

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**



**«Эндометриоз: ташхислаш ва даволаш»
миллий клиник баённомаси**

ТОШКЕНТ 2023

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Эндометриоз: диагностика ва олиб бориш тактикаси
Ҳужжатнинг номи	«Эндометриоз: ташхислаш ва даволаш» миллий клиник баённомаси
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг барча муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқилган сана	2023 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2026 й.
Клиник баённомани янгилашнинг тартиби	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш - уч йилда камида бир маротаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутаяди, шунингдек, олти ойда кўпи билан бир маротаба маълум бир касалликларнинг диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитацияси масалалари бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар ва аввал тасдиқланган баённомаларга асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади
Мурожаат учун	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 ^А . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Кириш	9
Атамалар.....	9
Таърифлар.....	9
ХКТ-10 бўйича кодланиши.....	9
Этиологияси ва патогенези	9
Эпидемиологияси.....	10
Таснифи.....	11
Клиник кўриниши.....	11
Диагностикаси	Ошибка! Закладка не определена.
Шикоятлар ва анамнез.....	11
Физикал текширув.....	12
Лаборатор диагностик текширувлар.....	12
Инструментал диагностик текширувлар.....	12
Бошқа диагностик текширувлар.....	13
Дифференциал диагностикаси.....	13
Даволаш	15
Медикаментоз даволаш.....	15
Жарроҳлик даво.....	16
Эндометриоз ва бепуштлик.....	20
Ўсмир қизларда эндометриозни олиб бориш.....	18
Постменопауза даврида эндометриозни олиб бориш.....	19
Тиббий реабилитация	19
Профилактикаси	19
Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш	Ошибка! Закладка не определена.
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Ошибка! Закладка не определена.
Иловалар	20
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i>	20
<i>Америка фертилик жамиятининг эндометриоз бўйича қайта кўриб чиқилган таснифи</i>	23
<i>Эндометриозда фертилик индексини ўлчаш</i>	24
<i>Ҳомиладор бўлиш эҳтимолини аниқлаш</i>	24
<i>Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи</i>	30
<i>Эндометриозга гумон қилинганда ҳаракатлар алгоритми</i>	26
<i>Эндометриозни жарроҳлик даволашдан кейин шифокорнинг тактикаси</i>	27
<i>Дисменорреяси мавжуд ўсмир қизларни олиб бориш алгоритми</i>	28
<i>Бемор учун маълумот</i>	30
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси</i>	31
Фойдаланилган адабиётлар	33

ИШЧИ ГУРУҲ ТАРКИБИ:

Ишчи гуруҳ раҳбари:

Надирханова Н.С., т.ф.д.	РИАГИАТМ директори
--------------------------	--------------------

Масъул ижрочилар:

Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Даулетова М.Ж., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Бабаханова А.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Батирова М.А.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Усмонов С.К.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси бош мутахассиси

Методологик ёрдам:

Ядгарова К.Т., т.ф.н.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи
-----------------------	---

Тақризчилар:

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Матякубова С.А.	Хоразм вилоят перинатал марказ, т.ф.д., директор

РИАГИАТМ – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Ташқи эксперт баҳо (ЖССТ ва ЮНФПАнинг Ўзбекистондаги ваколатхоналари кўмагида):

- Тинатин Гагуа, т.ф.д. – ЖССТ эксперти (Грузия)
Михай Хорга, т.ф.д. – баённома ишлаб чиқариш методологияси бўйича ЮНФПА маслаҳатчиси (Руминия)

Клиник баённома 2022 йил «_20_» _октябр_____ ойида Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, _9_-сонли баённома.
Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённома амалдаги далилларга асосланган тавсиялар бўйича тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан бошқа қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан айнан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан бошқа қабул қилинаётган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётни барча элементларини қамраб олмайди, шунинг учун, шифокорлар беморнинг ҳолатини эътиборга олган ҳолда, ҳурмат билан мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини татбиқ қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Беморга маслаҳат бериш ва даволаш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва касб стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ёрдам кўрсатиш, даволаш тактикаларини умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳужжатлаштириш.

Клиник баённомани ишлаб чиқишдан мақсад: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, эндометриоз бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва татбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: эндометриоз билан касалланган ўсмир, репродуктив, пери- ва постменопаузал ёшдаги аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, эндокринологлар, оилавий шифокорлар, терапевтлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, клиник фармакологлар, ҳамширалар, тиббиёт олийгоҳлари М ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

Қысқартмалар рүйхати:

а-ГНРГ	–	гонадотропин-рилизинг гормони агонистлари
АМГ	–	антимюллер гормони
БАҚК	–	бачадондан аномал қон кетиши
Бив-ЛНГ	–	левоногестрел бачадон ичи воситаси
КЧАЯК	–	кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари
ЁРТ	–	ёрдамчи репродуктив технологиялар
ГНРГ	–	гонадотропин-рилизинг гормони
КОК	–	комбинацияланган орал контрацептивлар
КТ	–	компьютер томография
МГТ	–	менопаузал гормонал терапия
МПА	–	медроксипрогестерон ацетати
СТМЗ	–	суяк тўқимасининг минерал зичлиги
МРТ	–	магнит-резонанс томография
НЯҚДВ	–	ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар
ТВ УТТ	–	трансвагинал ультратовуш текшируви
ТССО	–	чаноқ соҳасида сурункали оғриқ
ЭКУ	–	экстракорпорал уруғлантириш

Кириш

Атамалар

- **Эндометриоз** – бачадон бўшлиғидан ташқарида морфологик ва функционал хусусиятлар бўйича эндометрийга ўхшаш тўқима аниқланиши билан тавсифланадиган патологик жараён.
- **Дисхезия** – оғриқли ёки қийинлашган дефекация.
- **Дисменорея** – бевосита ҳайз давридан аввал ёки ҳайз даврида баъзан кўнгил айнаши, депрессия ва бош оғриғи билан кузатиладиган қориннинг пастки қисмида ёки белда кучли оғриқ кузатилиши.
- **Диспареуния** – бевосита жинсий алоқадан аввал, жинсий алоқа пайтида ва жинсий алоқадан кейин жинсий аъзоларда қайталанувчи ёки доимий оғриқ кузатилиши.

Таърифлар

Эндометриоз – бачадон бўшлиғидан ташқарида морфологик ва функционал хусусиятлар бўйича эндометрийга ўхшаш тўқиманинг ўсиши аниқланадиган ва яллиғланиш реакцияси билан кечадиган гормонларга боғлиқ касаллик.

- Эндометриоз:
 - генитал эндометриоз;
 - экстрагенитал эндометриозга бўлинади.
- Генитал эндометриоз:
 - ички, ёки аденомиоз (бачадон танаси эндометриози);
 - ташқи (бачадон бўйни, қин, оралиқ, ретроцервикал соҳа, тухумдонлар, бачадон найлари, қорин пардаси, тўғри ичак-бачадон чуқурчаси эндометриозига бўлинади.
- **Аденомиоз** – бачадоннинг ички қавати (эндометрий) бачадоннинг қолган қаватларига чуқур ўсиб кириши билан тавсифланадиган хавфсиз патологик жараён. Аденомиоз эндометриознинг ички турига киради ва мустақил ҳолат ҳисобланмайди.
- **Эндометриод кисталар** – тухумдоннинг юзасида эндометриод тўқиманинг ўсиши натижасида пайдо бўлган ичида геморрагик суюқлиги мавжуд ҳажмли хавфсиз ҳосилалар.
- **Ретроцервикал эндометриоз** – эндометриод ўчоқ бачадон бўйни орқасида жойлашиши, тўғри ичак томонига ўсиши мумкин.

ХКТ-10 бўйича кодланиши

N80.0	Бачадон эндометриози
N80.1	Тухумдонлар эндометриози
N80.2	Бачадон найлари эндометриози
N80.3	чаноқ қорин пардасининг эндометриози
N80.4	Ректовагинал тўсиқ ва қин эндометриози
N80.5	Ичак эндометриози
N80.6	Тери чандиғининг эндометриози
N80.8	Эндометриознинг бошқа турлари
N80.9	Аниқланмаган эндометриози

Этиологияси ва патогенези

Эндометриоз кўп омилли касаллик бўлиб, узоқ вақт давомида ўрганилганлигига қарамасдан, ушбу патологик жараённинг этиологияси ҳалигача аниқ эмас.

Эндометриоз патогенезининг кўплаб назариялари таклиф қилинган:

- **Имплаңтацион назарияси** (ретроград ҳайз даври назарияси J.A.Sampson, 1921 й.) энг кўп учрайдиган назария ҳисобланади. Ҳайз даврида эндометрий бўлакчалари бачадон найлари орқали қорин бўшлиғига тушади ва қорин пардасининг шиллиқ қаватига ёпишиб, эндометриоид ўчоқлар ҳосил бўлади. Эстрогенлар ушбу жараёнда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.
- **Метапластик назария.** Эндометриоид безларда целомик эпителийнинг дифференциацияси эҳтимолий механизм бўлиши мумкин. Чаноқ бўшлиғида жойлашадиган ва гипоталамус-гипофиз-тухумдонлар тизими ривожланганидан кейин эстроген ишлаб чиқарилиши натижасида стимуляцияга учрайдиган, келиб чиқиши парамезонефрал бўлган ҳужайралар – мюллер қолдиқлари ўсмир қизларда эндометриоз ривожланишининг сабаби ҳисобланади.
- **Иммун балансни бузилиши назарияси.** Эндометриоз билан касалланган аёлларда фаоллашган бирикмаган макрофаглар билан фагоцитар рецептивликнинг пасайиши кузатилади, бу эса менструал ажралмалардан тозаланишнинг самарасини камайишига олиб келади.
- Жарроҳлик амалиётида тасдиқланган эндометриоз билан касалланган аёлларда аутоиммун касалликлар кўп кузатилиши ҳам қайд этилган.
- **Қон ва лимфатик томирлар орқали тарқалиш назарияси:** ўпка эндометриози мавжудлигида тахмин қилинади.
- **Оксидатив стресс назарияси.** Эндометриоз билан касалланган аёлларнинг перитонеал суюқлигида турли яллиғланиш ва ангиоген медиаторларнинг юқори даражаси аниқланади.
- Тадқиқотларда касалликнинг **генетик мойиллиги** мавжудлиги ҳам кўрсатиб ўтилган.

Эпидемиологияси

Умумий ҳисоб-китобларга кўра, гинекологик операцияларни, шу жумладан бачадон найларини боғлашни ўтказган аёлларда касалликнинг тарқалиши 1-7%ни ташкил қилади.

Чаноқ соҳасида сурункали оғриқ туфайли вагинал гистерэктомиядан кейин олинган патологик намуналар баҳоланган тадқиқотида кўра эндометриознинг тарқалиши 8,3%ни ташкил қилган. Чаноқ соҳасида сурункали оғриқ (12-70%) ва бепуштлик (9-50%) туфайли лапароскопияни ўтказган аёлларда ва айниқса, медикаментоз даволашга чидамли бўлган сурункали оғриғи мавжуд ўсмир қизларнинг орасида юқорироқ кўрсаткичлар кузатилган. Кўрсаткичларнинг бундай кенг фарқ қилиши тадқиқот усулининг ҳар хиллиги билан изоҳланиши мумкин: сўнги тадқиқотларда илгари қўлланилмаган диагностик мезонлар киритилган.

Эндометриоз одатда репродуктив ёшдаги аёлларда кузатилади, бироқ, ташхис қўйилган пайтдаги ёш сезиларли даражада фарқ қилади. Чаноқ соҳасида сурункали оғриғи мавжуд ўсмир қизларни менархе бошланишидан аввал эндометриозга текшириш зарур, чунки ҳатто ёш аёлларда ҳам ушбу касаллик учраши қайд этилган. Бундан ташқари, эндометриоз менопауза даврида ҳам кузатилиши мумкин. Симптомларнинг оғирлиги ёш ўтган сари ортади ва мавжуд маълумотларга кўра, энг юқори салмоғи 40 ёшга тўғри келади.

Европеоид ирқига мансуб аёллар, шунингдек, тана вазни индекси кичик бўлган аёллар орасида касаллик кенг тарқалиши тахмин қилинади. Эндометриоз симптомсиз кечиши мумкинлиги сабабли, унинг ҳақиқий тарқалишининг даражасини баҳолаш қийин.

Таснифи

Эндометриоз таснифининг бир нечта тизимлари таклиф этилган. Ҳозирги кунда таснифлардан ҳеч қайси бири “олтин” стандарт ҳисобланмаслигини инобатга олиш зарур.

Америка репродуктив тиббиёт жамиятининг эндометриоз бўйича қайта кўриб чиқилган таснифи

Эндометриоз таснифи, қоида тариқасида, лапароскопия пайтида визуал баҳолашга асосланган. Умумий кўрсаткич тўрт босқичдан бирига (I дан IV гача ёки минимал даражадан оғир даражагача) тўғри келади ва қуйидаги параметрларга асосланган:

- перитонеал имплантатлар ва тухумдонлар имплантатларининг ташқи кўриниши, ўлчами ва чуқурлиги;
- шикастланишлар мавжудлиги, даражаси ва тури (қизил, қизил-пушти ва тиниқ, оқ, қорин пардаси дефектлари билан ва қора);
- чаноқ бўшлиғида (тухумдонлар ва бачадон найларида) битишмалар мавжудлиги, даражаси ва тури ва тўғри ичак-бачадон чуқурчаси облитерациясининг даражаси.

I-босқич (минимал) умумий кўрсаткич 1 дан 5 гача	<ul style="list-style-type: none"> ▪ катта бўлмаган юзаки перитонеал имплантатлар ёки бачадон ортиқлари имплантатлари (<1-3 см гача); плёнкали битишмалар
II-босқич (енгил даража) умумий кўрсаткич 6 дан 15 гача	<ul style="list-style-type: none"> ▪ катта ўлчамдаги (>3 см дан) шикастланишлар, баъзилари чуқур ўсиб кирган
III-босқич (ўрта оғир даража) умумий кўрсаткич 16 дан 40 гача	<ul style="list-style-type: none"> ▪ аксарияти чуқур ўсиб кирган катта ўлчамдаги шикастланишлар, тўғри ичак-бачадон чуқурчаси қисман облитерация бўлган, бачадон ортиқларида қаттиқ битишмалар
IV-босқич (оғир даража) умумий кўрсаткич >40 дан	<ul style="list-style-type: none"> ▪ бачадон ортиқларида қаттиқ битишмалари мавжуд тухумдонларнинг чуқур шикастланиши (эндометриома); тўғри ичак-бачадон чуқурчаси облитерацияси

А.Аcosta ва бошқ. бўйича эндометриознинг таснифи

1973 йилда А.Аcosta эндометриознинг кичик, ўрта ва оғир шакллари ўз ичига олган эндометриознинг таснифини таклиф қилган. Ушбу таснифда қўшма битишмалар мавжудлиги ва патологик жараён тўғрисида қўшни аъзоларнинг шикастланиши ҳисобга олинган.

Эндометриознинг кичик шакллари	<ul style="list-style-type: none"> ▪ чаноқ бўшлиғи қорин пардасида якка гетеротопиялар ▪ эндометриомалар ва тухумдонлар атрофида битишмалар ҳосил бўлишисиз тухумдонларда якка гетеротопиялар ▪ перитубар битишмалар ҳосил бўлишисиз
Эндометриознинг ўрта оғир даражаси	<ul style="list-style-type: none"> ▪ кичик кисталар ҳосил бўлиши билан бир ёки икки тухумдонларнинг юзасида гетеротопиялар ▪ ифодаланмаган периовариал ёки перитубал битишмалар ҳосил бўлиши ▪ чандиқ-битишма жараёни ва бачадоннинг силжиши билан, бироқ, сигмасимон ичак шикастланишисиз тўғри ичак-бачадон чуқурчаси қорин пардасида гетеротопиялар
Эндометриознинг оғир шакллари	<ul style="list-style-type: none"> ▪ диаметри 2 см дан катта бўлган кисталар ҳосил бўлиши билан бир ёки икки тухумдонлар эндометриози ▪ ифодаланган периовариал ва/ёки перитубал битишмалар ҳосил бўлиши билан тухумдонлар шикастланиши ▪ деформация, чандиқ ҳосил бўлиши ва ўтказувчанлиги бузилиши билан бачадон найлари шикастланиши ▪ тўғри ичак-бачадон чуқурчаси облитерацияси билан чаноқ бўшлиғи қорин пардаси шикастланиши ▪ думғаза-бачадон бойламлари шикастланиши ва тўғри ичак-бачадон чуқурчаси облитерацияси билан унинг қорин пардаси шикастланиши ▪ сийдик чиқарув йўллари ва/ёки ичак шикастланиши

ENZIAN таснифи

ENZIAN кўрсаткичи нафақат жойлашишини тавсифлаш, балки чуқур инвазив эндометриознинг оғирлигини балларда баҳолашга имкон беради. Ушбу таснифнинг асосий афзаллиги эндометриозни топографик кўриш имкони мавжудлиги бўлиб, бу келажакдаги операцияни режалаштиришга ёрдам беради. Чаноқ соҳасида сурункали оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлмаганлиги унинг ягона камчилиги ҳисобланади.

A, B, C сегменти	A (ректовагинал тўсиқ ва қин)	B (думғаза-бачадон бойламлари ва чаноқ бўшлиғи деворлари)	C (сигмасимон ичак ва тўғри ичак)
1-даража (>1 см)	A 1	B 1	C 1
2-даража (1-3 см)	A 2	B 2	C 2
1-даража (>3 см)	A 3	B 3	C 3

F	FA	FB	FU	FI	FO
бачадон ва бошқа экстрагенитал чуқур инфилтратлар	аденомиоз	сийдик қопи	сийдик чиқарув каналнинг ички қисми	ичак қисмлари – сигмасимон, тўғри ичак	бошқа локализацияла р – ўпка, диафрагма ва қ.к.

Тухумдонларнинг эндометриоид кисталари таснифи (Л.В.Адамян, В.И.Кулаков таҳрири остида)

- I-босқич – кистоз бўшлиқлар ҳосил бўлишисиз тухумдонларнинг юзасида, тўғри ичак-бачадон чуқурчаси қорин пардасида кичик нуқтасимон эндометриоид ҳосилалар;
- II-босқич – кичик чаноқ қорин пардасида кичик эндометриоид ҳосилалар билан ўлчами 5-6 см дан катта бўлмаган бир тухумдоннинг эндометриоид кистаси, ичак шикастланишисиз бачадон ортиқлари соҳасида ифодаланмаган битишмалар мавжуд бўлиши;
- III-босқич – икки тухумдонда эндометриоид кисталар (бир тухумдонда кистанинг диаметри 5-6 см дан катта ва иккинчи тухумдонда кичик эндометриоид), кичик чаноқ париетал қорин пардасида катта бўлмаган эндометриоид гетеротопиялар, ичакнинг қисман шикастланиши билан бачадон ортиқлари соҳасида ифодаланган битишмалар мавжуд бўлиши;
- IV-босқич – тухумдонда катта ўлчамдаги (6 см дан катта) икки томонлама эндометриоид кисталар, қўшни аъзоларнинг шикастланиши кузатилади: сийдик қопи, тўғри ичак ва сигмасимон ичак; тарқоқ битишмалар мавжуд бўлиши.

Аденомиознинг таснифи (Л.В.Адамян, В.И.Кулаков таҳрири остида)

Аденомиознинг клиник таснифи патологик жараён тарқалишининг тўрт босқичини ўз ичига олади:

- I-босқич – аденомиознинг гетеротопиялари фақат шиллиқ ости қаватда жойлашади;
- II-босқич – патологик жараён мушак қаватига тарқалади;
- III-босқич – патологик жараён бачадоннинг сероз қаватига етиб, миометрийнинг бутун чуқурлигини эгаллайди;
- IV-босқич – бачадондан ташқари париетал қорин пардаси ва қўшни аъзолар шикастланади.

Шу билан бирга катта аҳамиятга эга бўлган Америка фертилик жамиятининг эндометриоз бўйича қайта кўриб чиқилган таснифи (1985 йил) ҳам мавжуд (2-илова).

Клиник кўриниши

Эндометриознинг энг аҳамиятли клиник симптомларига қуйидагилар киради:

- чаноқ соҳасида оғриқ (дисменорея, диспареуния, дизурия, дисхезия ва чаноқ соҳасида сурункали оғриқ);
- бепуштлиқ;
- ҳайз кўриш даврининг бузилиши;
- бачадондан аномал қон кетишлар;
- кичик чаноқ бўшлиғида ўсмасимон ҳосилалар (эндометриоид кисталар) аниқланиши.

Камдан-кам учрайдиган симптомларга қуйидагилар киради:

- тўғри ичакдан оғриқли қон кетиши ёки сийдикда қон аниқланиши (гематурия);
- елка бўғимларида оғриқ кузатилиши;
- ўпкаларда вақти-вақти билан кузатиладиган муаммолар (пневмоторакс);
- вақти-вақти билан пайдо бўладиган йўтал, кўкрак соҳасида оғриқ ёки қон аралаш йўтал.
- чандикда вақти-вақти билан пайдо бўладиган шиш ва оғриқ.

Симптомлар ёки кўрсаткичларнинг ҳеч бири алоҳида диагностик аҳамиятга эга бўлмасада, умуман олганда, клиник жиҳатдан эндометриозга гумон қилиш дастлабки ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади.

Аёлларда, шу жумладан 17 ёшгача бўлган ёш қизларда қуйидаги симптомлар кузатилганда эндометриозга гумон қилиш лозим:

- чаноқ соҳасида сурункали оғриқ;
- ҳаётнинг сифати ва ҳар кунги фаолликка салбий таъсир кўрсатувчи дисменорея;
- жинсий алоқа пайтида ва/ёки кейин оғриқ кузатилиши – диспареуния;
- ҳайз даври билан боғлиқ гастроинтестинал симптомлар – қоринда оғриқ, ич қотиши ёки ич кетиши, тенезмлар;
- сийдик чиқарув тизими томонидан симптомлар, масалан, сийиш пайтида оғриқ кузатилиши, сийдикда қон пайдо бўлиши.

Ташхислаш:

Шикоятлар ва анамнез

Шикоятларни аниқлашда ва анамнезни йиғишда қуйидаги омилларга эътибор бериш керак:

- ҳаддан ташқари кўп миқдорда менструал қон кетишлар, ҳайз олди, ҳайз давридан кейин, посткоитал қон кетишлар;
- КОКларни ва НЯҚДВларни қабул қилгандан кейин симптомлари бартараф этилмайдиган ёки босилмайдиган дисменорея ва/ёки диспареуния;
- аёлнинг онаси ёки опаси/синглисида эндометриоз мавжудлиги;
- мунтазам овуляцияда, бачадон найлари ўтказувчанлиги сақланганда ва спермограмманинг кўрсаткичлари нормада бўлганда субфебрил тана ҳарорати кузатилиши;
- ич кетиши, ич қотиши, кўнгил айнаши, дефекация пайтида оғриқ, ичакда спазмлар, қорин дам бўлиши;
- депрессия, ҳавотирлик, сурункали чарчаш синдроми;
- мигрень мавжудлиги;
- тез-тез сийиш, сийишга императив қистовлар кузатилиши.

Физикал текширув

С	Эндометриозга гумон қилинаётган барча аёлларда ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш, бимануал қин орқали ва ректовагинал текширувни ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

Гинекологик текширувда эндометриозда кузатилиши мумкин бўлган қуйидаги ўзгаришларга эътибор беринг:

- бачадан бўйни латерал томонга силжиши;
- фиксацияланган ва силжиган бачадон;
- бачадон ортиқларида ҳажмли ҳосилалар;
- бачадон гумбазлари кичрайиши ва таранглашиши;
- бачадон бўйни ифодаланган стенози;
- бачадон-думғаза соҳасида тугунлар аниқланиши, думғаза-бачадон бойлами қалинлашиши, таранглашиши ва/ёки ҳосила аниқланиши;
- ректовагинал соҳада кичик дўмбоғчасимон ҳосила аниқланиши;
- ичак шиллиқ қаватининг оғриқлиги ва ҳаракатчанлиги чекланиши (ректовагинал текширувда).

Лаборатор текширувлар

Эндометриознинг специфик лаборатор диагностикаси ишлаб чиқилмаган.

С	Эндометриознинг диагностикасида қондаги СА 125 антигени биомаркерини текшириш тавсия этилмайди.
----------	---

СА 125нинг қон зардобидидаги (35 ХБ/мл дан юқори) юқори даражаси эндометриоз мавжудлигидан далолат бериши мумкин, бироқ, СА 125нинг қон зардобидидаги (35 ХБ/мл дан паст) нормал даражаси ҳам эндометриоз мавжудлигини истисно қилмайди.

Инструментал текширувлар

А	Эндометриозга гумон қилинаётган аёлларда бирламчи инструментал диагностик текширув сифатида кичик чаноқ аъзолари ТВ УТТни ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

ТВ УТТ информатив текширув усули ҳисобланади, эндометриозни ташхислашда унинг сезгирлиги 91%ни, чуқур инфилтратив шаклларида 79%ни ташкил қилади ва думғаза-бачадон бойламлари, ректовагинал тўсиқ, қин деворлари, Дуглас бўшлиғи ва ичакнинг ректосигмоид қисмининг шикастланиши ҳолатларида ташхис мезонларга тўғри келади.

ТВ УТТ тухумдонлар эндометриомасини (эхосигналлар бир ҳил, паст даражали) ёки думғаза-бачадон бойламлари шикастланиши (гипоэхоген чизиқсимон қалинлашиш) билан чуқур чаноқ эндометриозини ёки ректовагинал тўсиқ шикастланиши билан эндометриозни аниқлашга имкон беради.

Эндометриознинг диагностикасида лапароскопия “олтин” стандарт ҳисобланади. Лапароскопия биопсия ёрдамида бачадон бўшлиғидан ташқарида эндометриоз безлар ёки строманинг кўринишини тўғридан-тўғри таъминлайди.

С	Эндометриоз ташхисини тасдиқлаш, тарқалиш даражасини, клиник шаклларини, инфилтратив эндометриозни, эндометриомаларни, қўшма касалликларни аниқлаш учун лапароскопияни ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

С	Касалликнинг симптомлари кузатилганда ва физикал текширув, УТТ ёки МРТ
----------	--

маълумотларига кўра патология аниқланмаганда, диагностик текшириш имкониятларини кенгайтириш учун лапароскопияни ўтказиш тавсия этилади.

Қўйдаги ҳолатларда эндометриозга гумон қилинганда лапароскопияни ўтказишни таклиф қилиш керак:

- аёл ҳомиладор бўлишни режалаштираётганда;
- оғриқ синдроми кузатилганда;
- консерватив даволаш самарасиз бўлганда.

С Эндометриозни тасдиқлаш учун жарроҳлик амалиёти пайтида олинган материални гистологик текширувга юбориш тавсия этилади.

Ижобий морфологик натижа эндометриоз мавжудлигини тасдиқлайди, салбий натижа эса уни мавжудлигини истисно қилмайди. Тўхумдонлар эндометриози ва чуқур инфилтратив эндометриозининг барча ҳолатларида малигнизация мавжудлигини аниқлаштириш учун биопсияни ўтказиш зарур.

Эндометриоз ташхисини қўйишда гинеколог эндометриоз ўчоғининг тури ва локализациясини батафсил тавсифлаши керак.

С БАҚҚда, эндометриоз билан боғлиқ бепуштлиқда, ўтказилаётган консерватив даволаш самарасиз бўлганда бачадон ичи патологиясини истисно қилиш учун эндометриоз билан касалланган аёлларда гистероскопияни ўтказиш тавсия этилади.

Эндометриоз билан касалланган бепуштлиги мавжуд ва анамнезда икки ва ундан кўп ўтказилган ЭКУ самарасиз бўлган аёлларда бачадон ичи синехияларини, эндометритни, жинсий аъзолардаги нуқсонларни истисно қилиш ва бир вақтнинг ўзида ушбу касалликларни даволаш ёки бачадоннинг ривожланиш нуқсонларини коррекциялаш, шунингдек, бачадон найлари ўтказувчанлигини баҳолаш усули сифатида гистероскопия кўриб чиқилиши керак.

Бошқа диагностик текширувлар

В Эндометриоз ва ТССОга гумон қилинаётган аёлларда оғриқ синдромининг ифодаланганлигини ва ҳаёт сифатига таъсир қилишини баҳолаш учун оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласини қўллаш тавсия этилади (4-илова).

Қиёсий ташхислаш

Касаллик	Қиёсий симптомлар/белгилар	Қиёсий текширувлар
Интерстициал цистит	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Симптомлар асосан сийдик-таносил аъзоларида кузатилади: тез-тез сийиш, сийишга императив қистовлар. Сийдик қоғи тўлиқлигида сийгандан кейин камаядиган оғриқ кузатилади. ▪ Диффуз сурункали оғриқ ва диспареуния – кўпинча эндометриоздан фарқ қилмайдиган тарқоқ белгилар кузатилади. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Гидродистенцияли цистоскопияда гломеруляциялар (шиллик қаватида нуқтасимон геморрагиялар) ва дистенция моддаси юборилганда Ханнер яралари аниқланади. ▪ Кальций хлоридига сезувчанликни текшириш: катетер орқали сийдик қоғига кальций хлоридининг эритмаси юборилгандан кейин тез-тез сийиш ёки сийишга императив қистовлар томонидан ўзгаришлар сезилади.
Бачадон миомаси	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Аксарият ҳолатларда симптомсиз кечади, бироқ, ҳаддан ташқари кўп ва/ёки номунтазам менструал қон кетишлар билан намоён бўлади. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ТВ УТТда гипоехоген якка концентрик ҳосила ёки эндометрида (шиллик ости миомаси), миометрида (интрамурал миома) ёки ташқи ҳосилалар (субсероз

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чаноқ соҳаси текширилганда ўлчами ва шакли ҳар қандай бўлиши мумкин бўлган тугунсимон катталашган ҳосила аниқланиши мумкин. 	<p>миома) аниқланиши мумкин.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Катта бўлмаган миоматоз тугун изоэхоген бўлиши мумкин, бироқ, кальцификацияга учраганда гиперэхоген кўринишда ҳам кўриниши мумкин.
КЧАЯК	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Юқори иситма, кўнгил айниши, қиндан нохуш ҳидли ажралмалар келиши билан ўткир оғриқ ва бачадон бўйни/бачадон ортиқлари соҳасидаги оғриқлар кичик чаноқ аъзолари ўткир яллиғланиш касаллигига хос. ▪ Сурункали КЧАЯКни эндомиомадан фарқлаб бўлмалиги мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бачадон бўйни ажралмаларининг бактериологик экмасыда <i>Neisseria gonorrhoea</i> ёки <i>Chlamydia trachomatis</i> аниқланиши мумкин. ▪ Кичик чаноқ УТТда одатда эндомиомада кузатиладиган гомоген интенсивлиги паст эхосигналлардан фарқ қилувчи бачадон ортиқларида комплекс ҳосилалар аниқланиши мумкин.
Таъсирланган ичак синдроми	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Дефекация ритми ўзгариши (ич қотиши ва ич кетиши алмашиши; қорин дам бўлиши) ушбу ҳолатни дифференциация қилишда ёрдам бериши мумкин. Дисхезия кўпроқ эндомиомада кузатилади. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Диагноз, қоида тариқасида, УТТ, МТР ёки лапароскопия текширувлари бўйича эндомиома тасдиқланмаганлигига асосланган бўлади ва клиник текширувда аниқланади.
Тухумдон кистаси (хавфсиз)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Кичик чаноқ соҳасида вақти-вақти билан ҳосил бўладиган ўсмалар симптомсиз кечиши мумкин ёки геморрагик кисталар ҳолатидагидек кўпроқ ўткир оғриқ билан намоён бўлиши мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ТВ УТТда тухумдондан ўсиб чиқувчи ва одатда эндомиомада кузатиладиган гомоген интенсивлиги паст эхосигналлардан фарқ қилувчи оддий ёки комплекс кистозли структура туфайли тухумдон катталаниши аниқланади. УТТ суюқликни қаттиқ ҳосилдан ажратиб берадиган энг яхши усул ҳисобланади.
Тухумдон эпителиал саратони	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Характерли симптомлар кечки босқичдаги саратонни англатади ва иштаҳанинг йўқлигига қарамасдан тана вазни ортиши, қорин айланаси катталаниши ва дефекация ритми ўзгаришини ўз ичига олади. Баъзида эндомиома тухумдон эпителиал саратони ривожланиши бўйича хавф омилли сифатида келиши мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ТВ УТТда бир нечта бўлиниш билан ёки қалин тўсиқли бачадон ортиқларида (якка ёки кистасимон) комплекс ҳосила, асцит аниқланиши мумкин. Аксарият ҳолатларда касаллик кечки босқичларда аниқланади. ▪ Гистопатологик текширув: тасдиқлаш/дифференциациялаш учун ҳужайраларнинг кўп турлари ва турли хил бўёқлар мавжуд.
Чаноқ бўшлиғи таранглашиши ва миалгияси	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Баъзида клиник жиҳатдан ажратиб бўлмайди. ▪ Чаноқ соҳасида сурункали оғриқ ва диспареуния (спазм ва оғриқ туфайли жинсий алоқага кириш имкони йўқлиги) кузатилади. ▪ Тажрибали шифокор чаноқ соҳасини текширганда ва ректо-вагинал кўрик пайтида ўчоқли спазмни ва оғриқни аниқлаши мумкин. ▪ Диагностик тест мавжуд эмас. Бошқа 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Диагностик тест мавжуд эмас. Бошқа текширувларда ижобий натижа аниқланмайди.

	текширувларда ижобий натижа аниқланмайди.	
Нейропатик оғриқ	<ul style="list-style-type: none"> Парестезия ёки дизестезия билан боғлиқ бўлган куйдирувчи, шокка хос оғриқ кузатилади. 	<ul style="list-style-type: none"> Диагностик тест мавжуд эмас. Бошқа текширувларда ижобий натижа аниқланмайди.

Даволаш

Эндометриоз билан касалланган аёлларда турли хил шикоятлар мавжуд бўлиши туфайли, даволашни индивидуал тарзда тайинлаш керак. Текшириш босқичида ташхисни тасдиқловчи ижобий натижалар аниқланмаганда, терапия эндометриозга клиник жиҳатдан гумон қилишга асосланиши керак.

Эндометриозни даволаш эндометриознинг даражасига қараб эмас, балки симптомлар, аёлнинг хоҳиш-истаклари ва устуворликларига мувофиқ таклиф қилиниши керак

Эндометриоз қайта жарроҳлик муолажаларнинг олдини олиш учун медикаментоз даволашни максимал қўллаш мақсадида бутун ҳаётнинг давомида даволаш режасини талаб қиладиган сурункали касаллик сифатида кўриб чиқилиши керак.

Медикаментоз даволаш

А Эндометриоз билан касалланган аёлларда оғриқ синдромини енгиллаштириш учун НЯҚДВларни қўллаш тавсия этилади.

НЯҚДВ мустақил равишда ёки бошқа усул (масалан, гормонал терапия) билан бирга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда 3 ойгача тайинланиши мумкин.

Танлов сифатида қуйидаги препаратлар таклиф қилиниши мумкин:

- ибупрофен: заруратга кўра ҳар 4-6 соатда 400 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 2400 мг ни ташкил қилади;
- напроксен: заруратга кўра кунига 2 маҳал 250-500 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 1250 мг ни ташкил қилади;
- нимесулид: кунига 200 мг гача оғиз орқали қабул қилинади;
- целекоксиб: кунига 1 маҳал 200 мг дан оғиз орқали қабул қилинади.

Гормонал терапия

Гормонал усулларнинг аксарияти эндометриоз билан боғлиқ оғриқни даволашда бир хил самарага эга. Гормонал воситалар қўлланилиши, умуман олганда, етарли даражада жавоб бермаслик, ножўя таъсирлар юзага келиши ёки ҳомиладор бўлишни режалаштираётган аёлларда контрацептив таъсир кўрсатиши билан чегараланган. Натижада, муайян даволаш усули бир аёл учун яхши вариант бўлиши мумкин, бироқ, бошқаси учун жиддий ножўя таъсир кўрсатиши мумкин.

Шу муносабат билан, юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни аёл билан муҳокама қилинг ва даволаш усулини ўзгартиришнинг потенциал эҳтимоли мавжудлигини тушинтиринг.

С Жарроҳлик даволашдан кейин рецидивларнинг олдини олиш учун эмпирик терапия сифатида эндометриоз билан касалланган аёлларда контрацепция учун КОКларни қўллаш тавсия этилади.

КОКлар циклик ёки узлуксиз тартибда тайинланиши мумкин. Узлуксиз тартибда КОКларни қабул қилиш дисменорея ва жарроҳлик даволашдан кейинги эндометриоманинг қайталанишини камайитириши мумкин бўлсада, бу тартибда КОКларни қабул қилишда ножўя таъсирлар кўпроқ

учрайди. Узоқ вақт давомида қабул қилганда номунтазам қонли ажралмалар келиши кенг тарқалган ҳолат эканлиги ҳақида огоҳлантириш керак.

Бир НЯҚДВ ёки гормонал контрацептиви бир-биридан устун туриши ҳақида ҳеч қандай далиллар мавжуд эмас. Танлов аёлнинг хоҳиш-истаклари, препаратнинг мавжудлиги ва нархига асосланиши керак.

Прогестагенлар турли шаклларда қўлланилиши мумкин: оғиз орқали (диеногест), инъекция кўринишида (МПА), левоноргестрел сақловчи БИВ кўринишида. Прогестагенлар КОКларнинг таркибига ҳам киради.

А Ташхиси тасдиқланган ёки жарроҳлик даволашдан кейин эндометриознинг тарқоқ ёки инфильтратив шакллари билан касалланган аёлларга гонадотропин-рилизинг гормони агонистларини тайинлаш тавсия этилади.

аГн-РГ препаратлари қўлланилиши чуқур гипоэстроген ҳолатга олиб келади, 6 ойдан ортиқ қўлланилиши менопауза симптомларини енгиллаштириш ва, биринчи навбатда, остеопорознинг олдини олиш учун “add-back” (қайтарувчи) терапия тайинланишини талаб қилади.

А Ножўя таъсирлар юзага келишининг юқори салмоғи туфайли эндометриоз билан касалланган аёлларда даназолни чекланган тартибда тайинлаш тавсия этилади.

Аввал даназол (синтетик андроген) субъектив ва объектив фойда кўрсатган, бироқ, ҳозирги кунда унинг қўлланилиши ножўя (гепатотоксик, андроген, анаболик ва гипоэстроген) таъсирлар билан чекланган.

Шунингдек, ҳозирги кунда эндометриозни даволаш учун узоқ муддатли антиэстроген ва антигонадотроп таъсирга эга гестринони (19-нортестостерон ҳосиласи) қўллаш тавсия этилмайди.

Жарроҳлик даво

А Касаллик тарқалишининг даражасини аниқлаш ва ўчоқларни олиб ташлаш мақсадида генитал эндометриоз билан касалланган аёлларда асосан лапароскопик кириш йўли орқали (имкон бўлса ва қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда) жарроҳлик даволаш тавсия этилади.

Қўшни аъзолар шикастланиши билан ифодаланган битишмалари мавжуд эндометриознинг III-IV босқичи билан касалланган аёллар 3-даражали (аёлларга ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик ёрдам кўрсата оладиган, гинекологик патологияларнинг ташхислаш ва даволашда янги усулларни қўллайдиган) стационарларда жарроҳлик йўли орқали даволаниши керак.

А Патологик жараёни тўлиқ бартараф этиш, ташхисни морфологик текширувда тасдиқлаш ва қайталаниш хавфини камайтириш учун лапароскопик кириш йўли орқали (имкон бўлса) бўшлиғи бўшатиладиган ва ювилгандан кейин эндометриод кистанинг деворини энуклеация қилиш тавсия этилади.

Кистанинг капсуласини энуклеация қилиш эндометриоз қайталанишининг хавфини минималлаштириш, овариал резервни сақлаб қолиш ва, мос равишда, эндометриоз билан боғлиқ бепутшликда ўз-ўзидан ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимоли ортишига имкон беради.

А БАҚК билан касалланган аёлларда аденомиознинг тугунли шаклини жарроҳлик йўли орқали даволаш тавсия этилади.

Аденомиознинг III-IV босқичи билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик юзага келиш салмоғи 10-15% дан ошмаслиги туфайли аденомиознинг ягона самарали даволаш усули тотал гистерэктомия ҳисобланади.

БАҚК билан бирга намоён бўладиган аденомиознинг тугунли шакли билан касалланган аёлларда бепуштлиқ ривожланганда бачадондан қон кетишларни камайтириш ва репродуктив функцияни амалга ошириш учун шикастланган тўқимани максимал даражада олиб ташлаш билан реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётини ўтказиш мумкин.

Эндометриоз ва бепуштлиқ

Эндометриоз аёллар бепуштлигининг энг кўп учрайдиган сабаби ҳисобланади, фертил аёлларнинг 25-50% эндометриоз билан касалланган. Бепуштлиқ сабаби бўйича текширувларнинг охириги босқичи сифатида лапароскопияни ўтказган аёлларнинг 58% да эндометриоз аниқланади.

С	Эндометриоз билан боғлиқ бепуштлиги мавжуд аёлларга ўз-ўзидан ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириш учун жарроҳлик амалиётидан аввал гормонал даволашни тайинлаш тавсия этилмайди, чунки гормонал терапия фертилликка ижобий таъсир кўрсатиши бўйича даллилар мавжуд эмас.
----------	---

С	ЭКУдан аввал, айниқса, эндометриоз ташхиси тасдиқланганда қайта жарроҳлик амалиётлари ўтказилганда катта бўлмаган эндометриомаларни олиб ташлаш тавсия этилмайди. Бироқ, УТТда шубҳали натижалар олинганда ва чаноқ соҳасида оғриқ синдроми мавжуд аёлларда жарроҳлик амалиётини ўтказиш мажбурий бўлиб қолади.
----------	---

Тухумдонлар эндометриомаси мавжуд аёлларда жарроҳлик даволашни режалаштириш овариал резервни баҳолашни (АМГнинг қондаги даражасини текшириш, антрал фолликулаларни ҳисоблаш) талаб қилади.

С	Эндометриоз билан касалланган аёлни ЭКУга тайёрлашдан аввал 3-6 ой олдин ўрнини босувчи “add-back” терапия билан биргаликда аГнРГ препаратларини тайинлаш тавсия этилади, бу ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириши билан боғлиқ.
----------	--

Бепуштлиқ ва эндометриознинг ҳар қандай тарқалиш даражаси билан касалланган аёлларни жарроҳлик даволаш репродуктив прогнозни яхшилайти.

С	Эндометриознинг кичик ва ўрта ифодаланган шакллари лапароскопик кириш йўли орқали жарроҳлик даволаш тавсия этилади, бу ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини оширади.
----------	---

С	Бепуштлиги мавжуд эндометриознинг (AFS/ASRM бўйича) I/II босқичи билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириш учун жарроҳлик йўли билан тўлиқ ҳажмда эндометриозни олиб ташлаш тавсия этилади.
----------	---

С	Бепуштлиги мавжуд эндометриознинг (AFS/ASRM бўйича) I/II босқичи билан касалланган аёлларда фертилликни яхшилаш учун фақатгина диагностик лапароскопияни эмас, балки оператив лапароскопияни (эндометриоз ўчоқларини кесиб ташлаш ва абляция қилиш), шу жумладан адгезиолизисни ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

Бепуштлиги мавжуд эндометриоз билан касалланган аёлларда оператив лапароскопия бепуштлиқнинг сабабларини аниқлашни кенгайтириш, ёндош бузилишлар ёки касалликларни (яллиғланиш жараёни, битишмалар мавжудлиги, бачадон найлари ўтказувчанлиги бузилиши) аниқлаш ва уларни коррекция қилишга имкон беради.

С	Эндометриоз билан боғлиқ бепуштлиги мавжуд аёлларга ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириш учун ўчоқларни радикал олиб ташлашдан кейин гормонал даволашни тайинлаш тавсия этилмайди.
----------	--

В	Жарроҳлик даволаш ва 6-12 ой мобайнида ўтказилган консерватив даволаш самара бермаганда, аёлнинг ёшидан ва шеригининг фертилик даражасидан қатъи назар эндометриознинг III-IV босқичи билан касалланган ва бачадон найлари ўтказувчанлиги бузилиши мавжуд аёлларда ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириш учун ЁРТ усулларини қўллаш тавсия этилади.
----------	--

С	аГн-РГ препаратлари билан тухумдонлар функциясини стимуляциялашнинг узайтирилган тартибини қўллаш тавсия этилади.
----------	---

В	ЁРТ усулларини қўллашда ҳомиладорлик юзага келиш эҳтимолини ошириш учун аденомиознинг III-IV босқичида 3-4 ой мобайнида аГн-РГ препаратларини тайинлаш тавсия этилади.
----------	--

Ўсмир қизларда эндометриозни олиб бориш

Ўсмир қизларда эндометриозни даволашнинг мақсади қуйидагилардан иборат:

- оғриқ синдромини даволаш;
- касалликнинг кейинги ривожланиб боришининг олдини олиш;
- репродуктив функцияни сақлаб қолиш.

Ҳайз даврлари оғриқли бўлган ўсмир қизларда бирламчи дисменорея кузатилади, НЯҚДВ билан эмпирик даволаш ёки гормонал терапия ижобий натижани кўрсатади. Бироқ, баъзи беморларда бошидан иккиламчи дисменореяни кўрсатадиган симптомлар кузатилади ёки бирламчи дисменореяни эмпирик даволаш самара бермайди ва қўшимча баҳолашни талаб қилади.

С	Ўсмир қизларда оғриқ синдромини даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган терапия сифатида НЯҚДВни тайинлаш тавсия этилади ва улар самара бермаганда, муқобил равишда КОКлар ёки гестагенлар қўлланилиши мумкин.
----------	---

Ўсмир қизлар орасида эндометриознинг ҳақиқий тарқалиши номаълум бўлсада, гормонал терапия ва НЯҚДВларга жавоб бермайдиган чаноқ соҳасида сурункали оғриғи ёки дисменореяси мавжуд ўсмир қизларнинг камида 2/3 да диагностик лапароскопия пайтида эндометриоз аниқланади.

С	Ўсмир қизларда медикаментоз терапия билан босилмайдиган ифодаланган оғриқ синдроми ва кичик чаноқда ҳажмли ҳосилалар мавжуд бўлганда жарроҳлик даволаш тавсия этилади.
----------	--

Ўсмир қизларда эндометриознинг ташқи кўриниши ёши катта аёллардаги эндометриоз билан фарқ қилади. Ўсмир қизларда эндометриоз ўчоқлари одатда тиниқ ёки қизил рангда бўлади ва ўсмир қизларда эндометриозни даволамаган гинекологлар учун уларни аниқлаш қийинчилик туғдириши мумкин.

С	18 ёшдан кичик бўлган ўсмир қизларга аГн-РГ препаратларини тайинлаш тавсия этилмайди.
----------	---

Бироқ, жарроҳлик даволаш ёки супрессив гормонал терапияга жавоб бермайдиган эндометриоз билан касалланган ўсмир қизларга ўрнини босувчи “add-back” терапия билан биргаликда аГнРГ препаратларини 6 ойга тайинлаш мумкин.

Постменопауза даврида эндометриозни олиб бориш

Постменопауза ёшдаги аёлларни олиб боришда шифокор олдида пайдо бўладиган энг муҳим саволлар:

- малигнизация хавфи (айниқса инфилтратив шаклларда ва эндометриомалар мавжуд бўлганда);
- кўрсатмалар мавжуд бўлганда МГТни ўтказиш имкони.

Постменопауза ёшдаги аёлларда ичакнинг шикастланиши ва тухумдонларнинг эндометриоид кисталари (кўпинча эндометриознинг қайталаниши ёки илгари аниқланмаган касаллик сифатида) аниқланади.

С	Ҳар қандай локализацияли эндометриоз билан касалланган, айтиқса жинсий аъзоларда ҳажмли ҳосилалари мавжуд постменопауза ёшдаги аёлларни энг катта ҳажмли ҳосилани олиб ташлаш ва онкологик касалликларни истисно қилиш мақсадида лапароскопик кириш йўли орқали даволаш тавсия этилади.
----------	---

Тухумдоннинг эндометриоид кисталари ва касалликнинг экстрагенитал шакллари аниқланганда онкологик касалликка ҳушёр бўлиш керак.

Анамнезда эндометриоз билан касалланган аёлларда характерли менопаузал симптомларни енгиллаштириш учун менопаузал гормонал терапияни қўллаш тавсия этилади, бунда эстрогенлар билан монотерапия қўлланилмайди.

В	Эндометриоз билан касалланган аёлларда гистерэктомия ўтказилганлиги/ўтказилмаганлигидан қатъи назар МГТнинг ўзлуксиз комбинацияланган тартибини қўллаш тавсия этилади (кўрсатмалар мавжуд бўлганда).
----------	--

Ушбу терапия касаллик қайталаниши ва сақланиб қолган эндометриоз ўчоқлари малигнизацияга учраш хавфини камайтиради.

Тиббий реабилитация

Тегишли шикоятлар мавжуд бўлганда реабилитация учун психотерапия, релаксация техникалари, арт-терапия, чаноқ мушакларини машқ қилиш (имбилдинг), сувда гимнастика, тиббий массаж, электротерапия, ҳулқ-атвор терапия, ижтимоий ва сексуал маслаҳатлашув, акупунктура қўлланилиши мумкин.

В	Эндометриоз билан касалланган аёлларда психоэмоционал ҳолатни баҳолаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун психоэмоционал фонда ўзгаришларга шикоятлар мавжуд бўлганда тегишли мутахассисларнинг (тиббий психолог) маслаҳатлашувига ва сексуал бузилишлар мавжуд бўлганда сексопатолог-шифокорининг маслаҳатлашувига юбориш тавсия этилади.
----------	--

С	Жарроҳлик даволашни талаб қиладиган эндометриознинг барча шаклларида, эндометриоз тарқалишининг III-IV босқичида, чуқур психоэмоционал бузилишларда, асосий касаллик фондида невротизация ривожланишида физик омилларни қўллаш тавсия этилмайди.
----------	--

Профилактикаси

Эндометриоз ривожланишининг аниқ сабаблари аниқ бўлмаганлиги сабабли, касаллик ривожланиши хавфини пасайтирадиган махсус тавсиялар мавжуд эмас.

Иловалар

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Миллий клиник баённома Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси 2019 йил 23 декабрдаги 59-сонли Қўшма қарорининг талабларига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Клиник баённомани ишлаб чиқишда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг мутахассислари: акушер-гинекологлар ва Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатасининг мутахассислари иштирок этди.

Мазкур клиник баённоманинг ишлаб чиқилиши муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини тасдиқловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: мазкур клиник баённомани ишлаб чиқишни бошлашдан аввал ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномасини тўлдиришди. Ишчи гуруҳ аъзоларининг ҳеч бири фармацевтика компаниялари ёки мазкур протокол мавзуси бўйича клиник фойдаланиш учун маҳсулотлар ишлаб чиқарадиган бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларнинг иштироки: протокол ва тавсиялар бўйича йўриқномаларни ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашув хавфи), ахлоқий, маданий, диний жиҳатлари сўралган ва ҳисобга олинган. Фикрлар сўрови РИАГИАТМнинг ихтисослаштирилган бўлимларида аёллар билан норасмий суҳбатлар орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш

Далилларни тўплашда қўлланилган усуллар: электрон маълумотлар базаларида, кутубхона ресурсларида қидириш. Асосий маълумот манбалари сифатида 2012-2022 йилларга мўлжалланган турли мамлакатлар тиббий жамиятлари ва бошқа ихтисослаштирилган ташкилотларнинг инглиз ва рус тилларида клиник кўрсатмаларидан фойдаланилган, тиббиётни ривожлантиришда устувор аҳамиятга эга сўнгги 5 йилги (2017 йилдан бошлаб) маълумотлардан фойдаланилди. Баённомани ишлаб чиқиш жараёнида дарсликлар ва монографиялардан фойдаланилмаган. Қуйидаги маълумотлар базаларида асосий маълумотларнинг тизимли қидируви ўтказилди:

- World Health Organization. <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS). <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services. Guidelines@health.qld.gov.au
- Россия акушер-гинекологларнинг жамияти. https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Тавсияларни танлаб олиш ва мослаштириш учун манба ҳужжат сифатида турли мамлакатлардан бир нечта клиник қўлланмалардан фойдаланилди.

Топилган ва баҳоланган клиник қўлланмалар керакли тавсияларни ўз ичига олмаган ёки етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитга тўғри келмаганда, рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар, когорт тадқиқотлар бўйича қўшимча қидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқ.

Топилган манбаларнинг сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлигини, уларни ишлаб чиқиш методологиясини, далилларнинг ишончилиги ва кучи, маҳаллий шароитларга тўғри келиши бўйича тавсиялар рейтингини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи

Баённоманинг якуний тавсиялари тавсияларнинг бир қисмини ўзгартиришларсиз асл нусхадаги бир нечта клиник қўлланмалардан олиш, клиник қўлланмаларнинг айрим тавсияларини маҳаллий шароитга мослаштириш ва қўшимча адабиётларни қидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш йўли билан тузилган. Паст сифатли далилларга эга ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник қўлланмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Хорижий клиник қўлланмалар муаллифлари бошқа далиллар даражаларидан фойдаланган бўлса, улар (имкон қадар) GRADE тизимига мослаштирилди. Турли хил клиник қўлланмаларда бир хил тавсиялар топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ янада ишончли илмий далиллар асосида тузилган тавсиялар баённомага киритилди.

Эксперт баҳо

Протокол ҳужжатлаштирилган ҳамда ички ва ташқи экспертлар томонидан кўриб чиқилган. Тавсияларнинг далиллар базаси шарҳловчининг фикридан кўра жиддийроқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини ўзида сақлаб қолади.

Жамоатчилик билан маслаҳатлашиш

Протоколнинг якуний версиясини шакллантиришда протоколнинг лойиҳаси олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (ўқув юртлари филиаллари директорлари) кенг доирадаги мутахассислари муҳокамасига (РИАГИАТМ филиалларининг директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) тақдим этилди. Протоколнинг лойиҳаси билан РИАГИАТМнинг расмий сайти (uzaig.uz) ва телеграм каналида танишиш мумкин. Кўриб чиқишлар стандарт кўриб чиқиш варағини тўлдириш билан электрон почта орқали қабул қилинди. Протокол лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун молиявий ёрдам Ўзбекистон Республикасидаги ЖССТнинг ваколатхонаси ва Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA) томонидан амалга оширилди. Ташқи молиялаштиришга ҳужжатни ишлаб чиқишнинг барча босқичларида ЖССТ экспертлари томонидан ташқи баҳолаш кўринишидаги услубий ёрдам ва протоколни ўзбек тилига таржима қилиш ва уни такрорлаш кўринишида техник ёрдам кўрсатилди. Молиявий органларнинг фикрлари ва манфаатлари протоколнинг якуний тавсияларига таъсир қилмади.

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)



2-илова

Америка фертилик жамиятининг эндометриоз бўйича қайта кўриб чиқилган таснифи

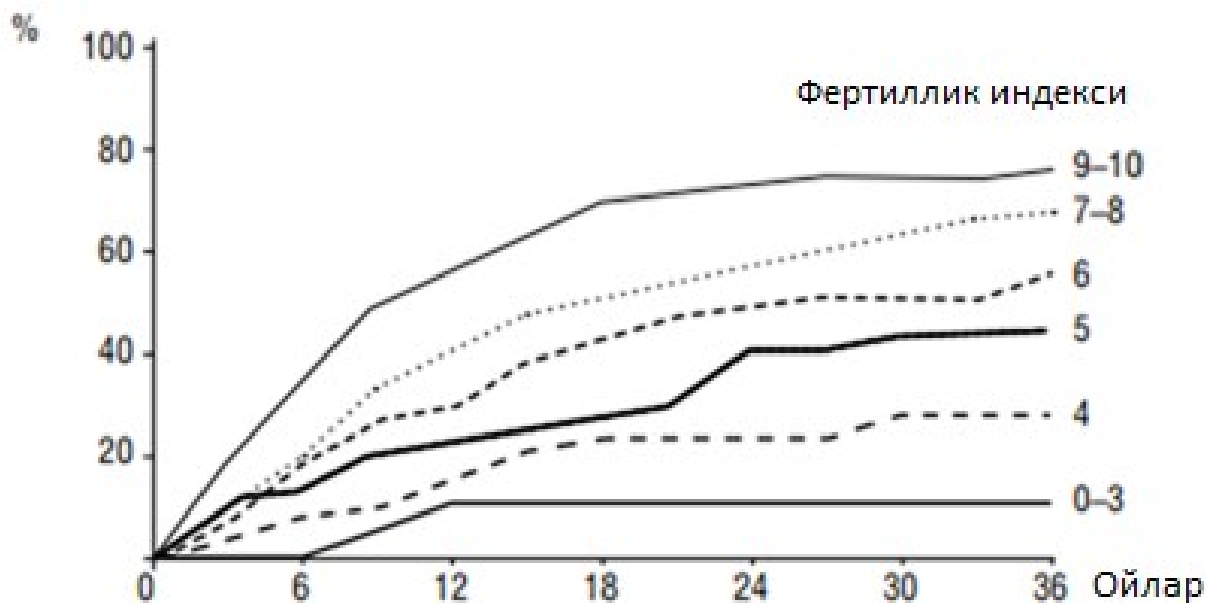
Шикастланиши ва локализацияси			Шикастланиш детализацияси, баллар		
			<1 см	1-3 см	>3 см
Қорин пардаси	юзаки		1	2	4
	чуқур		2	4	6
Тухумдонлар	ўнг	юзаки	1	2	4
		чуқур	4	16	20
	чап	юзаки	1	2	4
		чуқур	4	16	20
Дуглас бўшлиғи облитерацияси			Қисман 4	Тўлиқ 40	
Битишмалар			<1/3 ёпишган	1/3 – 2/3 ёпишган	> 2/3 ёпишган
Тухумдонлар	ўнг	пенкасимон	1	2	4
		қаттиқ	4	8	16
	чап	пенкасимон	1	2	4
		қаттиқ	4	8	16
Бачадон найлари	ўнг	пенкасимон	1	2	4
		қаттиқ	4*	8*	16
	чап	пенкасимон	1	2	4
		қаттиқ	4*	8*	16
Изоҳ: *бачадон найининг фимбриал қисми битишмаларга тўлиқ ёпишганда 16 балл билан баҳоланади. I босқич – 1-5, II босқич – 6-15, III босқич – 16-40, IV босқич – >40					

3-илова

Эндометриозда фертилик индексини ўлчаш

Анамнестик маълумотлар			Жарроҳлик аралашувидан кейин олинган маълумотлар		
Омил	Таърифи	Баллар	Омил	Таърифи	Баллар
Ёши	≤35 ёш	2	LF-баҳо	7 дан 8 гача	3
	36-39 гача	1		4 дан 6 гача	2
	≥40 ёш	0		1 дан 3 гача	0
Бепуштлиқнинг давомийлиги	≤3 йил	2	AFS-таснифи Эндометриозни баҳолаш	16 дан кам	1
	3 йилдан кўп	0		≥16	0
Аввалги ҳомиладорликлар	Бўлган	1	AFS-таснифи Тўлиқ баҳо	71 дан кам	1
	Бўлмаган	0		≥71	0
Анамнестик маълумотлар бўйича жами: 			Жарроҳлик аралашувидан кейин олинган маълумотлар бўйича жами: 		
Фертилик индекси =  + 					

Ҳомиладор бўлиш эҳтимолини аниқлаш



4-илова

Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи

Асл номланиши: visual analogue scale.

Тури: баҳолаш шкаласи.



Талқини: оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи 10 см узунликдаги тўғри чизиқ бўлиб, кузатилаётган оғриқнинг жадаллигига мос келадиган жойда белги қўйиш сўралади. Чизиқнинг бошланғич нуқтаси оғриқнинг йўқлигини кўрсатади – 0, кейин, ўрта, кучли, чидаб бўлмас оғриқ келади – 10. Чизиқнинг чап боши ва белгиланган нуқта орасидаги масофа миллиметрда ўлчанади.

0-1 см – оғриқ йўқ,

1-3 см – оғриқга эътибор бермаса бўлади,

3-5 см – фаолиятга халақит беради,

5-7 см – ҳаёлни бир жойга жамлашга халақит беради,

7-9 см – асосий эҳтиёжларни қондиришга халақит беради,

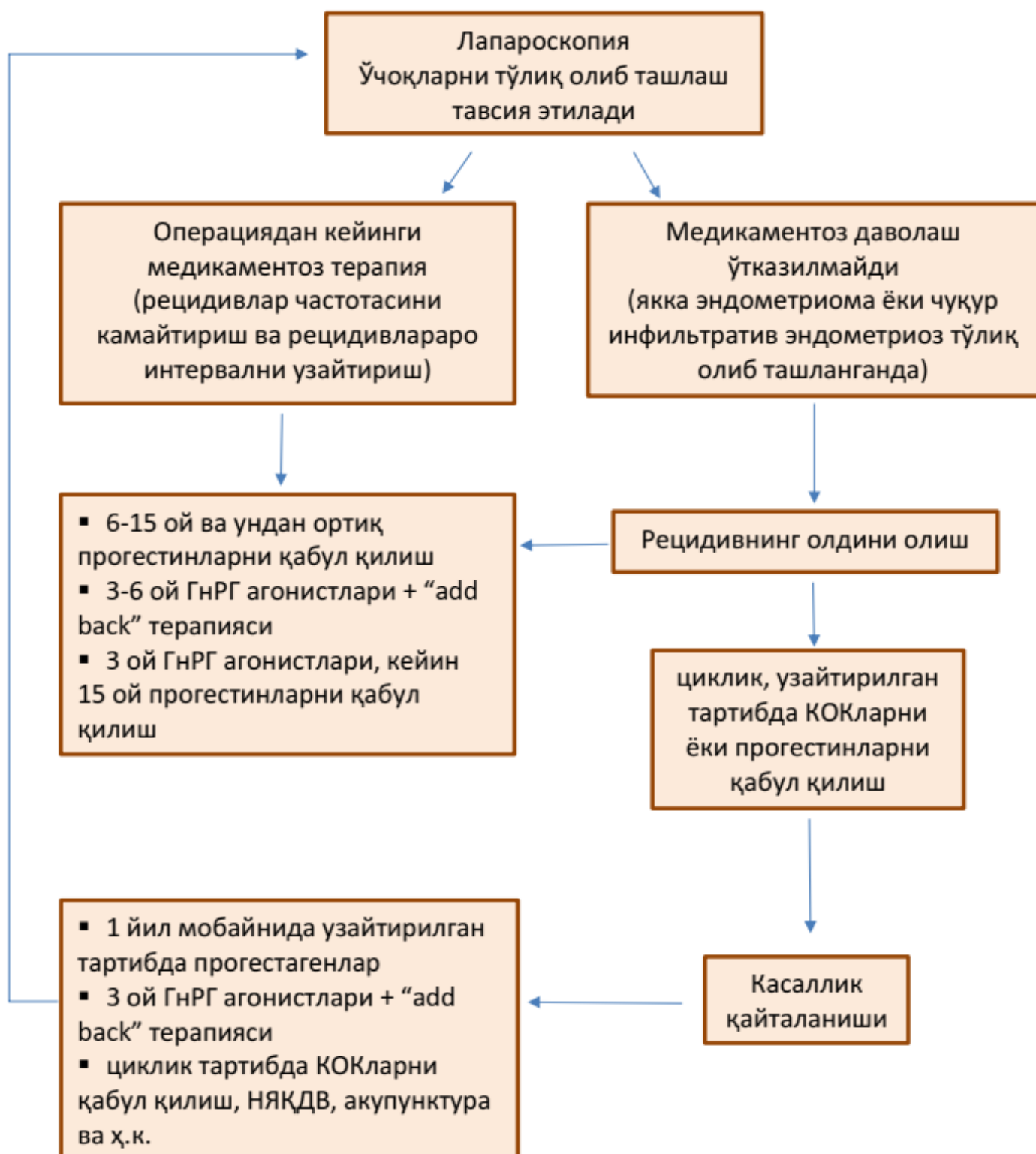
9 -10 см – ётоқ тартиби зарур.

Тушунтиришлар: жарроҳлик аралашувидан, даволашдан аввал оғриқнинг жадаллигини баҳолаш тавсия этилади. ВАШ тўлдирилиши кўп вақт талаб қилмаганлиги учун даволаш курси ўтказилиши пайтида ҳар куни баҳолаш мумкин. Олинган маълумотлар оғриқсизлантириш таъсирини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Шунингдек, имкон қадар, оғриқсизлантириш терапиясининг ҳажмини қайд этиш ва оғриқ синдромини баҳолашда ушбу таҳлилларни ҳисобот маълумотларига киритиши лозим.

Эндометриозга гумон қилинганда ҳаракатлар алгоритми



Эндометриозни жарроҳлик даволашдан кейин шифокорнинг тактикаси



Дисменорреяси мавжуд ўсмир қизларни олиб бориш алгоритми



Бемор учун маълумот

Эндометриоз – бу бачадон ички қаватининг (эндометрий) тузилишига ўхшаш тўқима бошқа жойларда: одатда чаноқ соҳасида, бачадон атрофида, тухумдонларда аниқланадиган касалликдир.

Баъзи ҳолатларда эндометриозни ташхислаш қийинчилик туғдиради. Ушбу касалликни ташхислаш учун, қоида тариқасида, кичик чаноқ аъзолари УТТ ва, зарур бўлса, МРТ ва КТ ўтказилади. Энг аниқ текширув усули лапароскопия ҳисобланади.

Эндометриоз – бу сурункали касаллик бўлиб, у жисмоний, сексуал, руҳий ва ижтимоий фаровонликка таъсир қилиши мумкин.

Эндометриознинг энг кўп учрайдиган симптомларга қуйидагилар киради: чаноқ соҳасида оғриқ кузатилиши, оғриқли, баъзида номунтазам ёки ҳаддан ташқари кўп миқдорда менструал қон кетишлар. Жинсий алоқадан аввал ва кейин ҳам оғриқ кузатилиши ва репродуктив функция бузилиши мумкин.

Даволаш вариантларига қуйидагилар киради: оғриқсизлантирувчи ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, гормонлар ва/ёки жарроҳлик аралашув.

Жарроҳлик аралашув кўпинча лапароскопик кириш йўли орқали ўтказилади. Бироқ, касалликнинг оғир шаклларида жарроҳлик аралашуви лапаротом кириш йўли орқали ўтказилиши ҳам мумкин.

Репродуктив функцияни тиклаш учун медикаментоз даво самара бермайди, жарроҳлик даволашни ўтказиш зарур бўлади.

Қўшимча даволаш усулларига жисмоний машқларни бажариш, бу кайфиятни кўтариши ва эндометриознинг айрим белгиларини камайтириши мумкин; сут ёки буғдой маҳсулотлари каби баъзи озиқ-овқатларни рациондан чиқариб ташлаш; психотерапия ва маслаҳат олиш киради.

Самара беришлиги бўйича далилларнинг чекланганлигига қарамасдан, баъзи аёлларда қуйидаги аралашувлар оғриқни камайтириши ва ҳаёт сифатини яхшилаши мумкин: рефлексотерапия, тери орқали нервнинг электр стимуляцияси, акупунктура, В₁ витамини ва магний препаратлари, анъанавий хитой тиббиёти, фитотерапия ва гомеопатия.

Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси

Тиббий аралашув – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, _____, (беморнинг Ф.И.Ш.)
« ____ » _____ йили туғилганман, қўйдаги манзилда рўйхатга олинганман,

_____ (бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

_____ шуни маълум қиламанки,

_____ (тиббиёт муассасасининг номи)

_____ муассасасид

а режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажалар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озиқ-овқат маҳсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қўйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қўйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қўйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қўйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳудудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

Сана « ____ » _____ й.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Эндометриоз. Клиник тавсиялар. РАГЖ. Москва, 2021 й.
2. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – 2006., Медицина. Москва.
3. Овакимян А. С. Клиническая иммуноморфологическая характеристика хронической тазовой боли при различных формах наружного генитального эндометриоза: дис. – М., 2016: 27, 2016. Москва.
4. Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6.
6. Koninckx P. R. et al. An endometriosis classification, designed to be validated //Gynecological Surgery. – 2011. – Т. 8. – №. 1. – С. 1-6.
7. Parazzini F. et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2017. – Т. 209. – С. 3-7.
8. Cozzolino M. et al. Variables associated with endometriosis-related pain: a pilot study using a visual analogue scale //Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics. – 2019. – Т. 41. – №. 03. – С. 170-175.
9. Latthe P. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity //BMC public health. – 2006. – Т. 6. – №. 1. – С. 177.
10. Heitmann R. J. et al. Premenstrual spotting of ≥ 2 days is strongly associated with histologically confirmed endometriosis in women with infertility //American journal of obstetrics and gynecology. – 2014. – Т. 211. – №. 4. – С. 358. e1-358.
11. Bungum H. F., Vestergaard C., Knudsen U. B. Endometriosis and type 1 allergies/immediate type hypersensitivity: a systematic review //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2014. – Т. 179. – С. 209-215.
12. Boneva R. S., Lin J. M. S., Unger E. R. Early menopause and other gynecologic risk indicators for chronic fatigue syndrome in women //Menopause (New York, NY). – 2015. – Т. 22. – №. 8. – С.826.
13. Morotti M. et al. Comparing treatments for endometriosis-related pain symptoms in patients with migraine without aura //Journal of comparative effectiveness research. – 2012. – Т. 1. – №. 4.– С. 347-357.
14. Ryan S. A. The treatment of dysmenorrhea //Pediatric Clinics. – 2017. – Т. 64. – №. 2. – С. 331-342.
15. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
16. Speer L., Mushkbar S., Erbele T. Chronic pelvic pain in women //American family physician. – 2016. – Т. 93. – №. 5. – С. 380-387.
17. Dunselman G. A. J. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis //Human reproduction. – 2014. – Т. 29. – №. 3. – С. 400-412.
18. Van den Bosch T., Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2018. – Т. 51. – С. 16-24.
19. Exacoustos C., Manganaro L., Zupi E. Imaging for the evaluation of endometriosis and adenomyosis //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2014. – Т. 28. – №. 5. –С. 655-681.

20. Exacoustos C. et al. Ultrasound mapping system for the surgical management of deep infiltrating endometriosis //Fertility and sterility. – 2014. – T. 102. – №. 1. – C. 143-150.
21. Noventa M. et al. Ultrasound techniques in the diagnosis of deep pelvic endometriosis: algorithm based on a systematic review and meta-analysis //Fertility and sterility. – 2015. – T. 104 – №. 2. – C. 366-383.
22. Barbieri R. L. Why are there delays in the diagnosis of endometriosis //OBG Manag. – 2017. –T. 29. – C. 8-11.
23. Feldman M. K. et al. Systematic interpretation and structured reporting for pelvic magnetic resonance imaging studies in patients with endometriosis: value added for improved patient care //Abdominal Radiology. – 2019. – C. 1-15.
24. Medeiros L. R. et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a
25. systematic review and meta-analysis //Archives of gynecology and obstetrics. – 2015. – T. 291. – №. 3. – C. 611-621.
26. G. Uysal et al. Novel Medical Treatment Modalities of Endometriosis. Kafkas Journal of Medical Sciences, vol. 5, no. 3, pp. 109–119, 2015, doi: 10.5505/kjms.2015.24572.
27. Gordts S., Grimbizis G., Campo R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis //Fertility and sterility. – 2018. – T. 109. – №. 3. –C. 380-388.
28. Tomassetti C. et al. Reproducibility of the Endometriosis Fertility Index: a prospective inter-/intra-rater agreement study //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. –2020. – T. 127. – №. 1. – C. 107-114.
29. Nisenblat V. et al. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2016. – №. 2.
30. Bourdel N. et al. Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? //Human reproduction update. – 2015. – T. 21. – №. 1. – C. 136-152.
31. Leonardi M. et al. When to do surgery and when not to do surgery for endometriosis: a systematic review and meta-analysis //Journal of minimally invasive gynecology. – 2019.
32. Singh S. S., Suen M. W. H. Surgery for endometriosis: beyond medical therapies //Fertility and sterility. – 2017. – T. 107. – №. 3. – C. 549-554.
33. Römer T. Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice //Archives of gynecology and obstetrics. – 2018. – T. 298. –№. 4. – C. 747-753.
34. Lee J. H. et al. Effectiveness of dienogest for treatment of recurrent endometriosis: multicenter data //Reproductive Sciences. – 2018. – T. 25. – №. 10. – C. 1515-1522.
35. Bedaiwy M. A., Allaire C., Alfaraj S. Long-term medical management of endometriosis with dienogest and with a gonadotropin-releasing hormone agonist and add-back hormone therapy //Fertility and sterility. – 2017. – T. 107. – №. 3. – C. 537-548.
36. de Paula Andres M. et al. Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review //Archives of gynecology and obstetrics. – 2015. – T. 292. – №. 3. – C. 523-529.
37. Crosignani P. G. et al. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain //Human Reproduction. – 2006. – T. 21 – №. 1. – C. 248-256.

38. Hewitt G. D., Gerancher K. R. ACOG COMMITTEE OPINION Number 760 Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent //OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. – 2018. – T. 132. – №. 6. – CE249-E258.
39. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D’Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014; 29:400–12.
40. Adamson GD, Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometr.* 2010; 2:3–6.
41. Statistics Korea. Daejeon: Statistics Korea; 2019. Outpatient benefits by frequency of disease (total) 2018
42. Soliman AM, Surrey ES, Bonafede M, Nelson JK, Vora JB, Agarwal SK. Health care utilization and costs associated with endometriosis among women with medicaid insurance. *J Manag Care Spec Pharm.* 2019; 25:566–72.
43. Sampson JA. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type (“adenomyoma” of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid, etc.) *Arch Surg.* 1921; 3:245–323.
44. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, Evans S, Reid G, Tsaltas J, et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20:783–9.
45. Hornstein MD, Gleason RE, Orav J, Haas ST, Friedman AJ, Rein MS, et al. The reproducibility of the revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril.* 1993; 9:1015–21.
46. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril.* 1996; 65:299–304.
47. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:572–9.
48. Oral E, Ilvan S, Tustas E, Korbeyli B, Bese T, Demirkiran F, et al. Prevalence of endometriosis in malignant epithelial ovary tumours. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109:97–101.
49. Borgfeldt C, Andolf E. Cancer risk after hospital discharge diagnosis of benign ovarian cysts and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:395–400.
50. Kobayashi H, Sumimoto K, Moniwa N, Imai M, Takakura K, Kuromaki T, et al. Risk of developing ovarian cancer among women with ovarian endometrioma: a cohort study in Shizuoka, Japan. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17:37–43.
51. Ness RB, Cramer DW, Goodman MT, Kjaer SK, Mallin K, Mosgaard BJ, et al. Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* 2002; 155:217–24.
52. Olson JE, Cerhan JR, Janney CA, Anderson KE, Vachon CM, Sellers TA. Postmenopausal cancer risk after self-reported endometriosis
53. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva: WHO 2018.
54. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med* 2020; 382:1244-56. 51. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019(4):354-64.
55. Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013;28(6):1552-68.

56. Horne AW, Saunders PTK, Abokhrais IM, et al. Top ten endometriosis research priorities in the UK and Ireland. *Lancet* 2017; 389:2191-92.
57. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod* 2017;32(2):315-24.