пациентки с СПЯ имеют статистически значимо более низкую концентрацию нутриентов в фолликулярной жидкости. Наиболее высокий уровень мелатонина в крови был обнаружен при классическом фенотипе СПЯ, а наиболее низкий – при овуляторном, что подтверждает связь овуляторной дисфункции и уровня мелатонина в фолликулярной жидкости. На развитие ановуляции при СПЯ влияет нарушение взаимосвязи нутриентов,

определяемого в крови, и яичников, а также гиперандрогения и повышенный уровень АМГ (коррелирует с уровнем мелатонина в крови). Синтетический аналог нутриентов в комбинированной терапии СПЯ позволяет в 2,7 раза повысить эффективность консервативной терапии и преодолеть кломифен-резистентность в циклах стимуляции овуляции.