ENDOMETRIOZ: TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI

Djaxonov Obidjon Olimovich
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.
Buxoro, O‘zbekiston.
E-mail: djaxanov.obidjon@bsmi.uz

Annotatsiya: Ushbu maqola O’zbekiston hududida endometrioz statistikasi, eng ko’p uchraydigan sabablari, klinik belgilari shuningdek, tashxis qoyish, davolash va oldini olishning zamonaviy chora tadbirlariga bag’ishlangan bo’lib, O’zbekiston Respublikasi klinik standartiga asoslangan holda yozilgan (Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti tavsiyasi asosida tuzilgan).

Kalit so’zlar: Adenomioz, endometrioz, kombinirlangan oral kontraseptiv, gonadotropin rilizing gormon, antimyuller gormon, menopouza.

Аннотация: данная статья посвящена статистике эндометриоза на территории Узбекистана, наиболее частым причинам, клиническим признакам, а также современным мерам диагностики, лечения и профилактики, написана на основе клинического стандарта Республики Узбекистан (составлен по рекомендации Всемирной организации здравоохранения).

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоз, комбинированные оральные контрацептивы, гонадотропин-рилизинг-гормон, антимюллеровский гормон, менопауза.

Annotation: this article is devoted to the statistics of endometriosis in the territory of Uzbekistan, the most common causes, clinical signs, as well as to modern measures of diagnostic correction, treatment and Prevention, written based on the clinical standard of the Republic of Uzbekistan (compiled on the recommendation of the World Health Organization).

Keywords: adenomyosis, endometriosis, combined oral contraceptive, gonadotropin rilizing hormone, antimicrobial hormone, menopause.

ADABIYOTLAR TAHLILI VA MUHOKAMA. Epidemiologik omillar asosan tos suyagi og'rig'i va bepushtligi bo'lgan ayollar guruhlarida ekstrapolyatsiya qilingan. Umumiy hisob-kitoblarga ko'ra, ginekologik operatsiyalarni, shu jumladan tubal ligatsiyani o'tkazadigan ayollarda kasallikning tarqalishi 1-7% ni tashkil qiladi.

Surunkali tos suyagi og'rig'i tufayli vaginal histerektomiya paytida bemorlardan olingan patologik namunalarni baholagan tadqiqotda endometriozning tarqalishi 8,3% ni tashkil etdi. Yuqori ko'rsatkichlar tos suyagi og'rig'i (12-70%) yoki bepushtlik (9-50%) tufayli laparoskopiya qilingan bemorlarning kogortalarida, ayniqsa dori-darmonlarga chidamli surunkali og'rig'i bo'lgan o'smirlar populyatsiyalarida kuzatiladi. Ko'rsatkichlarning bunday katta

ISSN 3030-3907

diapazoni tadqiqot usulining heterojenligi bilan izohlanishi mumkin: so'nggi tadqiqotlar ilgari qo'llanilmagan diagnostika mezonlarini o'z ichiga olgan.

Endometrioz odatda reproduktiv yoshdagi ayollarda kuzatiladi, ammo tashxis qo'yilgan yosh sezilarli darajada farq qiladi. Oldingi 9-dan farqli o'laroq paradigmalar, hatto tos bo'shlig'idagi surunkali og'riqlar bilan og'rigan menarx boshlanishidan oldin qizlar ham endometrioz uchun tekshirilishi kerak, chunki kasallik hatto yosh bemorlarning ushbu guruhida ham qayd etilgan. Bundan tashqari, endometrioz menopauza tushgan ayollarda kuzatilishi mumkin. Semptomlarning og'irligi yoshga qarab ortadi va mavjud ma'lumotlarga ko'ra, chastota 40 yoshda eng yuqori darajaga etadi.

Endometrioz multifaktorial kasallik bo'lib, uni uzoq vaqt o'rganishga qaramay, ushbu patologik jarayonning etiologiyasi hali ham aniq emas. Endometrioz patogenezining ko'plab nazariyalari taklif qilingan:

Implantatsiya (retrograd hayz ko'rish nazariyasi J. A. Sampson, 1921) eng keng tarqalgan. Hayz paytida endometrium qismlari fallop naychalari orqali qorin bo'shlig'iga kiradi, qorin parda shilliq qavatiga yopishadi va endometrioid o'choqlarga aylanadi. Bu jarayonda estrogenlar juda muhimdir. Retrograd hayz ko'rishni qo'llab-quvvatlovchi dalillar genital trakt obstruktsiyasi bo'lgan qizlarda endometrioz bilan kasallanish ko'payib, hayz ko'rishning vagina orqali drenajlanishiga to'sqinlik qiladi va shuning uchun quvur reflyuksini oshiradi. Biroq, ayollarning 90 foizigacha retrograd hayz ko'rgan bo'lsa-da, ko'pchilik endometriozni rivojlantirmaydi, bu qo'shimcha omillar mavjudligini ko'rsatadi.
Metaplastik. Mumkin bo'lgan mexanizm endometrioid bezlarda koelomik epiteliyning differentsiatsiyasi hisoblanadi. Menarx boshlanishidan oldin qizlarda endometrioz rivojlanishining sababi Myuller qoldiqlari — tosda joylashgan paramesonefral kelib chiqadigan hujayralar va gipotalamus-gipofiz - tuxumdonlar o'qining pishib etishidan keyin estrogen ishlab chiqarilishi tufayli rag'batlantiriladi. Aniq yuzaki implantlarsiz chuqur peritoneal kasallik quyidagilarni ko'rsatadi 8 ushbu jarayon uchun va juda yosh bemorlarda kuzatiladigan rivojlangan bosqichlarni tushuntirishi mumkin.

Endometrioz bilan og'rigan bemorlarning peritoneal suyuqligida turli xil yallig'lanish va angiogen mediatorlarning ko'payishi doimiy ravishda aniqlanadi. Oksidativ stress mahsulotlari erkin radikallarning shakllanishi va himoya antioksidantlarining past darajasi tufayli yallig'lanish reaktsiyasiga yordam beradi. Menstrual qonning o'tishini qiyinlashtiradigan Myuller kasalliklari bo'lgan postpubertal qizlar ham endometrioz rivojlanish xavfiga ega. Bunday buzilishlarga ko'ndalang vaginal septum, qin obstruktsiyasi bilan ikki baravar bachadon va qizlik pardasi atreziyasi (Myuller buzilishi emas) kiradi.

ISSN 3030-3907

Kasallikka genetik moyillik aka-uka va opa-singillar ishtirokidagi tadqiqotlarda ko'rsatilgan.

NATIJALAR. Amerika reproduktiv tibbiyot jamiyatining qayta ko'rib chiqilgan ko'lami. Endometriozning tasnifi odatda laparoskopiya paytida vizual baholashga asoslangan. Umumiy ko'rsatkich 4 bosqichdan biriga to'g'ri keladi (I dan IV gacha yoki minimaldan og'irgacha) va quyidagi parametrlarga asoslanadi:

I bosqich (minimal): umumiy ko'rsatkich 1 dan 5 gacha Kichik yuzaki peritoneal implantlar yoki qo'shimchalar implantlari (<1 dan 3 sm gacha); plyonkali yopishqoqlik.

II bosqich (engil daraja): umumiy ko'rsatkich 6 dan 15 gacha Kattaroq jarohatlar (>3 sm), ba'zilari chuqur kirib boradi.

III bosqich (o'rtacha daraja): umumiy ko'rsatkich 16 dan 40 gacha Katta jarohatlar, ularning aksariyati chuqur kirib boradi, utero-rektal tushkunlikning qisman obliteratsiyasi; qo'shimchalarga ta'sir qiladigan zich yopishqoqlik.

IV bosqich (og'ir daraja): umumiy ko'rsatkich > 40 Tuxumdonlarning chuqur shikastlanishi (endometrioma) qo'shimchalarning zich yopishishi bilan; bachadon-rektal tushkunlikning obliteratsiyasi.

Adenomiyozning tasnifi (L. V. Adamyan, V. I. Kulakov tomonidan tahrirlangan): adenomiyozning klinik tasnifi patologik jarayonning tarqalishining to'rt bosqichini nazarda tutadi: i bosqich-adenomiyozning heterotopiyalari faqat submukozal qatlamda joylashgan;

II bosqich-patologik jarayon mushak qatlamiga tarqaladi;

III bosqich-patologik jarayon miyometriumning butun qalinligini egallaydi va serozga etadi. bachadon qopqog'i;

IV bosqich-bachadondan tashqari, parietal qorin parda va yaqin atrofdagi organlar patologik jarayonga jalb qilinadi.

Endometriozning eng muhim klinik ko'rinishlari quyidagilardan iborat:
tos og'rig'i (dismenoreya, disparuniya, dizuriya, disxeziya va surunkali tos og'rig'i.
bepushtlik hayz davrining buzilishi, anormal bachadon qon ketishi va tos bo'shlig'ida o'simtaga o'xshash shakllanishlar (endometrioid kistalar) mavjudligi.
Agar shikoyatlar aniqlansa va anamnez to'plansa, quyidagi omillarga e'tibor qaratish lozim:
og'ir hayz ko'rish, hayzdan oldingi, postmenstrüel,
postkoital qon ketish; - dismenoreya va/yoki disparuniya,
uning belgilari yo'qolmaydi yoki estrodiol oral kontratseptivlari (kok) va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni (NSAID) qabul qilishda yengil to'xtatiladi;
onada endometriozning mavjudligi yoki bemorning opa-singillari;

ISSN 3030-3907

muntazam ovulyatsiya, fallopiy naychalarining o'tkazuvchanligi va sherikda normal spermogramma bilan subfertillik;
diareya, ich qotishi, ko'ngil aynish, defekatsiya paytida og'riq, ichakdagi kramplar, shishiradi; o'simlik gullariga allergiya, allergik rinit va oziq-ovqat mahsulotlariga yuqori sezuvchanlik mavjudligi; depressiya, tashvish,
surunkali charchoq sindromi; migren mavjudligi;
tez-tez, shoshilinch siyish.

Ginekologik tekshiruvda endometriozda kuzatilishi mumkin bo'lgan quyidagi o'zgarishlarga e'tibor bering:

- serviksing lateral siljishi
- ruxsat etilgan va keskin siljigan bachadon
- qo'shimchalarning hajmli shakllanishi

Labarator tekshiruv: Qondagi CA 125 darajasining oshishi (35 IU/ml yoki undan ko'p) endometriozni ko'rsatishi mumkin, ammo qondagi CA 125 ning normal darajasi (35 IU/ml dan kam) endometrioz mavjudligini istisno etmaydi.
Instrumental tekshiruv usullari: Transvaginal ultratovush-bu informatsion usul, endometrioz tashxisida uning sezgirligi o'rtacha 91%, chuqur infiltrativ shakllar uchun-79% va Sakro-bachadon ligamentlari, rektovaginal septum, qin devori, Duglas bo'shlig'i va rektosigmoid ichakning shikastlanishi holatlarida mezonlarga javob beradi.
Endometriozga shubha qilingan laparoskopiya quyidagi holatlarda taklif qilinishi kerak:

- homiladorlik bemor uchun ustuvor ahamiyatga ega bo'lganda;
- og'riq sindromining mavjudligi;
- konservativ davo ta'sirining yo'qligi.

Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda turli xil shikoyatlar bo'lishi mumkinligi sababli, terapiyani individual ravishda buyurish kerak. Tekshiruv bosqichida ijobiy, tashxisni tasdiqlovchi natijalar bo'lmasa, terapiya endometriozning klinik shubhasiga asoslangan bo'lishi kerak.

Asosiy maqsad bemorni bezovta qiladigan og'riq va reproduktiv qobiliyat kabi omillarni hisobga olgan holda xavfsiz va samarali davolanishni ta'minlashdir.

MUHOKAMA. Endometriozni davolash endometrioz bosqichiga emas, balki bemorning alomatlari, afzalliklari va ustuvorliklariga muvofiq taklif qilinishi kerak.

Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash og'riqni yo'qotish uchun tavsiya etiladi

Nosteroidlarni mustaqil ravishda yoki boshqa usul bilan birgalikda (masalan, gormon terapiyasi) 3 oygacha, kontrendikatsiyalar bo'lmagan taqdirda buyurish mumkin. Tanlov sifatida quyidagi dorilar taklif qilinishi mumkin: ibuprofen: kerak

ISSN 3030-3907

bo'lganda har 4-6 soatda 400 mg og'iz orqali, maksimal dozasi kuniga 2400 mg; naproksen: kerak bo'lganda kuniga ikki marta 250-500 mg og'iz orqali, maksimal 1250 mg/kun; nimesulid: kuniga 200 mg gacha; selekoksib: kuniga 200 mg mg og'iz orqali kuniga 1 marta;

Gormonal usullarning aksariyati endometrioz bilan bog'liq og'riqni davolashda bir xil samaradorlikka ega. Gormonal dorilarni qo'llash, umuman olganda, homilador bo'lishni istagan bemorlarda yetarli darajada javob bermaslik, nojo'ya ta'sirlar yoki kontratseptiv ta'sir bilan cheklangan. Yon ta'siri usullar va bemorlar o'rtasida juda farq qiladi. Natijada, ma'lum bir davolanish bir ayol uchun yaxshi variant bo'lishi mumkin, ammo boshqa ayolda jiddiy yon ta'sirga ega. Shu munosabat bilan, bemor bilan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni muhokama qiling va terapiyani o'zgartirish ehtimolini tushuntiring.

Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda progestogenlar bilan monoterapiya doimiy rejimda, shuningdek homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda tsiklik rejimda tavsiya etiladi. Gestagenlar birinchi darajali terapiya sifatida, shuningdek jarrohlik davolashdan keyin relapsning oldini olish uchun ishlatilishi mumkin.

Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda progestogenlar bilan monoterapiya doimiy rejimda, shuningdek homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda tsiklik rejimda tavsiya etiladi. Gestagenlar birinchi darajali terapiya sifatida, shuningdek jarrohlik davolashdan keyin relapsning oldini olish uchun ishlatilishi mumkin.

Kasallikning tarqalish darajasini aniqlash va o'choqlarni olib tashlash uchun asosan genital endometrioz bilan og'rigan bemorlarda (agar sharoitlar mavjud bo'lsa va kontrendikatsiyalar bo'lmasa) Laparoskopik usul yordamida jarrohlik davolash tavsiya etiladi.

Kista kapsulasining enukleatsiyasi endometriozning qaytalanish xavfini minimallashtirishga imkon beradi, tuxumdon zaxirasini saqlashga yordam beradi va shunga mos ravishda endometrioz bilan bog'liq bepushtlik bilan og'rigan bemorlarda o'z-o'zidan homiladorlik ehtimolini oshiradi.

Anormal bachadon qon ketishi bo'lgan bemorlarda adenomiyozning tugun shaklini jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi.3-4-bosqich adenomiyozli bemorlarda homiladorlik darajasi 10-15% dan oshmaganligi sababli, adenomiyozni davolashning yagona samarali usuli bu umumiy gisterektomiya.

Endometriozning aniq sabablari aniqlanmaganligi sababli, kasallik xavfini kamaytiradigan maxsus tavsiyalar mavjud emas.

XULOSA: Bugungi kunda endometriozni davolashda asosiy usul sifatida KOK terapiyadan foydalanish yaxshi natijalarga olib kelmoqda. Endometriozning og’ir darajalarida bepushtlikda Yordamchi Reproduktiv texnologiyalardan foydalanilsa, o’smirlarda endometrioz klinikalari paydo bo’lganda Nosteriod yallig’lanishga qarshi vositalardan foydalanish samarali deb hisoblanadi.

ISSN 3030-3907

ADABIYOTLAR RO‘YXATI (REFERENCES):

1. ROAG. - Endometrioz. Klinik tavsiyalar. Moskva shahri. 2020
2. Ovakimyan A. S. tashqi genital endometriozning turli shakllarida surunkali tos og'rig'ining klinik immunomorfologik tavsifi: dis. M., 2016: 27, 2016. Moskva shahri.
3. Laskevich A. V. va boshqalar. tashqi genital endometriozda surunkali tos og'rig'ini kompleks davolash / / Problemy Reproduktsii. – 2017. - Jild 23. – №. 6.
4. Koninckx P. R. et al. An endometriosis classification, designed to be validated //Gynecological Surgery. – 2011. - Jild 8. – №. 1. 1-6-sahifalar.
5. Parazzini F. et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2017. - Jild 209. 3-7-sahifalar.
6. 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. - Jild 41. – №. 03. 170-175 betlar.
7. 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. - Jild 211. – №. 4. 358-sahifa. e1-358.
8. 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. - Jild 179. 209-215 betlar.

ISSN 3030-3907