

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM  
VAZIRLIGI**

**AXMEDOVA NILUFAR MAXMUDJANOVNA**

**AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA  
fanidan**

**ENDOMETRIOZLARNI DAVOLASHGA YANGICHA YONDASHUV**

**O`QUV QO`LLANMA**

**70910201-Akusherlik – ginekologiya  
yo'nalishdagi magistrLAR uchun**

**Andijon 2022**

**Muallif:**

Ahmedova N.M. – Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti

**Taqrizchilar:**

Yakubova O.A.- t.f.n.,dotsent, ADTI VMO va QT fakulteti Akusherlik -  
ginekologiya, onkologiya, plastik xirurgiya va tibbiy  
kosmetologiya kafedrası mudiri

Kurbanov B.B.- t.f.d.,dotsent, ToshPMI Akusherlik va  
Ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrası

## ANNOTATSIYA

Endometrioz ayollarning bepushtligining asosiy sabablaridan biri bo'lib, statistik ma'lumotlarga ko'ra, yigirma yoshdan ellik yoshgacha bo'lgan ayollarning ellik foizigacha bu kasallikdan u yoki bu darajada azoblanadi. Qizlarda endometrioz holatlarning o'n foizida, keksa yoshdagi ayollarda uch foizgacha uchraydi. Kasallik ayollarning umumiy sonining 7-10 foizida, shu jumladan, bepushtlik bilan og'rikan ayollarning 25-40 foizida, shuningdek, surunkali tos a'zolarida og'riqlar shikoyati bo'lgan bemorlarning 70 foizida tashxis qilinadi.

Endometrioz - bachadon bo'shlig'idan tashqarida, morfologik va funksional xususiyatlari bo'yicha endometriumga o'xshash to'qimalarning o'sishi sodir bo'lgan jarayon.

O`quv qo`llanma etiologiyasi, patogenezini, klinik ko'rinishi, diagnostikasi, shuningdek, jarrohlik davolashning yangi variantlari va genital endometriozni kompleks davolashda gormon terapiyasining roli bo'yicha dolzarb ma'lumotlarni taqdim etadi.

Endometrioz bilan og'rikan bemorlarni davolashdagi qiyinchiliklar kasallikning o'zgaruvchan klinik ko'rinishi va og'irligi bilan bog'liq; taktika bemorlarning yoshiga, kasallikning shakli va bosqichiga, simptomlarning tabiatiga, reproduktiv vazifalarga bog'liq. Shuningdek, xavflar, yon ta'sirlar va davolashning iqtisodiy samaradorligi ham davolash usuliga ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda endometrioz doimiy e'tibor va davolanishni talab qiladigan surunkali qaytalanuvchi kasallik sifatida qaraladi.

Qo'llanma endometriozni tashxislash va davolash bo'yicha O'zbekistonda ham, xorijda ham mutaxassislar tomonidan olingan so'nggi dalillarning qisqacha mazmunidir. O'quv qo'llanmasi natijasida ishlab chiqilgan ma'lumotlar amaliyotchilar tomonidan ushbu kasallikka chalingan ayollarni boshqarishda foydalanishi mumkin.

## QISQARTMALAR RO'YXATI

A - adenomiyoz

AGnRH - gonadorilizatsiya qiluvchi gormon agonisti

HS - gisteroskopiya

DEA - digidroepiandrosteron

DEA-S - digidroepiandrosteron sulfat

GKH - bezli kista giperplaziyasi

17-KS - 17-ketosteroidlar

LH - lyuteinizatsiya qiluvchi gormon

MPA - medroksiprogesteron asetat

EGE - tashqi genital endometrioz

NLF - lyuteal fazaning yetishmovchiligi

OK - og'iz kontratseptivlari

11-OCS - 11-gidroksikortikosteroidlar

17-OCS - 17-gidroksikortikosteroidlar

17-OPK - 17-gidroksiprogesteron kaproat

P - progesteron

LHRH - lyuteinlashtiruvchi gormonni chiqaradigan gormon (lyuliberin)

RG ACLT - ACTH chiqaradigan gormon (kortikoliberin)

T - testosteron

T3 - triiodotironin

T4 - tiroksin

TRL - tiroliberin

TSH - qalqonsimon bezni stimullovchi gormon

TFD - funksional diagnostika testlari

Ultratovush - ultratovush

Kompyuter tomografiyasi.

MRT - magnit-rezonans tomografiya

FSH - follikulani stimullovchi gormon (follitropin)

# MUNDARIJA

ANNOTATSIYA.....	3
QISQARTMALAR RO'YXATI.....	4
KIRISH.....	6
1-BOB .....	9
2-BOB .....	13
2.1 ETIOLOGIYA .....	14
2.2 PATOGENEZ.....	17
2.3 LOKAL GIPERESTEROGENIYA.....	19
3-BOB .....	22
3.1 ENDOMETRIOZ VA BEPUSHTLIK .....	25
3.2 OG'RIQ VA ENDOMETRIOZ .....	28
4-BOB .....	32
4.1 ICHKI ENDOMETRIOZ (ADENOMIOZIS).....	34
4.2 MAGNIT-REZONANS TASVIR.....	37
4.3 SPIRAL KOMPYUTER TOMOGRAFIYA.....	39
4.4 REKTA VAGINAL BO'SHLIQ ENDOMETRIOZI.....	40
4.5 ENDOMETRIOID KISTA .....	42
5-BOB .....	46
5.1 ENDOMETRIOZLARNI JARROXLIK DAVOSI.....	48
5.2 ENDOMETRIOID TUXUMDONLARI KISTALARI .....	51
5.3 ENDOMETRIOZLARNI TIBBIY DAVOLASH.....	56
5.4 ANTIGONADOTROPINLAR .....	65
5.5 PSIXOIJTIMOIY REABILITATSIYA .....	69
6-BOB .....	78
6.1 ENDOMETRIOZ VA SARATON.....	80
6.2 YOSH BO'YICHA ENDOMETRIOZ.....	83
6.3 PATOGENEZ.....	89
6.4 ENDOMETRIOZNING OZIQLANISHI VA XAVFI.....	98
XULOSA .....	101
TESTLAR.....	102
TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	105

## KIRISH

Ginekologik kasalliklar tarkibida endometrioz yallig'lanish jarayonlari va bachadon miomasidan keyin uchinchi o'rinda turadi, hayz ko'rish funksiyasi saqlanib qolgan ayollarning 50 foizigacha ta'sir qiladi. Endometrioz reproduktiv tizimda funksional va tarkibiy o'zgarishlarga olib keladi, ko'pincha ayollarning psixo-emotsional holatiga salbiy ta'sir qiladi, hayot sifatini sezilarli darajada kamaytiradi.

Endometriozning turli jihatlarini bo'yicha ko'plab tadqiqotlarga qaramay, etiologiya va patogenezi jarayonning lokalizatsiyasi va kasallikning og'irligiga qarab klinik ko'rinishning xususiyatlari, qaytalanishlarni tashxislash va aniqlashning individual usullarining qiyosiy axborot mazmuni, turli usullarning samaradorligi bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilish bo'yicha ko'plab savollar hali ham noaniq bo'lib qolmoqda, ma'lumotlar kam.

So'nggi yillarda kasallikning rivojlanishiga atrof-muhitning salbiy ta'siri va uning etiologiyasida irsiy omillarning mumkin bo'lgan roli haqidagi nazariyalar yetarlicha o'rganildi, ammo endometrioz rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan o'ziga xos gen mavjudligi to'g'risidagi ma'lumotlar yetarli darajada o'rganilmagan, hali amaliy tasdiq`ini topmagan.

O`quv qo`llanma endometriozning paydo bo'lishining bir qator nazariyalarini muhokama qilishni davom ettirmoqda: embriogenezing buzilishi, endometriumning bachadon bo'shlig'idan bachadon naychalari orqali hayz paytida yoki operatsiyalar paytida qorin pardaga ko'chirilishi; qon va limfa tomirlari orqali bachadon bo'shlig'idan endometriyal to'qimalarning tarqalishi; gipotalamus-gipofiz bezi-tuxumdonlar-ishchi organlarda gormonal tartibga solishning buzilishi natijasida endometriozning rivojlanishi; immunitetning pasayishi – bular hammasi endometrioz kelib chiqishiga sabab bo`lishi mumkin.

Morfologik va immunologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, bachadonning endometriozini, endometrioid tuxumdon kistalari, retroservikal endometrioz va tos peritonining endometriozini turli xil sabablarga ko`ra kelib chiqishi mumkin, ammo

eng muhimi organning roli va ishtirok etish darajasi genital endometriozning ma'lum lokalizatsiyasining patogenezdagi tizimlar o`rtasidagi bog`liqlik noaniq bo`lib qolmoqda.

Endometrioid lezyonlari diagnostikasi va endometriozning qaytalanishini bashorat qilishda turli xil tadqiqot usullarining ma'lumotlar mazmunini taqdim etadigan ko'plab ishlar nashr etilgan, ammo yaqin vaqtgacha ularning har birining diagnostik ahamiyati, ayniqsa, kasallikning mavjudligini aniqlash. o'simta belgilarining darajasi va immunologik parametrlar muhokama qilindi. Ma'lumki, endometriozli bemorlarning qonida va qorin bo'shlig'i suyuqligida tuxumdon adenokarsinomasiga xos bo'lgan CA-125 ni o'z ichiga olgan onkoantigenlarning konsentratsiyasi ortadi. Biroq, so'nggi ma'lumotlarga ko'ra (Jahon Endometrioz Jamiyati, 2011 yil), endometriozda ushbu markerning o'ziga xosligi 97%, sezgirlik esa atigi 27% ni tashkil qiladi.

Hozirgi vaqtda ko'pchilik ginekologlarning fikriga ko'ra, endometrioid lezyonlarni davolashning yagona radikal usuli jarrohlik hisoblanadi. Shu bilan birga, ba'zi tadqiqotchilar operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin ko'pchilik gormonal terapiyadan foydalanadilar (danazol, gestrinon, gestagens, kombinatsiyalangan).

og'iz kontratseptivlari (COC) va gonadotropinni chiqaradigan gormon analoglari (GnRHa). Ba'zi dorilarning bemorlarning umumiy holatiga, psixoemotsional sohasiga, immunologik holatiga, gonadotrop va jinsiy gormonlar darajasining nisbati va qondagi onkoantigenlarning tarkibiga ta'siri etarlicha o'rganilmagan. Bemorlarning individual xususiyatlariga, endometrioid lezyonlarning klinik va anatomik xususiyatlariga, immunologik va gormonal kasalliklarga qarab, u yoki bu davolash usuli uchun algoritmlar ishlab chiqilmagan. Dori vositalarining yangi usullari va kasallikning turli ko'rinishlarida (og'riq, hayz davrining buzilishi, bepushtlik, qo'shni organlarning disfunktsiyasi belgilari) endometriozni birgalikda davolashning ta'siri tasvirlanmagan.

1-bobda endometriozning terminologiyasi va tasnifi haqidagi zamonaviy g'oyalar, 2-bob - ushbu kasallikning etiologiyasi va patogenezi bo'yicha so'nggi

ma'lumotlar, 3-bob - turli lokalizatsiya va zo'ravonlikdagi endometriozning klinik ko'rinishi. Og'riq sindromi va endometriozdan kelib chiqqan bepushtlik bilan og'riq bemorlarni davolash taktikasi diqqat bilan ko'rib chiqiladi. 4-bobda ushbu patologiyani tashxislashning so'nggi usullari (ultratovush, spiral kompyuter va magnit-rezonans tomografiya, laparo- va histeroskopiya, histerosalpingografiya va boshqalar) axborot mazmuni tahlil qilinadi. 5-bobda endometriozning ilg'or shakllari bilan og'riq bemorlarni jarrohlik va kombinatsiyalangan davolash va monitoring qilish tamoyillari muhokama qilinadi. Turli xil gormonal dorilarning (gestagenlar, antigonadotropinlar, COC va GnRH) ta'sirini qiyosiy baholash o'tkazildi, endometriozning keng tarqalgan shakllarini va endometrioid lezyonlarni davolashda, ayniqsa qo'shni organlarni jarayonga jalb qilishda qo'llaniladi. Endometriozning keng tarqalgan shakllarida takrorlanishning eng samarali oldini olish va fokusni tubdan olib tashlashning iloji yo'qligi bu kombinatsiyalangan terapiya, shu jumladan adekvat operatsiya (afzalroq laparoskopik kirish orqali) va keyingi 6 oylik davolash ekanligi isbotlangan yoki undan ko'p (agar iloji bo'lsa) gormonal va yallig'lanishga qarshi terapiyaning yangi rejimlaridan foydalangan holda gormonal terapiya kursi, shu jumladan endometriozni uzoq muddatli davolashda yangi past dozali dorilar (dienogest). Endometrioz uchun jarrohlik usullari, hajmlari, jarrohlik aralashuvlariga nafaqat muqobil yondashuvlar, balki turli xil energiyalardan - elektr va lazer energiyasidan, garmonik skalpeldan foydalanishning afzalliklari va kamchiliklari ham taqdim etiladi. 6-bobda asemptomatik endometrioz, endometrioz va saraton kasalligining maxsus masalalari ko'rib chiqiladi, ularni davolash tadqiqotchilar va amaliyotchilar uchun juda ko'p qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Shuningdek, ushbu qo'llanmada ushbu kasallikning rivojlanishiga hissa qo'shadigan ozuqaviy omillar tasvirlangan.



## 1-BOB

Endometrioz - eng sirli ginekologik kasalliklardan biridir. Ma'lumki, bu bemorlarning katta qismi kuchli og'riqlardan aziyat chekadi, har soniyada bepushtlik kuzatiladi, ularning ko'pchiligida endokrin va immunitet holatining buzilishi, markaziy vegetativ asab tizimidagi funktsional o'zgarishlar va gomeostazni ta'minlaydigan boshqa tizimlar mavjud. Ushbu kasallikning rivojlanishida asosiy bo'g'in nima, nima asosiy va nima ikkilamchi - munozarali masalalar bo'lib qolmoqda.[o'n sakkiz] Endometrioz an'anaviy ravishda genital va ekstragenital va genital, o'z navbatida, ichki (bachadon tanasining endometrioz) va tashqi (bachadon bo'yni, qin, perineum, retroservikal mintaq, tuxumdonlar, fallop naychalari, qorin pardasi, to'g'ri bachadon bo'shlig'i endometrioziga) bo'linadi. ). Tashqi endometriozning 20 dan ortiq gistologik variantlari mavjud, ular orasida qorin bo'shlig'i yoki subperitoneal (vezikulyar - kist yoki polipoid), shuningdek mushak tolali, proliferativ, kist (endometrioid kistalar) kabi. So'nggi yillarda "ichki endometrioz" tobora ko'proq o'ziga xos kasallik sifatida qaralmoqda va "adenomiyoz" deb ataladi. Ba'zi mualliflar retroservikal (chuqur infiltrativ endometrioz) adenomiyozga ko'proq o'xshash kasallikning o'ziga xos turi deb hisoblashadi.

### **Lokalizatsiya bo'yicha endometriozning tasnifi**

1. Genital - ichki va tashqi jinsiy a'zolarida lokalizatsiya qilingan organlar:

- a) ichki - bachadon tanasi, istmus, fallop naychalarining interstitsial bo'limi;
- b) tashqi - tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'yni qin qismi, retroservikal mintaq, tuxumdonlar, bachadon naychalari, tos bo'shlig'ini qoplaydigan qorin parda.

2. Ekstragenital - endometrioid implantlarning rivojlanishi ayol tanasining boshqa organlari va tizimlari.

3. Qorin pardasiga nisbatan:

a) qorin bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i endometriozlari - tuxumdonlar, bachadon naychalari, tos bo'shlig'ini qoplaydigan qorin parda.

b) ekstraperitoneal endometriozi - tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon bo'yni qin qismi, retroservikal mintaqqa.

#### Ichki endometriozning gistologik tasnifi

1. Glandular - stromalga qaraganda 16 marta tez-tez uchraydi;

2. Stromal:

a) adenomiyoz - bachadon mushak tolalarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi bilan kechadigan endometriozi;

b) adenomioma - adenomiyozdan farqli o'laroq, kasallikning bu shakli klasterlar atrofida endometriyal stromaning bezli qo'shimchalari yo'qligi bilan tugunlarning atrofdagi to'qimalar bilan aniqroq cheklanishi bilan tavsiflanadi.

#### ICD 10 - Kasalliklarning xalqaro tasnifi 10-reviziya

1- N80.0 Bachadon endometrioz

2- adenomiyoz,

3- N80.1 Tuxumdon endometrioz

4- N80.2 Fallop naychalarining endometrioz

5- N80.3 Tos qorin pardasining endometrioz

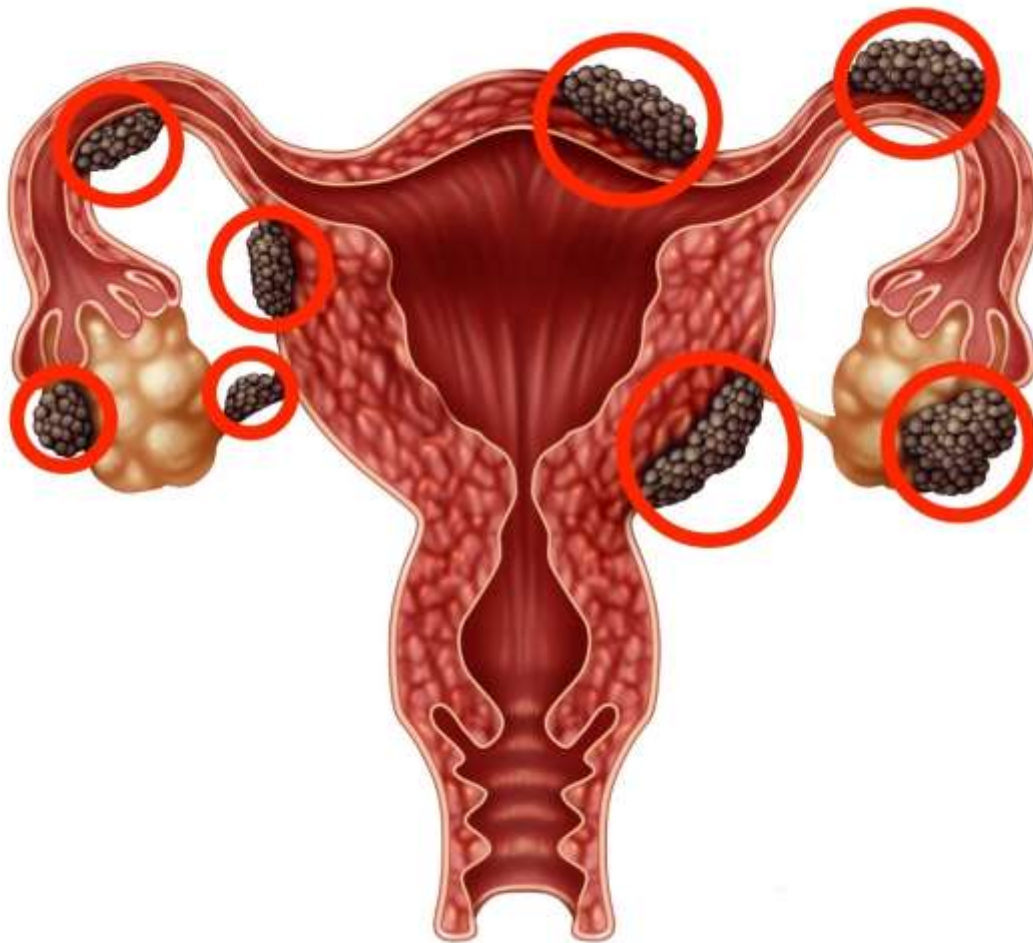
6- N80.4 Rektovaginal septum va qin endometrioz

7- N80.5 Ichak endometrioz,

8- N80.6 Teri chandig'ining endometrioz

10-N80.8 Boshqa endometrioz,

11-N80.9 Endometrioz, aniqlanmagan



Bugungi kunga qadar endometriozning yagona tasnifi mavjud emas, bu kasallikning barcha jihatlarini aks ettirishi mumkin. Shuning uchun amalda har biri u yoki bu hodisani aks ettiruvchi turli tasniflardan foydalanishga to'g'ri keladi (lokalizatsiyaga ko'ra, qorin pardaga nisbatan, gistologik, tarqalish shakllari va darajasiga ko'ra va boshqalar).

Shubhasiz, kasallikning haqiqiy og'irligi uning muayyan variantini tavsiflovchi klinik ko'rinish bilan belgilanadi. Biroq, simptomlarning og'irligi, patologik jarayonning lokalizatsiyasi va tarqalishi o'rtasida har doim ham bog'liqlik mavjud emas. Ushbu tasniflar klinik bo'lib, tarqalish darajasini (shu jumladan infiltratsiya shaklini), kasallikning shaklini (tugunli, o'choqli, diffuz, kistli - adenomiyozda) yoki qo'shni organlarga kirib borish chuqurligini aks ettiradi. Retroservikal endometrioz (infiltratsion shakl) misoli, bu boshqaruv

taktikasini tanlashda, operatsiyadan foydalanish imkoniyati va hajmini tanlashda va operatsiyadan keyingi individual reabilitatsiya dasturini, shu jumladan gormonal davolashni, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llashni tanlashda harakat qilish uchun qo'llanma bo'lib xizmat qiladi. ,

So'nggi paytlarda endometriozning jarrohlik yo'li bilan tasdiqlangan ayollarda tabiiy tsiklda homiladorlik ehtimolini bashorat qilish uchun endometrioz tug'ilish indeksi (EFI) ham joriy etildi (Adamson GD, Pasta DJ, 2010).

2011-yil sentabr oyida Montpelyeda (Frantsiya) bo'lib o'tgan endometrioz bo'yicha so'nggi Butunjahon kongressida HR Tinneberg (Germaniya) infiltrativ endometriozning yangi tasnifini taqdim etdi, unga ko'ra adenomiyoz ham ushbu shaklga tegishli. Tasniflash endometriozning tekisliklar bo'ylab tarqalishi printsipligiga asoslanadi: rektovaginal bo'shliq, vagina (A bo'limi), sakro-bachadon ligamentlari tekisligi va tos devori (B bo'limi), to'g'ri ichakning mushak qavati. va sigmasimon ichak (C bo'limi) va lezyonning chuqurligi (1 sm gacha, 1-3 sm dan, 3 sm dan ortiq) va lezyonning yon tomoni (o'ng, chap). Ushbu tasnif ko'p muhokamalarga sabab bo'ladi. Amerika Ginekologik Endoskopistlar Assotsiatsiyasi (AAGL) hozirda asosan og'riq xususiyatlariga e'tibor qaratadigan tasnif tizimini ishlab chiqmoqda (LCGiudice, 2012).

## 2-BOB

**Epidemiologiya.** So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, dunyo bo'ylab 176 millionga yaqin ayollar, asosan, reproduktiv yoshdagi (har o'ninchi) endometrioزدan aziyat chekmoqda. Kasallikning birinchi namoyon bo'lishi ayollarning ta'lim olishi, kasb-hunar egallashi, hamkorlik aloqalari yoki oila qurish davrida ro'y beradi. Yillar davomida og'riqli og'riqlar, bepushtlik, vaqti-vaqti bilan va ba'zan to'liq nogironlik ushbu ayollarning iqtisodiy, ijtimoiy sohada va oiladagi imkoniyatlarini oshkor qilish va to'liq ro'yobga chiqarishga to'sqinlik qiladi, bu esa endometriozni ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan kasallik deb tasniflashga imkon beradi.

Kasallikning dastlabki belgilari (tos bo'shlig'idagi og'riqlar) o'smirlik davrida paydo bo'lishi va aniqroq bo'lishi alohida tashvish uyg'otadi. [23, 44, 68.] Erta tashxis qo'yish va tegishli mutaxassisga yo'naltirish bemorlarga endometriozni o'z vaqtida va adekvat davolashda yordam beradi, bu esa uning keyingi rivojlanishining oldini olish, reproduktiv salomatlik va umumiy hayot sifatini saqlash uchun kalit hisoblanadi. Xalqaro Endometrioз Assotsiatsiyasi endometrioз tashxisi qo'yilgan bemorlar o'rtasida juda muhim so'rov o'tkazdi, unda ishtirokchilarning taxminan 50% 24 yoshida, 21% 15 yoshdan oldin va 17% 15 yoshdan 19 yoshgacha bo'lgan belgilarga ega ekanligini aniqladi. Boshqa bir tadqiqotda kasallikning namoyon bo'lish dinamikasini retrospektiv tahlil qilish endometrioзning birlamchi namoyon bo'lishining ancha erta o'rtacha yoshi - 15,9 yoshni ham aniqladi. [9,17,36,50.] Shu nuqtai nazardan, endometrioз "o'tkazib yuborilgan" kasallik deb ataladi, chunki kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lganidan boshlab tashxisga qadar o'rtacha 7-8 yil o'tadi.

## 2.1 ETIOLOGIYA

Endometriozni surunkali ginekologik kasallik deb hisoblash mumkin, uning asosiy klinik ko'rinishi doimiy og'riq va bepushtlikdir - bu bachadon bo'shlig'idan tashqarida endometriumga morfologik va funktsional xususiyatlarga o'xshash to'qimalarning yaxshi o'sishi. Kasallikning klinik jihatdan bir-biridan farq qiladigan uchta shakli mavjud: kichik tos bo'shlig'i va tuxumdonlarning qorin pardasi yuzasida endometrioid o'choqlari (peritoneal endometrioz), tuxumdon kistalari (endometrioma) va murakkab tuzilishdagi qattiq shakllanishlar, shu jumladan endometrioid to'qimalar bilan birga yog'li. va mushak fibrozi; uchta shaklning har biri infiltratsion o'sishga moyil bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin. Endometriozning barcha uchta shakli bir xil patologik jarayonning variantlari yoki turli rivojlanish mexanizmlari natijasida, ammo ularning umumiy gistologik xususiyatlari endometriyal stromal va epiteliya hujayralarining mavjudligi; fokusda doimiy qon ketishlar va yallig'lanish belgilari.

Ba'zi hollarda endometrioz o'chog'ini muvaffaqiyatli jarrohlik yo'li bilan olib tashlaganingizdan so'ng, kasallik belgilari o'z-o'zidan yo'q qilinadi va homiladorlik bepushtlik bilan og'riq ayollarda tabiiy tsiklda sodir bo'ladi.

Birinchi marta endometriozning klinik holati deyarli 150 yil oldin Rokitanskiy tomonidan tasvirlangan, ammo hozirgi kunga qadar ushbu multifaktorial ko'p komponentli kasallikning mexanizmlari to'liq aniq emas, bu davolashning samarali usullarini topishni qiyinlashtiradi.

Ko'pgina tarafdorlarga ega bo'lgan implantatsiya nazariyasining mohiyati shundan iboratki, endometrium to'qimalarining hayotiy elementlari hayz ko'rish qonining retrograd rivojlanishi paytida boshqa organlar va to'qimalarga kiritiladi va endometrioz o'choqlarini hosil qiluvchi yangi joyda "ildiz oladi". Bundan tashqari, endometriyal zarrachalarning limfogen va gematogen yo'llar bilan metastazlanishi, ularni keyinchalik implantatsiya qilish imkoniyati taklif etiladi. Biroq, endometrioz prepubertal davrda, bachadonning konjenital yo'qligi va postmenopozda tashxis qo'yiladi, bu esa bu sirli kasallikning yanada murakkab mexanizmlarini ko'rsatadi. Tselomik metaplaziya nazariyasiga ko'ra, ektopik

o'choqlarda endometriumga o'xshash to'qimalarning paydo bo'lishi qorin parda yoki plevra mezoteliysi, limfa tomirlari endoteliysi, metaplaziya tufayli bo'lishi mumkin. turli gormonal va / yoki yallig'lanish kasalliklari ta'sirida buyraklar va boshqa bir qator to'qimalarning tubulalari epiteliyasi. Shu bilan birga, interleykinlar va boshqa yallig'lanishga qarshi vositachilar endometriozning patofiziologiyasida etakchi rol o'ynashi mumkin, bu ektopik implantatsiyani va endometrioid heterotopiyalarning keyingi o'sishini rag'batlantiradi. Biroq, endometrioz patogenezining metaplastik nazariyasi qat'iy ilmiy dalillarni olmagan.

Embrion nazariyasiga ko'ra, embrional davrda jinsiy a'zolar, shu jumladan endometrium hosil bo'lgan etuk mezoteliy hujayralari orasida joylashgan embrion koelomik epiteliyning elementlari endometrioid geterotopiyalarning paydo bo'lishining manbai bo'lishi mumkin. Bu nazariya tomonidan qo'llab-quvvatlanmaydi, faqat 11-12 yoshdagi bolalar va o'smirlarda endometriozning rivojlanishi, shuningdek, endometriozning genital organlarning malformatsiyasi bilan tez-tez kombinatsiyasi. So'nggi yillarda genetik va epigenetik omillar tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Ayol jinsiy yo'llarining embrion differentsiatsiyasi jarayonida turli xil salbiy ekologik yoki genetik omillar endometriyal ildiz hujayralarida epigenetik o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, ular turli xil hujayralarni shakllantirish uchun mo'ljallangan.

Steroidogen omil SF-1) va estrogen retseptorlari b (Er-b) ni kodlovchi genlarning ifodalanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan kichik tos a'zolari va to'qimalari. Ushbu epigenetik o'zgarishlarga endometrioz patogenezida asosiy rol o'ynaydigan demetilatsiya, SF-1 va ER-b ning faollashishi va haddan tashqari ko'payishi kiradi. SF-1 va Er-b ning haddan tashqari ishlab chiqarilishiga genetik moyillik har qanday yoshdagi ayollarda endometriozning rivojlanishiga olib kelishi mumkin, deb ishoniladi. Endometrioid hujayralardagi yallig'lanishga qarshi moddalar, ayniqsa prostaglandin E2 (PGE2) ta'siriga javoban, SF-1 ko'plab steroidogen genlar, shu jumladan aromataza genlari bilan bog'lanadi, bu esa estradiol hosil bo'lishining ko'payishiga olib keladi. Er-b-estradiolning yordami

siklooksigenaza 2-turi (COX-2) fermentining faolligini rag'batlantiradi va PGE2 ning yuqori ishlab chiqarilishiga yordam beradi.

Atrof-muhit ifloslanishi so'nggi o'n yilliklarda sodir bo'lgan texnologik inqilob megapolislarning paydo bo'lishiga, shuningdek, odamlarda immunopatologik sharoitlarning rivojlanishi bilan tabiiy ekologik munosabatlarning buzilishiga olib keldi. Noqulay ekologik vaziyat, shu jumladan sanoat ishlab chiqarishining zararli qo'shimcha mahsulotlari bilan atrof-muhitning ifloslanishi ham endometriozning paydo bo'lishiga yordam beradi, bu AQSh, Belgiya, Italiya va Isroilda rivojlanayotgan mamlakatlarga nisbatan yuqori kasallanish bilan tasdiqlanadi. Hozirgi vaqtda endometrioz rivojlanishida detoksifikatsiya genlarini o'rganishga katta e'tibor qaratilmoqda, bu endometriozga xos bo'lgan oksidlovchi stress va surunkali yallig'lanish reaksiyasi sharoitida muvofiqlashtirilgan antioksidant ta'sirning buzilishiga olib kelishi mumkin. So'nggi yillarda benzofenol-3 ning endometrioz rivojlanishidagi roli isbotlangan. Irsiy yoki orttirilgan (masalan, dioksinlarga ta'sir qilish) angiogen va / yoki immun javobning buzilishi retrograd hayz ko'rishi bilan qorin bo'shlig'iga olib boriladigan endometrium hujayralarining ektopik implantatsiyasiga moyil bo'lishi mumkin. Sarumda dioksin miqdori yuqori bo'lgan ayollar endometrioz rivojlanish xavfini ikki baravar oshirishi aniqlandi. Reproktiv funktsiyani o'z vaqtida amalga oshirish uchun motivatsiyaning yo'qligi. Ilgari, ayol o'z maqsadini amalga oshirib, ikki yilgacha fiziologik amenoreya (homiladorlik va laktatsiya) holatida edi. Uning hayoti davomida u 60 tagacha hayz ko'rgan. Zamonaviy ayollar kech va kam tug'ilishlari tufayli ularda jami 400-600 tagacha hayz davri bor. Menstrüel reflyuks, ya'ni bachadon naychalari orqali qorin bo'shlig'iga ma'lum miqdordagi endometriyal hujayralar kirishi, tajovuzkorlikning universal omili ekanligi isbotlangan, agar doimiy bo'lsa, immunitetning keskin zaiflashishiga olib keladi. noto'g'ri javob. Shunday qilib, endometriozning, shuningdek, ushbu kasallik bilan bog'liq bo'lgan bepushtlikning oldini olish choralaridan biri.



## 2.2 PATOGENEZ

Endometriozning etiopatogenezi bo'yicha juda ko'p nazariyalar taklif qilingan, ammo uning rivojlanishining asosiy biologik mexanizmlari to'liq aniq emas. Ko'pgina hollarda endometriozning rivojlanishida bir nechta etiopatogenetik omillar ishtirok etadi. Evtopik endometriumning ma'lum xususiyatlarining asosiy roli aniqlandi va molekulyar biologik jarayonlarning endometrioid heterotopiyalarning shakllanishiga, kasallikning klinik kechishi va prognoziga ta'sirining ahamiyati tasdiqlandi. Ko'p sonli immunomodulyatorlar, shu jumladan kimokinlar, yallig'lanishga qarshi sitokinlar, oqsil o'sish omillari va angiogenez omillari, jinsiy steroid gormonlar bilan bir qatorda, endometrioidning rivojlanishi va rivojlanishida muhim rol o'ynaydigan murakkab moddalar tarmog'ini tashkil etishi aniqlandi. geterotopiyalar. Endometriyal hujayralarning omon qolishi, endometriozda yallig'lanish va hujayralar differentsiatsiyasining buzilishi stromal hujayralardagi nuqson, shu jumladan progesteron qarshiligi bilan birga estrogenlar va prostaglandinlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Bu xususiyatlarning barchasi o'zaro bog'liq va asosan epigenetik o'zgarishlar bilan belgilanadi.

Endometriozning patogenezi ko'p qirrali. Endometrioz patogenezining ko'plab nazariyalari orasida quyidagilar alohida ahamiyatga ega: 1) transport (implantatsiya, transplantatsiya, immigratsiya, limfogen, gematogen, yatrogen tarqalish); 2) koelomik metaplaziya; 3) embriologik hujayra hamartiyasi; 4) gormonal; 5) immunologik tushunchalar.

Endometriozning asosiy patogenetik bo'g'inlari bir-biri bilan chambarchas bog'liq va retrograd hayzdan tashqari, haddan tashqari mahalliy estrogen ishlab chiqarish, progesteron qarshiligi, yallig'lanish va neoangiogenezni o'z ichiga oladi, bu boshlang'ich bosqichlarda patologik jarayonni inhibe qilishga imkon bermaydi va infiltratsion o'sishni, invazyani tushuntiradi. atrofdagi to'qimalarga ularning keyinchalik yo'q qilinishi va tarqalishi bilan. Endometrioz bilan estrogenlar va progesteron metabolizmida ishtirok etadigan fermentlar faoliyatida nomutanosiblik mavjud bo'lib, bu mahalliy estradiolning proliferativ ta'sirining

kuchayishiga va himoya rolini o'ynaydigan progesteron konsentratsiyasining pasayishiga olib keladi.

**Gormonal retseptorlar.** ER va PR polimorfizmlarining ba'zi irsiy genetik turlari endometriozning rivojlanishiga moyil bo'ladi. Endometriotik to'qimalarda estrogen va progesteron uchun yadro retseptorlari darajasi normal endometriumga nisbatan keskin o'zgaradi. Ikki turdagi estrogen retseptorlari mavjud (ER-a va ER-b), ER-a faolligi endometriyal proliferatsiya bilan bog'liq va ER-b funksiyasi noaniq bo'lib qolmoqda. ER-b ifodasi endometriotik to'qimalarda oddiy endometriumga qaraganda 142 baravar yuqori va ER-a konsentratsiyasi bundan atigi 9 baravar yuqori. Stromal endometrioid hujayralardagi ER-b ER-a promotor zonasini egallab, ularning faolligi va ifodalanishini pasaytiradi. Oddiy endometriumda progesteron retseptorlari izoformlari darajasi [(PR): PR-A va PR-B] proliferativ fazada asta-sekin o'sib boradi, ovulyatsiyadan oldin eng yuqori darajaga yetib, keyin ovulyatsiyadan keyin pasayib, estradiol ularning darajasini rag'batlantirayotganini ko'rsatadi. Endometriozda progesteron retseptorlarining ikkala izoformasi evtopik endometriumda topiladi, PR-B mRNK esa endometrioid geterotopiyalarida deyarli aniqlanmaydi, bu esa endometriozga chidamliligini yana bir bor tasdiqlaydi.

**Mahalliy GIPERESTROGENIYA** endometrioz va kasallikning unga bog'liq shakllari (masalan, bachadon miomasi bilan) rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi, chunki GnRH, COC, progestinlar va aromataza inhibitörleri ta'sirida estrogen sintezini bostirish lezyonlarning klinik belgilari va agressivligini kamaytiradi. . Sog'lom ayollarda endometriozli ayollardan farqli o'laroq, endometriumda aromataza ifodasi aniqlanmaydi, bunda PGE2 va boshqa omillar ta'sirida ham ko'payadi, bu hujayralar qorin bo'shlig'iga kirganda yallig'lanishga qarshi vositachilar. Estradiolni zaifroq estronga aylantiradigan 17b-gidroksisteroid dehidrogenaza turi 2 (17b-HSD 2-toifa) fermentining etarli darajada ishlab chiqarilmasligi ham muhim rol o'ynaydi. 17b-HSD 2-turdagi fermentning etishmasligi ham ma'lum darajada qarshilik bilan bog'liq deb hisoblanadi.

ektopik joylashgan endometrioid to'qimalardan progesteronga.

### **2.3 PROGESTERONGA QARSHILASH**

Progesteron ta'sirining molekulyar belgilari epiteliya tomonidan glikodelin ishlab chiqarishni ko'paytirish - tsiklning luteal bosqichida sekretor endometriumda hosil bo'lgan glikoprotein va stromal prolaktin. Shu bilan birga, progesteron endometrioid to'qimalarning stromal hujayralarida oddiy endometriumga nisbatan ancha kam miqdorda prolaktinni keltirib chiqaradi, bu ham endometrioza ushbu gormonga rivojlanayotgan qarshilikni aks ettiradi. Endometrioid to'qimalar progesteronning antiproliferativ ta'siriga befarq bo'lib qoladi, chunki "ingibitor" PRA izoformasi ustunlik qiladi va umuman progesteron retseptorlari darajasi juda past. Progesteron qarshiligi E2 tomonidan induksiya qilingan endometriyal proliferatsiyaning kuchayishiga, metalloproteinazalarning faolligi oshishiga,

#### **Yallig'lanishga qarshi jarayonlar.**

Endometrioid to'qimalarning asosiy xarakteristikasi bo'lgan yallig'lanish prostaglandinlar, metalloproteinazalar, sitokinlar, kimokinar va boshqalarning haddan tashqari ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Ushbu yallig'lanishga qarshi oqsillar va ular bilan bog'liq bo'lgan immun hujayralari implantlarning mikro muhitida shakllanishi natijasida yuzaga keladigan hodisalarga sezilarli ta'sir qiladi. endometrioid to'qimalarning qorin pardaga kirib borishi va kasallikning keyingi rivojlanishida. Endometrioza yallig'lanishga qarshi reaksiyalar antiapoptotik mexanizmlar bilan chambarchas bog'liq: antiapoptotik gen Bcl-2 ekspressiyasining kuchayishi va BAX proapoptotik omilining bostirilishi, shuningdek, irsiy mutatsiyalar tufayli faollikning pasayishi. o'simtani bostiruvchi p53 geni; matritsali metalloproteinazalarning (MMP-s) faolligini oshirish; T-limfotsitlar apoptozini kuchaytiradigan Fas ligand (FasL) va IL-8 ekspressiyasining kuchayishi; natijada endometriyal hujayralar yo'q qilishdan "qochishga" muvaffaq bo'ladi. Makrofaglar sitokinlar, prostaglandinlar va o'sish omillarini ishlab chiqarishda davom etmoqda, ularning ko'pchiligi mahalliy

darajada estrogenlarning shakllanishini kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida makrofaglarning ektopek joylashgan endometrium hujayralarining fagotsitoziga qobiliyatini yo'qotishiga yordam beradi va neoangionezni kuchaytiradi.

### **Gormonal va yallig'lanishga qarshi kasalliklar o'rtasidagi bog'liqlik.**

Yallig'lanishga qarshi moddalar, ayniqsa PGE2 konsentratsiyasining oshishi estrogen ishlab chiqarishning mahalliy o'sishining asosiy mexanizmi hisoblanadi. O'z navbatida, doimiy mahalliy estrogen ishlab chiqarilishi PGE2 hosil bo'lishining ko'payishiga yordam beradi, chunki ularning rag'batlantiruvchi ta'siri. ektopek joylashgan endometriumning stromal hujayralarida yuqori konsentratsiyada mavjud bo'lgan COX-2 fermenti. Shunday qilib, mahalliy estrogen ishlab chiqarish, hujayra proliferatsiyasining kuchayishi va endometrioid o'choqlarida yallig'lanish jarayonlari o'rtasidagi munosabatni tushuntiruvchi patologik "shafqatsiz doira" yaratiladi. Estrogenlar endometrioid to'qimalarning omon qolishi va chidamliligini oshiradi, prostaglandinlar va sitokinlar esa og'riq, yallig'lanish va bepushtlik vositachilaridir. Mahalliy darajada estrogen va prostaglandinlarning haddan tashqari ko'p hosil bo'lishi, progesteronga qarshilik va neoangiogenezning rivojlanishi bilan birga, klinik nuqtai nazardan, patogenetik asosli davolash usullarini yanada rivojlantirishning eng muhim masalalari hisoblanadi.

Neoangiogenez endometriozning turli shakllarining shakllanishi va rivojlanishidagi asosiy bo'g'indir, chunki endometrioid implantlarning tomirlanishi ularning atrofdagi to'qimalarga kirib borishining eng muhim omillaridan biridir. Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda peritoneal suyuqlikda angiogenez jarayonlarini boshqaruvchi turli xil yuqori faol angiogen omillar, shu jumladan fibroblast va gepatotsitlar o'sish omillari, o'sish omillari TGF-a va TGF-b, shuningdek angiogenez ingibitorlari (angiostatin, endostatin) mavjud. va trombospondin).

Shu nuqtai nazardan, glikoproteinlar oilasining oqsillari, qon tomir endotelial o'sish omillari (VEGF), ayniqsa fiziologik va patologik angiogenez jarayonlarida ishtirok etadigan VEGF-A ayniqsa muhimdir. VEGF-A endotelial

hujayralarning cho'zilishi, mitози va migratsiyasiga modulyatsiya qiluvchi ta'sir ko'rsatadi, ularda proteazlar ishlab chiqariladi, nitrat oksidi tufayli kengayish va mikrotomirlarning o'tkazuvchanligini oshiradi, bu endometriyal hujayralar shakllanishidan oldin ham oziqlanishini yaxshilaydi. yangi kemalar. Qorin bo'shlig'i suyuqligidagi VEGF-A tarkibi va endometriozning og'irligi o'rtasida ijobiy korrelyatsiya aniqlandi. Ko'rinib turibdiki, nafaqat endometriotik lezyonlar, balki peritoneal makrofaglar ham VEGFni sintez qilish va ajratish qobiliyatiga ega. Angiogenezga qo'shimcha ravishda, Yangi tomirlar aylanib yuruvchi endotelial progenitor hujayralardan ham paydo bo'lishi mumkin, ular to'planadi va tomirlar ortib borayotgan joylarga qo'shiladi. Shunday qilib, endometrioz bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish va immunitet reaksiyalari, angiogenez va apoptoz endometrioid to'qimalarning ko'payishiga qarab o'zgaradi.

### 3-BOB

Endometrioz ko'pincha reproduktiv yoshdagi (25-40 yosh) ayollarda tashxislanadi. Endometrioid kistalari bo'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi taxminan 30 yil ( $31,1 \pm 1,9$ ), ichki endometrioz bilan - 40 yil ( $42,1 \pm 3,1$ ).

Endometrioz bilan og'riqan bemorlar, qoida tariqasida, noqulay premorbid fonga ega. Bundan tashqari, har ikkinchi ayolda nevropsik va vegetativ-qon tomir kasalliklari mavjud. Endometrioz ko'pincha bachadon miomasi va endometriyal giperplastik jarayonlar bilan birlashtiriladi (34% hollarda). Diagnostika - anatomik va morfologik shaklni aniqlash



Endometriozning ko'plab shakllari mavjud, shuning uchun davolashni standartlashtirish juda qiyin.

Adenomyoz (ichki endometrioz) bilan og'riqan bemorlar hayz ko'rishdan oldin va keyin qonli oqindi paydo bo'lishi (oz, quyuq "shokolad" rangi), nafaqat hayz muddati uzoq, balki uning ko'pligi (tarqalishining III-IV bosqichi bilan) bilan tavsiflanadi. (Qadar menorragiya) va natijada qondagi gemoglobin darajasining pasayishi va anemiya.

Endometriozning klinik ko'rinishi juda xilma-xildir. Yetakchi - har xil intensivlikdagi og'riq sindromi. Og'riq - bu ayolning to'qimalarining haqiqiy yoki potentsial shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan yoqimsiz his-tuyg'ularni psixofiziologik baholashi va asosan uning shaxsiyati (nevrotizm, gipoxondriya va isteriya) va og'riqni his qilish chegarasi bilan belgilanadi. Bemor kamida bitta tsikl davomida hayz ko'rish taqvimida og'riqni his qilgan kunlarni uning intensivligi oshishini hisobga olgan holda belgilashi maqsadga muvofiqdir. Bemorlar qorinning pastki qismida doimiy, vaqti-vaqti bilan ortib borayotgan og'riqli og'riqlardan shikoyat qiladilar, ular to'g'ri ichakka, pastki orqaga nurlanish bilan, arafasida va hayz paytida maksimal darajaga etadi. Endometrioid tuxumdon kistalari har doim kichik tos bo'shlig'ida yopishqoq jarayon bilan birga keladi, ichak va siydik pufagining disfunktsiyasiga olib kelishi mumkin (ich qotishi, dizurik hodisalar). Subfebril harorat, titroq, ESR ortishi, leykotsitoz paydo bo'lishi mumkin. Endometrioz ko'pincha birlamchi bepushtlik bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida og'riq vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladi, endometriozning III-IV bosqichida u odatda doimiy bo'lib qoladi, bundan tashqari, endometrioz siydik pufagi yoki to'g'ri ichakka o'sganda, axlat yoki siydikda qon paydo bo'lishi mumkin. Ba'zi bemorlar ovulyatsiya, tos a'zolarining ishalgiyasi, lomber va hayzdan oldingi og'riqlar bilan bog'liq bo'lgan hayz davrining o'rtasida og'riqni ko'rsatadi, bu esa asta-sekin innervatsiya buzilishiga, tos a'zolarining yallig'lanish jarayonlariga olib keladi. Ishalgiya, lumbago, radikulit bu bemorlarga juda xosdir. Ko'pincha bemor uzoq vaqt davomida bachadon qo'shimchalarining yallig'lanishi bilan davolanadi, og'riqning asosiy

sababi endometriozdir. Ko'p ayollarda hayz ko'rishdan oldin bosh og'rig'i, asabiylashish, kayfiyatning yomonlashishi, ishlashning pasayishi va uyqu buzilishi bor, u kutadi va og'riq boshlanishidan qo'rqadi.

Biroq, lezyonning kattaligi, jarayonning davomiyligi va kasallikning klinik ko'rinishi o'rtasidagi korrelyatsiya har doim ham kuzatilmaydi. Katta endometrioid tuxumdon kistasi og'riq belgilarini keltirib chiqarmasligi va muntazam tekshiruv vaqtida tasodifiy topilma bo'lishi mumkin va endometriozning tos peritoniga, sakro-uterin ligamentlarga yoki rektovaginal septumga minimal tarqalishi ko'pincha kuchli og'riq bo'lib, nogironlikka olib keladi.

Endometrioz bilan og'riqan bemorlarning tibbiy yordamga murojaat qilishlarining eng keng tarqalgan sabablaridan biri bu bepushtlikdir. Bachadon qo'shimchalaridagi anatomik tuzilmalarning jiddiy buzilishi bilan tavsiflangan endometriozning ba'zi variantlarida bepushtlik qalinlashuv va perifokal yallig'lanish yoki okklyuzion kabi shikastlanishning bevosita natijasidir.

bachadon naychalari, fibriyalarning yopishqoq deformatsiyasi, tuxumdonlarning periovarial yopishqoqlik bilan to'liq izolyatsiyasi, endometrioid kistalar tufayli tuxumdon to'qimalarining shikastlanishi (tuxumdonlar zahirasining pasayishi) va boshqalar Ko'p hollarda endometrioz va bepushtlik bir yoki bir nechta umumiy sabablarga ko'ra parallel ravishda rivojlanadi. . Shu bilan birga, endometrioz bilan bog'liq kasalliklar [gormonlar sekretsiyasi darajasi (estradiol, progesteron, LH, FSH, prolaktin va testosteron) o'rtasidagi munosabatlarning buzilishi] va pastki ovulyatsiya va / yoki korpus luteum, endometriumning funktsional zaiflashishiga olib keladi; mahalliy immunitetning buzilishi; kombinatsiyalangan giperplastik jarayonlar (endometrium, sut bezlari, qalqonsimon bez), kistlar va miomalar (35-70% hollarda).

Endometrioz ba'zi hollarda og'riq, bepushtlik tufayli hissiy beqarorlik, qaytalanish qo'rquvi va takroriy jarrohlik tufayli hayot sifatini yomonlashtiradigan qaytalanuvchi progressiv kasallikdir.



### **3.1 ENDOMETRIOZ VA BEPUSHTSIZLIK**

Tashqi genital endometrioz (EGE) reproduktiv yoshdagi ayollarning 5-10 foizida uchraydi. Laparoskopiya paytida endometriozni aniqlash chastotasi, shu jumladan bepushtlikning sababini aniqlash uchun bajarilganlar 20-55% ni tashkil qiladi. IVF uchun yordamchi reproduktiv texnologiyalar (ART) markazlariga murojaat qilgan bemorlarning 30% dan ortig'i EGEga ega. Endometrioz bilan bog'liq bepushtlik bilan og'riqan bemorlarni boshqarish rejasini ishlab chiqishda ayolning 25rogn, bepushtlikning davomiyligi, og'riqning mavjudligi va kasallikning bosqichini hisobga olish kerak (ASRM, 2012). Endometrioz tufayli kelib chiqadigan bepushtlik muammosini chuqur o'rganishga qaramay, tos a'zolarining anatomiyasidagi o'zgarishlar, endokrin kasalliklar, patologik gormonal va hujayra vositachiligidagi funktsiyalarni o'z ichiga olgan ushbu holatlarning o'zaro bog'liqligi uchun alohida gipotetik mexanizmlar shakllangan. Endometrium, parietal va visseral qorin parda funktsiyasidagi o'zgarishlar, ovulyatsiya yetishmasligi, giperestrogenizm, surunkali yallig'lanish va immunitetning buzilishi. Endometriozda bepushtlikning aniqlangan molekulyar mexanizmlari orasida endometriozning oosit shakllanishi, urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiyaning ketma-ket bosqichlariga ko'p darajali salbiy ta'sirini ta'kidlash kerak. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez, prostaglandin sintezi, 25rognostic25tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi. Ovulyatsiya etishmasligi, giperestrogenizm, surunkali yallig'lanish va immunitetning buzilishi. Endometriozda bepushtlikning aniqlangan molekulyar mexanizmlari orasida endometriozning oosit shakllanishi, urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiyaning ketma-ket bosqichlariga ko'p darajali salbiy ta'sirini ta'kidlash kerak. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez,

prostaglandin sintezi, 26rognostic26tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi. Ovulyatsiya yetishmasligi, giperestrogenizm, surunkali yallig'lanish va immunitetning buzilishi. Endometriozda bepushtlikning aniqlangan molekulyar mexanizmlari orasida endometriozning oosit shakllanishi, urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiyaning ketma-ket bosqichlariga ko'p darajali salbiy ta'sirini ta'kidlash kerak. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez, prostaglandin sintezi, 26rognostic26tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi. Endometriozda bepushtlikning aniqlangan molekulyar mexanizmlari orasida endometriozning oosit shakllanishi, urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiyaning ketma-ket bosqichlariga ko'p darajali salbiy ta'sirini ta'kidlash kerak. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez, prostaglandin sintezi, 26rognostic26tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi

yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi. Urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiya jarayonlari. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez, prostaglandin sintezi, 27rognostic27tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi. Urug'lantirish, erta embriogenez va implantatsiya jarayonlari. EGE ishtirokida follikulogenez buzilgan steroidogenez, prostaglandin sintezi, 27rognostic27tent hujayralar sonining ko'payishi (B-limfotsitlar, NK hujayralari, monositlar nisbati – makrofaglarning o'zgarishi) bilan tavsiflanadi. Follikulyar suyuqlikdagi yallig'lanishga qarshi o'zgarishlar oogenezga ta'sir qiladi, shu bilan birga follikulyar fazaning uzayishi, dominant follikul hajmining pasayishi va kumulus hujayralarining apoptozi faollashadi.

Urug'lantirish jarayoniga peritoneal suyuqlikning o'zgargan tarkibi salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, bu spermatozoidlarning harakatlanishini buzadi, sperma apoptozining faollashuviga olib keladi va adekvat akrozomal reaksiyani va zona pellucida biriktirilishini oldini oladi. Endometrioz bilan og'rigan bemorlarning peritoneal suyuqligida faollashtirilgan makrofaglar, IL-1, o'simta nekrotik omil (TNF), proteazlar, anti-endometriyal otoantikorlar va limfotsitlar miqdori ortadi. Endometrioz embrionogenezning dastlabki bosqichlariga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bunda mumkin bo'lgan parchalanish anomaliyalari, yadro va sitoplazmik kasalliklar, embrionning 27rognostic qayta dasturlashi va zona pellucida funktsional immaturiyasi mavjud. Endometrioz sharoitida endometriumning sezgirligining buzilishi (avbintegrin, L-selektin, prostaglandinlar sintezining kuchayishi tufayli endometriumning predecidualizatsiyasi, 27rognost transformatsiya genining ifodalanishining buzilishi) implantatsiya jarayoniga va "endometriyal bepushtlik" deb ataladigan jarayonga ta'sir qiladi. So'nggi

paytlarda endometriozda bepushtlikning 28rognostic mexanizmlariga alohida e'tibor qaratildi: de novo o'sishi va ko'payishi, endometriyal desidualizatsiya uchun mas'ul bo'lgan HOXA10 va HOXA11 genlarining gipermetilatsiyasi evtopik endometriumda progesteronga qarshilikka olib kelishi ko'rsatilgan.

Shunday qilib, endometrioz o'sish omillari, retseptorlarning noto'g'ri sintezi tufayli oosit, spermatozoid, embrion, endometrium funksiyasining o'zgarishiga olib keladi, bu esa transduksiyaning buzilishiga olib keladi. Endometriozning rivojlanishi homiladorlik prognozini yomonlashtiradi. Endometrioz uchun in vitro urug'lantirish (IVF) va embrion transferi (ET) uchun ko'rsatmalar – peritoneal suyuqlikning yallig'lanishga qarshi agentlarining salbiy ta'siridan gametalar va embrionlarni chiqarish.

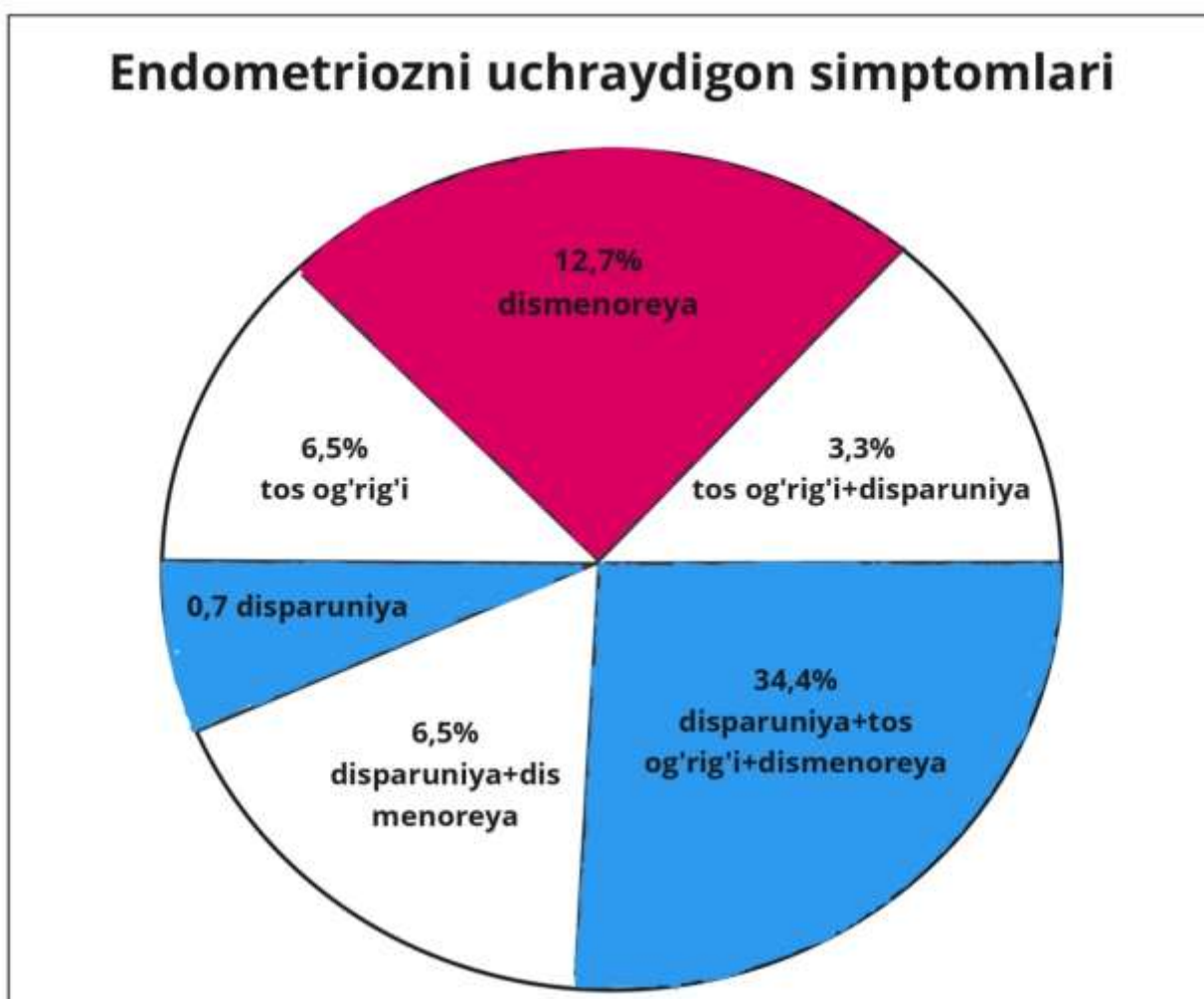
Jarrohlik davolash homiladorlik darajasini oshiradi. Bundan tashqari, laparoskopiya paytida GD Adamson tomonidan taklif qilingan Endometrioz tug'ilish indeksining (EFI) bir qator ko'rsatkichlari hisoblab chiqiladi. EFI oddiy va ishonchli klinik vosita bo'lib, aslida 28rognostic ahamiyatga ega bo'lgan yagona o'rganilgan tasniflash tizimidir. Jarrohlik muolajadan so'ng endometrioz bilan og'riqan bemorlarda prognozi yaxshi bo'lgan bemorlarda kutilayotgan boshqaruvni qo'llang va vaqtni behuda sarflamang va darhol noqulay prognozli ART muolajalariga o'ting.

### **3.2 OG'RIQ VA ENDOMETRIOZ**

Og'riqni o'rganish xalqaro assotsiatsiyasi (IaSP, 2011) tomonidan ta'riflanganidek, Surunkali og'riq - bu o'ziga xos kasallik bo'lib, qorinning pastki qismida va pastki orqa qismida kamida 6 oy davom etadigan doimiy og'riqlar bilan tavsiflanadi. Endometrioz, CPP ning eng keng tarqalgan sababi, reproduktiv yoshdagi ayollarning 10 foiziga ta'sir qiladi [Rogers va boshq., 2009] va ayollar va o'smir qizlarning 50-60 foizi tos bo'shlig'ida og'riqlar bo'lib, menarxdan premenopozgacha bo'lgan davrni qamrab oladi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, 15 yoshdan 49 yoshgacha bo'lgan 176 million ayol endometriozdan aziyat chekmoqda (Jahon banki. Mamlakat va guruh bo'yicha aholining prognoz

jadvallari, 2010 yil). Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, CPP bilan kasallangan ayollarning taxminan to'rtidan bir qismi laparoskopik tasdiqlangan endometrioz bilan kasallangan. Jarrohlik paytida ayollarga endometrioz tashxisi qo'yilgan og'riq bilan bog'liq ginekologik simptomlarning chastotasini tahlil qilish, 1000 tekshirilgan endometriozli bemorlarning faqat 10,7 foizi tarixda qorinning pastki qismida va bel mintaqasida og'riqni ko'rsatmaganligini tasdiqladi (1-rasm).

Endometriozda og'riqning intensivligi jarayonning og'irligiga mos kelmasligi aniqlandi. Uning morfologik tarqalishi va og'riqni sub'ektiv idrok etish o'rtasidagi bunday nomuvofiqlik shuni ko'rsatadiki, bunday bemorlarda surunkali og'riqning patogenezi va klinik ko'rinishi ko'p jihatdan ularning psixologik xususiyatlariga



va og'riqni his qilish chegarasiga bog'liq.

Endometriozli bemorlarni davolashning qoniqarsiz natijalari ularda surunkali og'riq sindromining rivojlanishi bilan namoyon bo'lishi mumkin, ularning chastotasi 5 dan 50% gacha yoki undan ko'p. Shu bilan birga, og'ir endometriozning qaytalanishida takroriy operatsiyalarni bajarish zarurati, jarrohlik aralashuv ko'lamining kengayishi surunkali tos a'zolarining og'rig'i sindromini kuchaytiradi.



## 4-BOB

**ENDOMETRIOZ DIAGNOZI.** Ma'lumotlariga ko'ra, umumiy amaliyot shifokorlariga tashrif buyurgan bemorlarda endometrioizning ob'ektiv tashxisini qo'yishning kechikishi o'rtacha 6,7 yilni (5,5 dan 8,3 yilgacha) tashkil etadi, bu og'riq belgilari sonining ko'payishi (surunkali tos a'zolari) bilan bog'liq. og'riq, dismenoreya, disparuniya) va menorragiya. Tashqi endometrioizning yakuniy tashxisi faqat o'choqlarni to'g'ridan-to'g'ri vizual tekshirish natijasida olingan, gistologik tekshiruv natijalari bilan tasdiqlangan ma'lumotlar asosida aniqlanishi mumkin va shuning uchun surunkali tos a'zolarining og'rig'i sababini erta aniqlash uchun tavsiya etiladi. diagnostik laparoskopiya o'tkazish. Laparoskopiya bilan tos bo'shlig'i va tuxumdonlarning qorin pardasida endometrioiz o'choqlarini aniqlash mumkin (hozirgi kunga qadar 20 dan ortiq endometrioid o'choqlari tavsiflangan), endometrioid tuxumdon kistalari (endometriomalar), to'g'ri vaginal septumning endometriozi, ba'zida to'g'ri ichak yoki sigmasimon ichak devorlariga tarqaladi, siydik pufagi va appendiksning endometriozi, bitishmalar. Laparoskopiya ichki endometrioizga xos bo'lgan belgilarni aniqlashga imkon beradi: "marmar" naqsh va bachadonning tashqi qopqog'ining rangsizligi, uning hajmining diffuz shakl bilan bir xil o'sishi, bachadonning old yoki orqa devorining sezilarli darajada qalinlashishi, fokal va nodüler shakllarda adenomiyoz tugunlari bilan bachadon devorining deformatsiyasi, og'riq belgilari baholash, lekin va hayz tsikli bilan mumkin bo'lgan munosabatlarni aniqlash uchun. Bemorning shikoyatlarini to'liq tahlil qilish va an'anaviy ginekologik tekshiruv faqat endometrioizning mavjudligini ko'rsatishi mumkin, aksariyat hollarda tashxisni tasdiqlash uchun chuqur tekshiruv talab etiladi. Dastlabki bosqichda bimanual ginekologik tekshiruv endometrioizni tashxislashning eng muhim usullaridan biri bo'lib qolmoqda, chunki u bachadon qo'shimchalarida o'simtga o'xshash shakllanishni, retroservikal mintaqadagi induratsiyalarni va kichik tos a'zolarining devorlarida og'riqni aniqlaydi. Bachadon bo'yni vaginal qismining endometrioizida turli o'lcham va shakldagi endometrioid o'choqlari ko'rinadi (diametri 0,7-0,8 sm, to'q



qizil rangdagi punktatdan pufak bo'shliqlarigacha). Kolposkopiya bachadon bo'yni kanalining distal qismining shilliq qavatining endometriozini tashxislash imkonini beradi. Bachadon bo'yni kanalining proksimal qismining shilliq qavatida endometriozning lokalizatsiyasi bilan fibrogisteroskop yordamida servikoskopiya foydali bo'lishi mumkin. Agar siz ichakning patologik jarayoniga aloqadorlikda gumon qilsangiz,

Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda adenomiyoz yoki ichki endometrioz mavjudligini tasdiqlash uchun metrosalpingografiyaning (bachadonning rentgen-contrastli tasvirini olish) diagnostik ahamiyati juda past va shuning uchun bu tadqiqot usuli amalda qo'llanilmaydi. Histeroskopiya yordamida shifokor faqat ichki endometriozning bilvosita belgilarini aniqlay oladi (juda kamdan-kam hollarda endometrioid "harakatlanadi", bachadon bo'shlig'ining toshli shakli, kriptlar, kistalar, bachadon bo'shlig'ining qiyin kengayishi, devorlaridan birining bo'rtib ketishi va boshqalar), shuning uchun u informatsion bo'lmagan diagnostika usuli hisoblanadi. Histeroskopiya paytida miyometriumning maqsadli yoki multifokal trepanobiopsiyasi yordamida qo'shimcha ma'lumotlarni olish mumkin. Endometriozli bemorlarning qonida va qorin bo'shlig'i suyuqligida onkoantigenlarning kontsentratsiyasi, shu jumladan CA-125, tuxumdon adenokarsinomasiga xos bo'lgan omil. Sog'lom ayollarning qonida ushbu markerning kontsentratsiyasi o'rtacha 8,3 U / ml ni, endometrioz bilan - 27,2 U / ml ni tashkil qiladi va 99% hollarda 35 U / ml dan oshmaydi. Biroq, so'nggi ma'lumotlarga ko'ra (World Endometriosis Society, 2011), endometriozda ushbu markerning o'ziga xosligi 97% bo'lsa-da, sezgirlik faqat 27% ni tashkil qiladi. Ushbu markerni aniqlash qiymati bir vaqtning o'zida yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan kamayadi. sezuvchanlik atigi 27% ni tashkil qiladi. Ushbu markerni aniqlash qiymati bir vaqtning o'zida yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan kamayadi. sezuvchanlik atigi 27% ni tashkil qiladi. Ushbu markerni aniqlash qiymati bir vaqtning o'zida yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan kamayadi.

Sog'lom ayollarning qon zardobida saraton-embriion antijeni (CEA) miqdori o'rtacha 1,3 ng / ml ni tashkil qiladi va odatda 2,5 ng / ml dan oshmasligi kerak. Ushbu o'simta belgisi darajasi endometrioz, bachadon bo'yni, endometrium, tuxumdonlar va vulva saratoni bilan ortadi. Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda bu onkomarkerning o'rtacha qiymati 4,3 ng / ml ni tashkil qiladi.

Operatsiyadan oldin va keyin endometriozli bemorlarda va gormonal davolash paytida ularning tarkibini eng aniq monitoring qilish uchun eng muhim onkomarkerlarni: CA-125, CEA va CA-19-9ni birgalikda aniqlash usuli ishlab chiqilgan. Markerlar darajasining oshishi kurs tugashidan 2 oy oldin aniqlangan endometriozning takrorlanishining prognostik belgisi ekanligi isbotlangan. uning klinik belgilari paydo bo'lishidan oldin, bu davolanishni o'z vaqtida boshlash imkonini beradi, ya'ni faqat kasallikning borishini kuzatish uchun.

#### **4.1 ICHKI ENDOMETRIOZ (ADENOMIOZIS)**

**Adenomiyo**z - bu endometriyal kelib chiqadigan epiteliya (glandular) va stromal elementlarning miyometriumida paydo bo'lishi bilan tavsiflangan yaxshi patologik jarayon. Adenomiyoznining tarqalishining uch darajasi, shuningdek, uning fokal, kist va nodulyar shakllari mavjud. Fokal va nodulyar shakllar bilan bachadonning har qanday qismida patologik o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Ushbu shakllar orasidagi asosiy farq

myoma tugunlaridan adenomiyo

z - endometrioz o'chog'ining periferik chegaralari loyqa bo'lib, mioma tugunlari bilan ular aniq va hatto kapsula mavjudligi sababli. Adenomiyo

zni tashxislashda ko'pincha (80% hollarda) uning diffuz shakli aniqlanadi, jarayonning diffuz-tugunli shakllari kamroq (10% gacha) aniqlanadi. Miyometriumdagi o'choqli adenomiyo

z 7% dan ko'p bo'lmagan holatlarni tashkil qiladi. Katta tugunlarning izolyatsiya qilingan joylashuvi bilan namoyon bo'ladigan adenomiyo

zning nodulyar shakli 3% dan ko'p emas. Miyometriumda endometrioid kistlar mavjud bo'lganda, tsiklning fazasiga qarab ularning hajmining o'zgarishi qayd etiladi. Bemorlarning yarmidan ko'pida adenomiyo

zning izolyatsiya qilingan shakli aniqlanadi. Ko'pincha adenomiyo

rektovaginal bo'shliqning endometriozi va endometrioid tuxumdon kistalari bilan birlashtiriladi.

### **ULTRAtovushli diagnostika**

Hozirgi vaqtda echografiya asosan ichki endometriozi tashxislash uchun ishlatiladi. Ichki endometriozi shubha qilingan bo'lsa, ultratovushni hayz davrining ikkinchi bosqichida, tercihen hayz boshlanishidan bir necha kun oldin bajarish kerak. Shu bilan birga, ayniqsa, endometriozi dastlabki ko'rinishlarini tashxislash uchun endometriumning bazal qatlamining holatiga katta e'tibor berilishi kerak. Ichki endometriozi aniqlash uchun faqat hayz ko'rishdan oldin va keyin vaginal ekografiya qo'llanilishi kerak. O'tkazilgan tadqiqotlar adenomiyozning I darajali tarqalishining quyidagi eng xarakterli belgilarini aniqladi:

- endometriumdan miyometrium tomon cho'zilgan kichik (diametri taxminan 1 mm) anekoik quvurli tuzilmalarni shakllantirish;
- endometriumning bazal qatlami sohasida diametri taxminan 1-2 mm bo'lgan yumaloq yoki oval shakldagi kichik gipo- va anekoik qo'shimchalarning paydo bo'lishi;
- endometriumning bazal qatlamining notekis qalinligi;
- endometriumning bazal qatlamining qiyshiqqligi yoki chuqurlashishi;
- endometriumning "tishlash" yoki mahalliy nuqsonlarini aniqlash;
- bachadon bo'shlig'iga to'g'ridan-to'g'ri qo'shni bo'lgan miyometriumda ko'rinishi, qalinligi 3 mm gacha bo'lgan ekojenlik kuchaygan alohida joylar.

I darajali adenomiyozli bemorlarda bachadon devorlarining qalinligi normaga yaqin.

Skanerlarda aniqlangan II darajali adenomiyozning belgilari:

- bachadon devorlarining qalinligining oshishi, normaning yuqori chegarasidan oshib ketishi;
- bachadonning bir devorining ikkinchisiga nisbatan 0,4 sm yoki undan ko'proq qalinlashishi;

- bachadon bo'shlig'iga to'g'ridan-to'g'ri qo'shni bo'lgan miyometriumda, har xil qalinlikdagi heterojen ekojenlik kuchaygan zonalarining paydo bo'lishi;
- 2–5 mm diametrli mayda dumaloq anekoik tuzilmalar, shuningdek, mayda suspenziya (qon) va ba'zan kichik ekogenlikdagi zich qo'shimchalar bo'lgan turli shakl va o'lchamdagi suyuq bo'shliqlarning ortib borayotgan ekojenlik zonasida paydo bo'lishi ( qon quyqalari); kasallikning I darajasi bilan (ular ichki endometriozning boshqa barcha ko'rinishlariga ham xosdir).

II darajali adenomiyozli bachadonning qalinligi bemorlarning taxminan yarmida ortadi.

Skanerlarda aniqlangan III darajali adenomiyozning belgilari:

- bachadonning asosiy anteroposterior hajmida o'sishi;
- bachadon devorlaridan birining qalinligining ustun o'sishi;
- miyometriumda bachadon devori qalinligining yarmidan ko'pini egallagan heterojen ekojenlik kuchaygan zonaning paydo bo'lishi;
- ekojen zonasi hududida diametri 2-6 mm bo'lgan anekoik qo'shimchalar yoki nozik suspenziyani o'z ichiga olgan turli shakl va o'lchamdagi suyuq bo'shliqlarni aniqlash;
- patologik shakllanish sohasida skanerlash tekisligiga perpendikulyar yo'naltirilgan o'rta va past ekogenlikdagi bir-biriga yaqin joylashgan ko'plab chiziqlar paydo bo'lishi;
- skanerlashning oldingi qirrasi hududida ekojenlik kuchaygan zonani, shuningdek, uzoq front mintaqasida anekoik zonani aniqlash;
- hayz davrining ikkinchi yarmining oxirida ham tekshirilganda endometrium qalinligining sezilarli darajada pasayishi.

III darajali adenomiyozda bachadonning qalinligi deyarli barcha bemorlarda ortadi.

Adenomiyozning nodulyar va fokal shakllarida skanerlashda quyidagi ekografik belgilar aniqlandi:

- bachadon devorida ekojenlik kuchaygan zonaning paydo bo'lishi - yumaloq yoki oval, tugun shaklida va notekis - o'choqda;

- mayda suspenziyani o'z ichiga olgan kichik (diametri 2-6 mm) anekoik qo'shimchalar yoki kistli bo'shliqlar;
- oldingi shakllanish jabhasi yaqinida ekojenlik kuchaygan va uzoqqa yaqinroqda ekojenlik kamayadi;
- patologik o'choqda skanerlash tekisligiga perpendikulyar yo'naltirilgan bir-biriga yaqin joylashgan chiziqlarning o'rta va past ekojenligini aniqlash;
- tugunning shilliq osti joyida o'rta bachadon aks sadosining deformatsiyasi.

Adenomiyoyni fokal va nodulyar shakllarida bachadonning qalinligi patologik shakllanish hajmiga bog'liq.

Umuman olganda, ushbu mezonlardan foydalanish I darajali adenomiyoyni 88,5% hollarda, II darajani - 90%, III darajani - 96,2%, o'choqli - 89,5%, tugunli - 93,3% da aniqlash imkonini beradi. holatlar %. Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ekografiya hozirgi vaqtda eng informatsion diagnostika usuli hisoblanadi.

adenomiyoyni, ekogrammalarni talqin qilishda ma'lum qiyinchiliklarga va ma'lum sub'ektivlikka qaramasdan. Endometrioz adenomiyoyni bir nechta interstitsial joylashgan miyomatoz tugunlar bilan birlashganda eng katta qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Bunday hollarda, ekografiya bilan, ko'rib chiqilayotgan patologiyani aniqlash yoki istisno qilish har doim ham mumkin emas.

## **4.2 MAGNET-REZONANS TASVIR**

MRI ma'lumotlariga ko'ra, I darajali adenomiyoyni tavsiflovchi o'ziga xos belgilar quyidagilar:

- o'tish-bog'lanish zonasining (endo- va myometrium o'rtasida) 0,5-0,6 sm dan ortiq notekis qalinlashishi;
- 0,2 sm gacha bo'lgan o'lchamdagi quvurli tuzilmalar paydo bo'lishi, miyometriyaga cho'zilgan (nosimmetrik yoki assimetrik tarzda joylashtirilgan);
- "tishli" effekti bilan o'tish-ulanish zonasining notekis konturlari;
- o'tish-bog'lanish zonasining heterojen tuzilishi;

- o'tish-bog'lanish zonasida yakka va guruhli joylashgan kichik (0,1-0,2 sm dan) heterojen va pufakchali qo'shimchalar (bo'shliqlar) paydo bo'lishi;
- miyometriumda yagona kichik notekis joylashgan o'choqlar yoki geterogen tuzilish zonolari, o'tish zonasiga qo'shni, aniq konturlari bo'lmagan, endometrioid to'qimalarga o'xshash kichik kistalarni aniqlash.

Jarayonning tarqalishining II darajasi bilan, I darajali adenomiyozga xos bo'lgan barcha belgilarga qo'shimcha ravishda, quyidagilar ham qayd etilgan:

- anteroposterior kattaligi tufayli bachadonning umumiy hajmining oshishi;
- bachadonning bir devorining boshqa devorga nisbatan 0,5 sm dan ortiq assimetrik qalinlashishi;
- endometriumning bazal qatlamining bachadon devori qalinligining yarmi yoki undan ko'piga kirib borishi tufayli o'tish-bog'lanish zonasining qalinlashishi;
- heterojen va pufakchali qo'shimchalar soni va hajmining oshishi bilan o'tish-o'tish zonasi strukturasining heterojenlik darajasining oshishi;
- endometriumning bazal qatlamining to'qimalariga o'xshash MP-xarakteristikasiga o'xshash heterojen MP-signalga ega bo'lgan vaqtinchalik-bog'lanish zonasi hududida miyometriumdagi o'choqlar va pufakchalar soni va uzunligining oshishi;
- gemoglobin biodegradatsiyasining barcha darajalarida topilgan, 0,2 sm yoki undan ko'p o'lchamdagi, ba'zan gemorragik tarkibga ega bo'lgan pufak bo'shliqlari shakllanishi bilan miyometriumda va o'zgartirilgan MP signali zonasida heterojen shakllanishlar soni va hajmining oshishi (aniqlangan). T1 vaznli rasmda);
- bachadon devorining differentsiatsiyasining pasayishi.

Jarayon tarqalishining III darajasida yuqorida tavsiflangan I va II bosqich belgilariga quyidagilar qo'shiladi:

- bachadon hajmining umumiy o'sishi;
- endometriumning miyometriumning deyarli butun qalinligi bo'ylab kirib borishi, unda patologik heterojen zonalar va turli o'lcham va shakldagi o'choqlar paydo bo'lishi;

- miyometriyuning endometrioid geterotopiyalari zonasida bir jinsli bo'lmagan MP signalining o'choqlari va hududlari bilan strukturaning heterojenligi kuchayadi, ko'plab mayda pufakchali qo'shimchalar (0,2 sm dan) va turli diametrli bo'shliqlar paydo bo'ladi. gemorragik komponent yoki qon pıhtılarının kalsifikatsiya belgilari.

IV darajali adenomiyoz bilan kichik tos suyagi va qo'shni organlarning parietal qorin pardasi patologik jarayonda ishtirok etadi va aniq yopishqoq jarayon hosil bo'ladi. Shu bilan birga, MRIda bachadonning notekis notekis konturlari, turli intensivlikdagi MR signallari o'choqlari bilan ifodalangan endometrioid geterotopiyalar yuzasida lokal ravishda joylashganligi sababli uning deformatsiyasi qayd etilgan:

- hipointens heterojen (endometrium va o'tish-bog'lanish zonasidan signalga o'xshash);
- T2 o'lchovli tasvirlarda ko'tarilgan MP signaliga ega bo'lgan kistli bo'shliqlar;
- gemorragik komponentli heterojen strukturaning turli diametrli bo'shliqlari.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlar adenomiyoz tashxisida MRIning katta salohiyatini ko'rsatadi; Adenomiyozning turli shakllarining MR ko'rinishlarining o'rganilgan xususiyatlari jarayonning o'zi va uning tarqalishini ishonchli tashxislash imkonini beradi. Adenomiyoz tashxisida MRIning sezgirligi, o'ziga xosligi va aniqligi kamida 95% ni tashkil qiladi.

#### **4.3 SPIRAL KOMPYUTER TOMOGRAFIYA**

Adenomiyozning fokal shakli bo'lgan bemorlarda KTni o'tkazishda, oddiy miyometriyal to'qimalar bilan aniq chegaralarga ega bo'lmagan turli shakldagi va past zichlikdagi kichik o'choqlarning mavjudligi sababli miyometrium tuzilishining heterojenligiga e'tibor qaratiladi. Miyometrium va endometrioid o'choqlari tomonidan kontrast moddaning notekis to'planishi tufayli miyometrium chuqurchalar ko'rinishiga ega. Adenomiyozning diffuz shakli bilan bachadon kattalashgan, sharsimon shaklga ega, loyqa konturlarga ega va old va orqa devorlarning turli qalinligi. Adenomiyozning nodulyar shakli bilan bachadon

yumaloq shakldagi shakllanishlar va miyometrium qalinligida aniq chegaralarsiz past zichlik tufayli kattalashadi. Adenomiyozdagi tugunlar, bachadon miomasidan farqli o'laroq, yo'q psevdokapsula, aniq chegaralar va tomir shoxlari. KT adenomiyozni tashxislashning asosiy usuli emas, qo'shimcha ravishda uni aniqlash uchun radiopak bolus kuchayishi bilan tadqiqot o'tkazish kerak.

#### **4.4 REKTAVAGINAL BO'SHLIQ ENDOMETRIOZI**

Infiltrativ shakllarning ultratovush diagnostikasi qiyin, ko'pincha tos a'zolarining onkologik kasalliklari bilan differentsial tashxis qo'yish talab etiladi. Ushbu patologiyada tadqiqotning rentgenologik usullari informatsion emas Ultratovush diagnostikasi. Retroservikal endometrioz uchun eng xarakterli bo'lib, rektovaginal to'qimalarda to'g'ridan-to'g'ri bachadon bo'yni ostida yoki unga nisbatan eksantrik ravishda joylashgan zich shakllanish mavjudligi, uning hajmi o'rtacha 0,5 dan 4,5 sm gacha. Patologik shakllanishning ekojenligi ham o'zgarib turadi: gipoekogenlik ayollarning 63% da aniqlanadi, o'rtacha ekojenlik - 20% va ortdi - 17%. Ko'p hollarda (86%), bu lokalizatsiyaning endometrioid heterotopiyalari notekis konturlarga ega va faqat 14% - hatto. Ta'limning aniq ichki chegaralari bemorlarning 18 foizida qayd etilgan, loyqa - 82% da. Ko'p sonli kuzatishlarda shakllanishning ichki konturining noaniqligi qayd etilgan. Ko'pincha retroservikal endometrioz bachadon bo'yni bo'ylab tarqaladi, o'sish (nima, nima?) Shu qadar aniqki, u alohida anatomik shakllanish sifatida ko'rishni deyarli to'xtatadi.

Jarrohlik aralashuviga ko'ra, endometriozning to'g'ri ichak devoriga o'sishi (infiltratsiyasi) bemorlarning 15 foizida aniqlanadi. Skanerlarda bu ichak devoridagi retroservikal endometrioz o'choqlari joylashgan joyda 0,3-1,9 sm kengligida va 1-4,5 sm uzunlikdagi yarim oy yoki cho'zilgan oval shakldagi aks-sado-salbiy zona shaklida o'zini namoyon qiladi. Patologik jarayonda rektosigmasimon ichakning ishtiroki, shuningdek, zararlangan hududni vaginal sensor bilan bosganda uning devorining siljishi yo'qligi bilan ham dalolat beradi.



Ba'zi hollarda siydik yo'llari devorining siqilishi va unib chiqishi kuzatilishi mumkin, bu megaureterning rivojlanishiga va buyrakning gidronefrotik transformatsiyasiga olib keladi. Taqdim etilgan ma'lumotlar retroservikal endometrioz diagnostikasida transvaginal ekografiyaning yuqori ma'lumotlardan dalolat beradi: istiqbolli tahlilda usulning sezgirliigi 95,8%, o'ziga xosligi esa 92,6%. Retroservikal endometriozning mavjudligi yoki yo'qligini aniqlashning aniqligi edi. O'rtacha 94,2%. Ba'zida kichik, past joylashgan miomani retroservikal endometriozdan farqlashda qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin. Agar skanerlashda shakllanish yumaloq shaklga, aniq chegaralarga va bir hil ichki tuzilishga ega bo'lsa, ekojenlik pasaygan bo'lsa, miomaning paydo bo'lish ehtimoli retroservikal endometriozga qaraganda yuqori. Klinik jihatdan ko'pincha retroservikal endometriozni sakro-uterin ligamentlarning endometriozidan ajratish qiyin. Ekografiya bilan, shuningdek, sakro-bachadon ligamentlarining endometriozini aniqlash mumkin emas, uni faqat chiqarib tashlash usulini qo'llash orqali shubha qilish mumkin. Agar echografiya paytida retroservikal endometrioz aniqlanmasa va qin sensori sakro-uterin ligamentlar sohasiga bosilsa, kuchli og'riq qayd etilgan bo'lsa, bu patologiyaning belgisi bo'lishi mumkin. Retroservikal endometriozni to'g'ri ichakning o'sishi va uning malign lezyoni bilan farqlashda eng katta qiyinchiliklar yuzaga keladi, shu bilan birga yuqori malakali mutaxassis talab qilinadi. faqat yo'q qilish usulini qo'llash orqali shubha qilish mumkin. Agar echografiya paytida retroservikal endometrioz aniqlanmasa va qin sensori sakro-uterin ligamentlar sohasiga bosilsa, kuchli og'riq qayd etilgan bo'lsa, bu patologiyaning belgisi bo'lishi mumkin. Retroservikal endometriozni to'g'ri ichakning o'sishi va uning malign lezyoni bilan farqlashda eng katta qiyinchiliklar yuzaga keladi, shu bilan birga yuqori malakali mutaxassis talab qilinadi. faqat yo'q qilish usulini qo'llash orqali shubha qilish mumkin. Agar echografiya paytida retroservikal endometrioz aniqlanmasa va qin sensori sakro-uterin ligamentlar sohasiga bosilsa, kuchli og'riq qayd etilgan bo'lsa, bu patologiyaning belgisi bo'lishi mumkin. Retroservikal endometriozni to'g'ri

ichakning o'sishi va uning malign lezyoni bilan farqlashda eng katta qiyinchiliklar yuzaga keladi, shu bilan birga yuqori malakali mutaxassis talab qilinadi.

Magnit-rezonans tomografiya

MRI rektovaginal bo'shliqning endometrioziga xos bo'lgan quyidagi belgilarni aniqlaydi:

- patologik to'qimalar (o'choqlar, shakllanishlar) rektovaginal bo'shliqda endometriyal to'qimalarga o'xshash, aniq konturlari bo'lmagan, bachadon bo'yni orqa devorini va qo'shni ichakning old devorini bog'laydigan, MP-xarakteristikalarida o'zgarishlarga ega. hayz ko'rish davrida endometrium. Menstrüel siklüsning I (10-13-kun) va II (16-19-kun) fazalarida olingan MP-rasmlarni solishtirish eng maqsadga muvofiqdir;
- ushbu patologik to'qimalar, to'g'ri ichakning old devori va bachadon bo'yni orqa devori va bachadon tanasi o'rtasida aniq chegaralarning yo'qligi, jarayonning bachadonning ligamentli apparati va teri osti yog 'to'qimalariga tarqalishi mumkinligi; posterior parametrium.

#### **4.5 ENDOMETRIOID KISTA**

Bu endometrioizning eng ko'p tashxis qo'yilgan hodisalaridan biridir. Endometrioid kistalar ultratovush diagnostikasi yordamida tos a'zolarining turli hajmli shakllanishlari uchun operatsiya qilingan ayollarning 10-14 foizida uchraydi. Ushbu patologiyaning radiatsiya diagnostikasi asosi ekografiya bo'lib, u usulning yuqori ma'lumotlilik, invaziv emasligi, soddaligi va amalga oshirish tezligi bilan izohlanadi. Ekografiyaga ko'ra, bir tomonlama kistlar bemorlarning 81% da, ikki tomonlama - 19% da aniqlanadi. Ta'sirlangan tuxumdonda bitta kist tez-tez uchraydi va kamroq - ikkita (16%), uchta (2,5%) va to'rtta (0,5%) kistalar. Ko'pgina hollarda kistalar bachadonning yon va orqasida joylashgan bo'lib, ularning o'lchamlari juda katta farq qiladi (0,8 dan 12 sm gacha), ammo 90% hollarda kistalarning diametri 2,5-7 sm ni tashkil qiladi. endometrioid kistalar muhim qalinligi devorlari (0,2-0,6) sm. Ko'pgina hollarda (74%) kistaning tarkibi

bir hil bo'lib, ixcham joylashgan, ko'chmas nozik suspenziyadir. Agar kist kichik bo'lsa (diametri 1,5 sm gacha), uning tarkibidagi suspenziya har doim ham aniq belgilanmagan, shuning uchun kist o'simtga o'xshab qolishi mumkin.

Ko'p hollarda endometrioid kistalar xarakterli ekografik xususiyatlarga ega:

- nisbatan kichik o'lchamlar: kistalarning diametri asosan 7 sm dan oshmaydi;
- kistaning bachadon orqasida va yon tomonida joylashishi;
- ko'chmas mayda suspenziyaning o'rta va yuqori ekojenligi;
- qo'sh konturli ta'lim;
- ko'pchilik hollarda tug'ish yoshida aniqlash.

### **Spiral kompyuter tomografiyasi**

CT/MSCT o'tkazishda endometrioid kistlar ko'p hollarda suyuqlik tarkibiga ega bo'lgan bir kamerali dumaloq shakllanishlar sifatida aniqlanadi. Turli hududlarda devor qalinligi bir xil emas: u 2 dan 6 mm gacha (kamroq 8 mm gacha) o'zgarishi mumkin, bu patologik shakllanish davomiyligiga va parietal trombotik massalarning og'irligiga, qon pıhtılarının to'planishiga bog'liq. kistaning ichki devori. Tarkibining zichligi 1 dan 40 HU gacha, lekin ko'pincha 26 dan 40 HU gacha.

### **Magnit-rezonans tomografiya**

MRIda endometrioid tuxumdon kistalarining xususiyati gemoglobin biodegradatsiyasi mahsulotlarini o'z ichiga olgan har qanday ob'ekt uchun xos bo'lgan T1 va T2 vaznli tasvirlarda MP signalining inversiyasidir; T1 vaznli tasvirda etarlicha bir hil yuqori intensivlikdagi MR signali va T2 vaznli tasvirda gipointens yoki izointens (biroz ortish bilan); signalning ko'payishi yoki kamayishi, uning bir xil "soyalash" (soyalash) ta'siri bilan, periferiyadagi gemosiderin halqasi bilan bir hil tabiati.

Bundan tashqari, endometrioid tuxumdon kistalari:

- MR-gidrografiya rejimida aniqlanmaydi;
- qalin notekis devorlarga ega;

- tuxumdonga nisbatan, qoida tariqasida, ekzofitik tarzda o'smaydi, buning natijasida katta kistalar bilan tuxumdon to'qimalarining qolgan qismi ularning yuzasida tarqaladi;
- bachadonning orqasida va yon tomonida joylashgan bo'lib, perifokal yopishqoq jarayonning shakllanishiga olib keladi;
- ko'proq bir tomonlama.

Umuman olganda, endometrioid tuxumdon kistalarini tashxislashda MRIning sezgirligi, o'ziga xosligi va aniqligi kamida 98% ni tashkil qiladi.

Endometriozni tashxislashning klinik amaliyotida laparoskopiya paytida tos va qorin bo'shlig'ini vizual tekshirish "oltin standart" hisoblanadi. Biroq, endometrioznining barcha tasniflari sub'ektivdir va og'riq bilan yaxshi bog'liq emas, garchi ular bepushtlik va davolash natijalarini bashorat qilish uchun qimmatli ma'lumot berishi mumkin. Iloji bo'lsa, endometrioznining gistologik tekshiruvi majburiydir. Ijobiy gistologik tekshiruv kasallikning mavjudligini tasdiqlaydi, ammo salbiy javob endometrium mavjudligini istisno qilmaydi.



## 5-BOB

**ENDOMETRIOZLARNI DAVOLASH.** Endometrioqli bemorlarni davolash usulini tanlashda shifokor duch keladigan qiyinchiliklar ko'plab omillar bilan belgilanadi: to'liq o'rganilmagan og'riq shakllanishining etiologiyasi va mexanizmlari; og'riq intensivligini ob'ektiv baholash uchun ishonchli mezonlarning yo'qligi; turli xil klinik ko'rinishlar; yuqori o'ziga xos va yuqori sezgir noinvaziv diagnostika belgilarining yo'qligi; hayot sifatiga va umuman hayot unumdorligiga keskin salbiy ta'sir ko'rsatishi, kasallik davom etsa, atrofdagi to'qimalar va organlarni patologik jarayonga jalb qilish tendentsiyasi; platsebo va boshqa davolash usullari bilan solishtirganda dori-darmonlarni davolash samaradorligi to'g'risida dalillarning yo'qligi; davolashning mavjud usullarining ancha cheklangan doirasi.

Endometriozni davolashning maqsadlari quyidagilardan iborat:

- endometriozi o'chog'ini olib tashlash;
- og'riq intensivligini kamaytirish;
- bepushtlikni davolash;
- rivojlanishning oldini olish;
- kasallikning qaytalanishining oldini olish, bu radikal jarrohlik ehtiyojini kamaytiradi va ayollarning reproduktiv funksiyasini saqlab qolish imkonini beradi. Ko'p hollarda endometriozi surunkali kursini hisobga olgan holda, jarrohlik davolash yoki dori terapiyasi to'xtatilgandan keyin qaytalanish xavfi yuqori, davolash uzoq vaqt davomida dasturlashtirilishi kerak. Chet elda va mamlakatimizda operatsiya genital endometriozi davolashning yagona usuli bo'lib kelgan va shunday bo'lib qoladi, bu endometriozi morfologik substratini turli xil energiya (lazer, elektr, kriyo-, ultratovush, plazma va boshqalar) yordamida kesish yoki yo'q qilishga imkon beradi. , shuning uchun endometrioid kistalar tuxumdonlar, kichik tos bo'shlig'ining qorin pardadagi o'choqlari, sakrobachadon ligamentlari va boshqa lokalizatsiya kistalari to'liq olib tashlangan taqdirda, bu bilan cheklanishi mumkin. Biroq, jarrohlik paytida, ayniqsa keng

tarqalgan endometrioz bilan, faqat ko'rinadigan va kirish mumkin bo'lgan jarohatlar olib tashlanadi va mikroskopik va atipik joylashgan jarohatlar e'tibordan chetda qolishi va uzoq vaqt davom etishi mumkin. Laparoskopiyada chuqur jarohatlar yuzaki ko'rinishi mumkin, bu infiltrativ shakllarni aniqlashning pasayishiga va kasallikning og'irligini kam baholanishiga olib keladi. Endometrioz bilan to'qimalarning haqiqiy zararlanishini niqoblash ham operatsiyadan oldin GnRH-a dan foydalanish paytida sodir bo'ladi. bu infiltrativ shakllarni aniqlashning pasayishiga va kasallikning og'irligini kam baholanishiga olib keladi. Endometrioz bilan to'qimalarning haqiqiy zararlanishini niqoblash ham operatsiyadan oldin GnRH-a dan foydalanish paytida sodir bo'ladi. bu infiltrativ shakllarni aniqlashning pasayishiga va kasallikning og'irligini kam baholanishiga olib keladi. Endometrioz bilan to'qimalarning haqiqiy zararlanishini niqoblash ham operatsiyadan oldin GnRH-a dan foydalanish paytida sodir bo'ladi.

Endometrioz tufayli surunkali tos bo'shlig'i og'rig'i bo'lgan bemorlarni uzoq muddatli davolashning hozirgi yondashuvi jarrohlik davolash va dori terapiyasini o'z ichiga oladi.

Empirik dori terapiyasi (tashxisni jarrohlik yo'li bilan tasdiqlamasdan) adenomiyoz, tashqi genital endometrioz, tuxumdonlarda (endometrioid kistalar) va kichik to'sda boshqa o'smaga o'xshash shakllanishlar bo'lmaganda mumkin. Endometrioid tuxumdon kistasi bo'lsa, jarrohlik davolash kerak (kapsulaning enukleatsiyasi yoki preparatning gistologik tekshiruvi bilan bug'lanishi). Shu bilan birga, agar jarroh operatsiya vaqtida o'choqlar to'liq olib tashlanishiga ishonch hosil qilsa yoki kasallikning kistli shakllari (endometrioid kistalar) yoki boshqa shakllar bilan og'rigan bemorlarga gormonal terapiya buyurishning hojati yo'q. asemptomatik. Jarrohlikdan keyin infiltrativ shakllar bilan barcha o'choqlarni etarli darajada olib tashlash imkoniyati bo'lmasa, og'riq sindromining zo'ravonligini kamaytirish uchun dori-darmonlarni davolash kerak, kasallikning qaytalanishi yoki rivojlanishining oldini olish. Gormon terapiyasi simptomlarni etarli darajada engillashtirish, tug'ilishni saqlash, ish faoliyatini, ijtimoiy faolligini

va umuman ayollarning hayot sifatini yaxshilash uchun ishlatiladigan davolash usullari orasida muhim o'rin tutadi.

Qo'shni organlarga zarar etkazadigan endometriozning og'ir invaziv shakllarida fanlararo yondashuv va turli davolash usullarining kombinatsiyasi va tegishli mutaxassislarning ishtiroki talab qilinadi.

## **5.1 ENDOMETRIOZLARNI JARROXLIK DAVOSI**

Jarrohlik endometriozni davolashning asosiy bosqichidir. Endometrioz uchun jarrohlik uning uchta asosiy belgilari uchun ko'rsatilishi mumkin: surunkali tos og'rig'i, endometrioma yoki bepushtlik.

Endometriozning har qanday shakli uchun jarrohlik aralashuvlarni o'tkazish qoidalariga qat'iy rioya qilish kerak. Operatsiya hayz davrining 5-12-kunlarida amalga oshirilishi kerak, natijada relaps xavfi 2 barobar kamayadi. Kichkina tos suyagining qo'shni a'zolarining shikastlanishi aniqlansa, ushbu organlarga jarrohlik aralashuvni amalga oshirish qobiliyatiga ega bo'lgan jarrohlari yoki urologlarni operatsiyaga jalb qilish tavsiya etiladi. Endometriozni jarrohlik davolashda laparoskopik kirishning afzalliklari shubhasizdir, ammo operatsiyaning etarli hajmini ta'minlaydigan endo-jarrohlik aralashuvini amalga oshirish imkoniyatini baholash kerak. Jinsiy endometriozning og'ir shakllari bo'lgan bemorlar operatsiyadan keyingi davrning prognozi va kursining barcha mumkin bo'lgan variantlarini bilishlari kerak.

Operatsiyalar ixtisoslashgan shifoxonada o'tkazilishi kerak.

### **Operatsiyadan oldingi tekshiruv**

Operatsiyadan oldingi tegishli tekshiruv optimal jarrohlik taktikasini, kirish imkoniyatini, jarrohlik aralashuvining oqilona ko'lamini va tegishli mutaxassislarni jalb qilishning maqsadga muvofiqligini aniqlashga, shuningdek bemorni rehabilitatsiya qilish dasturini taklif qilishga imkon beradi. An'anaviy tekshirish usullari (anamnez, klinik va laboratoriya tekshiruvi va fizik tekshiruv)



tashxisni qo'yish va farqlashda asosiy hisoblanadi. Bundan tashqari, boshqa tadqiqot usullari qo'llaniladi:

- Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi (afzalroq transvaginal) genital endometriozga shubha qilingan skrining tekshiruvidir. Transrektal sonografiya o'ziga xos belgilar (tenesmus, hayz paytida defekatsiya paytida qon) bilan birga rektal devorga zarar etkazadigan endometriozning infiltratsion shakllariga shubha qilingan holda amalga oshiriladi;
- MRT va KT endometriozning infiltrativ o'sishi belgilarini aniqlash uchun, ular pararektal to'qimalar va ichak devorining, siydik pufagi va rektovaginal septumning boshqa hujayrali bo'shlig'ining shikastlanish darajasini aniqlashga yordam beradi;
- Bariy yordamida ichakning kolonoskopiya va/yoki rentgenografiyasi yo'g'on ichakning turli qismlarining anatomik funksional buzilish darajasini aniqlashi mumkin;
- Sistoskopiya siydik pufagi devori yoki distal siydik yo'llarining shikastlanishiga shubha qilinganida ko'rsatiladi. Ba'zi hollarda, operatsiyadan oldingi bosqichda, operatsiyadan keyingi davrda ularning shikastlanishi yoki obstruksiyasining oldini olish uchun ureterlarga stentlarni o'rnatish mumkin;
- CA-125 onkomarkerining darajasini aniqlash o'simtga o'xshash shakllanishlar aniqlanganda amalga oshirilishi kerak.

differentzial diagnostika maqsadida tuxumdonlar. Onkomarker darajasi va genital endometriozning tarqalish darajasi o'rtasida hech qanday bog'liqlik yo'q edi. CA-125 darajasini aniqlash kasallik monitoringi uchun muhimdir. Uning yagona qiymatlari yallig'lanish, yuqumli va onkologik kasalliklarda, shuningdek endometriozning qaytalanishida o'zgarishi mumkin.

Surunkali tos og'rig'i

Ushbu simptomologiya bilan jarrohlik aralashuv usuli va darajasi, birinchi navbatda, jarayonning tarqalish darajasiga va qo'shni organlarning shikastlanishiga, shuningdek, ularning funktsiyalarining buzilishiga bog'liq. Reproduktiv rejalar va prognozlar muhim rol o'ynaydi. Buni hisobga olgan holda,

jarrohlik aralashuv hajmi kichik tos a'zolarining normal anatomiyasini tiklash, endometrioz o'choqlarining koagulyatsiyasi va tabiiy tsiklda homiladorlik ehtimolini (chastotasini) oshirish uchun qo'shimcha chora-tadbirlarni tiklash uchun organlar orasidagi yopishqoqlikni ajratish bilan cheklanishi mumkin. ARTga tayyorgarlik sifatida.

Qo'shni organlarning funktsiyalari buzilgan taqdirda, kichik tostda keng infiltrativ shakllanishlar mavjud bo'lsa, konservativ davolash bilan davolash mumkin bo'lmagan kuchli og'riqning sababi ham bo'lishi mumkin, konservativ yoki konservativsiz radikal jarrohlik aralashuvi ko'rsatiladi. reproduktiv funktsiya. Reproductiv funktsiyani saqlamasdan jarrohlik aralashuvning radikal ko'lami panhisterektomiyani o'z ichiga oladi.

Reproduktiv funktsiyani saqlab qolish uchun radikal jarrohlik aralashuvni amalga oshirishda kichik tos va qorin bo'shlig'idagi barcha endometrioid infiltratlar olib tashlanadi, ammo bachadon majburiy ravishda saqlanib qoladi, hatto adneksektomiya zarur bo'lsa ham, bu keyinchalik ART dan foydalanishga imkon beradi ( dalil darajasi Ib).

Agar infiltratda faqat to'g'ri ichakning old devori ishtirok etsa (shilliq qavatning ishtirokisiz), uning soqol usuli bilan kesilishi yoki ichak bo'shlig'ining 1/3 yoki 1/2 qismini to'liq shikastlangan holda segmentar rezektsiya qilish ko'rsatiladi. Bunday holda, tikuvlarning mahkamligini va eksizyon joyini peritonizatsiya qilishning puxtaligini ta'minlash kerak.

Dumaloq siqish anastomozini o'rnatish bilan to'g'ri ichakning oldingi rezektsiyasini o'tkazish faqat stenozli jarohatlar uchun ko'rsatiladi, operatsiya guruhiga koloproktolog kiritilishi kerak.

Quviqning endometrioid infiltratini rezektsiya qilish sog'lom to'qimalarda organning yaxlitligini ikki qatorli tikuv bilan tiklash va doimiy kateter bilan siydik pufagini uzoq muddat drenajlash bilan amalga oshirilishi kerak. Jarayonda siydik yo'llarining ishtiroki va urodinamik buzilishlarning rivojlanishi bilan ureterolizni amalga oshirish mumkin.

end-to-end anastomoz yoki sistouretero-anastomoz bilan ureteral rezektsiya bilan yoki bo'lmasdan. Urolog operatsiya hajmi va jarrohlik aralashuvni amalga oshirish masalasini hal qilishda ishtirok etadi.

Surunkali tos bo'shlig'i og'rig'i bo'lgan bemorlarda surunkali yallig'lanish yoki boshqa o'zgarishlar bo'lishi mumkin bo'lgan appendiksning endometriotik ishtiroki rol o'ynashi mumkin. Laparoskopiya vaqtida appendiks ajratilishi (agar iloji bo'lsa) va tekshirilishi kerak. Qo'shimchani laparoskopik olib tashlash faqat unda aniq o'zgarishlar bo'lsa amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, bemorning roziligi, shuningdek, operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda asoratlar xavfini hisobga olish kerak. Ba'zi hollarda disparuniya bilan og'rig'an ayollarda bachadonning holatini tuzatish va uni retrofleksiya bilan o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Biroq, ushbu protseduraning samaradorligi yoki klinik foydasini tasdiqlovchi aniq ma'lumotlar yo'q.

Ular fuqarolik huquqlari va operatsiyalari LUNA va presakral neurectomy bor. Ammo ko'pchilik jarrohlar nerv pleksuslarini infiltratdan ajratish uchun laparoskopik yoki robotik usullarga ustunlik berib, ularni maqsadga muvofiq deb hisoblamaydilar (nervspredtexnologiya). Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining akusherlik, ginekologiya va perinatologiya markazida. V. I. Kulakovning rivojlangan endometrioz bo'yicha operatsiyalari, shu jumladan radikal aralashuvlar 89% da laparoskopik kirish orqali amalga oshiriladi.

Jarrohlik davolash va kirish usulini tanlash (laparoskopik yoki qorin bo'shlig'i) jarrohning tajribasi va muassasaning profili bilan belgilanadi. Reproduktiv funktsiyani saqlab qolish uchun laparoskopik yondashuv maqbuldir, ammo qo'shni organlarning rezektsiyasi bilan keng infiltrativ lezyonlar bilan qorin bo'shlig'iga yondashuv ko'pchilik jarrohlar uchun xavfsizroq deb tan olinishi kerak.

## **5.2 ENDOMETRIOID TUXUMDONLARI KISTALARI**

Endometriotik tuxumdon kistalari uchun jarrohlik yondashuv odatda tuxumdonlarning har qanday yaxshi o'smasi bilan mos keladi. Reproduktiv

yoshdagi bemorlarni davolashda eng muhimi tug'ilishni saqlashdir, ammo operatsiya ko'lami takrorlanish xavfini kamaytirishi kerak. Shu maqsadda zarur kista devorini bo'shatgandan va kista bo'shlig'ini yuvishdan keyin uni to'liq enukleatsiya qilish taktikasiga rioya qilish. Endometrioid kistaning kapsulasini olib tashlash faqat adnektomiya xavfi va / yoki tuxumdonlar zahirasi bilan keskin kamayishi bilan mumkin. Ko'pincha bu holat endometrioid kistlarning qaytalanishi uchun operatsiyani bajarishda yuzaga keladi. Bunday holda, kist kapsulasini radikal tarzda olib tashlashdan ko'ra, lazer bug'lanishi qabul qilinadi (dalil darajasi Ib).

Kichik o'lchamdagi (30 mm dan kam) kapsulani olib tashlashning maqsadga muvofiqligi masalasi aniq yechimga ega emas. Tashxisni gistologik tekshirish, shuningdek, malign tuxumdon o'smalari bilan differentsial tashxis qo'yish zarurati tufayli, bu holatlarda sistektomiya oqlangan ko'rinadi. Endometriyal kistni olib tashlash (agar iloji bo'lsa) laparoskopik yondashuv yordamida amalga oshirilishi kerak. Bunday holda, tejamkor effekt xususiyatlarini hisobga olgan holda mikrojarrohlik operatsiyasining barcha tamoyillariga rioya qilish kerak.

tuxumdonlar zahirasi maksimal darajada saqlab qolish uchun tuxumdon to'qimalarida (faqat ta'sirlangan hududlarning enukleatsiyasi) asbob, energiya rejimlari (elektro-, lazer, kriyo-, plazma, ultratovush va boshqalar). Ko'p hollarda tuxumdon tikuvdan qochish kerak (dalil darajasi Ib). To'qimalarni doimiy yuvish, qorin bo'shlig'ini konditsioner qilish rejimlarini qo'llash kerak. Keng ko'lamlı yopishtiruvchi jarayon bilan - yopishqoqlikka qarshi to'siqlar.

### **Endometrioiz bilan bog'liq bepushtlik**

Endometrioizning mavjudligida bepushtlikni davolashning jarrohlik bosqichi, birinchi navbatda, tos a'zolarining anatomik munosabatlarini tiklash va endometrioid tuxumdon kistalarini olib tashlashdan iborat. Faqat siydik yo'llari, tomirlar va ichi bo'sh organlarning devorlarida joylashgan endometrioiz o'choqlarining koagulyatsiyasi, ularning to'liq kesilmasdan yo'l qo'yilishi mumkin. Bu asosiy shikoyati bepushtlik bo'lgan bemorlarda og'ir asoratlar xavfini kamaytiradi.

To'liq salpingo-ovarioliz, gemostaz o'tkazish va fallop naychalarining o'tkazuvchanligini tekshirish kerak. Tubal-peritoneal bepustlikning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun yopishqoqlikka qarshi to'siqlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Tabiiy tug'ilishni tiklash uchun takroriy operatsiyalarni o'tkazish tavsiya etilmaydi. Bu umuman davolanish muddatini asossiz ravishda kechiktiradi va ART samaradorligini pasaytiradi. ARTni rejalashtirishda, bachadon naychalaridagi qaytarilmas o'zgarishlar uchun endometrioid kistlarni olib tashlash va salpingektomiyani o'z ichiga olgan jarrohlik davolash tayyorgarlik sifatida amalga oshiriladi. Bahsli va har doim ham oqlanmaydigan keng tarqalgan endometrioid retroservikal infiltrat yoki siydik pufagining endometriozi og'riq belgilari bo'lmaganda olib tashlash, masalan, IVF uchun tayyorgarlik. Bu operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini sezilarli darajada oshiradi, ammo homiladorlik darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Jarrohlik davolashda laparoskopik kirishni qo'llash kerak, faqat endometriozi og'ir shakllari yoki laparoskopiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan ekstragenital kasalliklar istisno bo'lishi mumkin. Endometriozi jarrohlik yo'li bilan davolashning muhim tarkibiy qismi to'qimalarning shikastlanishini minimallashtirish orqali adezyon shakllanishining oldini olishdir.

Dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtai nazaridan jarrohlik davolashning asosiy tamoyillari:

- Laparoskopiya endometriozi davolashda patologik jarayonning og'irligi va darajasidan qat'i nazar afzal qilingan jarrohlik usulidir ("oltin standart") optik kengayish, to'qimalarning minimal shikastlanishi va to'qimalarning tezroq reabilitatsiyasi tufayli o'choqlarni yaxshiroq ko'rish tufayli. bemorlar laparotomiyadan keyin;
- Endometriozi o'choqlarini olib tashlash bilan terapevtik-diagnostik laparoskopiya diagnostik laparoskopiya bilan solishtirganda endometriozi bilan bog'liq og'riqlar intensivligini ko'proq kamaytirishni ta'minlaydi (Dalillar darajasi Ia). Bitta RCT endometriozi I-II bosqichlarida lazer ablasyonining ta'sirini taqqosladi

diagnostik laparoskopiya bilan. 6 oy davomida kuzatilganda bemorlarning 63 foizi simptomlarning og'irligi yoki regressiyasining kamayganligini, nazorat guruhida esa atigi 23 foizni qayd etgan. Davolashning eng kam ahamiyatli ta'siri endometriozning minimal shakllari bo'lgan bemorlarda qayd etilgan (dalil darajasi Ia). Ikkinchi RCTda, turli darajadagi tarqalish darajasidagi endometrioz bilan og'riq bemorlarda diagnostik protsedura yoki jarrohatlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash tasodifiy amalga oshirildi va 6 oydan keyin. - takroriy laparoskopiya. Birinchi jarrohlik laparoskopiyadan so'ng, tos a'zolaridagi og'riqlar intensivligining pasayishi, shuningdek, hayot sifatining umumiy yaxshilanishi diagnostika protsedurasidan keyin sezilarli darajada ko'proq ayollar tomonidan qayd etilgan (mos ravishda 80 va 32%). 12 oydan keyin baholanganda. har ikkala guruhdagi ayollar 6 oylik baholash bilan solishtirganda, diskeziyadan tashqari barcha parametrlar uchun og'riq intensivligining sezilarli darajada kamayganligini qayd etdilar.

- Tos a'zolarida og'riqli ayollarda tuxumdon endometriomasi laparoskopiya yordamida jarrohlik yo'li bilan olib tashlanishi kerak (Dalillar darajasi Ia). Reproduktiv yoshdagi bemorlarda tuxumdonning ta'sirlanmagan to'qimalarining maksimal hajmini saqlab qolish bilan, boshqa usullardan (ponksiyon, kist drenaji, alkogolizatsiya va kapsulani yo'q qilish) farqli o'laroq, takrorlanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradigan kista kapsulasini butunlay olib tashlash juda muhimdir. har xil turdagi energiya ta'sirida).
- Og'riqni kamaytirish nuqtai nazaridan jarrohlikning samaradorligini baholovchi RCTlarning cheklangan ma'lumotlari mavjud bo'lsa-da, ko'p hollarda bu juda samarali ekanligi aniq. Biroq, klinik amaliyot shuni ko'rsatadiki, ba'zi ayollar jarrohlik davolashga yomon munosabatda bo'lishadi, bu jarrohatlarning to'liq olib tashlanmaganligi yoki operatsiyadan keyingi relapsning rivojlanishi yoki og'riq endometrioz tufayli yuzaga kelmaganligi sababli.
- Rektovaginal septumning infiltrativ endometrioz o'choqlarini, qoida tariqasida, laparoskopik yoki kombinatsiyalangan laparoskopik-qin yo'li orqali, agar kerak bo'lsa, to'g'ri ichak devorining zararlangan hududini bir vaqtda rezektsiya qilish

bilan birgalikda yoki bitta blokda olib tashlash mumkin. bachadon (homiladorlikka qiziqmagan ayollarda). Xarakterli klinik ko'rinishlari (dismenoreya, disparuniya, disxeziya) bilan rektovaginal septum mintaqasida yo'g'on ichakning endometrioid infiltratida ishtirok etganda, ba'zida ichak rezektsiyasini o'tkazish kerak bo'ladi. Ichakni rezektsiya qilish to'g'risida qaror qabul qilish mezonlari 2-3 sm dan ortiq bo'lgan lezyonning kattaligi, ichak atrofini jalb qilish darajasi (aylananing 1/3 qismidan ko'prog'i), mushak ichiga invaziya chuqurligi. 5 mm yoki undan ortiq qatlam. Ichakni rezektsiya qilish uchun ko'rsatmalar bo'lmasa, faqat endometrioid infiltratni organni saqlaydigan "soqol olish" usuli yordamida olib tashlash mumkin. Yo'g'on ichak, siydik pufagi va siydik yo'llari bilan bog'liq bo'lgan endometriozning infiltrativ shakllarini jarrohlik davolash faqat multidisipliner yondashuvdan foydalangan holda ixtisoslashgan ekspert davolash markazlarida amalga oshirilishi kerak (dalillar darajasi IIIa). Ichak yoki siydik pufagining rezektsiyasi bunday operatsiyalarni amalga oshirish huquqiga ega bo'lgan jarroh tomonidan amalga oshirilishi kerak (kolorektal jarroh, urolog va boshqalar). Quviq va siydik yo'llarining kasalliklari faqat ixtisoslashtirilgan davolash markazlarida multidisipliner yondashuvdan foydalangan holda amalga oshirilishi kerak (dalillar darajasi IIIa). Ichak yoki siydik pufagining rezektsiyasi bunday operatsiyalarni amalga oshirish huquqiga ega bo'lgan jarroh tomonidan amalga oshirilishi kerak (kolorektal jarroh, urolog va boshqalar). Quviq va siydik yo'llarining kasalliklari faqat ixtisoslashtirilgan davolash markazlarida multidisipliner yondashuvdan foydalangan holda amalga oshirilishi kerak (dalillar darajasi IIIa). Ichak yoki siydik pufagining rezektsiyasi bunday operatsiyalarni amalga oshirish huquqiga ega bo'lgan jarroh tomonidan amalga oshirilishi kerak (kolorektal jarroh, urolog va boshqalar).

- Faqat total histerektomiya (bachadonni ekstirpatsiya qilish) laparoskopiya yordamida amalga oshirilishi mumkin bo'lgan adenomiyozni radikal davolash deb hisoblanishi mumkin. Gisterektomiyani amalga oshirishda barcha ko'rinadigan endometriotik lezyonlarni bir vaqtning o'zida olib tashlash kerak, ikki tomonlama salpingooforektomiya esa og'riqni yanada samarali bartaraf etishga yordam beradi

va qayta operatsiya qilish ehtimolini kamaytiradi, ammo tuxumdonlarni olib tashlash masalasi har bir bemor bilan alohida muhokama qilinishi kerak. .

- Sakro-bachadon nervining ablatsiyasi tos bo'shlig'idagi og'riqlarni bartaraf etishni biroz yaxshilaydi.
- Bemor organlarni saqlovchi jarrohlik amaliyotiga javob bermasa, lekin radikal jarrohlikdan voz kechsa, presakral neyrektomiya, ayniqsa og'ir dismenoreyada amalga oshirilishi mumkin, ammo uning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar munozarali.

### **5.3 ENDOMETRIOZLARNI TIBBIY DAVOLASH**

Endometrioz uchun universal dori terapiyasi hali ishlab chiqilmaganligi sababli, u o'ziga xos emas, asosan mavjud simptomlarning og'irligini kamaytirishga qaratilgan va har bir bemorning xususiyatlari va ehtiyojlaridan kelib chiqqan holda alohida tanlanadi. Endometrioz ko'pincha doimiy relaps bilan tavsiflanadi Albatta, shuning uchun davolanishni tanlashda nafaqat uning samaradorligiga, balki uzoq muddatli xavfsizlik va bardoshlilikka ham alohida e'tibor berilishi kerak, chunki uzoq muddatli terapiya zarur bo'lishi mumkin. Davolashning iqtisodiy samaradorligini ham hisobga olish kerak. Shuni esda tutish kerakki, endometriozga shubha qilingan tos a'zolaridagi og'riqlar va anatomik o'zgarishlarning yo'qligi (kasallikning kist shakllari bundan mustasno) uchun tibbiy davolanishni boshlashdan oldin laparoskopiya har doim ham zarur emas. Endometriozni davolashda dori terapiyasining har qanday usullari 3 oy davomida qo'llanilishi kerak. kontrendikatsiyalar va nojo'ya ta'sirlar bo'lmasa, undan keyin uning samaradorligi baholanadi va kerak bo'lganda preparat almashtiriladi yoki jarrohlik davolash amalga oshiriladi.

Kombinatsiyalangan terapiya zaruratining asoslari. Gistologik jihatdan tasdiqlangan endometrioid tuxumdon kistalarini, shuningdek, kichik tos bo'shlig'i, sakro-bachadon ligamentlari va boshqa lokalizatsiya peritonidagi endometrioz o'choqlarini to'liq olib tashlash bilan jarrohlik davolashni cheklash mumkin,



ammo bu juda yuqori bo'lishi mumkinligini bilish kerak. Kasallikning qaytalanishi va davom etishi. Umuman olganda, 1-2 yildan keyin jarrohlik davolashdan so'ng endometriozning qaytalanish chastotasi 15-21%, 5 yildan keyin - 36-47%, 5-7 yildan keyin - 50-55% va eng yuqori rivojlangan endometriozda yoki reproduktiv tizim organlarini saqlab qolgan holda infiltrativ o'choqlarni olib tashlashning iloji bo'lmasa (adenomiyozning nodulyar shakllari, to'g'ri ichak yoki sigmasimon ichak devorining qisman yoki to'liq o'sishi bilan retroservikal endometrioz); distal siydik yo'llari, siydik pufagi va boshqalar). Bunday hollarda kasallikning qaytalanishi emas, balki kasallikning rivojlanishi sifatida klinik kursni kvalifikatsiya qilish tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi 2-5 yil ichida endometrioid tuxumdon kistalarining takrorlanish chastotasi 12 dan 30% gacha. Bepushtlik bilan og'rigan ayollarda tuxumdonda takroriy operatsiyalar ko'rsatmalarga muvofiq qat'iy ravishda amalga oshirilishi kerak, chunki endometrioid tuxumdon kistalari olib tashlanganidan keyin tuxumdon zahirasining (anti-Myullerian gormon darajasi) pasayishi haqida dalillar mavjud. Shu munosabat bilan, aksariyat hollarda, endometriozni davolash murakkab va turli dorilar yordamida amalga oshiriladi mablag'lar. Operatsiyadan keyingi 2-5 yil ichida endometrioid tuxumdon kistalarining takrorlanish chastotasi 12 dan 30% gacha. Bepushtlik bilan og'rigan ayollarda tuxumdonda takroriy operatsiyalar ko'rsatmalarga muvofiq qat'iy ravishda amalga oshirilishi kerak, chunki endometrioid tuxumdon kistalari olib tashlanganidan keyin tuxumdon zahirasining (anti-Myullerian gormon darajasi) pasayishi haqida dalillar mavjud. Shu munosabat bilan, aksariyat hollarda, endometriozni davolash murakkab va turli dorilar yordamida amalga oshiriladi mablag'lar. Operatsiyadan keyingi 2-5 yil ichida endometrioid tuxumdon kistalarining takrorlanish chastotasi 12 dan 30% gacha. Bepushtlik bilan og'rigan ayollarda tuxumdonda takroriy operatsiyalar ko'rsatmalarga muvofiq qat'iy ravishda amalga oshirilishi kerak, chunki endometrioid tuxumdon kistalari olib tashlanganidan keyin tuxumdon zahirasining (anti-Myullerian gormon darajasi) pasayishi haqida

dalillar mavjud. Shu munosabat bilan, aksariyat hollarda, endometriozni davolash murakkab va turli dorilar yordamida amalga oshiriladi.

### **Steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar**

Ko'p o'n yillar davomida steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (NSAIDlar) endometrioz, ayniqsa dismenoreya bilan bog'liq og'riqlarni davolash uchun keng qo'llanilgan, ammo ularning samaradorligi faqat bir nechta RCTlarda baholangan, ular statistik jihatdan sezilarli farqni topmagan. Ushbu dorilar va platsebo o'rtasidagi og'riqni yo'qotish.

NSAIDLarning platsebo bilan solishtirganda nojo'ya ta'sirlari soni to'g'risidagi ma'lumotlar ham yetarlicha ishonchli emas edi. Selektiv bo'lmagan NSAIDlar prostaglandinlar, COX-1 va COX-2 sintezida ishtirok etadigan siklooksigenaza fermentining ikkala izoformasining faolligini inhibe qiladi, ammo ektopik endometriumda faqat oxirgi izoform ko'paygan. Eng ko'p qo'llaniladigan NSAIDLarning (naproksen, ibuprofen, diklofenak, selekoksib, etorikoksib, rofekoksib va lumirakoksib) ta'siri to'g'risidagi ma'lumotlarning yaqinda e'lon qilingan meta-tahlil natijalari ulardan foydalanish bilan yurak-qon tomir xavfi ortishidan dalolat beradi. Tanlangan COX-2 inhibitori rofekoksibning dismenoreya, disparuniya va surunkali tos a'zolaridagi og'riqlarni davolashda samaradorligi to'g'risida ma'lumotlar nashr etilgan.

Shunday qilib, endometriozning uzoq muddatli terapiyasida NSAIDLarni qo'llash samaradorligi va xavfsizligi shubhali va ushbu dorilarni yuqori dozalarda uzoq muddatli qo'llash xavfini hisobga olish kerak. Biroq, endometrioz bilan bog'liq og'riqlarni ushbu toifadagi dorilar bilan qisqa muddatli davolash, shu jumladan, davolash paytida foydali bo'lishi mumkin.

Tibbiy yoki jarrohlik davolashning maqsadli usullarini tayinlagandan so'ng simptomlarni bartaraf etishni kutish (dalillar darajasi IIIa). Shunday qilib, NSAIDlar tsiklning luteal bosqichida yoki hayz paytida boshlangan GnRH bilan terapiya paytida, gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining faollashuvining dastlabki ta'siri tufayli bir tsikl davomida kuchayishi mumkin bo'lgan

dismenoreyani bartaraf etish uchun muvaffaqiyatli qo'llanilishi mumkin. Bu dorilarning fonida kuzatiladi.

### **Gormon terapiyasi.**

Gormonal terapiya o'ziga xos bo'lmasa-da, endometriozi bemorlarni kompleks davolashda uning rolini ortiqcha baholash qiyin, chunki u samarali, etarlicha xavfsiz, kasallikning qaytalanishi va rivojlanishining oldini olishga xizmat qiladi va takroriy jarrohlik xavfini kamaytiradi. Gormonal terapiyaning patogenetik asosi gonadotropinni chiqaradigan gormon (aGn-RH) agonistlari yoki Gn-RH antagonistlari (antGn-RH), aromataza inhibitörleri yoki boshqa dorilar yordamida "pseudomenopoz" holatini modellashtirish orqali tuxumdonlar funksiyasini vaqtincha bostirishdir. progestogenlar (og'iz orqali yoki intrauterin qabul qilingan), selektiv progesteron retseptorlari modulyatorlari yoki COCs ta'siri tufayli endometriozi o'choqlarining keyingi atrofiyasi bilan pseudodecidualizatsiya holatining boshlanishi.

Ba'zi hollarda ovulyatsiya qiluvchi follikulaning joyida endometrioid kistalar paydo bo'lishi mumkin degan gipoteza mavjud, shuning uchun ovulyatsiyani bostirish, unga xos bo'lgan "yallig'lanishga qarshi kaskad" ni inhibe qilish chorasi sifatida xizmat qilishi mumkin. Kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun.

Gormon terapiyasi, birinchi navbatda, endometriozi kist shakllari bo'lmaganida yuqori ehtimolini ko'rsatadigan alomatlari bo'lgan bemorlarni davolashda empirik terapiya, ikkinchidan, endometriozi laparoskopik tasdiqlash yoki olib tashlashdan keyin relapsning oldini olish uchun yordamchi terapiya sifatida qo'llanilishi mumkin. Ko'rinadigan jarohatlar, endometrioid kistning kapsulalari yoki kasallikning infiltrativ shaklida endometriozi olib tashlash. Gormon terapiyasi tug'ilishni saqlashga, samaradorlikni, ijtimoiy faollikni va ayollarning hayot sifatini oshirishga yordam beradi. Hozirgi vaqtda endometriozi aGn-RH, antGn-RH va ba'zi progestogenlar bilan davolash uchun bevosita ko'rsatmalar mavjud. Gormonal terapiyani buyurishdan oldin, umumiy qabul qilingan tekshiruvdan o'tish kerak, trombofiliyaning irsiy shakllarini aniqlashga urg'u berib, oilaviy va shaxsiy tarixni to'plash; ginekologik tekshiruv;

yurak-qon tomir tizimining holatini baholash uchun instrumental va laboratoriya tadqiqotlari, kontrendikatsiyalarni istisno qilish uchun jigar va buyraklarning biokimyoviy ko'rsatkichlari, transvaginal ultratovush, sut bezlarining ultratovush tekshiruvi yoki yosh va oila xavfiga qarab mammografiya, PAP smear, CA-darajasi. 125 o'simta belgisi (guvohliklarga ko'ra). Keyin ushbu tekshirish usullari majmuasi har 12 oyda bir marta takrorlanishi kerak. gormon terapiyasi davomida. Yosh va oila xavfiga qarab ko'krak ultratovush yoki mammografiya, Pap smear, CA-125 o'simta belgisi darajasi (ko'rsatkichlarga ko'ra). Keyin ushbu tekshirish usullari majmuasi har 12 oyda bir marta takrorlanishi kerak. Gormon terapiyasi davomida. Yosh va oila xavfiga qarab ko'krak ultratovush yoki mammografiya, Pap smear, CA-125 o'simta belgisi darajasi (ko'rsatkichlarga ko'ra). Keyin ushbu tekshirish usullari majmuasi har 12 oyda bir marta takrorlanishi kerak. Gormon terapiyasi davomida.

### **Estrogenlar va progestogenlar bilan kombinatsiyalangan terapiya.**

Yetakchi ginekologik jamiyatlarning tavsiyalariga ko'ra, KOKlar kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan va hozirgi vaqtda homiladorlikni rejalashtirmaydigan ayollarda endometrioz bilan bog'liq tos a'zolaridagi og'riqlarni bartaraf etish uchun ishlatiladigan birinchi dori vositalari deb ataladi. COC ning potentsial afzalliklari past narx, kam yon ta'siri va uzoq muddatli davolanish imkoniyatidir. COClar ko'p yillar davomida ishlatilgan bo'lsa-da, faqat bir nechta RCT ularni boshqa dori terapiyasi bilan solishtirgan. Ko'pgina tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, COClardan foydalanish endometrioz bilan bog'liq og'riqning intensivligini sezilarli darajada kamaytiradi (dalil darajasi Ib). Ularning terapevtik ta'sir qilish mexanizmi GnRH sintezini blokirovka qilish va natijada anovulyatsiya bilan kechadigan FSH va LH ning tsiklik sekretsiyasini bostirish bilan bog'liq. stromaning desidualizatsiyasi va endometrioz o'choqlarining atrofiyasi. COCsning uzluksiz rejimi endometriozni davolashda tsiklik rejimga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega. Aniqlanishicha, og'ir dismenoreya bilan og'riq ayollarni siklikdan uzluksiz dori rejimiga o'tkazish 6 oydan keyin og'riq intensivligining pasayishiga yordam bergan. 58% ga, 2 yildan

keyin esa 75% ga ( $p < 0,001$ ). COCs relapslarni davolashda samarasiz bo'lsa-da, ular relapslarning, shu jumladan endometriomaning oldini olish va dismenoreyani engillashtirish uchun operatsiyadan keyingi inhibitiv terapiya sifatida juda samarali bo'lib, yaqinda nashr etilgan tizimli sharhda ko'rsatilgan. Biroq, COCsdagi estrogen komponentining kasallikning kechishiga ta'siri haqida hali ham etarli ma'lumotlar mavjud emas; nazariy jihatdan rivojlanishning potentsial rag'batlantirilishini istisno qilib bo'lmaydi, kasallikning rivojlanishi yoki takrorlanishi, uning xususiyatlariga qarab, endometrioz estrogeniga bog'liq kasallikdir. Shuningdek, ushbu davolashning uzoq muddatli xavfsizligini tasdiqlovchi dalillar etarli emas. Tizimli tekshiruv shuni ko'rsatdiki, dismenoreyadan farqli o'laroq, COClar CPP va disparuniyaga kerakli ta'sir ko'rsatmaydi.

**Progestogenlar.** Dunyoning etakchi ginekologik jamiyatlari tavsiyalariga ko'ra, progestogen monoterapiyasi (og'iz orqali qabul qilinadimi, mushak ichiga yoki teri ostiga yuboriladimi) birinchi darajali terapiya sifatida ko'rib chiqilishi mumkin (dalil darajasi Ia). Birinchidan, progestogenlar gipotalamus-gipofiz-tuxumdon o'qini blokirovka qilish va shu bilan tuxumdonlar tomonidan estrogen sekretsiasini kamaytirish orqali markaziy ta'sirga ega. Ikkinchidan, ular endometrioid lezyonlarga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiladi, bu stroma hujayralarining differentsiatsiyasini (desidualizatsiya) va endometriyal epiteliya hujayralarining sekretor transformatsiyasini keltirib chiqaradi, bu esa progestogenlar doimiy ravishda qo'llanilganda uning atrofiyasiga olib keladi.

Uchinchidan, progestogenlar estradiolni kamroq faol estronga aylantiradigan 17 $\beta$ -gidrosteroid dehidrogenaza 2-turi (17 $\beta$ -HSD-2) fermentini faollashtiradi. Progestogenlar endometrioz patogenezida asosiy rol o'ynaydigan prostaglandin E2 (PGE2) sinteziga inhibitiv ta'sir ko'rsatadi va aromataza fermenti ekspressiyasiga modulyatsiya qiluvchi ta'sir tufayli estrogen sintezining oshishiga yordam beradi.

Progestogenlar bilan terapiya doimiy ravishda va etarlicha yuqori dozalarda o'tkazilishi kerak, bunda amenoreya rivojlanadi. Bunday yondashuv nafaqat

og'riqni yo'qotish va yangi jarohatlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, balki mavjud lezyonlarning regressiyasini ta'minlash imkonini beradi (dalil darajasi Ib). Tabiiyki, kontrendikatsiyalar va yon ta'sirlarni hisobga olish kerak. Hozirgi vaqtda endometriozni davolash uchun og'iz progesteronlari qo'llaniladi: medroksiprogesteron asetat (MPA); Provera), megesterol asetat (Megeys), noretisteron asetat (NETA), didrogesteron (Duphaston), dienogest (Vizanna), shuningdek progesteronlarning parenteral shakllari: mushak ichiga yuborilgan MPA (Depo-provera) va intrauterin tizim (mirevonogest) . Ko'pgina og'iz progesteronlarining tavsiya etilgan dozalari endometriozni davolash uchun etarlicha katta dorilar uchun zamonaviy talablarga javob bermaydi (minimal dozada maksimal ta'sir). Dienogest (Visanna 2 mg / kun og'iz orqali) va levonorgestrel (Mirena tizimining bir qismi sifatida intrauterin 20 mg / kun) eng past dozada qo'llaniladi. Progesteronlarning uzoq muddatli uzluksiz foydalanish paytida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan istalmagan ta'sirini minimallashtirish uchun ushbu dorilarning nafaqat progesteron faolligini, balki estrogenik, androgenik, mineralokortikoid va glyukokortikoid retseptorlari bilan yaqinligini ham hisobga olish kerak. Progesteronlar bilan davolashda qo'shimcha terapevtik ta'sirga erishish mumkin, xususan, giperandrogenizm belgilari bo'lgan bemorlarda antiandrogenik ta'sir. Progesteronlarni tayinlashda ularning narxini, shuningdek, yon ta'sirlarning chastotasini hisobga olish kerak. aGN-RH bilan davolash paytida yuzaga keladigan estrogen etishmovchiligi (QMQning pasayishi, vazomotor simptomlar va boshqalar) bilan bog'liq, danazol va nemestrane fonida kuzatilgan androgen ta'sirlar ham past bo'ladi. Progesteronni uzluksiz qo'llashning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'siri bu qon ketishdir, bu davolash davomiyligi oshgani sayin kamroq yuzaga keladi.

**Oral progesteronlari.** Medroksiprogesteron asetat - randomizatsiyalangan sinovda to'g'ridan-to'g'ri taqqoslash jarayonida, 17-gidroksiprogesteron hosilasi bo'lgan MPA ning samaradorligi endometriozda og'riqni yo'qotish bilan bog'liq bo'lib, COClarga o'xshash (dalil darajasi Ib) . Shu bilan birga, endometriozni davolash uchun og'iz orqali MPA etarli darajada yuqori dozalarda qo'llanilishi

kerak, bu aniq yon ta'sirga va uning qoldiq androgen va glyukortikoid xususiyatlariga qarab lipid profiliga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Progesteronlarni - 19-nortestosteronning hosilalarini yuqori dozalarda qabul qilish kilogramm ortishi, kayfiyat o'zgarishi, depressiya va asabiylashishga yordam beradi.

**Noretisteron asetat.** NETA ikkinchi avlodning 19-nortestosteron hosilalariga ishora qiladi. Yaqinda o'tkazilgan tajriba tadqiqoti NETA ning kuniga 2,5 mg dozada CPP, disparuniya, dismenoreya va ichak funksiyasining buzilishi belgilariga qarshi samaradorligini ko'rsatdi, ammo kichik dozada ham qoldiq androgenik xususiyatlarga ega progesteronlarni doimiy foydalanish bilan birga bo'lishi mumkin. metabolik kasalliklar, ya'ni vazn ortishi, dislipidemiya, giperinsulinemiya, bu qonning aterogen potentsialining oshishiga va glyukoza bardoshlilikining buzilishi xavfiga olib keladi.

Didrogesteron og'iz orqali yuborilganda endometriumga tanlab ta'sir qiladi va shu bilan ortiqcha estrogenlar sharoitida endometriyal giperplaziya va / yoki kanserogenez xavfini oldini oladi. Bu endogen progesteron etishmovchiligining barcha holatlarida ko'rsatiladi. Ammo 7 ta RCT tahlilida progesteronlar va gestrinonning uzluksiz rejimi og'riqni davolashda bir xil darajada samarali ekanligi isbotlangan. Progesteronlarning tsiklik rejimi (6-18 oy davomida 40-60 mg didrogesteron) platseboga nisbatan samarali emas.

Dienogest progesteronlarning to'rtinchi avlodiga tegishli bo'lib, 19-nortestosteron hosilalari va progesteron hosilalarining xususiyatlarini birlashtiradi. 19-nortestosteron hosilasi sifatida u progesteron retseptorlari uchun yuqori selektivlik, endometriumga kuchli progesteron ta'sir ko'rsatishi, nisbatan qisqa yarimparchalanish davri (taxminan 9-11 soat) va yuqori bioavailability (taxminan 90%) bilan tavsiflanadi. kunlik iste'mol qilish bilan to'planish xavfi. Progesteron hosilasi sifatida dienogest yaxshi bardoshlik, salbiy metabolik va qon tomir ta'sirlarining yo'qligi bilan ajralib turadi, bu uzoq muddatli davolanish uchun yaxshi asosdir. Dienogest antiproliferativ, antiangiogen, yallig'lanishga qarshi, immunomodulyatsion ta'sirga ega va yadro ichidagi kappab B (NFkB) omilini

bevosita inhibe qiladi, yallig'lanish va neoangiogenez jarayonlarida asosiy rol o'ynaydi. Ushbu progestogenning afzalliklari orasida o'sayotgan follikulaning granuloza hujayralarining apoptoziga qaratilgan ovulyatsiyani blokirovka qilishning maxsus mexanizmi, zaif markaziy ta'sir (FSH va LH darajasini inhibe qilish) va estradiol ishlab chiqarishning o'rtacha pasayishi, uning darajasi o'z ichiga oladi. yaqqol antiproliferativ ta'sirni saqlab qolgan holda estrogen etishmovchiligi belgilari rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan terapevtik oyna.

Bir nechta randomizatsiyalangan placebo-nazorat ostidagi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, dienogest kuniga 2 mg dozada endometrioz bilan bog'liq og'riqlarni (dismenoreya, disparuniya va diffuz tos og'rig'ini) engillashtiradi, endometriotik lezyonlarning tarqalishini sezilarli darajada kamaytiradi, rAFS ma'lumotlari, takroriy bosqichda aniqlanadi va jihatidan kam emas GN-RG samaradorligi (dalil darajasi Ib). Preparat endometriozni uzoq muddatli davolash uchun javob beradi, chunki u bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi va metabolik profil va jigar funksiyasiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Qon ketishining tez-tezligi boshqa progestogenlar bilan taqqoslanadi va terapiya davomiyligi oshishi bilan kamayadi. Bugungi kunga qadar uzoq muddatli (65 haftagacha) tadqiqotlar natijalari olindi, ular nafaqat yuqori samaradorlikni, balki endometriozni davolashda dienogestning xavfsizligini ham ko'rsatdi.

### **Parenteral progestogenlar.**

Depo medroksiprogesteron asetat - ikkita RCTda endometrioz bilan bog'liq og'riqlarni davolashda progestogenlarning depo shakllarining samaradorligi dismenoreya, disparuniya va CPPga qarshi GnRH-a bilan solishtirish mumkin edi. 6 oylik o'qish muddati va keyin 12 oy. Kuzatuvlarga ko'ra, medroksiprogesteron asetat deposining (DMPA) teri ostiga yuborilganda ta'siri og'riqni yo'qotish nuqtai nazaridan leprolid asetatga teng edi. Ushbu terapiyaning asosiy kamchiliklari uzoq muddatli va mo'l-ko'l qon ketishi bo'lib, uni tuzatish qiyin, chunki progestogen ta'sirini tez va to'liq tekislash mumkin emas. Ehtimol, DMPA uchun ideal ko'rsatkich ikki tomonlama salpingooforektomiya bilan yoki bo'lmagan histerektomiyadan keyin qoldiq endometriozdir. bachadondan qon



ketish ehtimoli istisno qilinganda. Bundan tashqari, DMPA dan uzoq muddatli foydalanish BMD ga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu munosabat bilan, progestogenni kiritishning yana bir parenteral usuli ma'lum afzalliklarga ega - to'g'ridan-to'g'ri intrauterin progestogen-relizing tizimi yordamida bachadonga.

#### **Levonorgestrel - bu intrauterin chiqarish tizimi.**

Levonorgestrel chiqaradigan intrauterin tizim (Mirena) homiladorlikni rejalashtirmagan ayollarda endometrioz/adenomiyoz uchun yana bir maqbul davolash usuli hisoblanadi. Mirenaning endometriozning turli shakllarida samaradorligi levonorgestrelning aniq antiestrogenik antiproliferativ ta'siri tufayli isbotlangan -19-nortestosteron hosilasi. Ovulyatsiyani bostirmasdan bachadon bo'shlig'iga kuniga 20 mkg levonorgestrelni qabul qilish evtopik va ektopik endometriumning atrofiyasiga, hayz paytida qon yo'qotishning pasayishiga va ayrim bemorlarda amenoreya rivojlanishiga olib keladi. Mirenani qo'llash muddati 5 yil, shundan so'ng siz yangi tizimni joriy etish orqali davolanishni davom ettirishingiz mumkin. Mirena dismenoreya, tos a'zolaridagi og'riqlarni to'xtatadi, shuningdek, rektovaginal endometriozni davolashni ta'minlaydi, bu ba'zi hollarda jarrohlikdan qochadi va reproduktiv yoshdagi ayollarda fertillikni saqlaydi. Yon ta'siri boshqa progestogenlarni doimiy ravishda qo'llash bilan bir xil. Jadvalda endometriozni davolashda progesteronlardan foydalanishning hozirgi imkoniyatlari umumlashtiriladi.

#### **5.4 ANTIGONADOTROPINLAR**

Hozirgi vaqtda danazol (17-etiniltestosteronning hosilasi) nojo'ya ta'sirlarning yuqori chastotasi (gepatotoksik, androgen, anabolik, gipoestrogenik) tufayli kamdan-kam qo'llaniladi. Danazol bilan davolash kursi odatda 6 oyni tashkil qiladi, birinchi 2 oydan keyin, qoida tariqasida, amenoreya rivojlanadi. Menstruel tsikl taxminan 4 haftadan so'ng tiklanadi, davolanishni to'xtatgandan keyin. Danazolning klinik samaradorligi preparatning dozasiga bog'liq: kasallikning I-II bosqichlarida kuniga 400 mg doza yetarli, III-IV bosqichlarda dozani 600-800 mg gacha oshirish mumkin. / kun.

Gestrinone (Nemestran) - 19-norsteroid hosilasi, antigonadotropik, antiestrogenik, antiprogestogen va androgen ta'sirga ega. Preparat tsiklning birinchi kunidan boshlab haftasiga 2 marta 2,5 mg dozada doimiy ravishda buyuriladi. Uning ta'siri ostida amenoreya paydo bo'ladi, hayz davri taxminan 4 haftadan so'ng tiklanadi, davolash tugaganidan keyin. 2 oydan keyin dismenoreya va disparuniyani davolash bemorlarning 55-60 foizida, 4 oydan keyin to'xtatiladi. - 75-100% da. Biroq, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, 18 oydan keyin. Nemestranom bilan davolash kursi tugagandan so'ng, bemorlarning 57% da og'riq sindromi takrorlanadi. Nemestranedan uzoq muddatli foydalanish aniq androgen va anabolik yon ta'sirlar tufayli cheklangan ta'sirlar (vazn ortishi, akne, seboreya, hirsutizm, ovozning chuqurlashishi, sut bezlarining qisqarishi, shishish), shuningdek, bosh og'rig'i, depressiya, issiq chaqnashlar, dispepsiya va allergik reaksiyalarning paydo bo'lishi.

### **Gonadotropinni chiqaradigan gormon agonistlari.**

GnRH-a endometriozning og'ir va infiltrativ shakllarini davolashda eng samarali hisoblanadi. Klinik amaliyotda quyidagi preparatlar qo'llaniladi: sinarel, zoladex, diferelin, dekapeptil-depot, buserelin va lyukrin. Endometriozni davolash uchun GnRH-a depo shakllari, mushak ichiga in'ektsiya, teri osti implantlari qo'llaniladi, ular tsiklning 2-4 kunidan boshlab har 28 kunda bir marta qo'llaniladi va har kuni intranazal spreylarni qo'llash bilan terapiya ham mumkin. GnRH a dan foydalanganda endometrioid o'choqlarida atrofik o'zgarishlar bilan kechadigan aniq gipoestrogenizm holati shakllanadi, bu davolanishdan oldin va keyin olingan ektopik endometriumning biopsiya namunalari gistologik tekshirish natijalari bilan tasdiqlanadi, ammo o'choqlarni to'liq yo'q qilish mumkin emas. kuzatilgan. GnRH-a davolash fonida dismenoreya yo'qoladi, keyin 3-4 oydan keyin to'sda og'riq yo'qoladi. - disparuniya, aG-RH ni davolash, shuningdek, boshqa usullar, shu jumladan jarrohlik, kasallikning qaytalanishini oldini olmaydi, ayniqsa endometriozning chuqur shakllarida. Terapiya kursi tugaganidan keyin 5 yil o'tgach, endometriozning takrorlanish chastotasi 53% ni tashkil qiladi, og'ir, infiltrativ shakllarda esa 73% ga etishi mumkin.

GnRH terapiyasi fonida estrogen etishmovchiligi rivojlanadi, klinik jihatdan issiq chaqnashlar (bemorlarning 90 foizida kuniga 20-30 martagacha), vaginal shilliq qavatning qurishi, libidoning pasayishi, hajmining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Sut bezlari, uyqu buzilishi, hissiy labillik, asabiylashish, bosh og'rig'i, og'riq va bosh aylanishi. Gipoestrogenizmning yana bir oqibati - bu BMD ning 6-8% ga tezlashtirilgan pasayishi, bu preparatni qo'llash to'xtatilgandan keyin har doim ham to'liq tiklanmaydi. BMD ning pasayishi davolash kursining davomiyligini cheklaydi va takroriy terapiya kurslariga qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Shu munosabat bilan, osteoporoz rivojlanish xavfi bo'lgan ayollarga GnRH ni buyurishdan oldin, densitometriyani o'tkazish tavsiya etiladi. Shu sababli, GnRH-a o'smir bemorlarda endometriozni davolash uchun ishlatilmasligi kerak.

GnRH-a ning "qaytish" terapiyasi bilan kombinatsiyasi ularni 6 oydan ko'proq vaqt davomida qo'llash imkonini beradi, bu kasallikning chuqur infiltrativ shakllari, boshqa dorilar bilan davolash mumkin bo'lmagan kuchli og'riq sindromi, qaytalanish yoki davomiylik uchun zarurdir. Retroservikal endometrioz o'choqlarining III-IV tarqalish bosqichlari va ularni to'liq olib tashlashning mumkin emasligi, adenomiyozning diffuz nodulyar va kistoz shakllarida operatsiyadan oldin va keyin, tos a'zolarida rekonstruktiv plastik jarrohlikdan keyin va boshqalar. 15 ta RCTning meta-tahlilida. Simptomatik endometriozli 910 ayol estrogen-progestogendan foydalanish "qaytariladigan" ekanligi aniqlandi. Terapiya GnRH-a bilan davolash paytida va 12 oydan keyin lomber umurtqa pog'onasida suyak zichligini saqlaydi.

GnRH-a terapiyasining uzoq muddatli kurslari va takroriy jarrohlik davolash tuxumdonlar zaxirasining pasayishiga va erta menopauzaning rivojlanishiga yordam beradi, bu esa estrogen yetishmovchiligi bilan bog'liq sog'liq uchun xavf mavjudligini anglatadi. Shu munosabat bilan, ayniqsa, yosh ayollarda radikal jarrohlik davolashdan so'ng (gisterektomiya, ayniqsa ikki tomonlama ooferektomiya bilan) gormonlarni almashtirish terapiyasini buyurish kerak bo'lishi mumkin. Gormon terapiyasi bo'yicha tavsiyalar quyidagilar:

- KOKlar va uzluksiz og'iz progestogen monoterapiyasi tashqi genital endometriozga shubha qilingan, kist shakllarining yo'qligi va adenomyozni davolashning birinchi qatori sifatida ko'rib chiqilishi kerak.
- GnRH-a yoki LNG-IUSni ikkinchi bosqichli terapiya deb hisoblash kerak;
- GnRH bilan monoterapiya 6 oydan ortiq bo'lmagan muddatga, uzoqroq foydalanish uchun - faqat "qaytish" gormon terapiyasi bilan birgalikda amalga oshirilishi mumkin.

Endometrioz patogenezida ortib borayotgan aromataza faolligining roli aniqlanganligi sababli, endometriozning doimiy takroriy shakllarini kompleks davolashda Arimidex kabi aromataza ingibitorlaridan (AI) foydalanishga harakat qilindi. Yosh ayollarni davolashda AI dan foydalanishning qiyinligi shundaki, tuxumdonlar funksiyasini ishlatishdan oldin o'chirib qo'yish kerak, shuning uchun bu dorilar postmenopozal ayollarni davolash uchun ko'proq mos keladi.

#### **ESLATMA:**

- GnRH-a terapiya "qaytish" estrogen terapiyasi bilan birgalikda va Progestogenlar endometrioz uchun samarali davo hisoblanadi. Shu vaqt ichida terapiya, mineral zichligini kuzatish kerak
- suyak to'qimasi; shuningdek, qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarini baholash,
- gemostaz

#### **Kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlarini qo'llash mumkin emas**

"Qaytish" terapiyasi, bu maqsadda postmenopozal ayollarda ko'krak bezi saratonini davolash uchun gormonlarni almashtirish terapiyasi uchun dorilarni qo'llash yaxshiroqdir, ular boshqa gormonal dorilar kabi tos a'zolaridagi og'riqlar intensivligini kamaytirishda samaralidir. Tuxumdonlar va yog 'to'qimalari, reproduktiv yoshdagi ayollar, bu muqarrar ravishda FSH darajasining oshishiga va follikulyar tuxumdon kistalarining shakllanishiga olib keladi. Uzoq muddatli AI terapiyasi bilan bog'liq yana bir muammo suyaklarning yo'qolishidir, shuning uchun yosh ayollarni davolashda AI FSHni bostirishga olib keladigan COCs yoki progestogenlar kabi dorilar bilan birgalikda ishlatilishi kerak, ammo bu

davolanish narxini oshiradi. Ikki tadqiqot natijalari 6 oydan keyin og'riq intensivligining pasayishini ko'rsatadi. Yuqori dozalarda NETA yoki COCs bilan birgalikda AIlarni kunlik iste'mol qilish. Ikkala tadqiqot ham endometriozli ayollarda birinchi darajali davolanishga javob bermagan ayollarda tos bo'shlig'idagi og'riqni sezilarli darajada yengillashtirishni ko'rsatdi (lekin to'liq emas). BMD 6 oy davomida barqaror bo'lib qoldi. Keyingi tadqiqotlar, AIlarni umumiy foydalanish uchun tavsiya etishdan oldin, endometrioz bilan bog'liq og'riqli ayollarni davolashda uzoq muddatli foydalanish uchun xavfsiz va samarali bo'lishini aniqlash kerak.

Amerika Reproktiv Tibbiyot Jamiyati (ASRM) mutaxassislarining fikriga ko'ra, bepushtlik bilan kechadigan endometriozni dori vositalaridan foydalangan holda (agar ko'rsatilgan bo'lsa) uzoq muddatli davolash rejasini ishlab chiqish kerak bo'lgan kasallik sifatida ko'rib chiqish kerak. Takroriy jarrohlik aralashuvlarni istisno qiling. Bugungi kunga qadar endometriozni davolash uchun tavsiya etilgan strategiyalarning hech biri uning to'liqligiga olib kelmadi, shifo topdi va relapslarning oldini olishga imkon bermadi, bu uning etiopatogenezi asosidagi ko'plab polisistemik kasalliklar bilan bog'liq. Ba'zi hollarda endometrioz uchun yagona davolash fokusni to'liq jarrohlik yo'li bilan yo'q qilish bo'lishi mumkin.

## **5.5 PSIXOIJTIMOIIY REABILITATSIYA**

Endometriozning kechishi ko'p hollarda psixologik farovonlik, jinsiy salomatlik, hayot sifatining pasayishi va ayollarning ijtimoiy chetlanishiga olib keladi. Somatik simptomlarni tushunishni psixologiya va nevrologiya sohasidagi so'nggi tadqiqotlar bilan birlashtiradigan biopsikososyal model endometriozni davolashda multidisipliner yondashuvni taklif qiladi.

### **Ruhiy va jinsiy patologiya.**

Chegaradagi ruhiy patologiya endometriozga xos emas, bu klinik ko'rinishning o'ziga xos xususiyatlariga bog'liq. Surunkali og'riq sindromi fonida ko'pincha somatogen depressiya shakllanadi. Og'riq sindromining og'irligiga

qarab, hissiy-affektiv holatlar subklinik darajaga etib borishi mumkin, ular kayfiyatning bir oz sezilarli pasayishi, xavotirning namoyon bo'lishi, sog'liq va kelajak haqida tashvishli qo'rquvlar bilan namoyon bo'ladi. Boshqa hollarda giperesteziya, asabiy zaiflik, charchoqning kuchayishi, zaiflik, ko'z yoshi bilan asteno-depressiv, asteno-gipoxondriak sindromlar shakllanadi. Depressiv gipoxondriak sindromning shakllanishi bilan, mumkin bo'lgan kunlik dinamika bilan kayfiyatning sezilarli pasayishi kuzatiladi, anhedoniya (zavq tuyg'usini yo'qotish, hayot quvonchi), o'z joniga qasd qilish niyatlari mumkin.

Endometrioz uchun jinsiy kasalliklarning eng o'ziga xos xususiyati libido, orgazm funksiyasi, qo'zg'alish, moylash va psixologik qoniqishning ikkilamchi pasayishi bilan chuqur disparuniyadir. Depressiya fonida jinsiy patologiya kuchayadi.

### **Endometriozda ruhiy va jinsiy patologiyani davolash usullari**

Jiddiy affektiv patologiya bilan bemorning ruhiy holatini baholagandan so'ng terapevtik taktikani tanlaydigan psixiatr yoki psixoterapevt bilan maslahatlashish zarur. Psixotrop davolash antidepressantlar bilan monoterapiya yoki trankvilizatorlar va antipsikotiklar bilan birgalikda amalga oshiriladi. Endometriozni konservativ davolashda psixoterapiya qat'iy tashvishli reaksiyalarni bartaraf etishga yordam beradi, asteniya, qo'rquv, gipoxondriya, depressiya, shuningdek yurak-qon tomir, nafas olish, ovqat hazm qilish, genitouriya tizimlarining avtonom kasalliklariga ta'sir qiladi. kasallik. Psixoterapevtik davolash bemorlarda sog'lig'ining buzilishiga faol munosabatni shakllantiradi, hayot, oila va jamiyat haqida ijobiy tasavvurni tiklaydi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashda psixoterapiya tananing tabiiy himoya reaksiyalarini rag'batlantiradi va normallantiradi, biologik terapevtik ta'sirlarning samaradorligini oshiradi, ijobiy terapevtik istiqbolni shakllantirishga va funksiyani tiklashga yordam beradi va kech operatsiyadan keyingi davr ijtimoiy o'qishni osonlashtiradi va hayot sifatini yaxshilaydi. Endometrioz davrida shikoyatlarga ko'ra, gipnozuggestiv psixoterapiya, avtogenik trening, musiqa terapiyasi, shaxsiyatga

yo'naltirilgan terapiya, neyrolingvistik dasturlash, guruh terapiyasi kabi psixoterapiya usullari qo'llaniladi, ammo kognitiv xatti-harakatlar terapiyasi eng samarali hisoblanadi. Fizioterapiya va psixoterapiyani biofeedbackni o'z ichiga olgan holda birlashtirgan integral usullar, surunkali og'riq sindromini konservativ davolashda umumiy ta'sir va mahalliy ravishda tos bo'shlig'iga yo'naltirilgan ta'sir mushaklarning progressiv bo'shashishiga, tashvish va depressiyani tuzatishga va jinsiy funktsiyani yaxshilashga olib keladi. Hozirgi vaqtda endometriozni jarrohlik davolashdan so'ng ayollarning jinsiy salomatligini o'rganish, er-xotinning jinsiy moslashuvi tavsiya etiladi. Jinsiy funktsiyani tiklashga qaratilgan maslahatlar, ayolning jismoniy holatining xususiyatlarini hisobga olgan holda, har ikkala hamkorning maqbullik doirasini kengaytiradi. Endometrit bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun oldindan tuzilgan va tabiiy jismoniy omillar: jinsiy funktsiyani yaxshilash. Hozirgi vaqtda endometriozni jarrohlik davolashdan so'ng ayollarning jinsiy salomatligini o'rganish, er-xotinning jinsiy moslashuvi tavsiya etiladi. Jinsiy funktsiyani tiklashga qaratilgan maslahatlar, ayolning jismoniy holatining xususiyatlarini hisobga olgan holda, har ikkala hamkorning maqbullik doirasini kengaytiradi. Endometrit bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun oldindan tuzilgan va tabiiy jismoniy omillar: jinsiy funktsiyani yaxshilash. Hozirgi vaqtda endometriozni jarrohlik davolashdan so'ng ayollarning jinsiy salomatligini o'rganish, er-xotinning jinsiy moslashuvi tavsiya etiladi. Jinsiy funktsiyani tiklashga qaratilgan maslahatlar, ayolning jismoniy holatining xususiyatlarini hisobga olgan holda, har ikkala hamkorning maqbullik doirasini kengaytiradi. Endometrit bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun oldindan tuzilgan va tabiiy jismoniy omillar:

1. Past chastotali impulsli oqimlar - diadinamik, sinusoidal modulyatsiyalangan, o'zgaruvchan, interferentsiya, to'rtburchaklar (elektrotrankvilizatsiya), transkutan elektr nerv stimulyatsiyasi. Impuls oqimlari aniq analjezik va sedativ ta'sirga ega, ammo ular estrogenni ogohlantiruvchi ta'sir ko'rsatmaydi. Dorivor moddalarning, xususan, yodning impulsli oqimlardan foydalangan holda elektroforezi preparatning kichik dozalarini yuborishga imkon

beradi, kichik dozalarda uning terida 3 haftagacha cho'kishiga yordam beradi. va uning asta-sekin qonga kirishi, tos bo'shlig'ida to'planishi kasallikning surunkali kursida katta ahamiyatga ega, chunki yallig'lanish o'chog'ida to'planib, yod ionlari o'zgarishlar va ekssudatsiyani inhibe qiladi, reparativ regeneratsiya jarayonlarini rag'batlantiradi ( biriktiruvchi to'qimalarning kollagen va elastik tolalarini tuzing). Biroq, agar bemorda urolitioz yoki xolelitioz bo'lsa, impulsli oqimlardan foydalanish mumkin emas. Davolash hayz davrining 5-7 kunida (asiklik qon ketish, og'riqning kuchayishi ko'rinishidagi noadekvat reaksiyaning oldini olish uchun) prezervativ yoki COC bilan mexanik kontratsepsiya fonida boshlanadi. Impulsli oqimlar bilan davolashda keyingi ta'sir muddati kamida 2-4 oy.

2. Har xil xususiyatlarga ega past chastotali magnit va elektromagnit maydonlar - magnitoterapiya (doimiy, o'zgaruvchan, pulsatsiyalanuvchi, impulsli, harakatlanuvchi magnit maydon), impulsli elektromagnit maydon. Termal va estrogenni ogohlantiruvchi ta'sirlar bo'lmasa, magnitoterapiya yallig'langan to'qimalarning hujayra membranalarining o'tkazuvchanligini tiklash, yallig'lanishni yo'q qilish tufayli aniq mahalliy yallig'lanishga qarshi, gipokoagulyant, desensibilizatsiya qiluvchi, og'riq qoldiruvchi, vazoaktiv, metabolizmni rag'batlantiruvchi ta'sirga ega. shish va undan kelib chiqqan og'riq. Biologik to'qimalarning yuqori magnit o'tkazuvchanligi magnit maydonlarining deyarli har qanday chuqurlikka kirib borishini ta'minlaydi, bu katta hajmdagi jarrohlik aralashuvi uchun (50 Gts chastotali magnit maydon va 35 mT induktans yordamida) juda muhimdir. Ham mahalliy (tos bo'shlig'ida), ham umumiy sedativ ta'sir ko'rsatadigan umumiy magnit terapiya qo'llaniladi. Impulsli elektromagnit maydon markaziy va avtonom nerv tizimining holatini normallantiradi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi. Magnetoterapiya asosan operatsiyadan keyingi erta davrda amalga oshiriladi.

### **Endometriozni davolashda jismoniy omillardan foydalanishning asosiy ko'rsatkichlari:**

- Endometrioz I-II tarqalish bosqichlari, tezda tasdiqlangan; uzoq muddatli gormon terapiyasi bilan tanaffus.



Bu holda fizioterapiya asosiy davolash variantini - gormon terapiyasini to'ldiradi.

Fizioterapiyaning maqsadlari kamaytirishdir

og'riq zo'ravonligi, trofik, yallig'lanishga qarshi, yopishqoqlikka qarshi ta'sir.

Elektroterapiyadan foydalanish ko'rsatiladi: impulsli oqimlar yordamida past chastotali impulsli oqimlar yoki yod elektroforezi bilan terapiya.

Jarayonlar kuniga 1-3 marta, kurs 20-30 protseduradan iborat. Elektroterapiyani terapevtik vannalar (yod-brom, ignabargli, bishofit) bilan birlashtirish maqsadga muvofiqdir. Ammo shuni yodda tutish kerakki, bunday terapiya fonida COCni qo'llashda keskin qon ketish xavfi mavjud. Elektromagnit va magnit maydonlarning ta'siriga o'tish orqali bunday salbiy reaksiya xavfini kamaytirish mumkin. Ko'pincha fizioterapiya gormonal terapiya kurslari o'rtasida amalga oshiriladi. Gormonal va fizioterapiyaning alternativ kurslari ikkinchi darajali gormonlarni ishlatmaslik (yoki qabul qilishni kechiktirish) va gestagens yoki COCs bilan davolash imkonini beradi.

- Bemorlarning yoshligi. O'smirlarni davolashda fizioterapiya bir necha usulda qo'llanilishi mumkin,

ayniqsa dismenoreya bilan empirik terapiya sifatida. Jismoniy omillar NSAID va gormonlarni qo'llash bilan mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni bermaydi. Endometriozning tasdiqlangan tashxisi va gormonal terapiya bilan fizioterapiya yordamchi variant sifatida ishlatilishi mumkin, bu gormonal yukni kamaytiradi (va ba'zi hollarda uni almashtiradi) va iloji bo'lsa, davolanish kurslari orasidagi intervallarni ko'paytirish orqali salbiy oqibatlarning og'irligini kamaytiradi. , Jarrohlik aralashuvi vaqtini kechiktirish, psixoemotsiyani normallashtirish.- Qizning Nalnoe holati. Elektroterapiya, umumiy ignabargli, bishofit vannalari ko'rsatilgan. Yod-bromli vannalar va radon terapiyasi faqat 18 yoshdan oshgan bemorlarni muntazam oylik tsikl bilan davolashda amalga oshirilishi mumkin.

- Dorivor (gormonal) dorilarga nisbatan muhosasizlik va somatik yukni, ayniqsa keksa bemorlarda muqobil davolash. Kamdan-kam hollarda, ammo turli xil somatik patologiyalar, nojo'ya ta'sirlarning og'irligi yoki shaxsiy sabablarga ko'ra gormonlarni qabul qilishdan bosh tortish tufayli gormonlarga nisbatan intolerans

holatlari mavjud. Bunday hollarda bemorni davolashda jismoniy omillardan foydalanish variant bo'lishi mumkin. Elektropuls terapiyasi yoki yod elektroforezi impulsli oqimlar yordamida ko'rsatiladi, bu aniq analjezik ta'sir ko'rsatadi. Elektroterapiyani terapevtik vannalar (yod-brom, ignabargli, bishofit) bilan birlashtirish maqsadga muvofiqdir. Bunday bemorlar uchun radon terapiyasi variant bo'lishi mumkin.

- Surunkali tos a'zolaridagi og'riq sindromi uchun yordamchi terapiya. CPPda fizioterapiya har doim yordamchi hisoblanadi, chunki u gormonal terapiya bilan taqqoslanadigan analjezik ta'sirni ta'minlay olmaydi. Endometriozda og'riq paydo bo'lishining turli patogen mexanizmlarini hisobga olgan holda, jismoniy omillardan foydalanish faqat gormon terapiyasi fonida, gormonlar kurslari o'rtasida, operatsiyadan keyin mumkin. Impuls oqimlari, yod elektroforezi, gidro- va balneoterapiya qo'llaniladi. Bunday kompleks (kuniga 2-3 protsedura va umumiy terapevtik vanna) 2-4 oylik ta'sir muddati bilan aniq analjezik va umumiy sedativ ta'sir ko'rsatadi. Gormonlarni qo'llashda nojo'ya ta'sirlar kuzatilmaydi. Og'riq sindromi umumiy vannalar va vaginal sug'orish shaklida rhodon terapiyasining asosiy ko'rsatkichidir. Radon terapiyasining keyingi ta'sir muddati kamida 6 oy.

- Endometriozni jarrohlik davolashda operatsiyadan keyingi erta davrda bitishmalar va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan yallig'lanish asoratlarining oldini olish. Fizioterapiya jarohat jarayonining birinchi bosqichi - yallig'lanish bosqichining kechikishi va chuqurlashishiga yo'l qo'ymaydi, yara jarayonining birinchi bosqichining tugashi sababli operatsiyadan keyingi davrning asoratsiz o'tishini ta'minlaydi, imkon qadar erta fiziologik muddatlarga imkon beradi. o'zingizni standart dori terapiyasi bilan cheklang, bemorning kasalxonada qolish muddatini qisqartirishga yordam beradi. Davolashni operatsiyadan keyingi 1-kuni boshlash tavsiya etiladi. Intensiv rejimda oldindan tuzilgan jismoniy omillar (past chastotali magnitoterapiya, lazer terapiyasi, magneto-lazer terapiyasi, KuV nurlanishi) qo'llaniladi.

- Operatsiyadan keyingi kechki davrda tos bo'shlig'idagi bitishmalar, surunkali tos og'rig'i, progressiv endometriozning klinik ko'rinishini kompleks davolashda. Kasallikning klinik ko'rinishini shakllantirishning patogenetik mexanizmlarining multifaktorial xususiyatini hisobga olgan holda, bemorning oldingi jarrohlik muolajasi, gormon terapiyasi, fizioterapiya ham yordamchi terapiya sifatida qo'llaniladi. Shu bilan birga, kurortdan tashqari sharoitlarda kurort omillarini qo'llash bilan birgalikda ambulator elektroterapiya, shuningdek, oldindan tuzilgan jismoniy omillar, tabiiy kurort omillari (iqlim, balneo- va gidroterapiya) qo'llaniladigan ixtisoslashtirilgan sanatoriylarda davolanish mumkin. , psixo- va kinesiterapiya o'tkaziladi. Etarli jarrohlik aralashuvi 84,4% hollarda ijobiy klinik ta'sir ko'rsatadi, homiladorlik darajasi 23,1%, kasallikning qaytalanish darajasi 20,5% ni tashkil qiladi. Jarrohlik, gormonal va kurort muolajalarini qo'llash bilan birgalikda terapiyadan so'ng, klinik ta'sirga 83,8% hollarda erishiladi, homiladorlik darajasi 26,1%, kasallikning qaytalanish chastotasi 16,2% ni tashkil qiladi.

Endometriozda jismoniy omillardan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar:

- endometriozning kist shakllari - endometrioid tuxumdon kistalari
- jarrohlik davolashni talab qiluvchi endometriozning barcha shakllari;
- Endometrioz tarqalishining III-IY bosqichlari, chunki fizioterapiya dastlab samarali bo'la olmaydi va undan voz kechish kerak;
- chuqur psixo-emotsional buzilishlar, psixotrop dorilar bilan tuzatilgan asosiy kasallik fonida bemorning nevrozatsiyasi.

### **Maxsus savollar**

Endometrioz va tuxumdon saratoni bir nechta umumiy predispozitsiya qiluvchi omillarga ega: erta hayz ko'rish, qisqa hayz ko'rish, bepushtlik va kech menopauza. Endometrioz va tuxumdon saratonining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar quyidagilardan iborat: tubal sterilizatsiya, bu retrograd hayz ko'rishni oldini oladi; uzoq laktatsiya davri bilan bir nechta tug'ilish; kamida 5 yil davomida COCni qabul qilish. Endometrioz va saraton rivojlanishining molekulyar genetik mexanizmlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, genlardagi

mutatsiyalar: PTEN, p53 va BCL ham uzoq muddatli endometrioz o'choqlarida, ham tuxumdonlar, ko'krak va ichaklarning o'simta to'qimalarida topilgan. Kasallikning davomiyligi oshishi bilan saraton rivojlanish xavfi ortadi: endometriozning davomiyligi 10-15 yil davomida tanqidiy deb hisoblanishi mumkin.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, endometrioz, shuningdek, endokrin tizim, miya va Hodgkin bo'lmagan limfoma o'smalarining ko'payishi bilan bog'liq. Hozirgi vaqtda endometrioz va saratonning turli shakllari rivojlanishida detoksifikatsiya poligenlarini o'rganishga katta e'tibor qaratilmoqda, ularning polimorf variantlari oksidlovchi stressga olib kelishi mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, polixlorli bifenillar va dioksinlar kabi atrof-muhitni ifloslantiruvchi moddalar endometrioz va saratonning ayrim shakllari, masalan, ko'krak bezi saratoni va Hodgkin bo'lmagan limfoma rivojlanishining sababi hisoblanadi.

### **Endometriozda saratonning oldini olish.**

Ginekologik tekshiruv va / yoki tasvirlash usullari davomida aniqlangan barcha adneksal massalar diqqat bilan tekshirilishi kerak. Agar endometrioid tuxumdon kistasiga shubha bo'lsa, tuxumdon o'smalari bo'lgan ayollarni davolash bo'yicha tavsiyalarga amal qilish kerak, shu jumladan ultratovush tekshiruvi va CA-125 darajalari, garchi endometrioz bu darajaning oshishiga yordam berishi mumkin o'simta belgisi. Har qanday endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashda endometrioid to'qimalarning biopsiyasini gistologik tekshirish yo'li bilan birga keladigan malign jarayonni istisno qilish kerak. Terapevtik va diagnostik laparoskopiyadan so'ng, tashxisni tasdiqlash va endometriozning keng tarqalgan va infiltrativ shakllarini aniqlashda malign jarayonni istisno qilish uchun nafaqat qaytalanishning oldini olish, balki mumkin bo'lgan malign o'smalarning oldini olish uchun uzoq muddatli dori-darmonlarni davolash tavsiya etiladi. Shvetsiyalik olimlarning kasallikning uzoq davom etishi bilan ushbu xavfning oshishi haqidagi ma'lumotlarini hisobga olgan holda. Shu munosabat bilan, qo'llaniladigan terapiya usuli quyidagi xususiyatlarga ega bo'lishi kerak: metabolik neytrallik va yaxshi bardoshlik.

Ushbu ta'sirlarning ko'pchiligi danazol va GnRH-a bilan qayd etilgan, ammo bu dorilarni og'ir salbiy reaksiyalar tufayli uzoq muddat qo'llash mumkin emas. Muayyan afzalliklar progestogen terapiyasiga ega bo'lishi mumkin, bu intrauterin yoki og'iz orqali yoki COCs. Og'iz orqali gormonal terapiya nafaqat og'riq belgilarini yo'q qilish, balki yangi lezyonlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik va mavjud o'choqlarning regressiyasiga erishish uchun amenoreyaga olib keladigan dozada dorilarni qo'llash orqali doimiy ravishda amalga oshirilishi kerak.

Shu munosabat bilan, ayniqsa, medroksiprogesteron asetat (MPA) kabi samarali, ammo xavfsizlik nuqtai nazaridan undan ustun bo'lgan 2 mg / kun dozada progestogen dienogest alohida qiziqish uyg'otadi (dalillar darajasi Ib). Endometriozni davolash uchun MPA kuniga kamida 30 mg dozada og'iz orqali qo'llanilishi kerak, bu uning qoldiq androgen va glyukokortikoid ta'siri tufayli jiddiy salbiy reaksiyalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. In vitro va in vivo tadqiqotlarida dienogest kanserogeneznining asosiy bo'g'inlari bo'lgan epitelial va stromal endometrioid hujayralarining ko'payishi, apoptoz, migratsiya, infiltratsiya va neoangiogenez bilan bog'liq jarayonlarga faol ta'sir ko'rsatdi. Dienogest endometrioz patogenezida muhim aloqani yo'q qiladi - gormonal va yallig'lanishga qarshi kasalliklarning o'zaro bog'liqligi.

Dienogestning o'ziga xos xususiyatlarining kombinatsiyasi 90-yillarning oxiridan boshlab uning xususiyatlarini faol o'rganayotgan yapon tadqiqotchilariga preparatni saratonga qarshi dori sifatida tasniflash imkonini berdi. Ushbu kontseptsiyani tasdiqlash uchun klinik materialni keyingi to'plash talab qilinadi.

Tuxumdon saratonida o'lim darajasi yuqori va o'z vaqtida tashxis qo'yish uchun ishonchli belgilarning yo'qligi sababli oldini olish imkoniyatlari cheklanganligi sababli, endometrioz va tuxumdon saratonining ayrim shakllarining rivojlanishi o'rtasidagi mumkin bo'lgan bog'liqlik klinisyenlar e'tiborga olishlari kerak bo'lgan hayotiy klinik ahamiyatga ega. Ushbu kasalliklarga moyil bo'lgan ayollarni o'z vaqtida aniqlash uchun endometriozning malign o'zgarishiga olib kelishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak va shuning uchun yanada ehtiyotkorlik bilan kuzatish talab qilinishi mumkin.

## 6-BOB

Maxsus muammolar: Endometrioz va tuxumdon saratoni bir nechta umumiy predispozitsiya qiluvchi omillarga ega: erta hayz ko'rish, qisqa hayz davri, bepushtlik va kech menopauza. Endometrioz va tuxumdon saratonining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar quyidagilardan iborat: tubal sterilizatsiya, bu retrograd hayz ko'rishni oldini oladi; uzoq laktatsiya davri bilan bir nechta tug'ilish; kamida 5 yil davomida COCni qabul qilish. Endometrioz va saraton rivojlanishining molekulyar genetik mexanizmlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, genlardagi mutatsiyalar: PTEN, p53 va BCL ham uzoq muddatli endometrioz o'choqlarida, ham tuxumdonlar, ko'krak va ichaklarning o'simta to'qimalarida topilgan. . Kasallikning davomiyligi oshishi bilan saraton rivojlanish xavfi ortadi: endometriozning davomiyligi 10-15 yil davomida tanqidiy deb hisoblanishi mumkin.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, endometrioz, shuningdek, endokrin tizim, miya va Hodgkin bo'lmagan limfoma o'smalarining ko'payishi bilan bog'liq. Hozirgi vaqtda endometrioz va saratonning turli shakllari rivojlanishida detoksifikatsiya poligenlarini o'rganishga katta e'tibor qaratilmoqda, ularning polimorf variantlari oksidlovchi stressga olib kelishi mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, polixlorli bifenillar va dioksinlar kabi atrof-muhitni ifloslantiruvchi moddalar endometrioz va saratonning ayrim shakllari, masalan, ko'krak bezi saratoni va Hodgkin bo'lmagan limfoma rivojlanishining sababi hisoblanadi. Endometriozda saratonning oldini olish.

Ginekologik tekshiruv va / yoki tasvirlash usullari davomida aniqlangan barcha adneksal massalar diqqat bilan tekshirilishi kerak. Agar endometrioid tuxumdon kistasiga shubha bo'lsa, tuxumdon o'smalari bo'lgan ayollarni davolash bo'yicha tavsiyalarga amal qilish kerak, shu jumladan ultratovush tekshiruvi va CA-125 darajalari, garchi endometrioz bu darajaning oshishiga yordam berishi mumkin.

Har qanday endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolashda endometrioid to'qimalarning biopsiyasini gistologik tekshirish yo'li bilan birga keladigan malign jarayonni istisno qilish kerak. Terapevtik va diagnostik laparoskopiyadan so'ng, tashxisni tasdiqlash va endometriozning keng tarqalgan va infiltrativ shakllarini aniqlashda malign jarayonni istisno qilish uchun nafaqat qaytalanishning oldini olish, balki mumkin bo'lgan malign o'smalarning oldini olish uchun uzoq muddatli dori-darmonlarni davolash tavsiya etiladi. , Shvetsiyalik olimlarning kasallikning uzoq davom etishi bilan ushbu xavfning oshishi haqidagi ma'lumotlarini hisobga olgan holda. Shu munosabat bilan, qo'llaniladigan terapiya usuli quyidagi xususiyatlarga ega bo'lishi kerak: metabolik neytrallik va yaxshi bardoshlik

Ushbu ta'sirlarning ko'pchiligi danazol va GnRH-a bilan qayd etilgan, ammo bu dorilarni og'ir salbiy reaksiyalar tufayli uzoq muddat qo'llash mumkin emas. Muayyan afzalliklar progestogen terapiyasiga ega bo'lishi mumkin, bu intrauterin yoki og'iz orqali yoki COCs. Og'iz orqali gormonal terapiya nafaqat og'riq belgilarini yo'q qilish, balki yangi lezyonlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik va mavjud o'choqlarning regressiyasiga erishish uchun amenoreyaga olib keladigan dozada dorilarni qo'llash orqali doimiy ravishda amalga oshirilishi kerak.

Shu munosabat bilan, ayniqsa, medroksiprogesteron asetat (MPA) kabi samarali, ammo xavfsizlik nuqtai nazaridan undan ustun bo'lgan 2 mg / kun dozada progestogen dienogest alohida qiziqish uyg'otadi (dalillar darajasi Ib). Endometriozni davolash uchun MPA kuniga kamida 30 mg dozada og'iz orqali qo'llanilishi kerak, bu uning qoldiq androgen va glyukokortikoid ta'siri tufayli jiddiy salbiy reaksiyalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. In vitro va in vivo tadqiqotlarida dienogest kanserogeneznining asosiy bo'g'inlari bo'lgan epitelial va stromal endometrioid hujayralarining ko'payishi, apoptoz, migratsiya, infiltratsiya va neoangiogenez bilan bog'liq jarayonlarga faol ta'sir ko'rsatdi. Dienogest endometrioz patogenezida muhim aloqani yo'q qiladi - gormonal va yallig'lanishga qarshi kasalliklarning o'zaro bog'liqligi

Dienogestning o'ziga xos xususiyatlarining kombinatsiyasi 90-yillarning oxiridan boshlab uning xususiyatlarini faol o'rganayotgan yapon tadqiqotchilariga preparatni saratonga qarshi dori sifatida tasniflash imkonini berdi. Ushbu kontsepsiyani tasdiqlash uchun klinik materialni keyingi to'plash talab qilinadi. Tuxumdon saratonida o'lim darajasi yuqori va o'z vaqtida tashxis qo'yish uchun ishonchli belgilarning yo'qligi sababli oldini olish imkoniyatlari cheklanganligi sababli, endometrioz va tuxumdon saratonining ayrim shakllarining rivojlanishi o'rtasidagi mumkin bo'lgan bog'liqlik klinisyenlar e'tiborga olishlari kerak bo'lgan hayotiy klinik ahamiyatga ega. Ushbu kasalliklarga moyil bo'lgan ayollarni o'z vaqtida aniqlash uchun endometriozning malign o'zgarishiga olib kelishi mumkin bo'lgan omillarni aniqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak va shuning uchun yanada ehtiyotkorlik bilan kuzatish talab qilinishi mumkin.

## **6.1 ENDOMETRIOZ VA SARATON**

Endometrioz va saraton rivojlanish xavfining ortishi o'rtasidagi munosabatlar 1925 yilda tasvirlangan edi. J. Sampson endometriozning tuxumdon saratoniga malign o'zgarishi haqida xabar bergan, quyidagi mezonlarga amal qilgan holda: bir xil tuxumdonda saraton va endometriozning mavjudligi; o'xshash gistologik xususiyatlar; neoplazmaning boshqa asosiy manbasini istisno qilish. O'shandan beri bu bog'liqlik ko'plab epidemiologik va klinik tadqiqotlarda tasdiqlangan [Brinton LA. va boshqalar, 1997; Vercellini P. va boshqalar, 2000; Obata K., 2000; Melin A. va boshq., 2006], tuxumdon saratoni bilan kasallangan 79% hollarda endometrioz va tuxumdondan tashqari saraton o'rtasidagi munosabatlar haqida kamroq ma'lumot mavjud.

Endometrioz va epitelial tuxumdon saratoni (ERC) o'rtasidagi munosabatlar ko'p yillar davomida tadqiqot va munozaralar mavzusi bo'lib kelgan. Gistopatologik va molekulyar genetik ma'lumotlarga ko'ra, EOC tuxumdon saratonining barcha holatlarining 95% dan ortig'ini tashkil qiladi. EOC ning beshta asosiy kichik turi mavjud:



- yuqori darajada differensiallashgan seroz saraton (barcha EOK holatlarining 70%);
- endometrioid saraton (10%);
- shaffof hujayrali karsinoma (10%);
- yomon tabaqalangan seroz saraton (5% dan kam);
- shilimshiq saraton (3%).

Qo'shimcha tasnifga ko'ra, endometrioid, tiniq hujayrali, yomon differensiallangan seroz va shilimshiq saratonlar I tip EOC, yaxshi tabaqalangan seroz saraton esa II tip sifatida aniqlanadi. Ma'lumki, endometrioz bilan bog'liq saratonlar endometrioid yoki tiniq hujayrali karsinomalar bo'lib, ular I EOC turiga mos keladi. Faqat atipik endometrioz (atipik endometrioz atipiya va hujayralarning haddan tashqari ko'payishi bilan tavsiflanadi)

(taxminan. tarjimon), umuman endometrioz emas, balki endometrioid, shaffof hujayrali va, ehtimol, yomon differensiallangan tuxumdon saratonining "prekursori" deb hisoblanishi kerak. Atipik endometrioz faqat endometriotik to'qimalar biopsiyalarining 2-3 foizida aniqlanadi. Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, endometriozli ayollarda kasallikning rivojlanish xavfi nisbatan cheklangan chastotada (taxminan 50%) oshadi. Endometrioz va saratonning turli shakllari, ayniqsa tuxumdon saratoni o'rtasidagi munosabatlarni tushuntirish uchun ikkita faraz mumkin: birinchidan, endometrioid implantlar to'g'ridan-to'g'ri malign transformatsiya bo'lib, ehtimol atipik endometrioz deb ataladigan faza orqali; ikkinchidan, endometrioz va saraton ushbu kasalliklarning rivojlanishiga moyil bo'lgan umumiy mexanizmlar va / yoki omillarga ega (estrogen va progesteron retseptorlarining irsiy genetik polimorfizmlari, shuningdek, ularning metabolizmining eng muhim fermentlari, genomik beqarorlik, immun / angiogenik disregulyatsiya, qarshilik. apoptoz, toksinlarga ta'sir qilish, atrof-muhitda mavjud va boshqalar). Ikkinchi tushuntirish ko'proq afzalroq ko'rinadi.

Endometrioz odatda surunkali yallig'lanish kasalligi sifatida namoyon bo'lib, muhim sitokinlar va o'sish omillarini faollashtirish va inhibe qilishning murakkab tizimi bilan tavsiflanadi, bu saraton kasalligiga xos bo'lgan hujayralarning tartibga

solinmagan mitotik bo'linishi, o'sishi, differentsiatsiyasi va migratsiyasiga olib kelishi mumkin. Endometrioid to'qimalarning infiltratsion o'sishi va uning atrofidagi to'qimalarga kirib borish qobiliyati.

vayronagarchilik, endometrioz o'choqlari atrofida biriktiruvchi to'qima kapsulasi yo'qligi, metastazlanish tendentsiyasi va boshqa belgilar endometriozni o'simta jarayoniga yaqinlashtiradi.

Qorin bo'shlig'iga ta'sir qilganda, endometriyal to'qimalar immun tizimining omillari ta'sirida halokatdan qochish kerak. Makrofaglar, T- va B-limfotsitlar, tabiiy qatil (NK) hujayralar endometriyal va endometrioid hujayralar omon qolishi, bosib olinishi va ko'payishi yoki yo'q qilinishida muhim rol o'ynaydigan ko'rinadi [Sharpe-Timms va boshq., 2005, 2010; Osuga va boshqalar, 2011; Berbic va boshqalar, 2011). Makrofaglarning biriktirilishi fagotsitozning birinchi bosqichidir, ammo ular endometriumning shikastlanishi, hayz ko'rishi va endometriozli ayollarning evtopik endometriumida hosil bo'lgan glikozillangan haptoglobinning noyob shakli bilan bog'lanishi tufayli sezilarli darajada kamayadi, bu endometriumda bunday emas. endometriozsiz ayollar [Sharpe-Timms va boshq., 2002, 2005, 2010]. Boshqa tadqiqotlar endometriozli ayollarda sitostatik T-hujayralari va NK faolligining pasayishi, T-yordamchilar tomonidan sitokinlarning sekretsiyasi va B-limfotsitlar tomonidan otoantikorlarning ishlab chiqarilishini ko'rsatdi [Osuga va boshq., 2011; Berbic va boshqalar, 2011; Sikora, 2011 yil; Olovson, 2011]. Bundan tashqari, intranuklear omil kappa-B (NF-kB) ning transkripsiya faolligi yallig'lanishga qarshi hujayralar funksiyasini modulyatsiya qiladi, bu esa endometriozning boshlanishi va rivojlanishiga yordam beradi. Aholi orasida tuxumdon saratoni kam tarqalishiga qaramay, endometriozda uni aniqlashning ahamiyatsiz chastotasi (1% dan kam), endometrioz va tuxumdon saratoni o'rtasidagi bog'liqlik yuqori klinik ahamiyatga ega. Tuxumdon saratoni ginekologik saraton kasalliklarida o'limning asosiy sababi va saraton kasalligidan o'limning beshinchi sababidir. Kasallik o'ziga xos klinik ko'rinishlarning yo'qligi sababli erta bosqichlarda kamdan-kam hollarda tashxis qilinadi, u kech tashxis qo'yilgan noqulay prognoz va relapslarning yuqori

xavfi bilan tavsiflanadi. Amerikalik ayollarning umumiy populyatsiyasida o'tkazilgan RCTda, CA-125 skriningi va transvaginal ultratovush bir vaqtning o'zida o'tkazilganda, an'anaviy kuzatishlardagi kabi tuxumdon saratonidan o'lim darajasi aniqlandi [Buys SS va boshq., 2011] va tuxumdon saratoni tashxisi uchun skrining usuli sifatida yangi markerlardan foydalanishning klinik foydasi isbotlanmagan.

## **6.2 YOSH BO'YICHA ENDOMETRIOZ**

O'smirlar va postmenopozal ayollarda endometriozni tashxislash va davolashda alohida qiyinchiliklar yuzaga keladi, chunki ko'plab shifokorlar uning rivojlanishi faqat reproduktiv davrda mumkin deb hisoblashadi. O'smirlar va yosh qizlar o'rtasida endometrioznining juda yuqori tarqalishining sabablari, ayniqsa so'nggi paytlarda noaniq.

erta yoshda endometriozni aniqlash chastotasi ortib bormoqda. Postmenopozal ayollarda kasallik ayollarning 2-5 foizida aniqlanadi va bu gormonlarni almashtirish terapiyasi (HRT) bilan bog'liq emas.

Implantatsiya nazariyasi ko'plab tarafdorlarga ega bo'lsa-da, endometrioznining prepubertal yoshdagi ayollarda, bachadonning tug'ma yo'qligi va postmenopozda kuzatilishi ushbu kasallikning rivojlanishining yanada murakkab etiopatogenetik mexanizmlarini ko'rsatadi. Ayol jinsiy a'zolarining embrion differentsiatsiyasi jarayonida turli noqulay ekologik yoki genetik omillar tos bo'shlig'ida turli a'zolar va to'qimalarni shakllantirish uchun mo'ljallangan endometriyal ildiz (progenitor) hujayralarida epigenetik o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, bu esa asosiy genlarning ifodalanishiga salbiy ta'sir qiladi. Ushbu nazariya 11-12 yoshdagi bolalar va o'smirlarda endometrioznining rivojlanishi, shuningdek, endometrioznining jinsiy a'zolarining malformatsiyasi bilan tez-tez kombinatsiyasi bilan qo'llab-quvvatlanadi. Ayollarda endometrioznining rivojlanishiga kelsak, Postmenopozal davrda kasallik androstenedionning estrogenlarga yoki HRTga periferik konversiyasi tufayli de novo paydo bo'lishi mumkin degan fikr mavjud. Ko'rinib

turibdiki, aksariyat hollarda ushbu yosh davrlarida endometriozning rivojlanishida bir nechta etiopatogenetik omillar ishtirok etadi.

## **O'smirlarda endometrioz**

### **Epidemiologiya**

Butunjahon endometrioz assotsiatsiyasi ma'lumotlariga ko'ra, ayollarning 38 foizi 19 yoshga to'lgunga qadar kasallik belgilariga ega; 21% - 15 yoshgacha, 17% - 15 yoshdan 19 yoshgacha. Xalqaro Endometrioz Jamiyati (GSWH) homiyligida laparoskopik tasdiqlangan endometriozli 18-45 yoshdagi ayollarda o'tkazilgan tadqiqot o'rtacha 7 yil tashxis qo'yishini aniqladi. Bu, asosan, shifokorlar endometriozni erta yoshda tashxislashga tayyor emasligi bilan bog'liq edi. Ayollarning uchdan ikki qismi 30 yoshga to'lgunga qadar, atigi beshdan bir qismi esa 19 yoshga to'lgunga qadar o'zlarining alomatlarini uchun tibbiy yordamga murojaat qilishgan. 19-21 yoshgacha bo'lgan, dismenoreya va CPP bilan og'rikan, NSAID va COClarga javob bermagan qizlar orasida endometriozning tarqalishi, laparoskopiyaga ko'ra, 35,5 dan 73% gacha. Myullarning rivojlanishida anomaliyalarsiz I-III darajali sut bezlari rivojlanishi bilan hayz ko'rish yoshiga qadar qizlarda endometriozga o'xshash lezyonlar (tomirlarning proliferatsiyasi, gemosiderin konlari, stromaning mavjudligi, lekin endometriyal bezlar emas) aniqlangan. kanallar.

### **Klinik rasm**

O'smirlardagi endometriozning klinik ko'rinishi kattalar ayollaridagidan farq qilishi mumkin: bemorlarning taxminan 9,4% faqat tsiklik og'riqlardan shikoyat qiladilar, 90% dan ortig'i dismenoreya bilan yoki bo'lmagan asiklik og'riqlarga ega. Og'riq paydo bo'lishining dastlabki bosqichlarida u birlamchi dismenoreya bilan bog'liq va shuning uchun o'smirlik uchun "normal" belgilar deb ataladi. Bemorlarning shifokorga murojaat qilishlari odatiy hol emas, agar og'riq kundalik faoliyatni buzsa va ularning o'qishiga to'sqinlik qilsa. Shuni esda tutish kerakki, o'smirlarning 10 foizida dismenoreya ikkinchi darajali bo'lib, boshqa kasalliklar bilan bog'liq. Birlamchi dismenoreyani davolashda keng tarqalgan bo'lib qo'llaniladigan NSAID va COClarga javob bermagan bemorlarda ikkilamchi

dismenoreyadan shubha qilish kerak. Endometrioz o'smirlarda ikkilamchi dismenoreyaning eng keng tarqalgan sababidir. Birlamchi dismenoreya ovulyatsiya sikllari o'rnatilgan paytdan boshlab (o'rta va kech o'smirlik davrida) sodir bo'lganligi sababli, hayz ko'rgandan so'ng darhol (birinchi 6 oy ichida) dismenoreya rivojlanishi bachadon malformatsiyasi tufayli yoki allaqachon hayz ko'rish qon ketishining mumkin bo'lgan buzilishini ko'rsatishi mumkin. rivojlangan endometrioz. Shunday qilib, tos a'zolaridagi og'riqlar va dismenoreya bilan og'rigan yosh ayollarni differentsial diagnostika qilish va baholashda to'g'ri tashxis qo'yish va o'z vaqtida davolashda kechikishlarga yo'l qo'ymaslik uchun endometrioz ehtimolini hisobga olish muhimdir. ) bachadonning malformatsiyasi yoki allaqachon rivojlangan endometrioz tufayli hayz ko'rish qonining chiqishi mumkin bo'lgan buzilishini ko'rsatishi mumkin. Shunday qilib, tos a'zolaridagi og'riqlar va dismenoreya bilan og'rigan yosh ayollarni differentsial diagnostika qilish va baholashda to'g'ri tashxis qo'yish va o'z vaqtida davolashda kechikishlarga yo'l qo'ymaslik uchun endometrioz ehtimolini hisobga olish muhimdir. ) bachadonning malformatsiyasi yoki allaqachon rivojlangan endometrioz tufayli hayz ko'rish qonining chiqishi mumkin bo'lgan buzilishini ko'rsatishi mumkin. Shunday qilib, tos a'zolaridagi og'riqlar va dismenoreya bilan og'rigan yosh ayollarni differentsial diagnostika qilish va baholashda to'g'ri tashxis qo'yish va o'z vaqtida davolashda kechikishlarga yo'l qo'ymaslik uchun endometrioz ehtimolini hisobga olish muhimdir.

Reproduktiv tizimning konjenital anomaliyalari, bu kasallikning rivojlanishi uchun eng muhim xavf omili sifatida, endometriozli o'smirlarning 11 foizida aniqlanadi va aksincha, kasallik 76 foiz bemorlarda tashxis qo'yilgan. Myuller kanallari va hayz ko'rgan qon ketishining buzilishi. Shuni esda tutish kerakki, bunday hollarda jarrohlik aralashuv faqat hayz ko'rish qonining chiqishi uchun to'siqlarni bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak, bu esa kelajakda endometriozning barcha belgilarining regressiyasiga olib kelishi mumkin.

## **Diagnostika**

Yosh bemorlarda tashxis qo'yish quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: diqqat bilan anamnez olish; yoshga mos tekshiruv; ko'rsatkichlar bo'yicha rekto-abdominal tekshiruv; ultratovush va MRI yordamida tos a'zolarini vizualizatsiya qilish, bu tos a'zolarining malformatsiyasiga shubha qilingan taqdirda alohida ahamiyatga ega. Endometrioz bilan og'rigan o'smirlarni tekshirishda har qanday anormallik kamdan-kam hollarda aniqlanadi, chunki ularning ko'pchiligi erta bosqichda kasallikka ega. CPP bilan og'rigan o'smir qizlarning taxminan 70% endometriozga ega bo'lganligi sababli, ushbu guruh bemorlar, yoshidan qat'i nazar, barcha kerakli diagnostika tadqiqotlarini o'tkazishlari kerak. O'smirlarda jarrohlik davolash vaqti bo'yicha aniq tavsiyalar yo'q; da ko'rsatilgan tuxumdon hududida volumetrik shakllanishlar (endometrioid kist) mavjud bo'lganda, dori terapiyasi bilan bartaraf etilmaydigan kuchli umumiy tos og'rig'i. Funktsional tabiatning kistalarini istisno qilish uchun 1-2 hayz davrini kuzatish kerak. Laparoskopiya uzoq muddatli dori terapiyasini boshlashdan oldin endometrioz tashxisini tasdiqlashi mumkin. Laparoskopiya, agar ko'rsatilsa, tajribali jarroh tomonidan amalga oshirilishi kerak. Shuni esda tutish kerakki, yosh bemorlarda endometrioid lezyonlar ko'pincha engil pufakchalar va qizil lezyonlar shaklida aniqlanadi va kamroq - "chang kuyishi" ko'rinishidagi klassik lezyonlar. Og'riqni yo'qotish uchun endometrioz o'choqlarini olib tashlash yoki yo'q qilish kerak.

## **Davolash**

Endometriozli yosh bemorlarni davolashda "bosqichma-bosqich" yondashuvni qo'llash kerak. Endometrioid tuxumdon kistalari jarrohlik davolashni, tos a'zolarini laparoskopik tekshirishni, minimal invaziv jarrohlik va operatsiyadan keyingi rehabilitatsiyani talab qiladi. NSAID va COClarni empirik qo'llash dismenoreya bilan og'rigan o'smirlarning ko'pchiligida birinchi darajali terapiya sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. Zamonaviy past dozali KOKlar yaxshi yon ta'sirga ega, hayz ko'rishni bostiradi va og'riqni yo'qotadi, eng muhimi, doimiy ravishda qabul qilinganda kasallikning rivojlanishini oldini oladi. Doimiy ravishda qo'llaniladigan progestinlar ham samarali, yaxshi muhosaba qilinadi,

endometrioid to'qimalarning desidualizatsiyasini, keyin atrofiyasini keltirib chiqaradi va uning implantatsiya qilish qobiliyatini bostiradi va anti-proliferativ, yallig'lanishga qarshi, immunomodulyator va anti-angiogen ta'sirlarning kombinatsiyasi orqali o'sish. Kuniga 2 mg dozada Dienogest boshqa progestinlarga nisbatan BMDni ushlab turish nuqtai nazaridan ma'lum afzalliklarga ega, tuxumdonlarda estrogen ishlab chiqarishga kamroq aniq inhibitiv ta'sir ko'rsatadi, shuningdek metabolik kasalliklarga va akne paydo bo'lishiga olib kelmaydi. antiandrogenik ta'sir tufayli, bu holda muhim ko'rinadi. bemorlar populyatsiyalari. Yosh bemorlar uchun zarur bo'lgan batafsil ko'rsatmalar (ayniqsa, doimiy rejim bilan) ayniqsa muhimdir.

Har kuni bir vaqtning o'zida COCs (preparatga qarab 21-24 kun davomida faqat gormon-faol tabletkalar) yoki progestogenlarni qabul qiling, chunki rejim buzilganida keskin qon ketish paydo bo'lganda, ular odatda juda og'riqli tarzda qabul qilinadi, bu esa rad etishga olib kelishi mumkin. keyingi davolanish. Siz uyali telefon aloqasining afzalliklaridan birini olishingiz mumkin: ma'lum vaqt uchun ovozli signalni o'rnatish yoki o'zingizga SMS-xabarlarini yuboring, bu yoshlar muhitida ijobiy qabul qilinadi.

Og'ir holatlarda, GnRH-a terapiyasi faqat 18 yoshdan oshgan qizlarga berilishi kerak, chunki bu terapiyaning BMDga mumkin bo'lgan salbiy ta'siri, agar suyak massasining eng yuqori darajasi hali erishilmagan bo'lsa. Ushbu dorilarni "qaytish" terapiyasi bilan birgalikda buyurish kerak, shu bilan birga suyak to'qimasini normal holatda saqlash (etarli miqdorda kaltsiy va D vitamini iste'mol qilish) va Z-shkoridan foydalangan holda BMD ni diqqat bilan kuzatib borish bo'yicha qo'shimcha tavsiyalar berilishi kerak. . So'nggi yillarda ko'plab yosh ayollarda vazn yo'qotish istagi tufayli ovqatlanish buzilishi, ortiqcha jismoniy mashqlar / noto'g'ri ovqatlanish yoki bu omillarning kombinatsiyasi paydo bo'ldi. Bundan tashqari, BMD ning pasayishi quyoshdan himoya qiluvchi vositalarning keng qo'llanilishi tufayli organizmda D vitaminining etarli darajada ishlab chiqarilmasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

O'smirlarda turli xil dorilar bilan terapiyaning uzoq muddatli ta'sirini o'rgangan bir nechta tadqiqotlardan birida kasallikning rivojlanishining yo'qligi va to'g'ri tanlangan terapiyani uzoq muddat qo'llashda qayta operatsiya qilish zarurati tendentsiyasi kuzatildi.

Gormon terapiyasiga qo'shimcha ravishda, CPP bo'lgan kattalar ayollarda bo'lgani kabi, o'smirlar ham samarali bo'lishi mumkin bo'lgan psixososyal yordam va ba'zi muqobil terapiya (xulq-atvor terapiyasi, gevşeme, kognitiv terapiya, akupunktur va boshqalar) bilan davolanishi kerak.

Shunday qilib, taqdim etilgan ma'lumotlarga asoslanib, quyidagi xulosalar chiqarish mumkin:

- Endometrioz o'smirlarda ikkilamchi dismenoreyaning eng keng tarqalgan sababidir.
- Katta yoshdagi ayollardan farqli o'laroq, endometriozli o'smirlarda asiklik og'riqlar ko'proq uchraydi
- Endometrioz tashxisi qo'yilgan o'smirlarni tekshirishda kamdan-kam hollarda biron bir anomaliyani aniqlash mumkin, chunki ularning aksariyatida kasallik erta bosqichda bo'ladi.
- O'smirlarda laparoskopiya vaqtida yorug'lik pufakchalari va qizil o'choqlar ko'rinishida atipik endometrioid lezyonlar aniqlanadi.
- Endometrioid tuxumdon kistalari tuxumdon zahirasini saqlab qolish uchun laparoskopik qayta ko'rib chiqish, minimal invaziv jarrohlik talab qiladi.

### **Postmenopozda endometrioz.**

Menstrüel qon ketish endometriozning rivojlanishi va rivojlanishida muhim patogenetik aloqa bo'lganligi sababli, tabiiy yoki jarrohlik menopauza boshlanganidan keyin kasallikning xarakterli belgilari odatda o'z-o'zidan yo'qoladi va ayollarning umumiy holati sezilarli darajada yaxshilanadi. Biroq, menopauzadan keyingi ayollarda kasallikning takrorlanishining ko'plab holatlari, jinsiy steroidlar bilan gormonlarni almashtirish terapiyasi va ularsiz, shuningdek, birinchi marta tashxis qo'yilgan endometrioz misollari tasvirlangan. Turli



manbalarga ko'ra, postmenopozal ayollarda endometrioz bilan kasallanish 2-5% ni tashkil qiladi. Ushbu davrda bemorlarni davolashda shifokor oldida paydo bo'ladigan eng muhim masalalar: malign o'sma xavfi (ayniqsa invaziv shakllar va endometriomalarning mavjudligi) va agar ko'rsatilgan bo'lsa, HRT ehtimoli.

### **6.3 PATOGENEZ**

Postmenopozal ayollarda endometrioz muammolari bilan shug'ullanadigan ko'pchilik tadqiqotchilar kasallik androstenedionning estrogenlarga yoki HRTga periferik konversiyasi tufayli de novo paydo bo'lishi mumkinligiga ishonishadi. Endometrioid implantlarning implantatsiyasi va keyinchalik omon qolishi / rivojlanishi mexanizmlarida asosiy rol o'ynaydigan estrogenlarning mahalliy ishlab chiqarilishi isbotlangan. Albatta, reproduktiv yoshda aniqlanmagan endometriozning potentsial ehtimoli, uning takrorlanishi postmenopozda sodir bo'lgan, butunlay chiqarib tashlanishi mumkin emas. Bundan tashqari, har qanday omillar tufayli kelib chiqqan nisbiy immunosupressiya patogenetik aloqalardan biri bo'lishi mumkin

bu davrda ayollarda endometrioz rivojlanishi.

klirik shakllari.

Peritoneal endometrioz ko'pincha tuxumdonlari ishlaydigan reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi, postmenopozal ayollarda kasallikning ichak shakli va endometrioid tuxumdon kistalari ko'proq uchraydi.

Xarakterli klinik ko'rinishga ega bo'lmagan (surunkali tos a'zolari) postmenopozal ayollarda endometrioz rivojlanishining ko'plab klinik holatlari, ko'pincha endometrioma, shuningdek, ekstragenital lokalizatsiya (yo'g'on va ingichka ichak, siydik pufagi, siydik yo'llari, o'pka, jigar va operatsiyadan keyingi teri chandiqlari). og'riq, dismenoreya, bepustlik va boshqalar), bu kasallikning murakkab etiopatogenezini yana bir bor tasdiqlaydi. Postmenopozda endometrioz birinchi marta tashxis qo'yilgan ayollarning 70 foizida ichakning ma'lum bo'limlari patologik jarayonda ishtirok etadi (chastotaning kamayish tartibida): appendiks, ko'r ichak, yonbosh ichak va ko'ndalang ichak.

### **Malignite xavfi.**

Turli xil lokalizatsiyadagi endometrioz o'choqlarining mumkin bo'lgan malignligi haqida faol munozaralar davom etmoqda, bu ayniqsa postmenopozal ayollar uchun juda muhim, garchi uning chastotasi past (taxminan 0,9%). Endometriozning infiltratsion shakllari va endometrioid tuxumdon kistalari ayollarning ushbu populyatsiyasi uchun eng xos bo'lganligi sababli, shifokor ko'pincha onkologik kasalliklar bilan differentsial tashxis qo'yishi kerak. Ichaklar patologik jarayonda ishtirok etganda, tabiiy ravishda yo'g'on ichak saratoni mavjudligiga shubha paydo bo'ladi va shuning uchun jarrohlik aralashuv darajasini aniqlash uchun kolonoskopiya va aniqlangan shakllanishning maqsadli biopsiyasini o'tkazish kerak. Tuxumdon endometriozining aniq hujayrali va endometrioid tuxumdon saratoni rivojlanish xavfi ortishi bilan bog'liqligi aniqlandi. 9 sm diametrli endometrioid kistalarning mavjudligi 45 yoshli ayollarda tuxumdon saratoni rivojlanishi uchun muhim xavf omilidir. Shuni esda tutish kerakki, postmenopozal ayollarda endometriozning davom etishi bilan malign o'sma xavfi ortadi.

### **Endometriozli postmenopozal bemorlarni davolash.**

Endometrioid tuxumdon kistalari bilan - har doim jarrohlik davolash, ehtimol laparoskopik kirish orqali. Operatsiyaning ko'lami lezyonga bog'liq. Albatta, postmenopozal ayollarda tos bo'shlig'ida endometriozning infiltrativ shakllarini aniqlashning birinchi bosqichi diagnostik va terapevtik jarrohlik amaliyotini o'tkazishdir.

**MAQSAD.** Postmenopozal ayollarda endometriozni tibbiy davolash uchun dori vositalarining cheklangan tanlovini hisobga olgan holda, dienogestni (2 mg / kun) 10-11 oy davomida doimiy ravishda muvaffaqiyatli qo'llash tajribasi alohida qiziqish uyg'otadi. Kasallikning ekstragenital shakllari bo'lgan bemorlarda (sigmasimon ichak, to'g'ri ichak yoki siydik pufagining shikastlanishi bilan), bu og'riqning intensivligi va endometriotik tugunlar hajmining pasayishi bilan namoyon bo'ldi. Ma'lumotlar mavjud

postmenopozal ayollarda, ayniqsa og'ir ichak kasalliklari bo'lgan ayollarda ko'krak bezi saratonini davolash uchun aromataza inhibitörlerini qo'llash haqida, ammo ularning endometriozga qarshi uzoq muddatli samaradorligi va xavfsizligi o'rganilmagan. Gormonlarni almashtirish terapiyasini buyurish imkoniyati Endometrioz bilan og'rigan bemorlarni davolashda HRT dan foydalanishning maqsadga muvofiqligi masalasini muhokama qilish davom etmoqda, chunki qoldiq endometriozning qayta faollashishi va hatto de novo endometrioid implantlarning paydo bo'lishi nazariy jihatdan mumkin. Bir nechta RCT ma'lumotlari gormonal terapiya paytida kasallikning qaytalanish xavfi ortishidan dalolat beradi, ammo mualliflar bu imkoniyatni rektovaginal septumda qoldiq endometriozning mavjudligi va lezyonlarning to'liq olib tashlanmaganligi bilan bog'lashadi. Ushbu davrda endometriozning malignitesi xavfini o'rganishga bag'ishlangan ishlarda, ko'krak bezi saratoni uchun tamoksifen bilan davolangan ayollarda endometriozning bir nechta malignitesi tasvirlangan. Qanday bo'lmasin, og'ir takroriy kasallikda gormonal terapiyani buyurish imkoniyatini ehtiyotkorlik bilan ko'rib chiqish kerak, chunki endometriozning takrorlanishi og'riqning qayta tiklanishi, jarrohlik davolash zarurati va hatto qoldiq endometriozning malign degeneratsiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Shu bilan birga, GN-RH ni uzoq muddatli davolash va takroriy jarrohlik davolash tuxumdonlar zahirasining pasayishiga va erta / erta menopauzaning rivojlanishiga yordam berishi mumkin, bu estrogen etishmovchiligi (yurak-qon tomir kasalliklari, kognitiv pasayish) bilan bog'liq xavflarning paydo bo'lishini anglatadi. , Altsgeymer kasalligi, erta o'lim) va shuning uchun HRT zarurati. Evropa Menopauza va Andropauz Jamiyati (EMAS, 2010) pozitsiyasiga ko'ra, histerektomiya qilingan yoki qilinmaganidan qat'i nazar, doimiy kombinatsiyalangan terapiya rejimi tavsiya etiladi. Bu kasallikning qaytalanish xavfini va endometriozning qolgan o'choqlarining malignitesini kamaytirishga yordam beradi. O'simlik preparatlarini ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak, chunki ularning samaradorligi etarli darajada o'rganilmagan;

Shunday qilib, taqdim etilgan ma'lumotlarga asoslanib, quyidagi xulosalar chiqarish mumkin:

- Postmenopozal endometriozning tarqalishi 2-5% ni tashkil qiladi va kasallik foydalanish bilan bog'liq emas (HRT)
- Endometrioid tuxumdon kistalari va endometriozning ekstragenital shakllari (yo'g'on ichak va ingichka ichak, siydik pufagi, siydik yo'llari, o'pka, jigar va operatsiyadan keyingi teri chandiqlari) tez-tez aniqlanadi, ular doimo jarrohlik davolashni talab qiladi.
- Vazomotor simptomlarni yo'qotish uchun o'tkaziladigan estrogenlar bilan monoterapiya endometrioz o'chog'ining qayta faollashishiga yoki de novo shakllanishiga yordam berishi mumkin.

#### Tavsiyalar

- Agar endometrioid tuxumdon kistalari va kasallikning ekstragenital shakllari aniqlansa, onkologik hushyorlikni qo'llash kerak.
- Agar HRT buyurish zarurati tug'alsa, histerektomiya qilingan yoki o'tkazilmaganidan qat'i nazar, uzluksiz kombinatsiyalangan terapiya rejimidan foydalanish tavsiya etiladi (Dalillar darajasi III Endometriozning klinik ko'rinishlari: tos a'zolaridagi og'riqlar, bepustlik va hayz davrining buzilishi, shuningdek. kichik tosda o'simtaga o'xshash shakllanishlar (endometrioid kistalar) mavjudligi kabi.

Bemorni davolash taktikasi va terapiya usullarini tanlash simptomlarning og'irligini, endometrioz o'choqlarining lokalizatsiyasini, bemorning yoshini va uning reproduktiv funktsiyani tiklash istagini, davolanishning nojo'ya ta'sirini, shuningdek, kasallikning og'irligini hisobga olgan holda individual bo'lishi kerak. jarrohlik aralashuvining murakkabligi va terapiya narxi.

Tuxumdon endometriozida (endometrioid kistalar) onkologik ogohlantirish pozitsiyasidan, davolash samaradorligini oshirish va tuxumdonlar zaxirasini saqlashni hisobga olgan holda, iloji bo'lsa, laparoskopik kirish orqali jarrohlik davolash zarur. Barcha holatlarda kasallikni davolash taktikasi bemor bilan kelishilgan holda, bemorning roziligini hisobga olgan holda jarrohlik,

kombinatsiyalangan va dori-darmonlarni davolashning individual dasturi tanlanadi.

Davolash usullari:

- Kutilayotgan taktikalar.
- Og'riq qoldiruvchi va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash.
- siklik yoki uzluksiz rejimda estrogen-progestin o'z ichiga olgan og'iz kontratseptivlari (afzal)
- Gonadotropin chiqaradigan gormon (aGnRH) agonistlari + "qayta qo'shish" terapiyasi
- Og'iz orqali, parenteral yoki intrauterin progestinlar (LNG chiqaradigan intrauterin tizim)
- Danazol
- Gestrinon
- Konservativ (bachadon va tuxumdonlar to'qimasini saqlab qolish) yoki radikal (bachadon va ehtimol tuxumdonlarni olib tashlash) bo'lishi mumkin bo'lgan jarrohlik.
- Jarrohlik davolashdan oldin va/yoki undan keyin preparatlar buyuriladigan kombinatsiyalangan terapiya.

Laparoskopiya endometrioz tashxisi uchun "oltin standart" bo'lib, konservativ va radikal jarrohlik davolash imkonini beradi. Endometrioz o'choqlari va bitishmalarni olib tashlash generativ funktsiyani tiklashga yordam beradi, simptomlarning takrorlanishi yoki kasallikning rivojlanishini oldini oladi yoki kechiktiradi. Endometriozga shubha qilingan holda, endometrioid tuxumdon kistalari mavjud bo'lmaganda va, ehtimol, laparoskopiya tashxisi qo'yilgandan so'ng, kutish mumkin. Kasallikning rivojlanishining oldini olish uchun gestagens bilan konservativ davo uzluksiz samarali bo'ladi rejimi yoki COC.

Surunkali tos a'zolaridagi og'riqlarni davolash.

Surunkali tos a'zolarining og'rig'i va endometriozga shubha qilinganida (endometrioid kistalar bo'lmasa), laparoskopiya paytida aniq tashxis qo'yilgunga

qadar empirik tibbiy (sinov) terapiya o'tkazilishi mumkin. Bemorlarning 80-90 foizida dori terapiyasi paytida simptomlar sezilarli darajada kamaygan yoki simptomlarning og'irligi pasaygan, ammo bu turdagi terapiya tug'ilishni yaxshilamagan va endometrioid kist yoki bitishmalar hajmini kamaytirmagan. Shu munosabat bilan, bunday hollarda, shuningdek, volumetrik shakllanishlar bilan, laparoskopiya qilish va endometriozning o'chog'ini olib tashlash tavsiya etiladi.

COClar endometrioz bilan bog'liq og'riqni yo'qotish uchun keng va muvaffaqiyatli qo'llaniladi, chunki ular endogen estradiol darajasini pasaytiradi, ammo COC tarkibidagi estrogen komponentining kasallikning borishiga ta'siri to'g'risida ma'lumotlar etarli emas. Nazariy jihatdan, bunday terapiya fonida, preparatlarda estrogen komponenti mavjudligi sababli, istisno qilib bo'lmaydi.

endometrioz estrogenga bog'liq kasallik bo'lganligi sababli, uning xususiyatlariga qarab kasallikning rivojlanishi, rivojlanishi yoki takrorlanishining potentsial stimulyatsiyasi. Ushbu davolashning uzoq muddatli xavfsizligini tasdiqlovchi dalillar etarli emas. Tizimli tekshiruv shuni tasdiqladiki, dismenoreyadan farqli o'laroq, COClar surunkali tos a'zolaridagi og'riqlar va disparuniyaga aniq ta'sir ko'rsatmaydi, bu boshqa dorilar guruhlarini qo'llash maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi.

### **Endometrioid kistalarni davolash.**

Endometrioid kistalar endometriozning klinik ko'rinishlari bilan birga bo'lishi mumkin yoki ular tos a'zolarini tekshirish paytida tasodifan topiladi. Kistlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash tashxisni tasdiqlash, malign transformatsiyani istisno qilish va shoshilinch operatsiyani talab qilishi mumkin bo'lgan asoratlarning keyingi xavfini kamaytirish uchun majburiydir (masalan, kistning buralishi yoki yorilishi). Biroq, endometrioid kistalarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlaganingizdan so'ng, tuxumdonlar zahirasi kamayishi mumkin, shuning uchun tuxumdon to'qimasini maksimal darajada saqlab qolish uchun operatsiyani anatomik munosabatlarni tiklash uchun minimal invaziv texnologiyalardan

foydalangan holda ixtisoslashgan markazlarda tajribali jarrohlar bajarishlari kerak. to'sda, reproduktiv funktsiyani yaxshilash va og'riqni kamaytirish.

### **Chuqur endometrioz bilan bog'liq simptomlarni davolash.**

Chuqur, infiltrativ endometrioz - bu sakro-bachadon ligamentlari, rektovaginal septum, ichak, siydik yo'llari yoki siydik pufagini o'z ichiga olgan kasallikning infiltrativ shakllarini tavsiflash uchun ishlatiladigan atama. Etiologiya, intraperitoneal endometrioid implantlarning kiritilishi, pastki to'qimalarning yallig'lanishi yoki Myuller kanallarining retroperitoneal qoldiqlarining o'sishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Aseptomatik holatlarda, kutilayotgan davolanish mumkin. Tibbiy terapiya, agar siyish yoki ichak stenoz uchun to'siq bo'lmasa, og'ir alomatlari bo'lgan ayollar uchun ko'rsatiladi, ammo u samarali bo'lmasligi mumkin. Bundan tashqari, bunday hollarda endometriozning kursi surunkali bo'lib, shuning uchun dori terapiyasi to'xtatilgandan so'ng, taxminan 70% hollarda simptomlarning qaytalanishi mumkin.

Jarrohlik to's a'zolaridagi og'riqlar, disparuniya, diskeziya va pastki siydik yo'llarining simptomlari uchun samarali bo'ladi, ammo 4 va 8 yoshda takrorlanish darajasi mos ravishda 30% va 43% ni tashkil qiladi. Doimiy og'riqli ayollarda jarrohlikdan keyin tibbiy davolanish tavsiya etilishi mumkin va takroriy jarrohlik davolash (gistologik tashxis qo'yilgandan keyin). Adabiyotda endometriozning ushbu lokalizatsiyasining malignligi va kasallikning maskalanishi haqida xabarlar mavjud. Chuqur infiltrativ endometriozda rezektsiya qilingan to'qimalarning hajmi bo'yicha jarrohlar o'rtasida konsensus yo'q. Soqol olish (soqol olish) orqali to'qimalarni aksiz qilish mumkin. Ko'pincha rektovaginal septum va to'g'ri ichak devorini (ichak shilliq qavatining o'sishi bilan) yoki siydik pufagini, siydik chiqarish tizimining siqilish belgilari bilan distal siydik yo'llarini keng eksizatsiya qilish kerak, ammo bunday hajmdagi jarrohlik yuqori malakali davolanishni talab qiladi. qo'shni mutaxassisni (jarroh, urolog) jalb qilgan holda jarroh. Faqat histerektomiya va ikki tomonlama salpingo-ooforektomiyani bajarish endometriozning infiltrativ shakllari uchun etarli terapiya usuli emas. Quviqning mushak devorining endometrioid lezyonlari bo'lgan ayollarga siydik pufagining

rezektsiyasi ko'rsatiladi, bu odatda simptomlarni uzoq vaqt davomida bartaraf etishga olib keladi.

Chuqur endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolash operatsiyadan keyingi asoratlarning nisbatan yuqori xavfi bilan bog'liq, masalan, takrorlanish, qiyinchilik yoki siyishning yomonlashishi, rektal disfunktsiya yoki rektovaginal oqmalar. Asoratlarni oldini olish uchun operatsiyalarni tajribali jarrohlar (akusher-ginekolog, tegishli sertifikatlarga ega bo'lgan urolog yoki proktolog bilan birgalikda) va faqat ixtisoslashgan markazlarda bajarish kerak.

Tarix ma'lumotlari, klinik va molekulyar biologik tadqiqotlar natijalari va davolash samaradorligini baholash asosida genital endometrioz uchun differentsial diagnostika va terapevtik chora-tadbirlar tizimi ishlab chiqilgan.

Antenatal klinikada endometriozga shubha qilingan ayollarni tekshirishning

**I bosqichi** zararli mehnat sharoitlari va yashash joyini aniqlagan holda anamnezni batafsil o'rganishni, ko'rsatmalar bo'yicha tegishli mutaxassislarning maslahatini (asallanishni aniqlash va ekstragenital patologiyani istisno qilish uchun terapevt, proktolog, urolog) o'z ichiga oladi. ); umumiy qabul qilingan laboratoriya va instrumental tekshirish usullari; immunoassay fermenti yordamida CA 125, CA 19-9, CEA o'simta belgilarining kontsentratsiyasini o'rganish; ginekologik holatni baholash: tashqi jinsiy a'zolar, perineum, qin vestibyulining holati; ko'zgularda tekshirish (uzunligi, hajmi, bachadon bo'yni shakli, deformatsiya qiluvchi chandiqlar mavjudligi, patologik o'zgarishlar); smearlarni bakterioskopik tekshirish; bachadon bo'yni smearlarini onkotsitologik tekshirish; oddiy va kengaytirilgan kolposkopiya; Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi. Ko'rsatkichlarga ko'ra, bachadon tanasining shilliq qavati va bachadon bo'yni kanalining alohida diagnostik kuretaji amalga oshiriladi; bachadon bo'yni biopsiyasini histomorfologik tekshirish va dastlabki klinik tashxisni o'rnatish. Endometriozning kistli shakllari (endometrioid tuxumdon kistalari) aniqlansa, bemor jarrohlik davolash uchun yuboriladi. Og'riq bo'lmasa, yallig'lanish kelib chiqadigan genital organlarning aniqlangan patologiyasi uchun kompleks etiotrop terapiya buyuriladi, bunda antibakterial, yallig'lanishga qarshi,



immunomodulyatsion dorilar klinik amaliyotda umumiy qabul qilingan sxemalar bo'yicha qo'llaniladi. Bakterioskopik va bakteriologik tadqiqotlar ma'lumotlari. Agar siydik yo'llari yoki ichaklarning endometrioziga shubha qilingan bo'lsa, bemor tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun yuboriladi.

**II bosqich.** Bemor tashxisni tasdiqlash uchun ginekologik shifoxonaga yuboriladi - endoskopik tadqiqot usullari amalga oshiriladi: histeroskopiya, diagnostik va terapevtik laparoskopiya majburiy gistologik tekshirish bilan.

**III bosqich.** Tekshiruvdan so'ng L.V tomonidan taklif qilingan AFS tasnifiga va ichki endometriozning (adenomiyoz) klinik tasnifiga muvofiq klinik tashxis qo'yiladi. Adamyana va boshqalar. (1992) (fokal, nodulyar, kist, diffuz shakllar) va retroservikal endometrioz (bosqichlar va tarqatish variantlari). Qo'shimcha murakkab klinik-morfologik va molekulyar-biologik qo'shimcha tekshirish usullari asosida rivojlanish va takrorlanish prognozi, rejalashtirilgan dori terapiyasining ta'siri va xavf guruhlari va terapevtik taktikani shakllantirish bilan profilaktika choralarini tanlash aniqlanadi. Irsiy va allergik yuk bilan og'rigan bemorlar, hayz davrining buzilishi, peripubertal davrda tez-tez uchraydigan yuqumli va yallig'lanish kasalliklari, ayol jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish kasalliklari, oshqozon-ichak kasalliklari kasallikning rivojlanishi uchun xavf ostida.

**IV bosqich.** Dispanser kuzatuv majburiy ultratovush tekshiruvi va har 6 oyda bir marta CA 125 o'simta belgisi darajasini o'rganish bilan amalga oshiriladi. 24 oy ichida. Radikal jarrohlikdan so'ng, relapsga qarshi gormon terapiyasi ko'rsatilmaydi. Kastratsiyadan keyingi sindromning oldini olish uchun tuxumdonlar olib tashlanganidan keyin gormonlarni almashtirish terapiyasi samarali bo'ladi. Endometrioz bilan og'rigan bemorlar, hatto histerektomiyadan keyin ham, bachadon saqlanib qolgan ayollar deb hisoblanadilar va gormonal terapiyani (estrogen-progestin preparatlarini qo'llash) maxsus nazorat qilishni talab qiladilar. Shunday qilib, yosh ayollar orasida endometriozning tarqalishi, hayot sifatining keskin pasayishi, bepushtlik (mamlakatda va butun dunyoda demografik muammolarni hisobga olgan holda), qo'shni organlarning

shikastlanishi va davolash va reabilitatsiyaning yuqori narxini hisobga olgan holda.

#### **6.4 ENDOMETRIOZNING OZIQLANISHI VA XAVFI**

Oziqlanish omillari va endometrioizning rivojlanishi o'rtasidagi munosabatlar olimlar va klinisyenlarni qiziqtiradi, chunki ovqatlanish naqshlari ushbu patologiyaning rivojlanishidagi ko'plab patofizyologik aloqalarga ta'sir qilishi mumkin. Ushbu sharh potentsial o'zgartirilishi mumkin bo'lgan xavf omillarini aniqlash uchun ushbu mavzu bo'yicha tadqiqot natijalarini tizimlashtiradi.

Endometrioiz - bu gormonga bog'liq bo'lgan surunkali ginekologik kasallik bo'lib, u og'riq sindromi sifatida namoyon bo'ladi va reproduktiv yoshdagi ayollarning jismoniy va ruhiy salomatligiga ta'sir qiladi. 6-10% ga nisbatan yuqori tarqalganligiga qaramay, kasallikning etiologiyasi hali ham aniq emas. Mumkin sabab omillari orasida genetik, hayz ko'rish, atrof-muhit va turmush tarzi omillari mavjud.

Bugungi kunda o'zgartirilishi mumkin bo'lgan xavf omillarini o'rganish markazida ovqatlanish omillarining endometrioiz rivojlanishi bilan aloqasi alohida o'rin tutadi. Buning sababi shundaki, ovqatlanish odatlari endometrioizning rivojlanishi bilan bog'liq ko'plab fiziologik va patofizyologik jarayonlarga ta'sir qilishi mumkin, masalan, yallig'lanish, estrogen faolligi, hayz ko'rish sikllari, prostaglandinlar almashinuvi va boshqalar.

Qaysi oziq moddalar va oziq-ovqat guruhlari potentsial o'zgartirilishi mumkin bo'lgan xavf omillari bo'lishi mumkin? Taqdim etilgan sharh ushbu masala bo'yicha tadqiqot natijalarini tizimlashtiradi.

Endometrioiz bilan og'rigan ayollar kamroq sabzavot va omega-3 ko'p to'yinmagan yog'li kislotalarni va ko'proq qizil go'sht, qahva va trans yog'larini iste'mol qilishlari aniqlangan. Biroq, bu natijalar statistik ahamiyatga ega emas edi. Topilmalarning aksariyati mavjud eksperimental tadqiqotlar va hayvonlar modellari asosida muhokama qilindi. Xulosa qilib aytganda, dietani afzal ko'rish

va endometrioz o'rtasidagi muhim bog'liqlik haqidagi dalillar shubhali. Ko'rib chiqishning asosiy natijalari jadvalda jamlangan.

Jadval. Muayyan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilishning endometrioz rivojlanishi bilan bog'liq patologik jarayonlarga ta'siri.

oziq-ovqat mahsulotlari	Ta'sir qilish	Potensial jalb qilingan jarayonlar
Sabzavotlar	Muhokama qilingan ↓	Asosiy genlarda metil guruhlarini almashtirish yoki tiklash
Meva	Muhokama qilingan	Poliklorli bifenillarni o'z ichiga olgan mevalar interhormonal o'zaro ta'sirga kiradi.
Karotinlar, beta-karotin va A vitamini	Muhokama qilingan	Peroksidlanish mahsulotlarini ishlab chiqarish va hujayra proliferatsiyasi.
foliy kislotasi	Ta'sir qilmaydi	
Yog'lar (barchasi)	Muhokama qilingan	Qon plazmasida estradiol konsentratsiyasini oshirish va estrogena bog'liq kasalliklarni saqlab qolish.
Qizil go'sht: to'yingan yog'lar	Muhokama qilingan ↑	Qon plazmasida estradiol konsentratsiyasini oshirish va estrogena bog'liq kasalliklarni saqlab qolish.
Saryog	Muhokama qilingan	Estrogena bog'liq kasalliklarni saqlash.
Zaytun moyi, mono to'yinmagan yog'lar	Muhokama qilingan	Erkin radikal peroksidlanish mahsulotlarini tozalash
Baliq, omega-3	Muhokama	Prostaglandin E2 va sitokinlarni ishlab

ko'p to'yinmagan yog'li kislotalar	qilingan ↓	chiqarish
Trans yog'lar	Muhokama qilingan ↑	Aseptik yallig'lanish belgilarining konsentratsiyasining oshishi
Sut, D vitamini	Muhokama qilingan	Immunitet tizimiga ta'siri
Oziqlantiruvchi tola	Muhokama qilingan	Biologik mavjud estrogenlarning konsentratsiyasini kamaytirish
Soya fitoestrogenlari	Muhokama qilingan	Antiestrogen ta'siri
Kofe	Muhokama qilingan ↑	Turli gormonlarning bioavailability o'zgarishi

Shuni ta'kidlash kerakki, dietaning endometriozga ta'siri bo'yicha istiqbolli tadqiqotlar o'tkazish juda qiyin. Ushbu patologiyaning rivojlanishida simptomlarning boshlanishidan yakuniy tashxisga qadar ko'p yillar o'tadi va bu uzoq vaqt davomida barcha oziq-ovqat imtiyozlarini, shuningdek, kasallikning turli bosqichlari bilan bog'liqligini hisobga olish deyarli mumkin emas.

Ko'pgina kitoblar va veb-saytlar endometriozga parhez omillarining himoya yoki boshqa zararli ta'siriga bag'ishlangan. Biroq, taqdim etilgan sharh ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, ushbu mavzu ilmiy jihatdan tasdiqlangan faktlarning etishmasligi va olingan natijalarning katta o'zgaruvchanligi bilan tavsiflanadi. Oziqlanish xususiyatlarining endometrioz rivojlanishiga va ushbu kasallikning rivojlanishiga qo'shgan hissasini, shuningdek, individual oziq moddalar va oziq-ovqatlarning ushbu patologiya rivojlanishining turli bosqichlariga ta'sirini aniqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

## XULOSA

Endometriozni davolashda muammolar ko'plab omillar bilan bog'liq, masalan, to'liq o'rganilmagan etiologiya va patogenez; turli xil klinik ko'rinishlar; ishonchli noinvaziv diagnostika belgilarining yo'qligi; hayot sifatining keskin pasayishi, shuningdek, uzoq muddatga mo'ljallangan, hozirgi vaqtda tavsiya etilgan xavfsiz davolash usullarining cheklangan doirasi. Davolashning u yoki bu usulini tanlash ko'plab omillarga bog'liq: yosh va tug'ilish holati, simptomlarning tabiati va ularning og'irligi, oldingi davolanishning tolerantligi, bemorning o'zi ustuvorliklari, yon ta'siri xavfi, terapiyaning narxi va kutilayotgan davomiyligi. Har bir alohida holatda terapiyaning mumkin bo'lgan maqsadi endometriotik lezyonlarni olib tashlash, og'riqni yo'qotish, saqlash bo'lishi mumkin.

tug'ilish yoki ARTdan muvaffaqiyatli foydalanish uchun sharoitlarni optimallashtirish, lekin har doim hayot sifatini va umuman olganda umumiy salomatlikni saqlab qolish. Albatta, fokusni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash davolashning asosiy turi hisoblanadi.

Ba'zi klinik holatlarda mumkin bo'lgan empirik davolash sifatida ko'rib chiqilgan tibbiy terapiya oqilona takrorlanish va takroriy operatsiyalarni (GnRH, COC, gestagens va boshqalar) oldini olish uchun og'riq bilan birga keladigan umumiy bosqichlar uchun jarrohlikdan so'ng davolashning yordamchi usuli sifatida. Uzoq muddatli davolanish zarurligini inobatga olgan holda, uzoq vaqt davomida qabul qilinishi mumkin bo'lgan past dozali, yuqori samarali, xavfsiz, tejamkor dori-darmonlarni buyurish maqsadga muvofiqdir. Turli yoshdagi ayollarda turli lokalizatsiya va shakllardagi endometriozli bemorlarni tashxislash, davolash va rehabilitatsiya qilish bo'yicha yagona yondashuvlarni ishlab chiqish ham dolzarbdir. Muassasaning darajasi va mutaxassisning endometriozga tibbiy yordam ko'rsatish tajribasi muhim ahamiyatga ega, shuningdek, o'ziga xos morfologik tuzilishga ega bo'lgan ushbu kasallikni faqat jarrohlik yo'li bilan yo'q qilish mumkin, va gormonal dorilarni qo'llash davolash samaradorligini oshiradi. Kistik shakllarni davolashda onkologik hushyorlikni kuzatish kerak.

Ushbu o'quv qo'llanma mualliflari o'zlarining kasbiy faoliyatining ko'p qismini endometrioz muammolariga bag'ishlaganlar, katta tajriba va bilimlarga ega bo'lib, ushbu o'quv qo'llanmani tayyorlashga katta hissa qo'shishga imkon berdilar. Umid qilamizki, ushbu kasallik haqida eng so'nggi dalillarga asoslangan bilimlarni tarqatish bo'yicha faol ish ushbu sohadagi amaliyotchilarga etarli yordam ko'rsatishga yordam beradi.

## TESTLAR

Yo'g'on ichakning klinik jihatdan ahamiyatli stenozi ko'pincha endometriotik markazning lokalizatsiyasi bilan yuzaga keladi	rektosigmoid mintaqada	Pastki ampulada	Ko'ndalang yo'g'on ichakda	Ko'r ichakda
Tuxumdonlarning endometrioz bilan eng aniq belgi:	Og'riq	menorragiya	Disparuniya	Beli
Endometrioz klinikasi uchun odatiy emas ...	Jinsiy organlardan yiringli oqindi	menorragiya	Dismenoreya	Algik sindromning siklik tabiati
Adenomyozli bemorlarda og'riq paydo bo'ladi ...	1-2 kun oldin va hayz paytida	Menstrüel tsiklning 2-bosqichida	Bitirgandan keyin hayz ko'rish	Ovulyatsiya paytida
Endometriozli ayollar orasida bepushtlik mavBIV	30-50%	10-15%	50-70%	70-90%
Tashqi endometriozning asosiy klinik belgilari bundan mustasno:	Hayz ko'rish arafasida tana haroratining ko'tarilishi	Menstrüel tsiklning ikkinchi bosqichida diqqat markazida endometrioid fokus hajmining oshishi	algomenoreya	gipermenoreya
Bachadon bo'ynidagi tashqi endometriozning asosiy klinik belgilari:	Hayz ko'rishdan oldingi va keyingi oqindi	algomenoreya	menometrorragiya	Bepushtlik
Tuxumdon endometriozining klinik belgilari bundan mustasno:	Disparuniya	Qorinning pastki qismida og'riqli og'riq, arafasida va hayz paytida yomonroq	Bepushtlik	Kam davrlar

Endometrioz - bu: 1) benign jarayon; 2) malign jarayon; 3) Patologik jarayon; 4) proliferativ kasallik	1,3,4	2,3,4	2.3	2.4
Endometriozli ayollar orasida bepushtlik mavBIV	30-50%	10-15%	50-80%	90-100%
Ya.A.Sampson endometrioz patogenezining qanday nazariyasini ilgari surgan?	Retrograd hayz ko'rish nazariyasi	dishormonal nazariya	metaplastik nazariya	embrion nazariyasi
3-4 bosqichli adenomiyozli bemorlarda homiladorlikning chastotasi	10-15% dan oshmaydi	20% dan yuqori	25%	5%
Operatsiyadan keyingi erta davrda endometriozli bemorlarni reabilitatsiya qilish quyidagilarga qaratilgan:	Yuqoridagilarning barchasi	Tos bo'shlig'idagi strukturaviy o'zgarishlarni kamaytirish uchun	Birgalikda endokrin o'zgarishlarni kamaytirish uchun	Og'riqni kamaytirish uchun
Homiladorlikning endometrioz rivojlanishiga ta'siri:	To'g'ri javoblar 2 va 3	Dastlabki 2-3 oy ichida endometrioid heterotopiyalarning ko'payishiga olib keladi, keyin esa ularning teskari rivojlanishi sodir bo'ladi.	Emizikli ayollarda tug'ruqdan keyingi davrda endometriozning ayniqsa sezilarli regressiyasi kuzatiladi.	Endometriozning rivojlanishi butun homiladorlik davrida faollashadi



## **TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI**

- 1.** Adamyan L.V., Andreeva E.N. Zamonaviy gormon modulyatsiyasining roli genital endometriozni kompleks davolashda terapiya. // Ko'payish muammolari. - 2011. - No 6. - B. 66–77.
- 2.** Adamyan L.V., Gasparyan S.A. Genital endometrioz. Zamonaviy muammoning ko'rinishi. - Stavropol: SGMA, 2012. - 228 p.
- 3.** Adamyan L.V., Demidov V.N., Gus A.I. va boshqalar endometriozning diagnostikasi // Kitobda: "Akusherlik va ginekologiyada radiatsiya diagnostikasi va terapiyasi". – M.: GEOTAR-Media, 2012. – B.409–451.
- 4.** Adamyan L.V., Kulakov V.I. Endometrioz. - M.: Tibbiyot, 2018. – 317 Bilan.
- 5.** Adamyan L.V., Kulakov V.I. Ginekologiyada endoskopiya. - M.: Tibbiyot, 2014. - 383 b.
- 6.** Adamyan L.V., Osipova A.A., Sonova M.M. Endometrioz uchun gormonal terapiyaning evolyutsiyasi // Reproduksiya muammolari. - 2016. - 5-son. - FROM.11–16.
- 7.** Adamyan L.V., Sonova M.M., Tixonova E.S. Genital endometriozning tibbiy va ijtimoiy jihatlari // Reproduksiya muammolari. - 2012. - 6-son. – B. 78–81.
- 8.** Ayupova F.M., Yu.Q.Djabbarova., A 95 Ginekologiya: darslik -T. Mehridaro-2016 Baskakov V.P. va boshqalar Endometrioid kasallik. - Sankt-Peterburg: N-L, 2012. - 460 b.
- 9.** Danilov A.B., Golubev B.J.I. Kontseptual o'tish modeli haqida Surunkali o'tkir og'riq // miloddan avvalgi. - 2019. -V.17. – Maxsus ozod qilish. – B.1-6
- 10.** Zaratyants O.V., Adamyan L.V., Sonova M.M. va boshqalar aromataza ifodasi bilan ektopik va evtopik endometriumda sitoxrom P-450 endometrioz // Arch. Pat. - 2018. T. - 70. - 5-son. – B.16–20.
- 11.** Zubkova S.M. Hidroterapiya. // Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2015. - 1-kitob. - B. 85–104.
- 12.** Ivanov E.M., Knysheva V.V. Mineral vannalardan tashqi foydalanish.

// Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. -M.: BINOM, 2013. - 1-kitob. - S. 70–84.

**13.** Kasyanova I.M. Mineral vannalar // Kitobda: Tibbiy reabilitatsiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2015. - 1-kitob. - S.63–77.

**14.** Kira E.F., Tsvelev Yu.V. Endometrioid kasallik // Ginekologiya: Shifokorlar uchun qo'llanma. / Ed. V.N. Serov, E.F. Kira. - M.: Adabiyot, 2018. - 840 b.

**15.** Kuznetsova I.V. Endometrioz: patofiziologiya va davolashni tanlash taktika // Ginekologiya. - 2016. - No 5. - B.74-79. Loginova O.N., Sonova M.M. Tashqi genital endometriozning klinik xususiyatlari. // Akusherlik. Ginekologiya. Ko'paytirish.- 2014. - 6-son. – 28–29-betlar.

**16.** Maksimov A.V. Magnetoterapiya // Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2018. - 1-kitob - S. 276-291.

**17.** Markarov G.S. Infitoterapiya. // Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2018. - 1-kitob. - S. 233-237. Tibbiy reabilitatsiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2017. - kitob 1. - 415 b.

**18.** Mitrofanova G.F., Minenkov A.A. Fototerapiya // Kitobda: Tibbiy reabilitatsiya / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2018. - 1-kitob. - S. 207-224.

**19.** Smulevich A.B. Somatik va ruhiy kasalliklarda depressiya. - M., 2013. - 432b.

**20.** Sonova M.M., Marchenko L.A., Ilyina L.I. Endometrioz va tuxumdon saratoni // Reproduksiya muammolari. - 2011. - 3-son. – 23–24-betlar.

**21.** Strugatskiy V.M., Malanova T.B., Arslanyan K.N. va boshqalar fizioterapiya akusher-ginekologning amaliyoti. (klinik jihatlari va formulasi).2-nashr. - M.: MEDPRES-inform, 2018. - 264 b.

**22.** Ulashchik V.S., Lukomskiy I.V. Umumiy fizioterapiya. 2-nashr, stereotip. - Minsk: Kitob uyi. - 2015. - 512 b.

**23.** Ulashchik BC Umumiy magnit terapiyasining nazariy va amaliy jihatlari // Vopr. fizioterapiya. - 2011. - No 5. - C. 3 - 8.

**24.** Ulashchik V.S. Dorivor moddalarning galvanizatsiyasi va elektroforezi

// Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya / Ed. V.M. Bogolyubov. -M.: BINOM, 2018. - kitob 1. - C. 162–178.

**25.** Ulashchik V.S. Lazer terapiyasi // Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2018. - 1-kitob. - S. 330–334.

**26.** Ulashchik V.S. Tibbiy fizik omillarning organizmga ta'sirining fizik va kimyoviy asoslari. // Kitobda: Fizioterapiya va balneologiya/Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2015. - 1-kitob. - S. 134-142. Fizioterapiya va balneologiya. / Ed. V.M.Bogolyubov. - M.: BINOM, 2018. - kitob 1. - 407 b.

**27.** Fridman D.B., Bezhenar V.F., Povzun S.A. va boshqalar Adenomiyozi gistologik tekshirish uchun biopsiya namunalarini olish usullarining samaradorligini tahlil qilish // Akusherlik va ayollar kasalliklari jurnali. – 2015 yil.- T. LIV. - № 4. – 22–25-betlar.

**28.** Zegla T., Gottschalk A. Og'riqni davolash: qo'llanma. M.: MEDpress-inform, 2011. - 384 b.

**29.** Yasnogorodskiy V.G. Tibbiy elektroforez // Kitobda: Tibbiy rehabilitatsiya / Ed. V.M.Bogolyubov. – M.: BINOM, 2012.- 1-kitob. - S. 126-129.

**30.** Abbott J., Hawe J., Hunter D. va boshqalar. Endometriozning laparoskopik eksiziyasi: randomizatsiyalangan, placebo-nazorat ostidagi sinov // Fertil Steril. - 2014. - jild. 82.– B. 878–884.

**31.** ACOG amaliyot byulleteni № 114. Endometriozni boshqarish. // tug'ruqxona Ginekol. - 2012. - jild. 116. – B. 223–236.

**32.** Al Kadri H., Hassan S., Al-Fozan HM va boshqalar. Gormon terapiyasi uchun endometrioz va jarrohlik menopauza // Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. - 2019. - (1) - CD005997.

**33.** Allen C., Hopewell S., Prentice A. va boshqalar. Steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi Endometriozli ayollarda og'riqlar uchun dorilar // Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. - 2015. - (4) - CD004753.

**34.** Amerika Psixiatriya Assotsiatsiyasi. Davolash uchun amaliy ko'rsatmalar Psixiatrik kasalliklar, Compodium. - Arlington, Va: Amerika Psychiatric Publishing, Inc. – 2016 yil.

- 35.** Attar E., Bulun SE Aromataz inhibitörleri: keyingi avlod Endometrioz uchun terapevtik vositalar? // Fertil steril. - 2016. - jild. 85. – P. 1307–1318 yillar.
- 36.** Banno K., Kisu I., Yanokura M. va boshqalar. al. Endometrium uchun progesterin terapiyasi saraton: to'rtinchi avlod progesterinining potentsiali (Ko'rib chiqish) // Int Jonkol. 2012 - jild. 40. - No 6. - B. -1755-62.
- 37.** Basson R., Brotto LA, Laan E. va boshqalar. Baholash va boshqarish Ayollarning jinsiy disfunktsiyalari: muammoli istak va qo'zg'alish // J jinsiy aloqa Med. - 2013. - jild. 2. - B. 291-300.
- 38.** Bedaiwy MA Endometriozni uzoq muddatli boshqarish: Tibbiyot bepustlikni davolash va davolash // SRM. - 2016. - jild. 8. - No 3. - P.10–14.
- 39.** Benaglia L., Somigliana E., Vighi V. va boshqalar. Tuxumdonlarning jiddiy shikastlanish darajasi endometrioma uchun operatsiyadan keyingi // Hum Reprod. - 2018. - jild. 25.– B. 678–682.
- 40.** Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. Takroriy jarrohlikning natijalari takroriy simptomatik endometrioz // Curr Opin Obstet Gynecol. -2014. - jild. 22. - No 4. - B. 320-325.
- 41.** Braun DP, Ding J., Shaheen F., va boshqalar. ning miqdoriy ifodasi va ayollardan endometriumdagi apoptozni tartibga soluvchi genlar endometriozsiz // Fertil Steril - 2007. - Vol. 87. - No 2. - 2017 yil. – B.263–268.
- 42.** Bulun SE, Cheng YH, Yin P. va boshqalar. Progesteronga qarshilik endometrioz: estradiolni metabolizatsiya qilmaslik bilan bog'liqlik // Mol hujayra Endokrinol. - 2016. - jild. 248. – B. 94–103.
- 43.** Busakka M., Riparini J., Somigliana E. Operatsiyadan keyingi tuxumdon etishmovchiligi Ikki tomonlama endometriomalarning laparoskopik eksizyonidan keyin // Am J Obstet Ginekol. - 2016. - jild. 195. – B. 421–425.
- 44.** SS, Partridge E., Black A. va boshqalarni sotib oladi. PLCO Loyiha jamoasining ta'siri tuxumdon saratoni o'limini skrining: prostata, o'pka, kolorektal va tuxumdonlar (PLCO) saraton skrining tasodifiy nazorat ostida sinov // JAMA. - 2017. - jild. 305. – B. 2295–2303.
- 45.** Cakmak H., Guzeloglu-Kayisli O., Kayisli UA va boshqalar. Immun endokrin

endometriozdagi o'zaro ta'sirlar. Ko'rib chiqish // Front Biosci. - 2019. - jild. 1. - B. 429-443.

**46.** Champaneria R., Daniels JP, Raza A. va boshqalar. Psixologik terapiya uchun Surunkali tos og'rig'i: randomizatsiyalangan nazorat ostida sinovlarni tizimli ko'rib chiqish// Acta Obstet Gynecol Scand. - 2015. - jild. 91. - No 3. - B.281-286

**47.** Chapron C., Souza C., Borghese B. va boshqalar. og'iz kontratseptivlari va endometrioz: og'ir kasalliklarni davolash uchun og'iz kontratseptivlaridan oldingi foydalanish birlamchi dismenoreya, ayniqsa, endometrioz bilan bog'liq Chuqur infiltratsion endometrioz // Hum Reprod. - 2015. - jild. 26. - Yo'q. 8. - P. - 2028–2035 yillar.

**48.** Coric M., Barisic D., Pavicic D. va boshqalar. Elektrokoagulyatsiya va tikuv tomonidan baholangan tuxumdon endometriomalarini laparoskopik tozalashdan keyin antral follikullar soni: randomizatsiyalangan klinik sinovning dastlabki natijalari // Arch Gynecol Obstet. - 2019. - jild. 283. - No 2. - B. 373-378.

**49.** Crosignani PG, Luciano A., Rey A. va boshqalar. teri osti ombori davolashda medroksiprogesteron asetat va leyprolid asetat endometrioz bilan bog'liq og'riqlar // Hum Reprod. - 2016. - jild. 21.-P.

**50.** Devis L., Kennedi SS, Mur J. va boshqalar. Zamonaviy kombinatsiyalangan og'zaki endometrioz bilan bog'liq og'riqlar uchun kontratseptivlar // Cochrane Ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. - 2017. - (4). - CD001019

**51.** DiVasta AD, Laufer MR, Gordon CM O'smirlarda suyak zichligi GnRH agonisti va endometrioz uchun qo'shimcha terapiya bilan davolangan //

**52.** J Pediatr Adolesc Gynecol. - 2017. - jild. 20. – B. 293–297.Falcone T., Lebovic DI Endometriozning klinik boshqaruvi // Obstet Ginekol. - 2014. - jild. 118, No 3. - B. 691-705.

**53.** Fall M., Baranowski AP, Elneil S. va boshqalar. Surunkali tos a'zolari bo'yicha ko'rsatmalar Og'riq. // Evropa urologiya assotsiatsiyasi. – 2018 yil.

**54.** Ferrero S., Esposito F., Abbamonte LH va boshqalar. Ayollarda jinsiy hayot sifati endometrioz va chuqur disparuniya bilan // Fertil Steril. - 2015. - jild. 83.–573–579-betlar.

- 55.** Fischer OM, Kaufmann-Reiche U., Moeller C. va boshqalar. Dienogestning ta'siri Takroriy og'iz orqali yuborishdan keyin kalamushlarda jarrohlik yo'li bilan qo'zg'atilgan endometrioz haqida //Gynecol Obstet Invest. - 2018. - 72-jild. – B.145–151.
- 56.** Fu L., Osuga Y., Morimoto C. va boshqalar. Dienogest Brd U bilan so'rilishini inhibe qiladi Madaniy endometriotik stromal hujayralardagi G (0) / G (1) hibsga olish // Fertil Steril.- 2018. - jild. 89. – B. 1344–1347.
- 57.** Giudice LN Endometrioz // Engl J Med. - 2017. - jild. 362.– B. 2389–2398.
- 58.** Gomes MK, Rosa-e-Silva JC, Garcia SB va boshqalarning ta'siri hujayra proliferatsiyasi bo'yicha levonorgestrelni chiqaradigan intrauterin tizim, Fas endometrioz lezyonlarida ifoda va steroid retseptorlari va normal endometrium // Hum Reprod. - 2019. - jild. 24. – B. 2736–2745.