

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ



**«Бачадондан аномал қон кетишлар:
ташхислаш ва даволаш тактикаси»
миллий клиник баённомаси**

ТОШКЕНТ 2023

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Бачадондан аномал қон кетишлар: ташхислаш ва олиб бориш тактикаси
Ҳужжатнинг номи	«Бачадондан аномал қон кетишлар: ташхислаш ва даволаш тактикаси» 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	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш - уч йилда камида бир маротаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутди, 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.....	10
Этиологияси ва патогенези.....	10
Эпидемиологияси.....	11
Таснифи.....	11
Клиник кўриниши	13
Диагностикаси	13
Анамнез.....	14
Физикал текширув.....	16
Лаборатор диагностик текширувлар.....	16
Визуал диагностик текширувлар.....	18
Дифференциал диагностикаси	20
Даволаш	21
Медикаментоз даво.....	21
Ўткир БАҚКларни даволаш.....	22
Сурункали БАҚКларни даволаш.....	24
Жарроҳлик даволаш.....	25
Турли ёш гуруҳларида БАҚКнинг кечиши	27
Ўсмирларда БАҚКнинг кечиши.....	27
Менопаузадан кейинги даврида БАҚКнинг кечиши.....	28
Тиббий реабилитация	30
Профилактикаси	30
Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш	30
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	30
Иловалар	31
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i>	31
<i>БАҚКни ташхислаш алгоритми</i>	32

<i>Репродуктив даврда БАҚКни олиб бориш алгоритми.....</i>	<i>33</i>
<i>Ўсмир қизларда БАҚКни олиб бориш алгоритми.....</i>	<i>34</i>
<i>Менопаузадан кейинги даврда БАҚКни олиб бориш алгоритми.....</i>	<i>35</i>
<i>Бемор учун маълумот.....</i>	<i>36</i>
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси.....</i>	<i>38</i>
Фойдаланилган адабиётлар.....	40

ИШЧИ ГУРУҲ ТАРКИБИ:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

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

Масъул ижрочилар:

Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	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
Абдуганиева М.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Батирова М.А.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Тоштемирова Ш.М.	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
Иноятова Н.А.	ТХКМРМ, т.ф.н., Акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси доценти

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

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

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

Ташқи эксперт баҳо (ЖССТнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси кўмагида):

Тинатин Гагуа, т.ф.д. – ЖССТ эксперти (Грузия)

Клиник баённома 2022 йил «_24_» __феврал____ Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, _3_-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, бачадондан аномал қон кетишлар билан касалланган аёлларни олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тadbиқ этиш.

Беморлар тоифаси: ўсмирлик, репродуктив, пре- ва постменопаузал ёшдаги бачадондан аномал қон кетишлар билан касалланган аёллар.

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

Қисқартмалар рўйхати:

FDA	–	Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дориларнинг сифатини назорат қилиш АҚШ федерал хизмати – Food and Drug Administration)
FIGO	–	International Federation of Gynecology and Obstetrics – Халқаро акушерлик ва гинекология федерацияси
SARS-CoV-2	–	Betacoronavirus туркумининг Sarbecovirus кичик туркумига кирувчи қобиқли бир занжирли РНК-таркибли вируси
Гн-РГ-а	–	гонадотропин-рилининг гормони агонистлари
АҚБ	–	артериал қон босими
БАҚК	–	бачадондан аномал қон кетишлар
ФҚТВ	–	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ)
БУБПТД	–	буйрак усти бези пўстлоғининг туғма дисфункцияси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ДвК	–	дилатация ва кюретаж
КОК	–	комбинацияланган орал контрацептивлар
ЛНГ-БИВ	–	левоногестрел сақловчи бачадон ички воситаси (тизими)
МГТ	–	менопаузал гормонал терапия
ХКТ-10	–	10-халқаро касалликлар таснифи
МРТ	–	магнит-резонанс томография
НЯҚДВ	–	ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар
КМБҚК	–	кўп миқдорда бачадондан қон кетиши
ПТВ	–	протромбин вақт
ЭС	–	эндометрий саратони
СГС	–	соногистерография
ТПКС	–	тухумдонлар поликистозиди синдроми
ЭРСМ	–	эстроген рецепторларининг селектив модуляторлари
УТТ	–	ультратовуш текшируви
ОХГ	–	одам хорионик гонадотропини

Кириш

Атамалар

- **Бачадондан аномал қон кетиши (БАҚК)** – бу давомийлиги, йўқотилган қон ҳажми ва/ёки такрорийлиги бўйича ҳаддан зиёд юқори бўлган қон кетиши ҳисобланади.
- **Ўткир БАҚК** – массив қон йўқотишнинг олдини олиш учун зудлик билан тиббий аралашув ўтказилишини талаб қиладиган қон кетиши ҳисобланади.
- **Сурункали БАҚК** – давомийлиги, йўқотилган қон ҳажми ва/ёки такрорийлиги бўйича 3 ойдан ортиқ кузатилаётган ҳаддан зиёд юқори бўлган қон кетиши ҳисобланади.

Таърифлар

Бачадондан аномал қон кетиши (БАҚК) – ҳайз кўришнинг мунтазамлиги ва такрорийлиги, қон кетишининг давомийлиги ёки йўқотилаётган қон ҳажмидаги ўзгаришларни ўз ичига олган ҳайз даврининг нормадан ҳар қандай четга чиқиши (бузилиши) ҳисобланади.

БАҚК қин ва вулвадан қон кетишни эмас, балки бачадон танаси ва унинг бўйнидан қон кетишини ўз ичига олади.

Нормал ҳайз кўриш даври одатда 24-38 кунни ташкил қилади, бунда менструал қон кетишининг давомийлиги эса 8 кунгача давом этади. Бироқ, БАҚКнинг диагностикасида ҳар бир аёлда ҳайз кўриш даврининг диапозони ва табиий ўзгарувчанликни ҳисобга олиш лозим.

Бачадондан аномал қон кетишларига (БАҚК):

- давомийлиги (8 кундан кўп) ва/ёки
- йўқотилган қон ҳажми (80 мл дан кўп)* ва/ёки
- такрорийлиги бўйича ҳаддан зиёд юқори бўлган қон кетишлар киради.

Қуйидаги белгилар биргаликда кузатилганда:

- қон зардобиди гемоглобин/гематокрит, ферритиннинг даражалари пасайиши;
- қон лаҳталари пайдо бўлиши;
- кун давомида гигиена воситаларини тез-тез алмаштириш зарурати юзага келишида шифокор-клиницист йўқотилган қон ҳажми ортаётганини (80 мл дан ортиқ) гумон қилиши мумкин.

Менструал қон кетишининг ҳажми жуда субъектив кўрсаткич ҳисобланади ва фақатгина тадқиқот мақсадларида қўлланилиши лозим, амалда кўп миқдорда қон йўқотиш аёлнинг идрок этишига асосланиши керак.

NICE маълумотларига кўра (2007, 2016 ва 2018 йй.) ҳар ой қон йўқотилишини баҳолашдаги қийинчиликларни ҳисобга олган ҳолда, олиб бориш тактикасини танлаш йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш билан эмас, балки аёлнинг ўзини ҳис қилиши (ноқулайлик, иш қобилиятининг пасайиши, жинсий фаоллик ва умуман олганда ҳаёт сифати) билан белгиланади.

NICE: ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетиши – бу аёлнинг жисмоний, ижтимоий, эмоционал ва/ёки моддий фаровонлиги ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатувчи ҳаддан зиёд юқори бўлган менструал қон кетиши деб

** Ҳайз кўриш даврида 80 мл дан кўп қон йўқотилиши ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетиши деб таърифланади. Одатда темир моддаси алмашинувининг бузилиши ҳар ой 60 мл дан кўп миқдорда қон йўқотилиши фониди кузатилади.

таърифланади.

Ҳайз кўриш даврида йўқотилган қон ҳажмини аниқлашга ёрдам берадиган саволлар	Аёлда менструал қон кетиши нормал ҳажмда бўлганда
Менструал қон кетиши энг кўп кузатилган кунларда гигиена воситаси/тампонни қанчалик тез-тез алмаштирасиз?	Гигиена воситаси/тампонларни ≥ 3 соатлик интервал билан алмаштириш
Ҳайз кўриш даврида қанча гигиена воситаси/тампонлардан фойдаланасиз?	Ҳайз кўриш даврида 21 тадан кам гигиена воситаси/тампонлардан фойдаланиш
Кечасига гигиена воситаси/тампонни алмаштиришингиз зарурми?	Кечасига гигиена воситаси/тампонни камдан-кам алмаштириш зарур
Ҳар қандай қон лаҳталарининг ўлчами қанчалик катта?	Диаметри 1 дюйм (2,54 см)дан кичик бўлган қон лаҳталари
Шифокор сизда анемия (камқонлик) борлигини айтдимми?	Анемия (камқонлик) мавжуд эмас

Шунингдек, қуйидаги қон кетишлар БАҚКга киради:

- камдан-кам кузатиладиган (38 кундан ортиқ) ва/ёки
- жудаям кам миқдорда бўлган.

Патологик менструал қон кетишларини тавсифлаш учун анъанавий равишда қўлланиладиган:

- “меноррагия” – ҳайз кўриш даврида жинсий йўлларида узоқроқ ва кўпроқ қон кетиши (циклик);
- “метроррагия” – менструаларо (ҳайз кўриш даврига боғлиқ бўлмаган) даврда қон кетиши (ациклик);
- “менометроррагия” – циклик ва ациклик қон кетишлар;
- “гиперменорея” – ҳайз кўриш даврида ажраладиган қон кўп келиши (80 мл дан кўп);
- “гипоменорея” – ҳайз кўриш даврида ажраладиган қон кам бўлиши (5 мл дан кам);
- “опсоменорея” – ҳайз даври жуда кам бўлиши (38 кундан ортиқ интервал билан);
- “пройоменорея” – ҳайз даври тез-тез бўлиши (24 кундан кам интервал билан);
- “полименорея” – 8 кун ва ундан ортиқ бачадондан қон кетиши;
- “олигоменорея” – 2 кундан кам бачадондан қон кетиши;
- “дисфункционал” – ички секреция безлари томонидан жинсий гормонлар ишлаб чиқарилишининг бузилиши билан боғлиқ бўлган бачадондан патологик қон кетишлари каби юқорида санаб ўтилган эскирган атамалар қўлланилмаслиги ва БАҚКга ўзгартирилиши лозим.

Нормал ва аномал қон кетишларининг мезонлари (FIGO, 2018 й.)

Ҳайз кўриш даврининг тоифаси	Хусусияти	
	Нормал	Аномал
Такрорийлиги	нормал (24-38 кунгача)	<ul style="list-style-type: none"> ■ ҳайз даври ёки қон кетишлар кузатилмаслиги = аменорея ■ тез-тез (<24 кун) ■ камдан-кам (>38 кун)
Мунтазамлиги	мунтазам (ҳайз даврининг ўзгарувчанлиги <7-9 кунни ташкил қилади) <i>эслатма:</i> 18-25 ёшгача ≤ 9 кун;	<ul style="list-style-type: none"> ■ номунтазам (ҳайз даврининг ўзгарувчанлиги ≥ 10 кунни ташкил қилади)

	26-41 ёшда ≤7 кун; 42-45 ёшда ≤9 кун	
Қон кетишининг давомийлиги	нормал ≤8 кун	<ul style="list-style-type: none"> узоқ давом этади >8 кун
Қон кетишининг миқдори	нормал <i>NICE бўйича кўп қон кетишининг таърифи: ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетиши – бу аёлнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатувчи қон кетишидир</i>	<ul style="list-style-type: none"> ажраладиган қон кўп келиши ажраладиган қон кам бўлиши
Менструаларо қон кетиши	кузатилмайди	<ul style="list-style-type: none"> тасодифий, номунтазам циклик (ҳайз даврининг бошланиши, ўртаси ёки тугашида)

ХКТ-10 бўйича кодланиши

N92	Жуда кўп, тез-тез ва номунтазам ҳайзлар
N92.0	Мунтазам циклда жуда кўп ва тез-тез ҳайз кўриш (меноррагия, полименорея)
N92.1	Номунтазам циклда жуда кўп ва тез-тез ҳайз кўриш (менструаларо даврда номунтазам қон кетишлар, ҳайзлар ўртасида номунтазам, қисқарган интерваллар, менометроррагия, метроррагия)
N92.2	Пубертат даврда кўп ҳайз кўриш (ҳайз кўриш даврининг бошланишида кўп қон кетиши, пубертат меноррагия, пубертат қон кетишлар)
N92.3	Овулятор қон кетишлар (мунтазам менструал қон кетишлар)
N92.4	Менопаузадан олдинги даврда жуда кўп қон кетишлар (меноррагия ёки метроррагия: климактерик, менопаузада, климактерик олдинги, менопаузадан олдинги)
N93	Бачадондан бошқа аномал қон кетишлар
N93.8	Бачадон ва қиндан бошқа аниқланган аномал қон кетишлар (дисфункционал ёки функционал бачадон ёки қиндан қон кетишлар)
N93.9	Бачадон ва қиндан аниқланмаган аномал қон кетиши
N95.0	Менопаузадан кейинги қон кетишлар

Этиологияси ва патогенези

“Репродуктив ёшдаги ҳомиладор бўлмаган аёлларда БАҚК сабаблари бўйича FIGОнинг (PALM-SOEIN) таснифлаш тизими” 2011 йилда ишлаб чиқилиб ва 2018 йилда қайта кўриб чиқилган бўлиб, БАҚКнинг этиологик омилларига асосланган. БАҚК/КМҚКнинг (ҳам ўткир, ҳам сурункали) сабабларига ҳам органик, ҳам ноорганик патологиялар кириши мумкин.

Бачадондаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган сабабларга қуйидагилар киради (PALM):

- полип;
- аденомиоз;
- лейомиома;
- малигнизация (ёмон сифатли ўсма) ва эндометрий гиперплазияси.

Визуал текширувларда аниқланадиган структуравий ўзгаришлар билан боғлиқ бўлмаган тоифалар (СОЕIN):

- **коагулопатия:** Виллебранд касаллиги ёки синдроми, тромбоцитопатиялар (Гланцман ва Бернар-Суле касалликлари), тромбоцитопениялар, шу жумладан, идиопатик тромбоцитопеник пурпура (Верлгоф касаллиги) ва Гоше касаллиги; камдан-кам – ўткир лейкокемия;

- **овулятор дисфункция:** прогестерон етишмовчилиги ва эстрогенларнинг ҳаддан ташқари кўп секрецияси туфайли юзага келади. БАҚКнинг ушбу шакллари ўсмирлик, перименопауза, лактация даврларида, гиперандрогения билан кечувчи ҳолатларда (тухумдонлар поликистози синдроми, буйрак усти беши пўстлоғининг туғма дисфункцияси ёки андроген-ишлаб чиқарувчи ўсмалар), гипоталамик дисфункцияда, пролактиннинг даражаси юқори бўлганда, тиреоид патологияларда, тухумдонларнинг вақтидан олдинги етишмовчилигида ва ятроген сабабларда (радиация ёки кимёвий терапия таъсири туфайли) кузатилиши мумкин;
- **эндометрий функцияси бузилиши:** кўпинча истисно ташхиси ҳисобланади, қоида тариқасида, ҳайзининг мунтазамлиги фонида ангиогенезнинг фаоллашиши, кўп миқдорда яллиғланиш олди цитокинлари ишлаб чиқарилиши, маҳаллий фибринолизнинг кучайиши ва простагландинлар мувозанатининг бузилиши натижасида юзага келади;
- **ятроген тоифа:** прогестагенлар/КОКларни узлуксиз тартибда ҳамда териости гестаген имплантатини ёки бачадон ички тизимини қўллаш, бу эндометрий, коагуляция жараёнлари ва овуляцияга таъсир кўрсатиши мумкин, рифампицин ва гризеофулвин каби антибиотиклар, антидепрессентлар, тамоксифен, кортикостероидлар билан даволаш, антикоагулянтларни қабул қилиш;
- **БАҚК тоифаларининг ҳеч бирига тегишли бўлмаган:** атриовеноз малформациялар, миоетрий гипертрофияси, кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейинги “токча” (“ниша”) ҳосил бўлиши, шунингдек, ҳозирги вақтда стандарт диагностик усуллар ёрдамида аниқлаб бўлмайдиган эндометрий ҳолатининг бошқа бузилишлари.

БАҚКнинг сабабини аниқлаш маълум бир аёл учун энг тўғри ва самарали даволашни танлаш учун муҳим аҳамиятга эга ва бунга анамнезни йиғиш, физикал кўрик ҳамда лаборатор ва визуал текширув усуллари орқали эришилади.

Эпидемиологияси

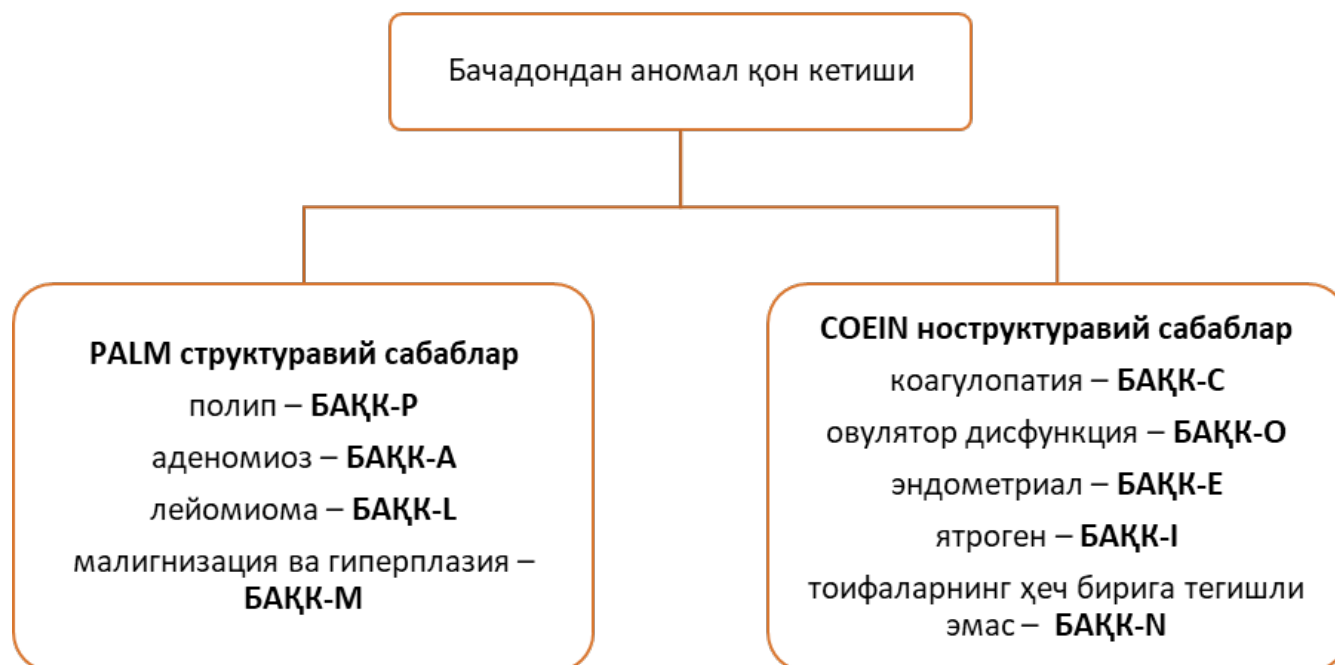
БАҚК учраш салмоғи репродуктив ёшдаги аёлларда тахминан 3-30% ни ташкил қилади ва перименопаузал даврда 70% га етиши мумкин. Репродуктив давр мобайнида аёлларнинг 1/2 қисмидан кўпроғида БАҚК камида бир марта учрайди, бироқ, уларнинг фақатгина 1/4 қисми тиббий ёрдамга мурожаат қилишади. Аёлларнинг тахминан 1/3 қисми ҳаётларининг маълум бир босқичида БАҚКдан азият чекади.

Таснифи

Ҳозирги вақтда барча БАҚКлар FIGO (PALM-COEIN) таснифи (2011 й., 2018 й. модификацияланган) бўйича бўлинади. Ушбу тасниф репродуктив ёшдаги ҳомиладор бўлмаган аёлларда БАҚКнинг этиологик омилига асосланади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- polyp (полип) – (БАҚК-P);
- adenomyosis (аденомиоз) – (БАҚК-A);
- leiomyoma (лейомиома) – (БАҚК-L);
- malignancy (малигнизация) – (БАҚК-M) ва hyperplasia (гиперплазия);
- coagulopathy (коагулопатия) – (БАҚК-C);
- ovulatory dysfunction (овулятор дисфункция) – (БАҚК-O);
- endometrial (эндометриал) – (БАҚК-E);
- iatrogenic (ятроген) – (БАҚК-I);
- not yet classified (тоифаларнинг ҳеч бирига тегишли бўлмаган) – (БАҚК-N).

**Репродуктив ёшдаги ҳомиладор бўлмаган аёлларда БАҚК сабабларининг
FIGO (PALM-COEIN) таснифлаш тизими (2018 й. модификацияси)**



FIGO (PALM-COEIN) таснифининг модификацияси, 2018 й.

Тоифа	Ўзгариш
БАҚК-А*	Аденомиознинг ултратовуш диагностик мезонлари кўрсатилган
БАҚК-L**	3-турдаги тугунни субмукоз бачадон миомаси сифатида таърифлаш тугунлар ўртасидаги фарқлар ва таъриф киритилди: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ва 1; 6 ва 7 турдаги ▪ 2 ва 3; 4 ва 5 турдаги
БАҚК-С	Антикоагулянтлар ва қон ивишига таъсир қилувчи бошқа дори-воситаларни қабул қилиш билан боғлиқ бўлган БАҚКлар чиқариб ташланди
БАҚК-I	Ҳар қандай ятрогения, шу жумладан, антикоагулянтлар ва овуляцияга таъсир қилувчи дори-воситаларни қўллаш билан боғлиқ бўлган БАҚКлар киритилди
БАҚК-О	Овуляцияга таъсир қилувчи дори-воситаларни қўллаш билан боғлиқ бўлган ятроген генезли овулятор бузилишлар чиқариб ташланди
БАҚК-N	Тоифанинг номи “Ҳали таснифланмаган” номдан “Тоифларининг ҳеч бирига тегишли эмас” номига ўзгартирилди

FIGOнинг БАҚК бўйича таснифини клиник амалиётда қўллаш учун ЖССТнинг TNM бўйича ёмон сифатли ўсмаларни босқичлашга ўхшаш ёндашув ишлаб чиқилган. Масалан, БАҚК билан касалланган аёлда овуляция бузилиши, лейомиома аниқланган бўлса ва бошқа

* FIGO ҳозирда сонографик ўзгаришларга асосланган аденомиознинг кичик таснифи бўйича халқаро консенсус устида ишламоқда. Аденомиознинг кичик таснифи “Эндометриоз” клиник баённомасида тақдим этилади.

** 2018 й. FIGO модификациясида лейомиоманинг кичик таснифи БАҚКнинг ягона ратификация қилинган кичик таснифи ҳисобланади ва “Бачадон миомаси” клиник баённомасида тақдим этилади.

аномалиялар/ўзгаришлар аниқланмаган бўлса, улар БАҚК P₀, A₀, L₁, M₀, C₀, O₁, E₀, I₀, N₀ ёки БАҚК-L, -O қисқартирилган вариантда таснифланади.

Клиник кўриниши

- жуда кўп менструал, менструаларо қон кетишлар, давомий ва/ёки жуда кўп қонли ажралмалар келиши;
- анемия (камқонлик);
- чарчоқ ҳисси;
- оғриқ ёки бошқа ёндош симптомлар;
- нафақат нохуш симптомлар, балки ижтимоий фаоллик чекланиши ва/ёки қўшимча санитария-гигиена воситалари ҳамда дори-воситаларни сотиб олиш учун моддий харажатларнинг ортиши, шунингдек, меҳнатга вақтинчалик лаёқатсизлик туфайли иш ҳақининг камайиши сабабли ҳаёт сифати пасайиши билан намоён бўлади.

Шундай қилиб, БАҚК аёлларнинг саломатлиги ва умумий фаровонлигига салбий таъсир кўрсатади.

Диагностикаси

БАҚК диагностикаси шикоятлар, диққат билан анамнезни йиғиш, физикал текширув, лаборатор ва визуал текширувлар, шунингдек ёш омилларини ҳисобга олишни ўз ичига олади.

Ўткир БАҚК билан касалланган аёлларни дастлабки баҳолаш мақсадида биринчи навбатда гиповолемиа ва гемодинамик беқарорлик белгиларини тезкор равишда баҳолаш лозим.

Анамнезни йиғишда эндометрий гиперплазияси/саратони ривожланиши бўйича юқори хавфга эга бўлмаган ҳамда миома, аденомиоз ёки бачадоннинг бошқа структуравий аномалиялари ривожланиши бўйича кичик хавфга эга бўлган аёлларда БАҚК сабабини аниқламасдан синов фармакологик даволашни бошлаш имкониятини кўриб чиқинг.

БАҚКни ташхислаш алгоритми

Анамнезни йиғиш:

- менархе ва менопауза бошланиши ёши;
- ҳайз кўриш даври ва қон кетиши хусусиятлари;
- қон кетишининг ифодаланганлиги (жуذا кўп, кўпмас, қон лаҳталари билан);
- тос соҳасидаги оғриқлар (оғриқнинг даражаси, оғриқ қолдирувчи дори-воситалари ёрдам бериши/бермаслиги) ва/ёки бачадон бўшлиғи аномалиялари, аденомиоз ёки миома мавжудлигини кўрсатиши мумкин бўлган “сиқилиш” симптомлари;
- даволаш усулларига таъсир қилиши мумкин бўлган бошқа омиллар (масалан, ёндош касалликлар ёки аввалги даволаниш);
- жарроҳлик аралашувлар;
- дори-воситаларни қабул қилиш;
- гемостазнинг эҳтимол бузилишларининг симптомлари ва белгилари;
- ҳаёт сифатига таъсир кўрсатиши.

Физикал текширув:

- умумий кўрик ва физикал текширув;
- тос соҳасини текшириш:
 - жинсий аъзоларнинг ташқи кўриги;

- кўзгуларда текшириш, Папаниколау бўйича суртма олиш (зарур бўлганда);
- бимануал қин орқали текшириш.

Лаборатор текширувлар:

- қон гуруҳи ва резус-омили;
- ҳомиладорликни аниқловчи тест (сийдик ёки қонда);
- тромбоцитлар сонини текшириш билан қоннинг умумий клиник таҳлили (гемоглобин, гематокрит);
- коагулограмманинг бирламчи тахминий текшируви (ФҚТВ, ПТВ, фибриноген);
- ТТГ (кўрсатмаларга кўра);
- Chlamydia trachomatis (кўрсатмаларга кўра).

Мумкин бўлган визуал диагностик текширувлар (кўрсатмаларга кўра):

- бачадон бўшлиғига физиологик эритмани юбориш билан соногистерография;
- трансвагинал УТТ;
- МРТ;
- гистероскопия.

Тўқималардан намуна олиш мумкин бўлган усуллари (зарур бўлганда):

- эндометрий офис биопсияси;
- нишонли гистероскопия;
- ДвК.

Анамнез

5С

БАҚК билан касалланган аёлларда гинекологик ва репродуктив анамнезни йиғиш, стандарт физикал текширувини ўтказиш тавсия этилади.

Анамнезни йиғишда менструал қон кетишларининг хусусиятлари, йўқотилган қон ҳажми, ёндош симптомлар (оғриқлар, дисменорея ва бошқ.), оилавий анамнезда БАҚК мавжудлиги бўйича саволлар кириши керак. БАҚК билан касалланган (ҳар қандай ёшдаги) аёлларнинг 20% гача асосий сабаби сифатида қон ивишининг бузилишлари туради.

БАҚК билан касалланган аёлларда гемостаз бузилишларининг бирламчи скрининг текширувларини ўтказиш зарур.

Ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетиши кузатилган аёлларда бир ёки бир нечта қўйидаги белгилар мавжудлигига асосан гемостаз бузилишларини аниқлаш учун скрининг текширувлар ўтказилиши керак:

- 1) менархе бошланиши билан ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетишлар;
- 2) қўйидаги қон кетишларидан бири: туғруқдан кейинги, жарроҳлик амалиёти пайтида, стоматологик аралашув билан боғлиқ бўлган қон кетишлар;
- 3) қўйидаги симптомлардан икки ёки ундан ортиғи: ойига 1-2 марта гематомалар пайдо бўлиши, ойига 1-2 марта бурундан қон кетиши, милкларнинг тез-тез қонаши, оилавий анамнезда қон кетишлари ҳолатлари кузатилганлиги.

Ўсмирларнинг 50% гача ва менархе бошланиши билан БАҚК/КМҚК ҳолатлари кузатилган аёлларнинг 10-20% да туғма коагулопатиялар кузатилади. 70% ҳолатларда Виллебранд касаллиги, камдан-кам XI, VII, VIII қон ивиш омилларининг етишмовчилиги, А ёки В гемофилия ташувчилик аниқланади.

БАҚК билан касалланган аёлларда гемостаз бузилишларининг бирламчи скрининг текшируви

БАҚК билан касалланган аёлларда гемостаз бузилишларининг бирламчи скрининг текшируви анамнезнинг маълумотларига асосланади.

Скрининг текширувининг ижобий натижасига қўйидагилардан ҳар қайсинисини ўз ичига олади:

- менархе бошланиши билан ҳаддан ташқари кўп менструал қон кетишлар;
- қўйидаги қон кетишлардан бири:
 - туғруқдан кейинги,
 - жарроҳлик амалиёти пайтида,
 - стоматологик аралашув билан боғлиқ бўлган қон кетишлар;
- қўйидаги симптомлардан икки ёки ундан ортиғи:
 - ойига 1-2 марта гематомалар/кўқаришлар пайдо бўлиши;
 - ойига 1-2 марта бурундан қон кетиши;
 - милкларнинг тез-тез қонаши;
 - оилавий анамнезда қон кетишлари ҳолатлари қузатилганлиги.

Гемостаз бузилишлари скрининг текширувининг ижобий натижаси фон Виллебранд касаллиги ва бошқа коагулопатиялар мавжудлигини аниқлаш учун махсус текширувларни ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади.

4С

БАҚК билан касалланган аёлларда қабул қилинаётган дори-воситалар ҳақида маълумот олиш тавсия этилади.

БАҚКни қўзғатиши мумкин бўлган дори-воситалар:

- жинсий гормонлари препаратлари: эстрогенлар, прогестинлар, шу жумладан, уларнинг синтезига таъсир қилувчи ёки аналоглари бўлган дори-воситалар;
- ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар (НЯҚДВ) овулятор бузилишларни келтириб чиқариши мумкин;
- допамин метаболизмига таъсир қилувчи препаратлар, шу жумладан, фенотиазинлар ва учциклик антидепрессантлар;
- аписабан, ривароксабан каби тўғридан-тўғри орал антикоагулянтлар ва паст молекуляр гепаринлар менструал қон кетишининг ҳажмига кўпроқ таъсир қилади;
- билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар (варфарин ва бошқ.)
- таркибида гинкго, женшен, арслонқўйруғи (пустырник) бўлган биологик фаол қўшимчалар.

5В

Қўшимча текшириш ва даволаш тактикасини танлаш учун шифокор-клиницистлар қон кетишлар овулятор ёки ановулятор сабабларнинг натижаси эканлигини кўрсатишлари фойдалидир.

Эндо метрий гиперплазиясига олиб келиши мумкин бўлган ановулятор БАҚКларни овулятор БАҚКлардан фарқлаш муҳимдир:

- овулятор БАҚК билан касалланган аёлларда кўпроқ менструаларо ёки посткоитал қон кетишларсиз кетма-кет бир нечта ҳайз даврлари мобайнида оғир циклик менструал қон йўқотишлар (ҳар 24-38 кунда) ҳамда дисменорея ва бошқа ҳайз олди симптомлари қузатилиши мумкин;
- номунтазам (ациклик), ҳайз кўриш кечикишидан кейин тез-тез юзага келадиган ва аменорея ҳолатлари билан алмашилиб турадиган олдиндан прогноз қилиб бўлмайдиган давомий ва/ёки ҳаддан ташқари кўп қонли ажралмалар, кўпинча ановулятор бўлиб, кўпроқ эндо метрий гиперплазияси ва саратонига хос ҳисобланади. Полиплар ёки шиллиқ ости миомалари номунтазам қон кетишлар билан касалланган аёлларнинг 25-50% да учрайди.

Физикал текширув

Ўткир БАҚК билан касалланган аёлларнинг физикал текширувини ўтказишда ўткир қон йўқотишнинг белгиларини (гиповолемиа ва анемия) баҳолаш ва бачадон билан боғлиқ бўлмаган қон кетишнинг мумкин бўлган бошқа манбаларини истисно қилиш керак.

БАҚК билан касалланган аёлларнинг физикал текширувини ўтказишда қуйидаги мумкин бўлган ёндош белгиларга эътибор бериш керак:

- ортиқча вазн;
- ТПКС белгилари (масалан, гирсутизм ва ҳуснбузарлар);
- қалқонсимон беши касалликлари ва дисфункцияси белгилари (қалқонсимон беши тугунчаси);
- инсулин резистентлик белгилари (масалан, бўйиндаги қора акантоз);
- қон ивиши бузилишини кўрсатувчи белгилар: петехиялар, экхимозлар, тери қаватининг рангпарлиги ёки бўғимлар шиши (гарчи ушбу белгилар бўлмаслиги гемостаз тизимининг дисфункцияси мавжудлигини истисно қилмаса ҳам).

5C	БАҚК билан касалланган аёлларда бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш ва бимануал қин орқали текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Шифокор-клинист қон кетиши қин, вулва, оралиқ ёки перианал соҳаси каби бошқа жойлардан эмас, балки бачадон бўйни каналидан қон кетаётганига ишонч ҳосил қилиши керак.

Бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш бачадон бўйни ва қиннинг мумкин бўлган шикастланишларини баҳолаш, бимануал қин орқали текшируви эса бачадон ва бачадон ортиқларининг ҳажми ва шаклини баҳолаш учун ўтказилади. Бу бачадон миомаси ёки кичик тос бўшлиғида бошқа бир ҳосила мавжудлигига гумон қилиш имконини беради.

Лаборатор диагностик текширувлар

БАҚК билан касалланган аёлларда ўтказилиши тавсия этилган лаборатор диагностик текширувлар	
Лаборатор баҳолаш	Специфик лаборатор текширувлар
Бирламчи лаборатор текширувлар	<ul style="list-style-type: none"> – қон гуруҳи ва резус-омили – ҳомиладорликни аниқловчи тест – тромбоцитлар сонини текшириш билан қоннинг умумий таҳлили (гемоглобин, гематокрит)
Гемостаз тизимининг бирламчи лаборатор текширувлари	<ul style="list-style-type: none"> – фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти – протромбин вақт – фибриноген
Виллебранд касаллигида бирламчи текширувлар	<ul style="list-style-type: none"> – фон Виллебранд омили антигенининг концентрацияси – плазмада фон Виллебранд омилининг фаоллиги – тромбоцитлар агрегацияси (ристоцетин) – VIII-фон Виллебранд омилининг боғловчи фаоллиги
Бошқа лаборатор текширувлар	<ul style="list-style-type: none"> – тиреотроп гормони – қонда зардоб темирининг миқдори, темирни боғлашнинг умумий қобилияти, ферритин миқдори (зарур бўлганда) – жигар функцияларини баҳолаш – инфекцияланиш хавфи юқори ва яллиғланиш белгилари мавжуд бўлган аёлларда <i>Chlamydia trachomatis</i> текшириш

5C	БАҚК билан касалланган аёлларда қондаги хорионик гонадотропиннинг даражаси,
-----------	---

тромбоцитлар сонини текшириш билан қоннинг умумий (клиник) таҳлили, коагулограмма (гемостаз тизимининг бирламчи тахминий текшируви) каби лаборатор текширувларни ўтказиш тавсия этилади.

БАҚК кузатилганда:

- жинсий ҳаёт кечириб юрадиган аёлларда ҳомиладорликни истисно қилиш;
- қон йўқотишнинг гемоглобин ва гематокрит даражалари, темир захираларининг қийматларига таъсирини баҳолаш (яллиғланиш жараёни кечмаётганида ферритиннинг зардобдаги даражаси организмдаги темир захираларининг қийматларини кўрсатади). Текширувдан олдин темир препарати қабул қилинган ҳолда ферритиннинг қийматлари (зардобдаги темирдан фарқли ўлароқ) ўзгармайди, шунинг учун ҳам айнан ферритин темир танқислигини аниқлашнинг асосий биомаркери ҳисобланади. Аёлларда ферритин даражасининг нормал диапазони 18-160 нг/мл ни ташкил қилади, бунда 50 нг/мл дан юқори бўлган қийматлар мақбулдир. Кундалик клиник амалиётда БАҚК билан касалланган аёлларда зардобдаги ферритиннинг даражасини мунтазам равишда текшириш тавсия этилмайди.
- ФҚТВ, ПТВ, фибриноген – гемостаз тизимининг бирламчи (тахминий) текширувини ўтказиш тавсия этилади.

5C

Гемостаз тизимининг бирламчи (коагулограмма) текширувида патологик ўзгаришлар аниқланган ёки гемостаз бузилишлари скрининг текширувининг натижаси ижобий бўлган ўсмир қизлар ва аёлларга шифокор-гематологнинг маслаҳатини олиш ва фон Виллебранд касаллиги ва бошқа коагулопатиялар мавжудлигини аниқлаш учун махсус текширувларни ўтказиш тавсия этилади.

Шунингдек, юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларда қуйидаги специфик гематологик текширувлар ўтказилиши мумкин:

- қон ивиши бузилишларининг оилавий анамнези;
- геморрагик диатез симптомлари;
- антикоагулянт даво қабул қилинганда.

5B

Инфицирланиш хавфи юқори ва яллиғланиш белгилари мавжуд бўлган БАҚК билан касалланган аёлларни *Chlamydia trachomatis* текшириш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади.

Сурункали эндометрит аниқланган ҳолатларни БАҚК-Е сифатида таснифлаш керак.

5B

Қалқонсимон беи дисфункциясининг белгилари мавжуд бўлган БАҚК билан касалланган аёлларда ТТГ даражасини текшириш тавсия этилади.

БАҚКлар гипотиреоз (кўпроқ) ёки гипертиреоз (камдан-кам) кўринишдаги қалқонсимон беи дисфункцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қалқонсимон беи дисфункциясининг белгилари мавжуд бўлган БАҚК билан касалланган аёлларда ТТГ даражасини аниқлаш билан қалқонсимон беи касалликлари скрининги оқилона ва арзон текширув усули ҳисобланади. БАҚК билан касалланган аёлларда қалқонсимон беи касалликларининг бошқа белгилари ва симптомлари кузатилмаганда қалқонсимон беи гормонлари текширилмайди.

БАҚК фонда гонадотропинлар, эстрадиол ёки прогестеронларнинг даражасини аниқлашнинг асослигини тасдиқловчи ишончли далиллар мавжуд эмас. БАҚКда аёллар жинсий гормонлари мунтазам равишда текширилмайди

Баъзи ҳолатларда (кўрсатмаларга кўра) қуйидаги текширувлар ўтказилиши мумкин:

- пролактин, тестостерон;
- прогестерон (ҳайз даврининг 21 кунидан 23 кунигача) – жорий ҳайз даврида БАҚКнинг овулятор ҳолатини тасдиқлаш учун;
- ФСГ – перименопаузани тасдиқлаш учун.

5C	БАҚК билан касалланган аёлларда кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликларини истисно қилиш учун қин суртмаларининг микроскопик текширувини ўтказиш тавсия этилади (шарт-шароитлар мавжуд бўлган тақдирда).
-----------	--

2A	БАҚК билан касалланган аёлларда бачадон бўйни интраэпителиал неоплазиясини аниқлаш мақсадида бачадон бўйни микропрепарати цитологик текширувини ўтказиш тавсия этилади (шарт-шароитлар мавжуд бўлган тақдирда).
-----------	---

5C	БАҚК билан касалланган аёлларда эндокринопатиялар (гипо- ёки гипертиреоз, метаболик синдром, ТПКС, БУБПТД), гемостаз бузилишлари ва бошқа ёндош касалликлар мавжуд бўлганда тегишли тор мутахассисларнинг (эндокринолог, терапевт, гематолог) маслаҳатини олиш тавсия этилади.
-----------	--

Визуал диагностик текширувлар

Трансвагинал УТТ БАҚКда бирламчи визуал скрининг текшируви ҳисобланади (ўсмир қизларда трансабдоминал УТТни ўтказиш мақбулроқ).

1A	БАҚК билан касалланган барча аёлларда ташхисни верификациялаш (тасдиқлаш) учун кичик чаноқ аъзоларининг ултратовуш (имкон қадар трансвагинал) текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Кичик чаноқ аъзолари УТТ эндометрий, миометрий, бачадон бўйни, бачадон найлари ва тухумдонлар ҳолатини баҳолаш учун ўтказилади. УТТ эндометрий полиплари, аденомиоз, бачадон миомаси, бачадон ривожланиши аномалиялари, гиперплазия ва ёмон сифатли ўсмалар билан боғлиқ бўлган эндометрийнинг диффуз қалинлашиши, гормон ишлаб чиқарувчи ўсмалар ва тухумдонлар ўсмаларини аниқлаш имконини беради.

Трансвагинал УТТнинг натижалари БАҚК сабабларини аниқлаш учун етарли бўлмаса, қўшимча визуал диагностик текширувлар ўтказилиши керак:

- катетер ёки озиқлантириш учун мўлжалланган болалар зонди орқали бачадон бўшлиғига 5-15 мл физиологик эритмани юбориш билан соногистерография, ёки
- гистероскопия (имкони борича амбулатор шароитда).

БАҚКда соногистерография ва доплерометрияни биринчи навбатда ўтказиладиган диагностик усуллар сифатида қўллаш тавсия этилмайди.

1A	СГС полиплар ва шиллиқ ости лейомиомалар каби бачадон бўшлиғи шикастланишларини аниқлашда трансвагинал УТТдан устун туради, эндометрийнинг ўчоқли ва диффуз қалинлашишини ажратиш имконини беради ва бачадон бўшлиғи патологиясини аниқлаш учун трансвагинал УТТ етарли бўлмаганида СГСни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

1A	БАҚКда гистероскопия ёки ДвКни ўтказиш ва УТТ маълумотлари бўйича бачадон бўшлиғи патологиясини кўрсатиш тавсия этилади.
-----------	--

Анамнезда қуйидагилар:

- түрғун БАҚК, КМҚК, МБҚК кузатилганда;
- эндометрий гиперплазияси/малигнизацияси ривожланиш омиллари мавжуд бўлганда;
- анамнезда шиллиқ ости миомалари, полиплари ёки эндометрий патологияси мавжуд бўлганда;
- трансвагинал УТТнинг натижалари БАҚК сабабларини аниқлаш учун етарли бўлмаган ҳолатларда БАҚК билан касалланган аёлларга гистероскопияни ўтказишни таклиф қилинг.

Гистероскопия эндометрий бўшлиғи аномалияларини тўғридан-тўғри кўриш ва нишонли биопсияни ўтказиш имконини беради. Гистероскопия эндометрий саратони диагностикасида жуда аниқ, бироқ эндометрий гиперплазиясини аниқлашда фойдаси камроқ ҳисобланади.

Гистероскопияни амбулатор шароитларда ёки операцион хонада ўтказиш мумкин. Офис (амбулатор) гистероскопияси арзонроқ, шифокор ва бемор учун қўлайроқ бўлиб, тезроқ тикланиш ва ишлашда узилишлар камроқ бўлишини таъминлайди. Операцион хонада гистероскопиянинг ўтказилиши қуйидаги афзалликларидан иборат: аралашувни умумий оғриқсизлантириш остида бажариш ҳамда асоратлар юзага келган ҳолатларда лапароскопияни ўтказиш имкони мавжудлиги.

1А	БАҚК билан касалланган аёлларда гистероскопияни ўтказиш пайтида бачадон бўшлиғида патологиялар аниқланмаган бўлса ҳам, эндометрий намунасини олиш керак бўлади, чунки эндометрий ўсмалари ва карциномани истисно қилиш учун фақатгина гистероскопиянинг ўзи етарли эмас.
-----------	--

1В	БАҚКда қўшимча диагностик усул сифатида эндо- ва миометрийнинг қўшма патологияларини (миома, аденомиознинг тугунли шакли, ўсма ва бошқ.) қиёсий ташхислаш учун кичик чаноқ аъзолари МРТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий патологиясини ташхислашда кичик чаноқ аъзолари МРТ информатив диагностик усул ҳисобланмайди ва биринчи навбатда ўтказиладиган визуал-диагностик текширув сифатида ўтказилмаслиги керак.

БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий тўқимасининг намунаси қайси ҳолатларда олинади ва у қандай бажарилади?

Эндометрий тўқимасининг намунаси БАҚК билан касалланган барча аёллардан эмас, балки маълум бир тоифага кирувчи аёллар гуруҳидан олинади.

БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий тўқимаси намунасини олишнинг бирламчи мақсади эндометрий саратони ёки унинг саратонолди ўзгаришлар (атипик гиперплазия) бор/йўқлигини аниқлашдан иборат.

Гистологик текшириш учун БАҚКда эндометрий тўқимаси намунасини қуйидаги ҳолатларда олиш керак:

- 45 ва ундан юқори ёшдаги аёлларда;
- менархе эрта бошланганда;
- менопауза кеч бошланганда (55 ёшдан кейин);
- эстрогенларнинг узлуксиз ва узоқ муддатли таъсири ва сурункали ановуляция ҳолатларда (масалан, ТПКС, БУБПТД, қандли диабет, семизлик (тана вазни 90 кг дан ортиқ));
- медикаментоз даво самарасиз бўлганда;
- түрғун ва қайталанувчи БАҚКларда;

- бепуштлиқда;
- оилавий анамнезда колоректал саратони ёки эндометрий саратони мавжуд бўлганда;
- тамоксифен дори-воситасини қабул қилганларда;
- диагностик ёки даволаш мақсадида гистероскопия ўтказилганда.

1C	Ёши 45 дан юқори бўлган БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий тўқимаси намунасини олиш биринчи навбатда ўтказиладиган диагностик текширув сифатида қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

Эндометрий тўқимаси намунасини олиш усуллари қуйидагича:

- мануал вакуум-аспирация усулида эндометрий биопсияси – биринчи навбатда ўтказиладиган муолажа (имкони борича амбулатор шароитда);
- офис (амбулатор) ёки стационар (операцион хонада) нишонли гистероскопия;
- ДвК (имкони борича гистероскопия назорати остида) – фақат диагностик мақсадида ўтказилади.

1B	ДвК аспираторлар ёрдамида офис биопсияси ёки нишонли гистероскопик биопсияни ўтказиш имкони бўлмаган ҳолатларда ўтказилади.
-----------	---

1B	БАҚК билан касалланган аёллардан олинган эндометрийнинг биопсия материални гистологик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Дифференциал диагностикаси

13-18 ёш	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ўсмирларда БАҚК кўпинча гипоталамус-гипофиз-тухумдонлар занжири шаклланмаганлиги ёки унинг регуляцияси бузилиши туфайли келиб чиққан турғун ановуляция натижасида юзага келади ва нормал физиологик ҳолат ҳисобланади. ▪ Шунингдек, ўсмирларда БАҚК гормонал контрацептивларни қўллаш, ҳомиладорлик, кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари, коагулопатиялар ёки ўсмалар билан боғлиқ бўлиши мумкин. ▪ Шифохонага ётқизилиши зарур бўлган БАҚК билан касалланган ўсмирларнинг 19% гача ёндош коагулопатия кузатилиши мумкин, бу эса ушбу беморлар гуруҳида қон ивиши бузилишига скрининг текшируви муҳим аҳамиятга эга эканлигини таъкидлайди.
19-39 ёш	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 19-39 ёшдаги аёлларда БАҚК кўпинча ҳомиладорлик, структуравий ўзгаришлар (лейомиомалар ёки полиплар), ановулятор ҳайз даврлар (масалан, ТПКС), гормонал контрацептивларни қўллаш ва эндометрий гиперплазияси натижасида юзага келади. ▪ Эндометрий саратони камдан-кам кузатилиши мумкин, бироқ ушбу ёш гуруҳида ҳам юзага келиши мумкин.
40 ёш ва менопаузгача	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 ва менопаузгача бўлган ёшдаги аёлларда БАҚК ановулятор қон кетиши туфайли юзага келиши мумкин, бу тухумдонлар функцияси пасайишига жавобан нормал физиологик ҳолатдир. ▪ Шунингдек, БАҚК эндометрий гиперплазияси ёки саратони, эндометрий атрофияси ва лейомиомалар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Даволаш

Имкон қадар, БАҚКнинг этиологияси аниқланмагунга ва саратон олди ёки ёмон сифатли ўсма касалликлари истисно қилинмагунга қадар, даволашни бошламаслик керак. Сабабини аниқламасдан БАҚКни эмпирик равишда даволаш, даволаш мумкин бўлган бирламчи этиологиясини ўтказиб юбориши ёки неопластик касалликнинг симптомларини яширишига олиб келиши мумкин.

Қўйидаги ҳолатларда БАҚК этиологиясини аниқлаш имкони бўлмаган тақдирда, синов фармакологик даволашни бошлаш имкониятини кўриб чиқинг (даволашнинг усули сифатида ЛНГ-БИВ танланган ҳолатлар бундан мустасно):

- эндометрий гиперплазияси/саратони ривожланиши бўйича юқори хавфга эга бўлмаган;
- миома, аденомиоз ёки бачадоннинг бошқа структуравий аномалиялари ривожланиши бўйича кичик хавфга эга бўлган аёллар.

Аёллар ҳар бир тавсия этилган даволаш усулининг хавфлари, афзалликлари ва қарши кўрсатмаларидан хабардор бўлишлари ҳамда аниқ ва аҳамиятли қарор қабул қилишлари лозим.

Барча мумкин бўлган даволаш усуллари ҳақида маълумот беринг ва уларни аёл билан муҳокама қилинг. Муҳокамалар қўйидагиларни қамраб олиши керак:

- турли хил даволаш усулларининг хавфлари ва афзалликлари;
- аёл ҳомиладор бўлмоқчи бўлса, тегишли даволаш усулини тавсия қилиш;
- аёлнинг фертилик ва/ёки бачадонни сақлаб қолишни хоҳласа.

Беморни қаноатлантириш даражаси самарадорлик, кутилмалар, даволаниш учун кетган харажатлар ва ножўя таъсирларга боғлиқ бўлиши мумкин.

БАҚК/КМҚК ҳолатларида ҳар қандай аралашув йўқотилган қон миқдорига эмас, балки аёлнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган бўлиши керак.

Медикаментоз даво

БАҚКни медикаментоз даво билан бошлаш афзалроқ ҳисобланади.

БАҚКни даволашда, қоида тариқасида, босқичма-босқич ёндашувлар қўлланилади:

- Имкон қадар БАҚКнинг бирламчи этиологиясини даволаш керак. Бунга медикаментоз равишда даволанадиган эндокрин ёки инфекцион бузилишлар (масалан, ТПКС ёки сурункали эндометрит), шунингдек, гистероскопия ёрдамида олиб ташлаш мумкин бўлган бачадоннинг структуравий ўзгаришлари (эндометрий полипи, шиллиқ ости миомаси) киради.
- Сурункали БАҚК билан касалланган аёлларни даволашнинг дастлабки ёндашуви сифатида медикаментоз даво қўлланилади. Дори-воситанинг танлови юқорида санаб ўтилган омилларга боғлиқ бўлади.
- Медикаментоз даво самарасиз бўлган, медикаментоз давони кўтара олмаган ёки дориларни тез-тез қабул қилишни афзал кўрмаган аёллар учун БАҚКни даволашнинг иккиламчи ёндашувлари қўлланилади. Аёл келажақда ҳомиладор бўлишни режалаштириши ҳамда муолажа билан боғлиқ бўлган инвазивлик ва хавф даражаси ҳал қилувчи асосий омил ҳисобланади.

Ўткир БАҚКларни даволаш

Ўткир БАҚК билан касалланган аёлларни дастлабки баҳолаш мақсадида биринчи навбатда гиповолемия ва гемодинамик беқарорлик белгиларини тезкор равишда баҳолаш лозим.

- Аёлда гемодинамик беқарорлик ёки гиповолемиyanинг белгилари кузатилган ҳолда, катта диаметрли катетерлар орқали 1 ёки 2 вена ичига суюқликларни юборишни дарҳол бошлаш, шунингдек, қон препаратларини қуйиш учун тайёргарлик кўриш (кўрсатмаларга кўра) керак бўлади.
- Аёлнинг аҳволи барқарорлашганидан сўнг, даволашнинг кейинги босқичлари қон кетишини тўхтатиш учун энг тўғри ва самарали даволаш стратегиясини танлаш учун ўткир БАҚКнинг энг эҳтимолий сабабини излашдан иборат.

Ўткир БАҚКни даволашнинг иккита асосий мақсади қуйидагилардан иборат:

- айна пайтда кузатилаётган кўп миқдорда қон кетиши эпизодини тўхтатиш;
- кейинги ҳайз даврларда менструал қон кетишининг ҳажмини камайтириш.

2А	БАҚК билан касалланган аёлларда йўқотилган қон ҳажмини камайтириш мақсадида биринчи навбатда қўлланиладиган ногормонал даво сифатида транексам кислотасини қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

Транексам кислотаси (циклокапрон) плазминогеннинг қайтариладиган блокадаси туфайли антифибринолитик таъсирга эга бўлган лизин аминокислотасининг синтетик ҳосиласидир. Ушбу дори-воситаси қон ивиши параметрларига таъсир қилмайди.

4 кун давомида ҳар 6 соатда (кунига 4 г дан) 1 г дозировкада транексам кислотаси қўлланилиши эндометрийдаги маҳаллий фибринолитик жараёнларни блоклайди, 30-35% га қон кетишини камайтиради.

1А	БАҚК билан касалланган аёлларда йўқотилган қон ҳажмини камайтириш мақсадида ногормонал даво сифатида ностероид яллиғланишга қарши дори-воситаларни қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

НЯҚДВ:

- кунига 600-1200 мг **ибупрофен**,
- кунига 250-500 мг дан 1100 мг гача **напроксен**,
- кунига 1500 мг **мефенам кислотаси**,
- кунига 200 мг **нимесулид**.

НЯҚДВнинг афзалликлари қуйидагича:

- тромбоз ривожланиш хавфини оширмайди;
- ножўя таъсирлар ривожланиш хавфи паст;
- дисменореяни камайтиради;
- арзон нархда ва кўпинча рецептсиз берилади;
- аксарият гормонал дори-воситалардан фарқли ўлароқ, уларни ҳар куни қабул қилиш шарт эмас.

НЯҚДВ циклооксигеназанинг фаоллигини сусайтириш ҳисобига простагландинлар ишлаб чиқарилишини пасайтиради, бу қон томирлар торайишини кучайтиради. НЯҚДВ қон кетишини 30-40% га камайтиради.

Ҳайз даврининг 1-кунидан ёки бир неча кун олдин даволаш бошланади, 5 кун давомида ёки қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, қон кетиши тўхтагунга қадар давом этилади.

Қон ивиши ёки тромбоцитлар функцияси бузилиши бўлган аёллар тромбоцитлар агрегациясига таъсири ҳамда жигар функцияси ва қон ивиш омилларини ишлаб чиқаришга таъсир қилиши мумкин бўлган бошқа дори-воситалар билан ўзаро таъсири туфайли НЯҚДВларни қабул қилмасликлари лозим.

5C БАҚК ва анемия ёки латент темир етишмовчилиги билан касалланган аёлларда темир препаратларини қўллаш тавсия этилади.

Барча, айниқса, БАҚК/КМҚК билан касалланган аёлларда темир танқислиги анемияси ривожланиш хавфи мавжуд ва, зарур бўлса, улар энг камида темир моддасини кўпроқ истеъмол қилишлари керак. Кўнгил айнашини камайтириш ва, эҳтимол, темир моддасининг сўрилишини ошириш учун, элементар темирнинг 60-130 мг кунлик дозировкаси энг мақбул ҳисобланади.

2B Кичик чаноқ аъзолари органик патологияси мавжуд бўлмаганда, ўткир БАҚКни тўхтатиш усули сифатида гормонал гемостазни ўтказиш тавсия этилади.

Қон ивишининг эҳтимол ёки маълум бузилишлари бўлмаган тақдирда, ўткир БАҚКни тўхтатиш учун гормонал гемостаз биринчи навбатда қўлланиладиган медикаментоз даво усули ҳисобланади.

Ўткир БАҚК ҳолатларида гормонал гемостазни ўтказиш учун 30 мкг дан кам бўлмаган миқдорда этинилэстрадиолни сақловчи монофазалик КОКлар қўлланилади: 1 таблеткадан ҳар 6-8 соатда қўлланилади, сўнгра кунлик дозировкаси 1 таблеткагача туширилади. Даволашнинг давомийлиги даволаш бошланганидан бошлаб 21 кунни ташкил қилади.

БАҚК тўхтагандан сўнг, кейинги бир неча ой давомида контрацептивларни қабул қилиш тартибига мувофиқ КОКларни қабул қилишни давом эттириш тавсия этилади.

КОКларни қўллаш билан гормонал гемостазга эришиш тартиби	
30 мкг миқдорда этинилэстрадиолни сақловчи КОКларни қўллаш билан гормонал гемостазга эришиш схемаси	
1-чи кун – 3-4 таблетка (мунтазам вақт оралиғида)*	ACOG: мунтазам вақт оралиғида 1 таблеткадан кунига 3 маҳал 7 кун 8 кундан бошлаб – 1 таблеткадан, камида 14 кун ва даволаш курсининг умумий давомийлиги 21 кунгача давом этилади
2-чи кун – 3 таблетка	
3-чи кун – 2 таблетка	
4-чи кун – 1 таблеткадан, камида 18 кун ва даволаш курсининг умумий давомийлиги 21 кунгача давом этилади	
* КОКларни қабул қилиш орасидаги бошланғич интервал (ҳар 6-8 соат) гемостазга тўлиқ эришилгунга қадар сақланиши мумкин, кейин эса схема бўйича қабул қилиш оралиғи кўпаяди.	

FDA бўйича КОКларни қўллашда потенциал қарши кўрсатмалар ва огоҳлантиришлар: 35 ва ундан юқори ёшда чекиш, артериал гипертензия, веноз тромбоемболик асоратлар, шу жумладан, анамнезда ёки ҳозирги пайтда ўпка артерияси эмболияси, цереброваскуляр касаллиги, юрак ишемик касаллиги, аура билан кечадиган мигрен, анамнезда ёки ҳозирги пайтда кўкрак беши саратони, декомпенсация босқичидаги оғир жигар касалликлари, томир асоратлари билан кечадиган қандли диабет, асоратланган юрак клапанлари патологияси, узоқ муддатли иммобилизация билан ўтган катта жарроҳлик аралашувлар.

30 мл физиологик эритма юборилган 26F ўлчамдаги Фолей катетери билан бачадон ички тампонадаси қон кетишини муваффақиятли тўхтатади ва қон

кетишини тўхтатиш чораси сифатида ҳам кўриб чиқилиши мумкин

Қон ивишининг эҳтимол ёки маълум бузилишлари билан касалланган аёлларга ва айниқса қон кетиши медикаментоз даво билан тўхтамаса ёки гинеколог бошқа даволаш усуллари билан таниш бўлмаса, шифокор-гематологнинг маслаҳатини олиш тавсия этилади.

фон Вилленбранд касаллиги билан касалланган аёлларда ўткир БАҚКни даволашда десмопрессин ёрдам бериши мумкин. Десмопрессин интраназал ингаляция орқали, вена ичига ёки тери остига юборилиши мумкин.

Суюқлик ушлаб турилиши ва гипонатремия ривожланиш хавфи туфайли десмопрессин эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак ва томир ичи инфузион терапиясини олаётган массив қон кетиши намоён бўлган аёлларда ҳаддан ташқари суюқликнинг юкломаси билан боғлиқ муаммоларни олдини олиш учун десмопрессин қўлланилмаслиги керак.

Вилленбранд касаллигида кўп миқдорда қон кетишини назорат қилиш учун VIII рекомбинант омили ва фон Виллебранд омили керак бўлиши мумкин. Бошқа омиллар етишмовчилигида қон препаратлари билан ўрнини босувчи терапия ўтказилади, шу жумладан, янги музлатилган плазма, криопреципитат, протромбин комплексининг концентратлари.

Ўткир қон кетиши эпизоди тўхтатилгандан сўнг, аёлни узоқ муддатли қўллаб-қувватловчи терапияга ўтказиш тавсия этилади.

Қон кетишини тўхтатишда медикаментоз даво самарасиз бўлса, жарроҳлик аралашув ўтказилади.

Сурункали БАҚКларни даволаш

2B	Контрацепцияга муҳтож бўлган БАҚК/КМҚК билан касалланган аёлларда менструал қон кетиши миқдорини камайтириш учун комбинацияланган орал контрацептивларни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

21 кун давомида кунига 1 таблеткадан контрацептив схемаси бўйича монофазалик КОКларнинг қўлланилиши менструал қон кетишини 40-50% га камайтиради.

2B	КОКларни ўрнига, муқобил равишда, БАҚКни даволаш учун узайтирилган циклик тартибда прогестагенларни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

Прогестогенларни 21-кунлик (циклик) ёки 28-кунлик (узлуксиз) қабул қилиш схемаларининг самарадорлиги КОКларни қабул қилиш билан қиёсланади. Прогестагенларга қуйидаги доривоситалар киради: дидрогестерон, микронлаштирилган прогестерон, медроксипрогестерон ацетати, норэтистерон, 1% ёки 2% прогестерон, 12,5% гидроксипрогестерон капронати.

2A	Ҳайз даврининг лютеин фазасида менструал қон кетиши миқдорини камайтиришда прогестагенлар самарасиз ҳисобланади ва БАҚК/КМҚКни даволаш учун қўлланилмаслиги керак.
-----------	--

Сурункали БАҚКнинг қайталанишини даназол билан ҳам олдини олиш мумкин. Даназол ўртача андроген хусусиятларга эга бўлган синтетик стероид, тухумдонларда стероидогенез жараёнини сусайтириш ва эндометрий тўқималарига чуқур таъсир кўрсатиши ҳисобига, менструал қон кетишини 80% га камайтиради. Тавсия этилган даволаш курси уч ой давомида кунига 100 мг дан 200 мг даназолни ташкил қилади.

2B	Ҳомиладор бўлишни режалаштирмаётган КМҚК билан касалланган аёлларда менструал қон кетиши миқдорини камайтириш учун бачадон ички терапевтик тизими (ЛНГ-БИВ)
-----------	---

шаклида левоноргестрелни тайинлаш тавсия этилади.

БАҚКни даволашда биринчи навбатда қўлланиладиган медикаментоз даво сифатида қуйидаги аёллар гуруҳларида ЛНГ-БИБ қўлланилади:

- патологияси аниқланмаган;
- бачадон бўшлиғи деформациясига олиб келмаган диаметри 3 см дан кичик бўлган бачадон миомасида;
- эҳтимол ёки аниқланган аденомиозда.

Левоноргестрелни сақловчи бачадон ички тизими (ЛНГ-БИБ) Т-симон шаклга эга бўлиб, вертикал оёқчалари атрофидаги стероид резервуаридан доимий миқдорда кунига 20 мг левоноргестрелни бачадон бўшлиғига чиқаради.

ЛНГ-БИБ менструал қон кетиши миқдорини камайтириш учун қўлланиладиган энг самарали восита ҳисобланади ва унинг самарадорлиги 90% ни ташкил қилади ва узоқ вақт давомида қўлланилиши мумкин.

БАҚКни медикаментоз давоси сифатида ЛНГ-БИБ усулини танлаган аёлларга даволашнинг афзалликлари ва самарадорлиги баҳолаш учун камида 6 ҳайз даври ўтишини кутиш тавсия этилишини тушунтиринг.

ЛНГ-БИБни ([**Мирена**] БИБни ҳар беш ёки [**Лилетта**] воситасини эса ҳар 6 йилда) мунтазам равишда алмаштириш керак.

5С

БАҚК билан касалланган аёлларда бошқа медикаментоз дори-воситалари самара кўрсатмаганида ва/ёки қўшма патология (бачадон миомаси, эндометриоз ва бошқ.) мавжуд бўлганида гонадотропин-релизинг гормони агонистларини (Гн-РГ-а) қўллаш тавсия этилади.

Гн-РГ агонистлари менструал қон кетиши миқдорини самарали равишда камайтиради, стероидогенезнинг қайтариладиган блокадаси туфайли эндометрий атрофиясига олиб келади. Кўпинча қўшма патологиялар (бачадон миомаси, эндометриоз, эндометрий гиперплазия ва бошқ.) мавжуд бўлганида қўлланилади. Даволаш фониди эндометриоз билан боғлиқ бўлган дисменорея ва тос соҳасидаги оғриқлар камаяди. Гн-РГ агонистларини 6 ойдан кўп вақт давомида қабул қилаётган аёлларга менопаузал гормонотерапиянинг узлуксиз тартибини сақлаш препаратлари билан қайтариладиган терапия тайинланиши керак.

Жарроҳлик даволаш

Жарроҳлик даволаш усулларида қуйидагилар киради:

- дилатация ва кюретаж;
- миомэктомия (гистероскопия, лапароскопия, лапаротомия ёки қин орқали);
- эндометрий абляцияси;
- бачадон артериялари эмболизацияси;
- гистерэктомия.

1А

БАҚК билан касалланган аёлларда медикаментоз даволаш самара кўрсатмаганида ва медикаментоз дори-воситаларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида жарроҳлик даволаш усулларини қўллаш тавсия этилади.

Медикаментоз даво самарали бўлмаслиги мумкин ёки аёллар узоқ муддатли самарадор муолажа ёки радикал терапия (гистерэктомия) ўтказилишини хоҳлашлари мумкин. Бундан ташқари, дори-воситаларни тез-тез қабул қилмаслик ёки улар билан боғлиқ бўлган ножўя таъсирлар кузатилмаслиги учун жарроҳлик аёллар амалиёти ўтказилишини хоҳлашлари мумкин.

Структуравий ўзгаришлар (лейомиома, аденомиоз) тўфайли келиб чиққан кўп менструал қон кетишлар жарроҳлик аралашувни ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Жарроҳлик аралашувининг оператив йўли ва ҳажми БАҚКнинг этиологик омили, аёлнинг клиник ҳолати барқарорлиги, аёлнинг ёши, репродуктив режалари, ёндош соматик патологияларга боғлиқ.

Бачадоннинг структуравий ўзгаришлари/аномалияларида ДвК билан гистероскопия, полипэктомия ёки миомэктомия каби махсус даволаш усуллари ўтказилиши зарур бўлиши мумкин.

Бачадон лейомиомаси билан касалланган аёлларга миомэктомия жарроҳлик аралашуви танлов вариантдир. Бир ёки икки бачадон бўшлиғи ички миомаларида гистероскопик миомэктомия жарроҳлик амалиёти минимал инвазив ҳисобланади ва БАҚКнинг симптомларини бартараф этиши мумкин. Қон кетишига олиб келадиган бошқа жойлашувли миомаларда дастлаб медикаментоз даво қўлланилиши мумкин. Бироқ, аёл фертилликни сақлаб қолишни хоҳлаган ёки медикаментоз даво ёрдам бермаган ҳолатларда, лапароскопик ёки очиқ миомэктомия ўтказилиши зарур. Миомэктомия ўтказилиши имкониятини кўриб чиқаётган аёллар ушбу жарроҳлик амалиёти кейинги ҳомиладорликда кесар кесишга олиб келиши мумкинлиги ҳақида хабардор бўлишлари керак.

Ўз-ўзидан, ДвК (гистероскопиясиз) ўткир БАҚКнинг номуносиб даволаш усули саналади, чунки ДвК қон кетишини вақтинча камайтиришини таъминлайди (кўп қон кетишлар кейинги ҳайз даврларида қайта кузатилади). Ҳаётга таҳдид солувчи қон кетиши ва бошқа жарроҳлик аралашувларни ўтказиш имкони мавжуд бўлмаган ҳоллардан ташқари ДвКни БАҚКни даволаш усули сифатида таклиф қилманг.

1А

Гарчи ДвК БАҚКнинг диагностикасида маълум аҳамиятга эга бўлсада, терапевтик аралашув сифатида ушбу муолажа самарасиз ҳисобланади ва тавсия этилмайди.

Бачадон бўшлиғи структуравий патологияларида бир вақтнинг ўзида гистероскопия ва эндометрий намунасининг нишонли биопсияси ҳамда ДвК ўтказилиши афзал ҳисобланади.

Адабиётлар ва кўплаб ҳисоботларга кўра, бачадон артериялари эмболизацияси ва эндометрий аблацияси жарроҳлик даволашнинг самарали усуллари ҳисобланади.

Бошқа даволаш усуллари самарасиз бўлган ёки уларни ўтказиш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган, шунингдек, аёл келажакда ҳомиладор бўлишни режалаштирмаётган ва БАҚКнинг сабаби сифатида эндометрий саратони истисно қилинган ҳолатларда эндометрий аблацияси кўриб чиқилиши мумкин. Эндометрий аблацияси ўтказилгандан сўнг, аёл ҳомиладор бўлиб қолмаслиги учун, заруратга қараб, контрацепциянинг самарали усулларидан фойдаланишни тавсия этинг. Муваффақиятли бажарилса, эндометрий аблацияси бир маротаба ўтказилади.

Гистерэктомия – бошқа жарроҳлик даволаш усуллари билан самараси кузатилмаганда БАҚКнинг охириги ўринда ўтказиладиган даволаш усули ҳисобланади.

Турли ёш гуруҳларида БАҚКнинг кечиши

Ўсмирларда БАҚКнинг кечиши

Ўсмирларда БАҚК кўпинча овулятор дисфункция ёки қон ивишининг туғма бузилишлари туфайли келиб чиқади ва шу сабабли ташхислаш алгоритми коагулопатияларни аниқлаш ва шифокор-гематологнинг маслаҳатини ўз ичига олиши керак. БАҚКнинг бошқа сабаблари PALM-SOEIN таснифига кўра ташхисланадиган репродуктив ёшдаги БАҚКлар билан қиёсланади.

Шифохонага ётқизиш учун асослар:

- оғир анемияда беқарор гемодинамик ҳолати;
- жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарурати;
- амбулатор шароитларда ўтказилаётган даволаш усуллариининг самараси кузатилмаганда.

Даволаш

Консерватив даво

2А	Йўқотилган қон ҳажмини камайтириш мақсадида биринчи навбатда қўлланиладиган ногормонал даво сифатида транексам кислотасини қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

4 кун давомида кунига 3 маҳалдан (оғир ҳолатларда кунига 4 г гача) 1 г ёки 15-25 мг/кг дозировкада (ўткир БАҚКларда в/и) транексам кислотаси қўлланилиши 25-50% га қон кетишини камайтиради.

5С	БАҚК билан касалланган ва дисменорея ҳолати кузатилган ўсмирларда йўқотилган қон ҳажмини камайтириш мақсадида ногормонал даво сифатида ностероид яллиғланишга қарши дори-воситаларни қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

НЯҚДВ:

- кунига 600-1200 мг **ибупрофен**,
- кунига 250-500 мг дан 1100 мг гача **напроксен**,
- кунига 1500 мг **мефенам кислотаси**,
- кунига 200 мг **нимесулид**.

НЯҚДВ циклооксигеназининг фаоллигини сусайтириши ҳамда простаглицин ва тромбоксаннинг нисбатини ўзгартириш ҳисобига қон кетишини 20-60% га камайтиради ва эндометрий ёки гемостаз тизимининг патологияси кузатилмаган овулятор БАҚКларни даволашда биринчи навбатда қўлланиладиган дори-воситалар ҳисобланади.

НЯҚДВ ҳайз даври бошланишидан 1 кун олдин ёки ҳайз даврининг 1-кунидан қабул қилинади ва 3-5 кун давомида ёки қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, қон кетиши тўхтагунга қадар давом этилади.

2А	Эстрогенларни қабул қилишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган ва БАҚК билан касалланган ўсмирларда йўқотилган қон ҳажмини камайтириш мақсадида комбинацияланган орал контрацептивларни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

БАҚКни тўхтатиш учун ҳар 6-8 соатда сўнгра босқичма-босқич кунлик дозани камайтириш билан паст дозаланган (30 мкг этинилэстрадиол) монофазалик КОКлар қўлланилади. Контрацепцияга муҳтож бўлган БАҚК билан касалланган ўсмирларда КОКларнинг қўлланилиши менструал қон кетиши миқдорини 43-69% га камайтиради.

КОКларни ўрнига, муқобил равишда, БАҚКни даволаш учун ановулятор қон кетишларида эндометрийнинг секретор трансформациясини таъминлаш мақсадида прогестагенларни

қўллаш мумкин. Ўткир БАҚК билан касалланган ўсмирларда гемостаз мақсадида прогестагенлар қўлланилмайди.

Жарроҳлик даволаш

5C	Аспирацион эвакуация, гемостатик терапия самара кўрсатмаганида, БАҚК билан касалланган ўсмирларда бачадон бўшлиғи диагностик қириш аралашувини (имкон қадар гистероскопия назорати остида) ҳаётий кўрсатмаларга кўра ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Менопаузадан кейинги даврида БАҚКнинг кечиши

Турғун аменореедан кейин 1 йил ўтгач юзага келган бачадондан қон кетиши менопаузадан кейинги даврида БАҚК деб таърифланади.

Менопаузадан кейинги даври БАҚК диагностикасининг бирламчи мақсади, қон кетишининг миқдоридан қатъи назар, эндометрийнинг органик патологиялари (полиплар, эндометрий гиперплазияси ва саратони, бошқ.) ҳамда гормон ишлаб чиқарувчи тухумдонлар ўсмаларини истисно қилишдан иборат. Эндометрийнинг атрофик ўзгаришлари ҳам менопаузадан кейинги даврида БАҚКга олиб келиши мумкин. Менопаузадан кейинги даврида БАҚКга олиб келувчи ятроген омиилар менопаузал гормонал терапия, эстроген рецепторларининг селектив модуляторлари – тамоксифен, антикоагулянтлар ва бошқа дори-воситаларни қабул қилиш билан боғлиқ.

Эндометрий саратони ривожланиши хавф омиллари қуйидагича:

- семизлик;
- менархе эрта бошланганда;
- менопауза кеч бошланганда (55 ёшдан кейин);
- ТПКС;
- оғир ирсий анамнез: Линч синдроми, 1-даражали қариндошларда эндометрий саратони, BRCA 1/2 мутацияси ташувчилари ва бошқ.

1A	Менопаузадан кейинги даврда БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий патологиясини истисно қилиш учун биопсия ёки гистероскопия назорати остида (имкон қадар) ўтказилган бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни канали алоҳида ДвК орқали олинган эндометрийнинг биопсия (операция) материални гистологик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Диагностик гистероскопия визуал равишда бачадон бўшлиғи ҳолатини баҳолаш ва нишонли биопсияни ўтказиш ёки эндометрийнинг ўчоқли патологиясини олиб ташлаш имконини беради. Гистероскопия дилатация ва кюретажни ўрнини босмайди, бироқ уни тўлдиради.

Тамоксифенни қабул қилиш фонида юзага келган БАҚК

Аёлларда менопаузадан кейинги даврда тамоксифен билан адъювант даволаш фонида эндометрий пролиферацияси кучайиши мумкин, бу, ўз ўрнида, полиплар, эндометрий гиперплазияси ва саратони, камдан-кам бачадон саркомаси ривожланиш хавфи ортишига олиб келади. Даволаш давомийлиги ортишига кўра тамоксифен билан адъювант даволаш фонида бачадон ички патологияси салмоғи ортади.

5C	Менопаузадан кейинги даврда БАҚК билан касалланган ҳамда тамоксифен билан адъювант терапиясини қабул қилаётган барча аёлларда, эндометрий патологиясини истисно қилиш мақсадида, кичик чаноқ аъзолари УТТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Тамоксифен билан адъювант даволаш туфайли келиб чиққан эндометрий алтерациясининг УТ-белгиларига қуйидагилар киради: стромал пролиферация ҳисобига эндометрий қалинлашиши, субэндометриал кисталар пайдо бўлиши, эндометрий/миометрий чегараси бир меъёрда бўлмаслиги, “асалари уяси” кўринишидаги эндометрий. Трансвагинал УТТ ушбу беморлар гуруҳи учун скрининг диагностик текширув ҳисобланади, бироқ, эндометрий патологиясини аниқлашда ахборот бериш даражасига эга эмас.

Менопаузадан кейинги даврда МГТ фонида юзага келган қон кетишлар

МГТ фонида қон кетишининг энг кўп учрайдиган сабабларига терапияга қатъий риоя қилмаслик, дори-воситалар ўртасидаги ўзаро таъсирлар, яхши сифатли ўсмалар (полиплар), шунингдек, соматик патология киради.

МГТ фонида қон кетишлар текширувларни талаб қилади. Аёлларда менопаузадан кейинги даврда монофазалик комбинацияланган МГТни қабул қилишни бошлагандан кейин биринчи 6 ой давомида қон кетишлар кузатилиши мумкин.

5C	Менопаузадан кейинги даврда БАҚК билан касалланган ҳамда МГТ терапиясини қабул қилаётган барча аёлларда кичик чаноқ аъзолари УТТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Эндометрий саратони ривожланиши хавф омиллари мавжуд бўлмаган аёлларда менопаузадан кейинги даврда МГТнинг узлуксиз комбинацияланган тартиби фонида БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий қалинлиги <5 мм бўлиши эндометрий патологияси мавжудлиги эҳтимоли пастлигидан далолат берувчи чегара ҳисобланади. Эндометрий саратони ривожланиши хавф омиллари мавжуд бўлмаган ва эндометрий қалинлиги <5 мм бўлганида кутиш тактикаси билан олиб борилади.

1A	Менопаузадан кейинги даврда МГТнинг узлуксиз комбинацияланган тартиби фонида БАҚК билан касалланган аёлларда эндометрий қалинлиги ≥5 мм бўлганида эндометрий патологиясини истисно қилиш учун биопсия ёки гистероскопия назорати остида (имкон қадар) ўтказилган бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни канали алоҳида ДвК орқали олинган эндометрийнинг биопсия (операция) материални гистологик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

6 ойдан узоқ давом этаётган қон кетиши кузатилаётганида (МГТни тайинлашдан аввал дастлабки текшириш ва эндометрий саратони ривожланиши хавф омиллари мавжуд бўлмаган тақдирда), М-эхо <5 мм бўлганида ва эндометрий саратони ривожланиши хавф омиллари мавжуд бўлганида, УТТ маълумотлари бўйича эндометрийнинг ўчоқли патологиясига гумон қилинганда эндометрий материалнинг гистологик текшируви билан бажариладиган гистероскопия назорати остида ўтказиладиган бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни канали дилатация ва кюретажи амалга оширилади.

Тиббий реабилитация

БАҚКнинг специфик реабилитацияси мавжуд эмас.

5C	БАҚКнинг сабаби аниқлангандан сўнг, реабилитация дастурини белгилаш учун физиотерапевт шифокорининг маслаҳатини олиш тавсия этилади.
-----------	--

Профилактикаси

БАҚКнинг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган.

5C	БАҚКнинг олдини олиш мақсадида органик патологияни (бачадон миомаси, эндометриоз, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари) ўз вақтида аниқлаш учун ҳар йили шифокор-акушер-гинекологнинг кўригидан ўтиш тавсия этилади.
-----------	--

БАҚКнинг сабаби аниқлангандан сўнг, аёл қабул қиладиган дори-воситаларни диққат билан кузатиб бориш керак. Овулятор дисфункцияларда руҳий-эмоционал бузилишларни коррекциялаш, шунингдек, асосий касалликни (тухумдонлар поликистози синдроми, гипотиреоз, тиреотоксикоз, буйрак усти бези пўстлоғининг туғма дисфункцияси) компенсациялаш ёрдам бериши мумкин. Кўпинча жинсий йўл орқали ўтадиган инфекциялар туфайли юзага келадиган кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликларини олдини олиш муҳим омил ҳисобланади.

Ўсмирларда БАҚКнинг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган. БАҚК ривожланишининг олдини олиш учун ановулятор ҳайз даврлари узоқ муддатга сақланиб қолиши хавфи остида бўлган ўсмир қизлар гуруҳларини ажратиб олиш тавсия этилади:

- менархе эрта бошланганда (10 ёшгача);
- коагулопатиялар бўйича оилавий анамнез;
- анамнезда келиб чиқиши номаълум бўлган геморрагик синдроми мавжудлиги.

БАҚКнинг иккиламчи профилактикаси PALM-COEIN таснифига мувофиқ этиологик омил(ларга) қараб амалга оширилиши керак.

Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

- **Гинекологик стационарга шошинч равишда ётқизилиш учун кўрсатма:** шошинч тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб этувчи ўткир БАҚК.
- **Гинекологик стационарга режали равишда ётқизилиш учун кўрсатма:** сурункали БАҚКни келтириб чиқарувчи ва жарроҳлик даволашни талаб этувчи органик патология мавжудлиги.
- **Аёлни гинекологик стационардан чиқариш учун кўрсатма:** БАҚК тўхтатилиши ва аёлнинг аҳволи барқарорлашиши.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	БАҚК билан касалланган аёлларда қондаги хорионик гонадотропиннинг даражаси, тромбоцитлар сонини текшириш билан қоннинг умумий (клиник) таҳлили, коагулограмма (гемостаз тизимининг бирламчи тахминий текшируви) каби лаборатор текширувлар ўтказилди	Ҳа/Йўқ
2.	БАҚК билан касалланган аёлларда қин суртмаларининг микроскопик текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
3.	Кичик чаноқ аъзолари УТТ ўтказилди	Ҳа/Йўқ
4.	Кўрсатмаларга кўра эндометрий биопсияси ёки бачадон бўшлиғи диагностик қириш аралашуви (имконият бўлганда гистероскопия назорати остида) ўтказилди	Ҳа/Йўқ

Иловалар

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

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 чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши 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

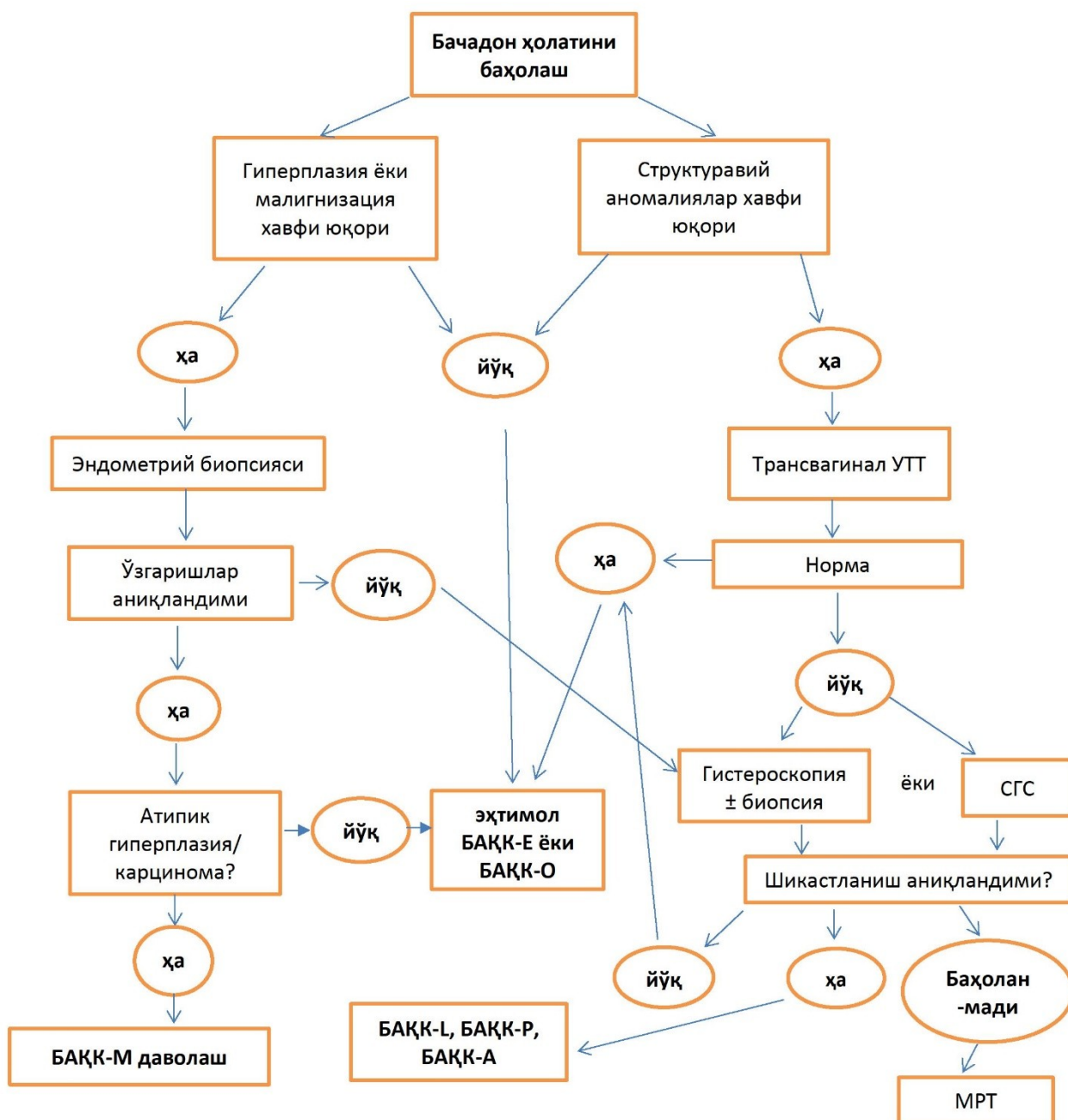
Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши 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

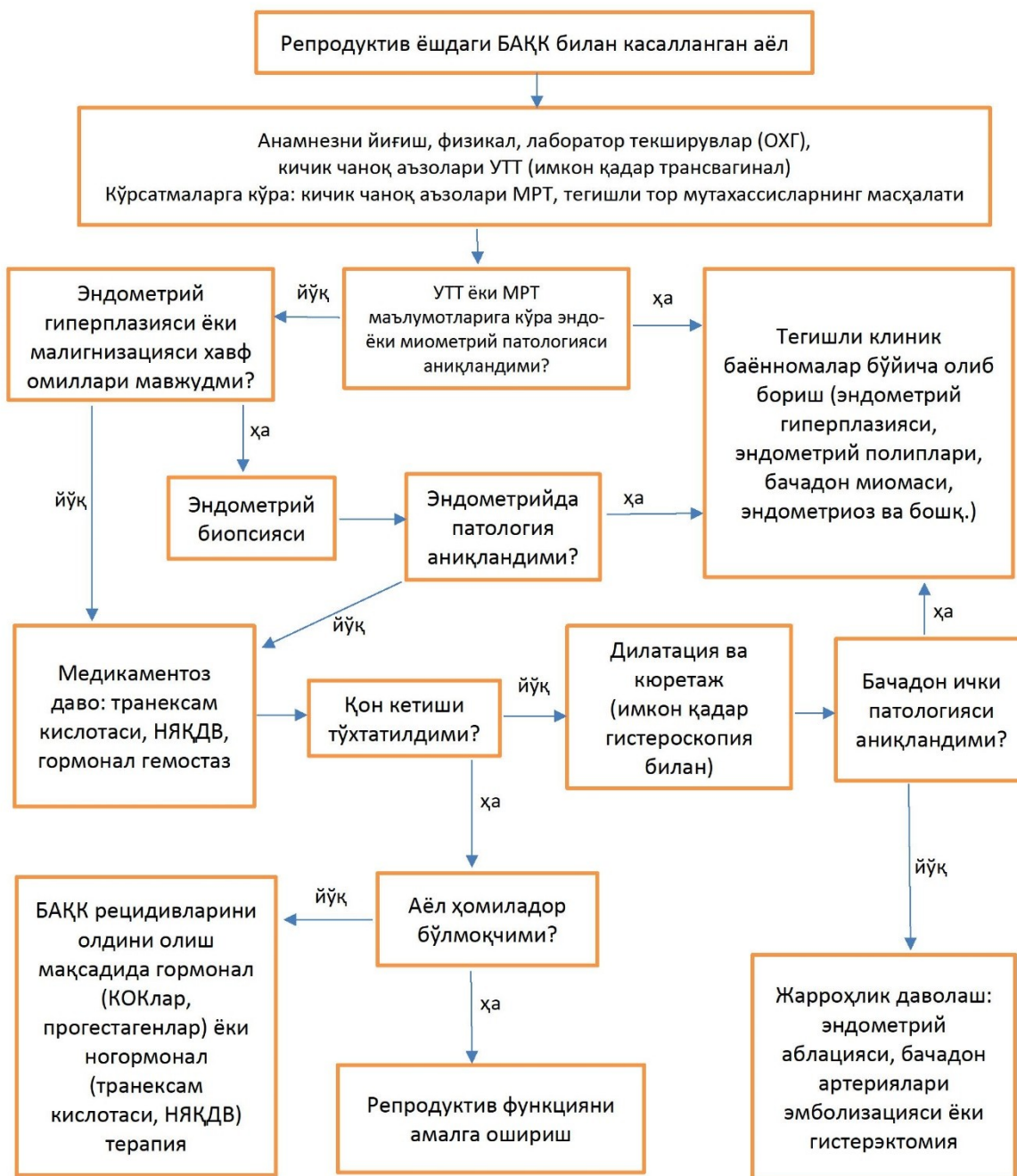
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик 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)

БАҚКни ташхислаш алгоритми



БАҚК/КМҚК ташхислаш алгоритми анамнезни йиғиш, маълум бир клиник вазият хусусиятлари ва аёлнинг ёши, яққол сурункали овуляция бузилиши мавжудлиги, эндо метрий гиперплазияси/саратони ривожланиши хавф омиллари билан белгиланади. Юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларга эндо метрий биопсияси зарур бўлиши мумкин. Бачадон структуравий аномалиялари ривожланиши хавфи мавжуд бўлган ёки медикаментоз даво самараса кўрсатмаган ҳолатларда, визуал диагностик, ҳеч бўлмаганда трансвагинал УТТ, ўтказилиши зарур. УТТда бачадон бўшлиғи деформацияси аниқланса, ўчоқли ўзгаришларни истисно қилиш учун гистероскопия ва/ёки соногистерография ўтказилиши керак.

Репродуктив даврда БАҚКни олиб бориш алгоритми



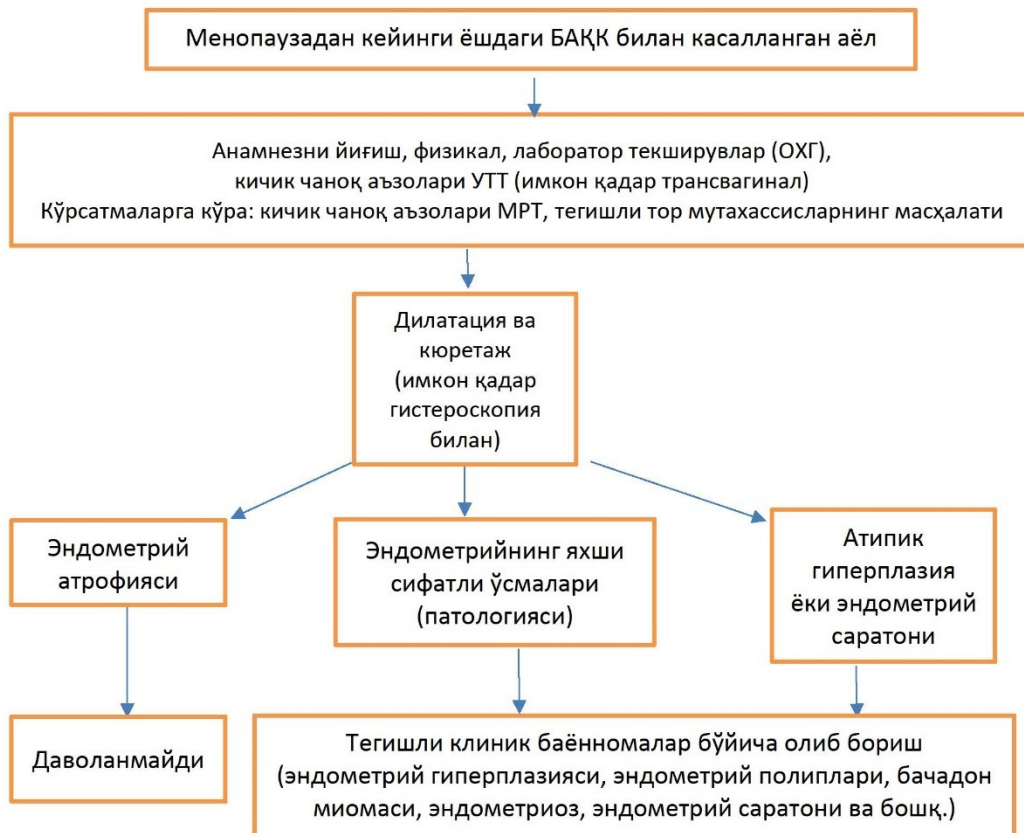
4-илова

Ўсмир қизларда БАҚКни олиб бориш алгоритми



5-илова

Менопаузадан кейинги даврда БАҚКни олиб бориш алгоритми



6-илова

Бемор учун маълумот

Бачадондан қон кетиши – бу ҳам физиологик (оддий ҳайз даври), ҳам аномал бўлиши мумкин бўлган бачадондан қон ажралишидир. Нормада ҳайз кўриш даври 24-38 кунни ташкил қилади, бир ҳайз даврида 5-80 мл гача қон кетиши мумкин ва менструал қон кетишининг давомийлиги эса 4,5-5 кунгача давом этади.

БАҚКнинг сабабларга полиплар – бачадон бўшлиғи ёки бачадон бўйни каналидаги ҳосилалар, аденомиоз, бачадон миомаси, бачадон бўшлиғига эндометрий ҳужайраларининг атипик ўсиши, қон ивиши тизимининг касалликлари, масалан, фон Виллебранд касаллиги, гемофилия, тромбоцитопения (қон ивиши тизимида бузилишларга олиб келувчи дори-воситалардан ташқари), тухумдонлар поликистози синдроми, семизлик, анорексия, стресс, тўсатдан вазн йўқотиш, оғир жисмоний зўриқиш, қалқонсимон беши касалликлари, гиперпролактинемия, эндометрий яллиғланиши ёки инфекциялар ҳисобига овуляция бузилишлари киради. Chlamydia trachomatis инфекцияси ва БАҚК ўртасида боғлиқлик аниқланган.

Эндометрийга таъсир қилувчи дори-воситаларни қабул қилиш натижасида, шунингдек, қон ивишини ўзгартирадиган (антикоагулянтлар) ёки овуляцияга таъсир қилувчи препаратларни (комбинацияланган орал контрацептивлар, гестагенлар) қабул қилганда қон кетиши пайдо бўлиши мумкин.

Ўткир БАҚК – кўп миқдорда қон йўқотишнинг олдини олиш учун зудлик билан тиббий аралашув ўтказилишини талаб қиладиган оғир қон кетиши эпизодидир. Сурункали БАҚК фонида юзага келиши мумкин.

Сурункали БАҚК – нормал менструал қон кетишидан давомийлиги, йўқотилган қон ҳажми ва/ёки такрорийлиги бўйича фарқ қилувчи ва охириги 3-6 ой давомида кузатилаётган ҳаддан зиёд юқори бўлган қон кетишидир. Зудлик билан тиббий аралашув ўтказилишини талаб қилмайди, бироқ, ўткир қон кетишига ўтиб кетиши мумкин.

БАҚКнинг диагностикаси

БАҚКда биринчи навбатда шифокор-гинекологга муурожаат қилиш керак. Артериал қон босими ўлчанади. Кичик чаноқ аъзолари УТТ ўтказилади, қоннинг умумий таҳлили олинади, ОХГ миқдори текширилади. Қуйидаги ҳолатларда эндометрий биопсияси билан гистероскопия ўтказилади: ўткир БАҚК ва УТТ маълумотларига кўра эндометрийда ўзгаришлар (полиплар, эндометрий гиперплазияси, бачадон миомаси, менопаузал қон кетиши) аниқланганда.

Бачадондан қон кетиши билан сиз биринчи навбатда гинекологик текширув учун гинеколог билан боғланишингиз керак. Қон босимини ўлчаш. Тос аъзоларининг ультратовуш текшируви, тўлиқ қон рўйхати ва ҳСГ даражасини аниқлаш амалга оширилади. Эндометриял биопция билан ҳистероскопия қуйидаги ҳолатларда амалга оширилади: ўткир бачадон қон кетиши ва ультратовуш текширувида эндометриумдаги ўзгаришлар (полиплар, эндометриял гиперплазия, бачадон миомаси, менопаузадан қон кетиш). Кичик тос аъзолари ўсмаларида МРТ батафсил тасвир ва аниқ кўринишни олиш имконини беради.

БАҚКни даволаш

БАҚКлар медикаментоз (дори-воситалар ёрдамида) ва жарроҳлик йўли орқали даволанади. Медикаментоз даво гормонал (комбинацияланган орал контрацептивлар, қин ҳалқалари, гестагенлар, гестагенни ишлаб чиқарувчи БИВ) ва ногормонал (ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар, транексам кислотаси) усулларга бўлинади. Ўткир БАҚКда ҳамда 45 ва ундан юқори ёшдаги аёллар учун жарроҳлик даволаш афзалроқ ҳисобланади: биопсия билан гистероскопия (бир вақтнинг ўзида ҳам диагностик текшириш усули), бачадон бўшлиғи ва бачадон бўйни канали диагностик қириш аралашуви, эндометрий абляцияси – эндометрийни бутунлай “куйдириш” аралашуви.

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 хавfli 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 шошилини 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 махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия холатлар 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. Аномальные маточные кровотечения. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Москва, 2021 г.
2. Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017 Apr; 40:3-22.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018.
4. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. The FIGO classification system (“PALMCOEIN”) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. *Int J Gynaecol Obstet* 2011.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS., FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.
6. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 May;40(5):e391-e415.
7. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2013 Apr;121(4):891-896.
8. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016 Jul;34:54-65.
9. Unim B. et al. Role of pap-test in cervical cancer prevention: a systematic review and meta-analysis *Brigid Unim //European Journal of Public Health.* – 2014. – T. 24.
10. Kaveh M, Sadegi K, Salarzaei M, Parooei F. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review.
11. Bazot M, Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. *Fertil Steril* 2018; 109:389-97.
12. Narice BF, Delaney B, Dickson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* 2018 30; 19:135.
13. Douglass LA, Davis AM. Assessment and Management of Heavy Menstrual Bleeding. *JAMA.* 2020 Jan 21;323(3):270-271.
14. Gupta J, Kai J, Middleton L, et al. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. *N Engl J Med* 2013;368:128–37.
15. Fraser I. S. et al. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of oestradiol valerate and dienogest. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* – 2011. – T. 16. – №. 4. – С. 258-269.;
16. Sweet M. G. et al. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women *//American family physician.* – 2012. – T. 85. – №. 1. – С. 35-43.
17. Mullins, T.L. Evaluation and management of adolescents with abnormal uterine bleeding / T.L. Mullins, R.J. Miller, E.S. Mullins *// Pediatr Ann.* – 2015. – vol.44. – N 9. – P. 218-222.

18. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign / ACOG Committee Opinion No. 651 American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet Gynecol.* – 2015. – vol.126. – P. 143-146.
19. Deligeoroglou, E. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology / E. Deligeoroglou, V. Karountzos, G. Creatsas // *Gynecol Endocrinol.* – 2013. – vol.29. – N 1. – P. 74-78.
20. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):865–875.
21. Thorne, J.G. Heavy menstrual bleeding: is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception [commentary]? / J.G. Thorne, P.D. James, R.L. Reid // *Contraception.* – 2018. – vol.98. – P. 1–3.
22. Lumsden, M.A. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding / M.A. Lumsden, L. Wedisinghe // *Expert Opin Pharmacother.* – 2011. – vol.12. – N 13. – P. 2089-2095.
23. An Open-Label, Single-Arm, Efficacy Study of Tranexamic Acid in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding / S.H. O'Brien [et al.] // *J Pediatr Adolesc Gynecol.* – 2019. – vol.32. – N 3. – P. 305-311.
24. Bryant-Smith, A.C. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding / A.C. Bryant-Smith, A. Lethaby, C. Farquhar, M. Hickey // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2018. – Issue 4.
25. The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Clinical Practice Guideline on Adolescent gynaecology - Heavy menstrual bleeding [Internet, last updated August 2020].
26. Primary care management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al.] // *Comparative effectiveness review No.96. AHRQ. Agency for healthcareresearch and quality.* – 2013.
27. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Committee Opinion No. 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013.
28. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):e71-e83.
29. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 March 2018 Last updated: 31 March 2020.
30. De Silva N 2019, Abnormal uterine bleeding in adolescents: Management [Internet]. UpToDate.
31. Heikinheimo, O. The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* – 2017. – vol.40. – P. 111-120.
32. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study / L.V. Srivaths [et al.] // *J Pediatr Adolesc Gynecol.* – 2015. – vol.28. – N 4. – P. 254-257.
33. Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. ACOG Committee Opinion No. 785 / American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol.* – 2019. – vol.134. – P. 71-83.
34. Imaoğulları S., Aycan Z. Abnormal uterine bleeding in adolescents // *Journal of clinical research in pediatric endocrinology.* – 2018. – T. 10. – №. 3.

35. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // Cochrane Database Sys Rev. – 2019. – Issue 2.
36. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001895.
37. Munro M.G.; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations. Perm. J. 2014; 18(1): 55-70.
38. Baber R. J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. № 2 (19). C. 126–127.
39. Prospective temporal validation of mathematical models to calculate risk of endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding. Sladkevicius P, Opolskiene G, Valentin L Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(5):649.
40. Comparison of saline infusion sonography (SIS) versus SIS-guided endometrial sampling in the diagnosis of endometrial pathology. Moschos E, Bailey AA, Twickler DM J Clin Ultrasound. 2016;44(7):416. Epub 2016 Apr 18.
41. Sadro CT. Imagine the Endometrium: A Pictorial Essay. Can Assoc Radiol J. 2016; 67 (3): 254-262.
42. Sathiyathan S., Kannapar J. Unscheduled bleeding on HRT- do we always need to investigate for endometrial pathology? Int.J. Report Contracept.Obstet. Gyn.2017.6(10).4174.
43. Dave F.G., Laaiyemo R, Adedipi T. Unscheduled bleeding with hormone replacement therapy/ Obstet Gyn.2019;21(2): 95-101.
44. Colombo N, Creutsberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol.2016;27(1):16-41.