

**POLIKISTIK TUXUMDONLAR SINDROMI: REPRODUKTIV
SALOMATLIKKA TA'SIRI, METABOLIK BUZILISHLAR VA INDIVIDUAL
DAVOLASH YONDASHUVLARI**

Bekmirzayeva Mushtariy Komiljon qizi

*Toshkent Xalqaro Kimyo Universiteti Namangan filiali(KIUT) Davolash ishi
fakultetining 3-bosqich talabasi*

+998888240999 / bekmirzayevamushtariy09@gmail.com

Ilmiy rahbar: Kamalova Gulnora Gulyamovna

Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti Namangan filiali(KIUT) v.b dotsent, PhD

Annotatsiya: Polikistik tuxumdonlar sindromi (PTKS) reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan, reproduktiv, endokrin va metabolik tizimlar faoliyatidagi o'zaro bog'liq o'zgarishlar bilan tavsiflanadigan ko'p omilli klinik sindrom hisoblanadi. Uning asosiy klinik belgilari hayz siklining buzilishi, ovulyatsiyaning muntazam sodir bo'lmashligi, giperandrogenizm, homiladorlikka erishishdagi qiyinchiliklar va ayrim bemorlarda insulin rezistentligi bilan bog'liq metabolik o'zgarishlardan iborat. Sindromning klinik ko'rinishi turlicha bo'lib, kasallikning namoyon bo'lish darajasi bemorning yoshi, gormonal holati, tana vazni, irsiy moyilligi va reproduktiv maqsadlariga qarab farqlanadi. Shu sababli PTKSni tashxislash va davolashda kompleks, individual yondashuvdan foydalanish muhim ahamiyatga ega. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, ushbu sindrom reproduktiv yoshdagi ayollarning taxminan 10–13 foizida uchraydi, biroq ko'plab holatlarda tashxis o'z vaqtida qo'yilmaydi. Mazkur maqolaning maqsadi polikistik tuxumdonlar sindromining reproduktiv salomatlikka ta'sirini, metabolik buzilishlar bilan patogenetik bog'liqligini va zamonaviy individual davolash yondashuvlarini ilmiy adabiyotlar asosida tahlil qilishdan iborat. Tadqiqot metodologiyasi sifatida xalqaro klinik tavsiyalar, konsensus hujjatlari, tizimli sharhlar va sindromning diagnostik mezonlariga bag'ishlangan ilmiy manbalarning qiyosiy tahlili qo'llanildi. Tahlil natijalari PTKSni faqat tuxumdon morfologiyasidagi o'zgarishlar bilan cheklab bo'lmashligini, uning reproduktiv va metabolik oqibatlarini birgalikda baholash zarurligini ko'rsatadi. Insulin rezistentligi va giperinsulinemiya ayrim bemorlarda androgenlar ishlab chiqarilishining kuchayishiga, follikullar rivojlanishining buzilishiga va ovulyator disfunksiyaning chuqurlashishiga yordam berishi mumkin. Shu bilan birga, barcha bemorlarda metabolik buzilishlar bir xil darajada namoyon bo'lmaydi. Davolash strategiyasini tanlashda hayz siklini tartibga solish, endometriyni himoya qilish, giperandrogenizm belgilarini kamaytirish, metabolik xavflarni nazorat qilish va zarur hollarda ovulyatsiyaning induksiya qilish kabi maqsadlar hisobga

olinishi lozim. Xulosa qilib aytganda, PTKSni samarali boshqarish uchun turmush tarzini sog‘lomlashtirish, metabolik ko‘rsatkichlarni muntazam baholash va bemorning reproduktiv rejasiga mos davolash usullarini birlashtirgan kompleks yondashuv zarur.

Kalit so‘zlar: *polikistik tuxumdonlar sindromi, reproduktiv salomatlik, insulin rezistentligi, giperandrogenizm, anovulyatsiya, bepushtlik, metabolik sindrom, glyukozaga tolerantlik, endometriy, individual davolash, ovulyatsiya induksiyasi, gormonal muvozanat, kardiometabolik xavf, turmush tarzini modifikatsiya qilish.*

Kirish: Polikistik tuxumdonlar sindromi zamonaviy ginekologiya, endokrinologiya va reproduktiv tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Uning klinik ahamiyati hayz sikli va ovulyatsiyaning buzilishi bilan cheklanmay, uglevodlar almashinuvi, tana vazni, yurak-qon tomir kasalliklari xavfi, homiladorlik kechishi hamda ruhiy farovonlikka ta’siri bilan ham belgilanadi. Sindromning ko‘p omilli tabiati uni faqat bitta laborator ko‘rsatkich yoki ultratovush tekshiruv natijasi asosida baholash yetarli emasligini ko‘rsatadi. Hozirgi ilmiy qarashlarga ko‘ra, PTKSning shakllanishida irsiy moyillik, neyroendokrin boshqaruvdagi o‘zgarishlar, tuxumdon androgenogenezining kuchayishi va insulin ta’siriga sezgirlikning pasayishi o‘zaro aloqada bo‘ladi. Ushbu mexanizmlarning nisbiy ahamiyati har bir bemorda turlicha namoyon bo‘lishi mumkin. Reprodukativ salomatlik nuqtayi nazaridan ovulyatsiyaning muntazam sodir bo‘lmasligi tabiiy homiladorlik ehtimolining kamayishiga sabab bo‘lishi mumkin. Hayz siklining uzayishi, oligomenoreya va anovulyatsiya PTKSning eng ko‘p uchraydigan klinik belgilaridan hisoblanadi. Biroq ushbu sindromga chalingan barcha ayollarda bepushtlik rivojlanmaydi, chunki reproduktiv natijalar bemorning yoshi, ovulyator faoliyati, metabolik holati va boshqa reproduktiv omillarga ham bog‘liq. Hayzlar orasidagi uzoq tanaffuslar endometriyning uzoq vaqt progesteron ta’sirisiz estrogen bilan rag‘batlantirilishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli hayz sikli buzilishlarini o‘z vaqtida aniqlash va endometriyni himoya qilishga qaratilgan choralarni belgilash klinik jihatdan muhimdir. PTKSning yana bir muhim jihati uning metabolik salomatlik bilan bog‘liqligidir. Insulin rezistentligi, glyukozaga tolerantlikning buzilishi, dislipidemiya va ortiqcha vazn ayrim bemorlarda birgalikda uchrashi mumkin. Biroq normal tana vazniga ega ayollarda ham sindrom mavjud bo‘lishi ehtimoli borligi sababli metabolik xavfni faqat tana massasi indeksiga qarab baholash to‘g‘ri emas. Xalqaro klinik tavsiyalar PTKSni nafaqat reproduktiv muammo, balki uzoq muddatli salomatlikka ta’sir qilishi mumkin bo‘lgan holat sifatida ko‘rib chiqishni tavsiya etadi. Shu nuqtayi nazardan, mazkur maqolaning maqsadi polikistik tuxumdonlar sindromining reproduktiv va metabolik xususiyatlarini tahlil qilish, diagnostik yondashuvlarni yoritish hamda bemorning klinik holati va reproduktiv maqsadlariga mos individual davolash strategiyalarining ahamiyatini asoslashdan iborat.

Adabiyotlar tahlili: Polikistik tuxumdonlar sindromining etiologiyasi to‘liq aniqlanmagan bo‘lsa-da, mavjud ilmiy dalillar uning genetik, endokrin va tashqi muhit omillarining birgalikdagi ta’siri natijasida shakllanishini ko‘rsatadi. Sindrom patogeneza androgenlar sintezining ortishi, gipotalamus–gipofiz–tuxumdon tizimidagi boshqaruv o‘zgarishlari va insulin rezistentligi muhim o‘rin tutadi. Ushbu omillar bir-birini kuchaytirishi natijasida follikullar rivojlanishining buzilishi va ovulyatsiyaning muntazam sodir bo‘lmasligi kuzatilishi mumkin. Azziz va hammualliflar PTKSning patogeneza tahlil qilib, sindromning klinik ko‘rinishi bir nechta biologik mexanizmlar bilan bog‘liqligini va kasallikni faqat tuxumdon faoliyatidagi o‘zgarishlar bilan izohlash mumkin emasligini ta’kidlaydilar [4]. Giperandrogenizm PTKSning asosiy klinik belgilaridan biri bo‘lib, hirsutizm, akne va ayrim hollarda sochlarning ayollarga xos tipda siyraklashishi bilan namoyon bo‘ladi. Biokimyoviy baholashda umumiy va erkin testosteron ko‘rsatkichlari muhim ahamiyatga ega, biroq laborator natijalarni talqin qilishda tahlil usulining aniqligi, laboratoriya me’yorlari, qabul qilinayotgan gormonal preparatlar va klinik belgilar hisobga olinishi kerak. Insulin rezistentligi esa PTKS patogeneza muhim tarkibiy qismi bo‘lib, ayrim bemorlarda kompensator giperinsulinemiya yuzaga keltirishi va tuxumdonlarda androgenlar ishlab chiqarilishini kuchaytirishi mumkin. Dunaifning insulin rezistentligiga bag‘ishlangan tadqiqotlari ushbu mexanizmning sindrom patogeneza muhim ahamiyatini tushuntirishga xizmat qiladi [8]. Shunga qaramay, insulin rezistentligining darajasi barcha bemorlarda bir xil bo‘lmaydi va uni faqat tana vazni yoki alohida laborator ko‘rsatkich orqali baholash yetarli emas.

PTKS diagnostikasida Rotterdam konsensusida belgilangan mezonlar muhim o‘rin tutadi. Ushbu mezonlarga ko‘ra, boshqa sabablar istisno qilinganidan so‘ng ovulyator disfunksiya, klinik yoki biokimyoviy giperandrogenizm va polikistik tuxumdon morfologiyasidan kamida ikkitasi mavjud bo‘lsa, sindrom tashxisi ko‘rib chiqiladi [3]. Zamonaviy xalqaro tavsiyalarda kattalarda tegishli klinik sharoitlarda anti-Müller gormonidan tuxumdon morfologiyasini baholashga muqobil usul sifatida foydalanish mumkinligi ko‘rsatilgan. Biroq ushbu ko‘rsatkich mustaqil diagnostik mezon sifatida talqin qilinmasligi kerak. O‘smirlarda esa yoshga xos fiziologik o‘zgarishlar sababli tashxis qo‘yishda yanada ehtiyotkor yondashuv talab etiladi [2]. Reproktiv funksiyaga ta’sir etuvchi asosiy mexanizmlardan biri ovulyatsiyaning muntazam sodir bo‘lmasligidir. Follikulogeneza buzilishi va gormonal muvozanatdagi o‘zgarishlar hayz siklining uzayishiga hamda homiladorlikka erishish vaqtining cho‘zilishiga olib kelishi mumkin. Biroq reprovktiv prognozni belgilashda faqat PTKS mavjudligiga tayanish to‘g‘ri emas. Ayolning yoshi, reprovktiv anamnezi, erkak omili, bachadon naylarining holati va boshqa klinik omillar ham hisobga olinishi lozim. Xalqaro tavsiyalarda anovulyator bepustlik bilan bog‘liq

ayrim holatlarda letrozol ovulyatsiyani induksiya qilish uchun birinchi qator farmakologik vosita sifatida tavsiya etiladi, agar boshqa bepushtlik omillari aniqlanmagan bo‘lsa [2, 6].

Metabolik buzilishlar PTKSning uzoq muddatli klinik ahamiyatini belgilovchi omillardan biridir. Moran va hammualliflar tomonidan olib borilgan tizimli sharhda PTKS bilan bog‘liq glyukozaga tolerantlik buzilishi, 2-tur qandli diabet va metabolik sindrom masalalari tahlil qilingan [9]. Mazkur yo‘nalishdagi ilmiy dalillar glyukemik holatni baholash, lipid profilini nazorat qilish va yurak-qon tomir xavf omillarini aniqlash zarurligini asoslaydi. 2023-yilgi xalqaro dalillarga asoslangan qo‘llanma PTKS bilan yashovchi ayollarda glikemik holatni baholash va xavf darajasiga qarab takroriy tekshiruvlar o‘tkazishni tavsiya qiladi. Glyukozaga tolerantlikni baholashda 75 gramm glyukoza bilan og‘iz orqali tolerantlik testi muhim diagnostik usul hisoblanadi. Och qoringa glyukoza va glikozillangan gemoglobin ayrim vaziyatlarda qo‘llanishi mumkin, biroq ularning diagnostik imkoniyatlari bir xil emas [2]. PTKSni davolashga oid adabiyotlarda individual yondashuvning ahamiyati alohida ta’kidlanadi. Homiladorlikni hozircha rejalashtirmayotgan bemorlarda hayz siklini tartibga solish, giperandrogenizm belgilarini kamaytirish va endometriyni himoya qilish ustuvor bo‘lishi mumkin. Tegishli qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda kombinatsiyalangan oral kontratseptivlar ushbu maqsadlarda qo‘llanadi. Metabolik xavfi yuqori bo‘lgan yoki tegishli metabolik ko‘rsatkichlari buzilgan bemorlarda metformin ko‘rib chiqilishi mumkin, biroq preparatni tanlashda klinik ko‘rsatmalar, qarshi ko‘rsatmalar va nojo‘ya ta’sirlar hisobga olinishi lozim. Homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda esa davolashning asosiy maqsadi ovulyatsiyani tiklash va reproduktiv natijalarni yaxshilashdan iborat bo‘ladi. Shunday qilib, ilmiy adabiyotlar PTKSni boshqarishda reproduktiv, metabolik va psixologik omillarni birgalikda baholash zarurligini ko‘rsatadi.

Tadqiqot materiallari va usullari: Mazkur maqola ilmiy-narrativ sharh shaklida tayyorlandi. Tadqiqot materiali sifatida polikistik tuxumdonlar sindromining diagnostikasi, patogenezi, reproduktiv oqibatlari, metabolik xavflari va davolash usullariga bag‘ishlangan xalqaro klinik tavsiyalar, konsensus hujjatlari hamda ilmiy sharhlar tanlandi. Manbalarni tahlil qilishda ularning PTKSga bevosita aloqadorligi, ilmiy jurnallarda yoki nufuzli tibbiy tashkilotlar tomonidan e’lon qilinganligi, klinik ahamiyatga ega tavsiyalarni o‘z ichiga olishi va diagnostika hamda davolash strategiyalarini qiyoslash imkoniyati hisobga olindi. Tahlil uchun Rotterdam konsensusi, 2018-yilgi xalqaro tavsiyalar, PTKS patogenezi va klinik ko‘rinishiga bag‘ishlangan ilmiy sharhlar, shuningdek, 2023-yilgi xalqaro dalillarga asoslangan qo‘llanma asosiy manbalar sifatida ko‘rib chiqildi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining sindrom bo‘yicha axborot materiali ham umumiy epidemiologik va klinik ma’lumotlarni yoritishda foydalanildi. Manbalardan olingan ma’lumotlar sindromning patogenetik mexanizmlari, reproduktiv funksiyaga ta’siri, metabolik va uzoq muddatli

xavflari, diagnostik mezonlari hamda individual davolash usullari bo'yicha qiyosiy tahlil qilindi. Turli manbalarda keltirilgan tavsiyalar o'zaro solishtirilib, klinik amaliyot uchun umumiy ahamiyatga ega xulosalar shakllantirildi. Mazkur ish birlamchi klinik tadqiqot hisoblanmaydi, chunki unda bemorlar guruhi, tibbiy kartalar, laborator ko'rsatkichlar yoki yangi statistik kuzatuv natijalari tahlil qilinmagan. Shuningdek, ushbu maqolada sistematik sharhga xos to'liq qidiruv protokoli va formal metodologik sifat baholashi amalga oshirilmagan. Shu sababli natijalar yangi klinik ma'lumotlar sifatida emas, balki tanlangan ilmiy adabiyotlarning narrativ sintezi sifatida talqin qilinishi lozim.

Tadqiqot natijalari: Ilmiy adabiyotlarning qiyosiy tahlili polikistik tuxumdonlar sindromining klinik ko'rinishi turlicha ekanini va kasallikni baholashda reproduktiv hamda metabolik xususiyatlarni birgalikda hisobga olish zarurligini ko'rsatdi. Ayrim bemorlarda ovulyator disfunksiya va giperandrogenizm ustunlik qilsa, boshqalarda metabolik o'zgarishlar, jumladan glyukozaga tolerantlikning buzilishi, dislipidemiya yoki ortiqcha vazn muhim klinik ahamiyat kasb etishi mumkin. Bu holat faqat ultratovush tekshiruvi natijasiga yoki bitta laborator ko'rsatkichga asoslangan baholash sindromning to'liq klinik manzarasini aks ettirmasligini ko'rsatadi. Tahlil qilingan manbalar ovulyatsiyaning muntazam sodir bo'lmasligini PTKS bilan bog'liq reproduktiv qiyinchiliklarning asosiy mexanizmlaridan biri sifatida tavsiflaydi. Shu bilan birga, homiladorlik ehtimolini aniqlashda bemorning yoshi, reproduktiv anamnezi va boshqa bepustlik omillarini ham hisobga olish kerak. Anovulyator bepustlik mavjud bo'lgan va boshqa muhim sabablar aniqlanmagan ayrim bemorlarda letrozol bilan ovulyatsiyani induksiya qilish zamonaviy klinik tavsiyalarga muvofiq birinchi qator yondashuvlardan biri hisoblanadi. Biroq davolash natijasi individual klinik holat va boshqa reproduktiv omillarga bog'liq bo'ladi.

Adabiyotlar tahlili metabolik xavfni muntazam baholash zarurligini ham tasdiqlaydi. PTKS bilan yashovchi ayollarda glyukozaga tolerantlik, lipid profili, arterial bosim va tana vazniga oid ko'rsatkichlarni klinik vaziyatga muvofiq nazorat qilish uzoq muddatli profilaktikaning muhim qismi hisoblanadi. Bunda normal tana massasi indeksi metabolik xavfni to'liq istisno qilmasligi e'tiborga olinishi lozim. Insulin rezistentligini faqat bitta laborator ko'rsatkich bilan baholash o'rniga, standart glikemik tekshiruvlar va umumiy klinik xavf omillariga tayanish maqsadga muvofiq. Tahlil natijalari davolash maqsadlarini bemorning individual ehtiyojlariga muvofiq belgilash lozimligini ko'rsatdi. Homiladorlikni rejalashtirmayotgan ayollarda hayz siklini tartibga solish, giperandrogenizm belgilarini kamaytirish va endometriyni himoya qilish asosiy vazifalar bo'lishi mumkin. Metabolik xavf mavjud bo'lgan bemorlarda turmush tarzini sog'lomlashtirish va klinik ko'rsatmalarga muvofiq dori vositalaridan foydalanish muhim ahamiyatga ega. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda esa ovulyatsiya holatini baholash, boshqa bepustlik omillarini

aniqlash va tegishli davolash strategiyasini tanlash ustuvor hisoblanadi. Umuman olganda, ilmiy manbalar PTKSni faqat qisqa muddatli ginekologik muammo sifatida emas, balki muntazam kuzatuv va kompleks boshqaruvni talab qiladigan klinik holat sifatida baholash zarurligini ko‘rsatadi. Ushbu xulosalar birlamchi bemorlar guruhidan olingan statistik natijalar emas, balki ilmiy adabiyotlar sinteziga asoslangan.

Muhokama: Tahlil natijalari polikistik tuxumdonlar sindromini faqat tuxumdon faoliyatidagi o‘zgarishlar bilan izohlash mumkin emasligini ko‘rsatadi. Sindromning reproduktiv va metabolik xususiyatlari o‘zaro ta’sirda bo‘lib, klinik ko‘rinishning xilma-xilligi tashxis qo‘yish va davolash jarayonini murakkablashtiradi. Shu sababli zamonaviy xalqaro tavsiyalar klinik belgilarni, gormonal ko‘rsatkichlarni, metabolik xavflarni va bemorning individual ehtiyojlarini birgalikda baholashni tavsiya qiladi. Diagnostik jarayonda hayz siklining xususiyatlari, giperandrogenizm belgilari va zarur laborator tekshiruvlar tizimli ravishda o‘rganilishi kerak. Qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi, giperprolaktinemiya, tug‘ma adrenal giperplaziya va androgen ishlab chiqaruvchi o‘smalar kabi boshqa holatlar klinik vaziyatga qarab differensial tashxis doirasida ko‘rib chiqiladi. Ayniqsa, androgenizatsiya belgilarining tez rivojlanishi yoki virilizatsiya alomatlarining paydo bo‘lishi qo‘shimcha tekshiruvlarni talab qiladi. Metabolik holatni baholashda tana vazniga haddan tashqari tayanish ham muayyan cheklovlarga ega. Normal tana massasi indeksiga ega bo‘lgan ayollarda ham glyukozaga tolerantlik yoki boshqa metabolik ko‘rsatkichlar bilan bog‘liq muammolar kuzatilishi mumkin. Shu sababli glyukozaga tolerantlikni baholash, lipid profilini tekshirish va arterial bosimni nazorat qilish PTKSni uzoq muddat boshqarishning muhim qismidir. Bunda laborator natijalarni bemorning klinik holati bilan birgalikda talqin qilish va keraksiz tekshiruvlardan qochish lozim. Metabolik xavfni erta aniqlash profilaktik tadbirlarni o‘z vaqtida boshlashga imkon beradi. Davolash strategiyasini tanlashda reproduktiv maqsadni aniqlash alohida ahamiyatga ega. Homiladorlikni hozircha rejalashtirmayotgan ayollarda hayz siklini tartibga solish, giperandrogenizmni nazorat qilish va endometriyni himoya qilish ustuvor bo‘lishi mumkin. Homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda esa ovulyator faoliyatni baholash, boshqa bepushtlik omillarini aniqlash va tegishli bo‘lsa ovulyatsiyani induksiya qilish ko‘rib chiqiladi. Preparatlarni tanlashda qarshi ko‘rsatmalar, nojo‘ya ta’sirlar, davolashning kutilayotgan samarasi va bemorning xohish-istaklari hisobga olinishi kerak. Shu jihatdan individual yondashuv faqat dori tanlashni emas, balki davolash maqsadlarini bemor bilan birgalikda belgilashni ham anglatadi. Turmush tarzini modifikatsiya qilish PTKSni boshqarishning asosiy tarkibiy qismi bo‘lib qoladi. Sog‘lom ovqatlanish, muntazam jismoniy faollik, uyqu gigiyenasi va xulq-atvorni qo‘llab-quvvatlash metabolik salomatlikni yaxshilashga yordam beradi. Ushbu tavsiyalarni faqat tana vaznini kamaytirishga qaratish to‘g‘ri emas, chunki sog‘lom turmush tarzi vazn sezilarli

o‘zgarmagan holatlarda ham foyda keltirishi mumkin. Bundan tashqari, PTKS bilan bog‘liq tashqi ko‘rinishdagi o‘zgarishlar, bepushtlikdan xavotirlanish va surunkali kasallik bilan yashash ayrim bemorlarda ruhiy zo‘riqishni kuchaytirishi mumkin. Shuning uchun klinik kuzatuvda psixologik farovonlik, tushunarli tibbiy maslahat va bemorning davolash qarorlarida ishtiroki ham hisobga olinishi lozim.

Mazkur maqolaning cheklovi shundaki, unda mahalliy klinik populyatsiyada PTKSning tarqalishi, metabolik ko‘rsatkichlar yoki davolash natijalari bevosita o‘rganilmagan. Shu sababli keltirilgan xulosalarni O‘zbekiston ayollari orasidagi kasallikning aniq epidemiologik ko‘rsatkichlari sifatida talqin qilib bo‘lmaydi. Kelgusida mahalliy klinik ma‘lumotlar asosida PTKS fenotiplari, metabolik xavf, reproduktiv natijalar va davolash samaradorligini o‘rganuvchi kuzatuv tadqiqotlarini tashkil etish ilmiy va amaliy jihatdan muhimdir.

Xulosa va amaliy tavsiyalar: Polikistik tuxumdonlar sindromi reproduktiv, endokrin va metabolik buzilishlarni birlashtiruvchi murakkab klinik holat bo‘lib, uni samarali boshqarish individual va uzoq muddatli yondashuvni talab etadi. Ilmiy adabiyotlar tahlili sindromning klinik ko‘rinishi turlicha ekanini, ovulyator disfunksiya reproduktiv qiyinchiliklarning muhim sabablaridan biri bo‘lishini va metabolik xavflarni muntazam baholash zarurligini ko‘rsatadi. Tashxis qo‘yishda klinik belgilar, biokimyoviy tekshiruvlar va zarur hollarda tuxumdon morfologiyasi birgalikda baholanishi, boshqa endokrin kasalliklar esa klinik vaziyatga muvofiq istisno qilinishi lozim. Tuxumdonlarning polikistik ko‘rinishi mustaqil ravishda sindrom tashxisini tasdiqlamaydi, ayniqsa o‘smirlarda diagnostik mezonlarni ehtiyotkor qo‘llash talab etiladi. Metabolik xavfni baholashda glyukozaga tolerantlik, lipid profili, arterial bosim va tana vazniga oid ko‘rsatkichlarni bemorning klinik xususiyatlariga mos ravishda nazorat qilish maqsadga muvofiq. Normal tana vazni PTKS bilan bog‘liq metabolik xavfni to‘liq istisno qilmasligi sababli kuzatuvni faqat ortiqcha vaznga ega bemorlar bilan cheklash to‘g‘ri emas. Davolash strategiyasi esa bemorning asosiy shikoyatlari va reproduktiv rejasiga muvofiq tanlanishi kerak. Hayz siklini tartibga solish, giperandrogenizmni nazorat qilish, endometriyni himoya qilish, metabolik xavflarni kamaytirish va zarur hollarda ovulyatsiyani induksiya qilish o‘zaro farqlanuvchi, biroq bir-birini to‘ldiruvchi yo‘nalishlardir. Amaliy jihatdan PTKSga shubha qilingan bemorlarda hayz sikli, giperandrogenizm belgilari, reproduktiv anamnez va metabolik xavf omillarini birgalikda baholash tavsiya etiladi. Tashxis xalqaro dalillarga asoslangan mezonlar asosida shakllantirilishi, zarurat bo‘lganda boshqa endokrin sabablarni istisno qilish uchun qo‘shimcha tekshiruvlar o‘tkazilishi lozim. Sog‘lom ovqatlanish, muntazam jismoniy faollik va uyqu rejimini yaxshilash bo‘yicha tavsiyalar tana vaznidan qat’i nazar individual ravishda berilishi kerak. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda anovulyator bepushtlikni

davolashdan oldin boshqa muhim reproduktiv omillarni ham baholash zarur. Dori vositalarini tanlashda qarshi ko‘rsatmalar, nojo‘ya ta’sirlar, bemorning xohish-istaklari va davolash maqsadlari hisobga olinishi lozim. Uzoq muddatli kuzatuvda reproduktiv salomatlik bilan bir qatorda metabolik holat va ruhiy farovonlikka ham e’tibor qaratish kerak. Umuman olganda, PTKSni boshqarishda bemorning klinik fenotipi, metabolik xavfi va reproduktiv maqsadlarini birlashtirgan kompleks yondashuv kasallik oqibatlarini kamaytirish, reproduktiv imkoniyatlarni qo‘llab-quvvatlash va hayot sifatini yaxshilash uchun muhim ahamiyatga ega.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. World Health Organization. Polycystic ovary syndrome. Geneva: World Health Organization; 2026. Elektron axborot materiali. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>.
2. Teede H.J., Tay C.T., Laven J.J.E. va boshq. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2023;108(10):2447–2469. Oxford University Press. DOI: 10.1210/clinem/dgad463.
3. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Human Reproduction. 2004;19(1):41–47. Oxford University Press. DOI: 10.1093/humrep/deh098.
4. Azziz R., Carmina E., Chen Z. va boshq. Polycystic ovary syndrome. Nature Reviews Disease Primers. 2016;2:16057. Springer Nature. DOI: 10.1038/nrdp.2016.57.
5. Escobar-Morreale H.F. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. Nature Reviews Endocrinology. 2018;14:270–284. Springer Nature. DOI: 10.1038/nrendo.2018.24.
6. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F. va boshq. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Human Reproduction. 2018;33(9):1602–1618. Oxford University Press. DOI: 10.1093/humrep/dey256.
7. Legro R.S., Arslanian S.A., Ehrmann D.A. va boshq. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013;98(12):4565–4592. Endocrine Society / Oxford University Press. DOI: 10.1210/jc.2013-2350.

8. Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocrine Reviews*. 1997;18(6):774–800. Oxford University Press. DOI: 10.1210/edrv.18.6.0318.

9. Moran L.J., Misso M.L., Wild R.A., Norman R.J. Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2010;16(4):347–363. Oxford University Press. DOI: 10.1093/humupd/dmq001.

10. Tuxumdonlar polikistozi sindromi tasnifi va patogeneziga zamonaviy qarashlar. O‘zbek tilidagi elektron o‘quv-ilmiy material. Ziyonet elektron kutubxonasi. URL: <https://api.ziyonet.uz/uploads/books/10003764/NDTEUFF80jHtItY.pdf>.