



## ENDOMETRIOZ

**Normurodova Shaxnoza G'afforovna**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

**Abdivoxidova Nargiza Kamilovna**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

**Baxorova Bibisora Samadovna**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Endometriozi, etiologiyasi, epidemiologiyasi va kasallikni davolash elementlari haqida ma'lumotlar keltirilgan.

Kalit so'zlar: endometriozi, epidemiologiya, simptomlar, davolash.

Endometriozi - bachadon bo'shlig'idan tashqarida to'qimalarning yaxshi o'sishi, morfologik va funktsional xususiyatlari bo'yicha endometriumga o'xshash jarayon. Endometriozi bemorlarni davolashdagi qiyinchiliklar kasallikning o'zgaruvchan klinik ko'rinishi va og'irligi bilan bog'liq; taktika bemorning yoshiga, kasallikning shakli / bosqichiga, simptomlarning tabiatiga, reproduktiv maqsadlarga, shuningdek xavflarga bog'liq. , yon ta'siri va davolashning iqtisodiy rentabelligi. Ba'zi hollarda endometriozi surunkali, qaytalanuvchi kasallik hisoblanadi, bunda bemorlar doimiy e'tibor va davolanishga duchor bo'lishadi.

Endometriozi turli jihatlariga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlarga qaramay, uning etiologiyasi va patogenezini, jarayonning lokalizatsiyasiga va kasallikning og'irligiga qarab klinik ko'rinishning xususiyatlariga oid ko'plab savollar haligacha aniqlanmagan; Relapslarni tashxislash va aniqlashning individual usullarining qiyosiy ma'lumotlari, turli xil davolash va rehabilitatsiya usullarining samaradorligi to'g'risida ma'lumotlar yo'q.

Endometriozi paydo bo'lishining bir qator nazariyalari adabiyotda muhokama qilinadi: embriogenezning buzilishi; hayz paytida yoki operatsiyalar paytida endometriumning bachadon bo'shlig'idan fallop naychalari orqali qorin pardaga ko'chirilishi; endometriyal to'qimalarning bachadon bo'shlig'idan qon va / yoki limfa tomirlari orqali tarqalishi; gipotalamus - gipofiz bezi - tuxumdonlar - maqsadli organlar tizimidagi gormonal tartibga solishning buzilishi natijasida endometriozi rivojlanishi; immunitetning pasayishi. So'nggi yillarda kasallikning rivojlanishiga atrof-muhitning noqulay ta'siri va uning etiologiyasida irsiy omillarning mumkin bo'lgan roli nazariyalari etarlicha o'rganildi. Biroq, endometriozi





rivojlanishi uchun mas'ul bo'lgan o'ziga xos gen mavjudligi haqida ma'lumotlar hali olinmagan.

Morfologik va immunologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, bachadonning endometrioz, endometrioid tuxumdon kistalari, retroservikal endometrioz va tos peritonining endometrioz turli xil kelib chiqishi mumkin, ammo eng muhim organing roli va ishtirok etish darajasi. ma'lum lokalizatsiya genital endometrioz patogenezidagi tizimlar noaniq bo'lib qolmoqda.

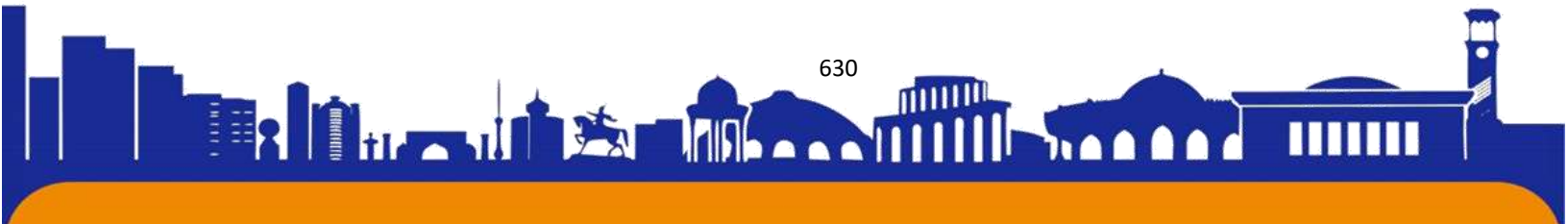
Endometrioid lezyonlarni tashxislashda va endometriozning qaytalanishini bashorat qilishda turli tadqiqot usullarining ma'lumotlar mazmunini taqdim etadigan ko'plab ishlar nashr etilgan. Biroq, yaqin vaqtgacha ularning har birining diagnostik ahamiyati, ayniqsa, o'simta belgilarining darajasini va immunologik ko'rsatkichlarini aniqlash muhokama qilindi.

Aksariyat ginekologlarning fikriga ko'ra, endometrioid lezyonlarni davolashning yagona radikal usuli jarrohlikdir. Shu bilan birga, ba'zi tadqiqotchilar operatsiyadan oldin gormonal terapiyani qo'llaydilar va operatsiyadan keyin katta ko'pchilik (danazol, gestrinon, gestagens, kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari va gonadotropinni chiqaradigan gormon analoglari). Ba'zi dorilarning bemorlarning umumiy holatiga, psixoemotsional sohasiga, immunologik holatiga, gonadotrop va jinsiy gormonlar darajasining nisbati va qondagi onkoantigenlarning tarkibiga ta'siri etarlicha o'rganilmagan. Bemorlarning individual xususiyatlariga, endometriotik lezyonlarning klinik va anatomik xususiyatlariga, immunologik va gormonal kasalliklarga qarab bir yoki boshqa davolash usuli uchun algoritmlar ishlab chiqilmagan.

#### Terminologiya

"Endometrioz" atamasi Bler Bell tomonidan kiritilgan. 1892 yilda Ph. 1994 yilda Koninckx "endometrioz" atamasi bilan faqat anatomik substratni belgilashni taklif qildi va bu substrat bilan bog'liq bo'lgan va ma'lum belgilar bilan namoyon bo'ladigan kasallikni endometrioid kasallik deb atash.

Endometrioz an'anaviy ravishda genital va ekstragenitalga bo'linadi va genital, o'z navbatida, ichki (bachadon tanasining endometrioz) va tashqi (bachadon bo'yni, qin, perineum, retroservikal mintaq, tuxumdonlar, fallop naychalari, qorin parda, to'g'ri bachadon bo'shlig'i endometrioz). So'nggi yillarda ichki endometrioz tobora



ko'proq butunlay maxsus kasallik sifatida qaralmoqda va "adenomiyoz" atamasi bilan belgilanadi.

So'nggi 50 yil ichida endometriozning 10 dan ortiq tasnifi ishlab chiqilgan, ammo, afsuski, ularning hech biri universal deb tan olinmagan.

#### Epidemiologiya

So'nggi ma'lumotlarga ko'ra, dunyoda taxminan 176 million ayol, asosan reproduktiv yoshdagi (har 10 kishi) endometriozdan aziyat chekmoqda. Kasallikning birinchi namoyon bo'lishi ayollarning ta'lim olish, martaba qilish, sheriklik qurish yoki oila qurish davrida sodir bo'ladi. Yillar davomida og'riqli og'riqlar, bepushtlik, vaqti-vaqti bilan va ba'zan to'liq mehnat qobiliyatini yo'qotish bu ayollarga o'z imkoniyatlarini ochishga va iqtisodiy, ijtimoiy sohada va oilada o'z imkoniyatlarini to'liq ro'yobga chiqarishga to'sqinlik qiladi, bu esa endometriozni ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan kasallik deb tasniflashga imkon beradi. kasallik.

#### Etiologiya

Endometriozni surunkali ginekologik kasallik deb hisoblash mumkin, uning asosiy klinik ko'rinishi doimiy og'riq va bepushtlikdir. Bu bachadon bo'shlig'idan tashqarida to'qimalarning yaxshi o'sishi bo'lib, morfologik va funksional xususiyatlarda endometriumga o'xshash. Ba'zi hollarda endometriozning (tuxumdon yoki qorin parda) o'chog'ini muvaffaqiyatli jarrohlik yo'li bilan olib tashlangandan so'ng, kasallik belgilari mustaqil ravishda (qo'shimcha davolashsiz) yo'qoladi va homiladorlik bepushtlik bilan og'rikan ayollarda tabiiy tsiklda sodir bo'ladi. Kasallikning 3 xil klinik ko'rinishi mavjud: tos bo'shlig'i va tuxumdonlarning qorin pardasi yuzasida endometrioid lezyonlar (peritoneal endometrioz); tuxumdon kistalari (endometrioma); endometrioid to'qimalar, yog 'va mushak tolali to'qimalari (rektovaginal endometrioid tugunlar) bilan bir qatorda murakkab tuzilishning qattiq shakllanishlari; 3 shaklning har biri infiltratsion o'sishga moyil bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin.

Endometriozning birinchi klinik holati K.Rokitanskiy tomonidan deyarli 150 yil oldin tasvirlangan, ammo bugungi kunga qadar ushbu multifaktorial, ko'p komponentli kasallikning mexanizmlari asosan noaniq, bu esa samarali davolash usullarini topishni qiyinlashtiradi. Ko'pgina tarafdorlarga ega bo'lgan implantatsiya nazariyasining mohiyati shundan iboratki, endometrioid to'qimalarning hayotiy elementlari hayz ko'rish qonining retrograd harakati paytida (fallop naychalari orqali,



shuningdek, ginekologik operatsiyalar paytida) boshqa organlar va to'qimalarga o'tadi va ularda ildiz otadi. endometrioz o'choqlarini tashkil etuvchi yangi joy . Bundan tashqari, ular endometriyal zarrachalarning limfogen va gematogen yo'llar bilan metastazlanishi, ularni keyinchalik implantatsiya qilish imkoniyatini taklif qilishadi. Biroq, endometrioz prepubertal davrda, bachadonning konjenital yo'qligi va postmenopozda tashxis qo'yiladi, bu esa bu sirli kasallikning yanada murakkab mexanizmlarini ko'rsatadi. Tselomik metaplaziya nazariyasiga ko'ra, ektopik o'choqlarda endometriumga o'xshash to'qimalarning paydo bo'lishi gormonal ta'sir ostida qorin bo'shlig'i yoki plevra mezoteliysi, limfa tomirlari endoteliysi, buyrak kanalchalari epiteliysi va boshqa bir qator to'qimalarning metaplaziyasi tufayli yuzaga kelishi mumkin. va (yoki) yallig'lanish kasalliklari. Bunday holda, interleykinlar va boshqa yallig'lanishga qarshi vositachilar endometriozning patofiziologiyasida etakchi rol o'ynashi mumkin, ektopik implantatsiyaga va endometrioid heterotopiyalarning keyingi o'sishiga yordam beradi. Biroq, endometrioz patogenezining metaplastik nazariyasi qat'iy ilmiy tasdiqni olmagan.

Embrion nazariyasiga ko'ra, endometrioid geterotopiyalarning paydo bo'lishining manbai etuk mezotelial hujayralar orasida joylashgan embrion tselomik epiteliyning elementlari bo'lishi mumkin, ulardan jinsiy a'zolar, shu jumladan endometrium embrion davrida hosil bo'ladi. Ushbu nazariya nafaqat 11-12 yoshdagi bolalar va o'smirlarda endometriozning rivojlanishi, balki endometriozning genital organlarning malformatsiyasi bilan tez-tez kombinatsiyasi bilan ham qo'llab-quvvatlanadi.

#### Patogenez

Endometriozning asosiy patogenetik aloqalari bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, ular orasida retrograd hayz ko'rish, estrogenning haddan tashqari mahalliy ishlab chiqarilishi, progesteronga qarshilik, yallig'lanish va neoangiogenez mavjud bo'lib, bu boshlang'ich bosqichlarda patologik jarayonni inhibe qilishga imkon bermaydi va infiltratsion o'sishni, atrofdagi to'qimalarning invaziyasini tushuntiradi. ularning keyingi yo'q qilinishi va yoyilgan mag'lubiyatlari bilan.

Gormonal retseptorlari. Estrogen va progesteron retseptorlarining ayrim irsiy genetik turlari endometriozning rivojlanishiga moyil bo'ladi. Endometrioid to'qimalarda estrogen va progesteron uchun yadro retseptorlari darajasi normal endometriumdagilarga nisbatan keskin o'zgaradi. Estrogen retseptorlarining 2 turi





mavjud - ER (ER-a va ER-b). ER-b ifodasi endometriotik to'qimalarda oddiy endometriumga qaraganda 142 baravar yuqori, ammo ER-a konsentratsiyasi bundan atigi 9 baravar yuqori. Oddiy endometriumda progesteron retseptorlari izoformlari, PRA va PRV darajasi proliferativ fazada asta-sekin o'sib boradi, ovulyatsiyadan oldin eng yuqori darajaga etadi va ovulyatsiyadan keyin pasayadi, bu estradiol ularning darajasini rag'batlantiradi. Endometrioza progesteron retseptorlarining ikkala izoformasi evtropik endometriumda topiladi. Mahalliy giperestrogenizm endometrioza va kasallikning qo'shma shakllari (masalan, bachadon miomasi bilan) rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi, chunki gonadotropinni chiqaradigan gormon, kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari, progesterinlar va aromataza inhibitörleri ta'sirida estrogen sintezini bostirish qon bosimini pasaytiradi. lezyonlarning klinik belgilari va tajovuzkorligi.

Progesteronga qarshilik. Progesteron ta'sirining molekulyar belgilari epiteliya tomonidan glikodelin ishlab chiqarishning ko'payishi, tsiklning luteal bosqichida sekretor endometriumda hosil bo'lgan glikoprotein va stromal prolaktindir. Shu bilan birga, progesteron endometriotik to'qimalarning stromal hujayralarida prolaktinni oddiy endometriumga qaraganda ancha kam qo'zg'atadi, bu ham endometrioza ushbu gormonga rivojlanayotgan qarshilikni aks ettiradi. Endometriotik to'qimalar PRA ning "ingibitor" izoformasi ustunligi va umuman progesteron retseptorlarining juda past darajasi tufayli progesteronning antiproliferativ ta'siriga befarq bo'ladi. Bu E2-induksiyali endometriyal proliferatsiyaning kuchayishiga, metalloproteinazalarning faolligi oshishiga, prostaglandinlarning sekretsiyasi va bachadonning kontraktil faolligi oshishiga, shuningdek, endometriyal desidualizatsiya, yallig'lanishga qarshi faollik va apoptoz jarayonlarining pasayishiga olib keladi.

Shunday qilib, endometrioza bilan estrogen va progesteron metabolizmida ishtirok etadigan fermentlar faoliyatida nomutanosiblik yuzaga keladi, bu mahalliy estradiolning proliferativ ta'sirining kuchayishiga va himoya rolini o'ynaydigan progesteron konsentratsiyasining pasayishiga olib keladi.

#### Proinflammatuar jarayonlar

Endometrioid to'qimalarning asosiy xarakteristikasi bo'lgan yallig'lanish prostaglandinlar, metalloproteinazalar, sitokinlar, kimokinlar va boshqalarning haddan tashqari ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Bu yallig'lanishga qarshi oqsillar va endometrioid implantlarning mikro muhitida ular bilan bog'liq immun hujayralarining





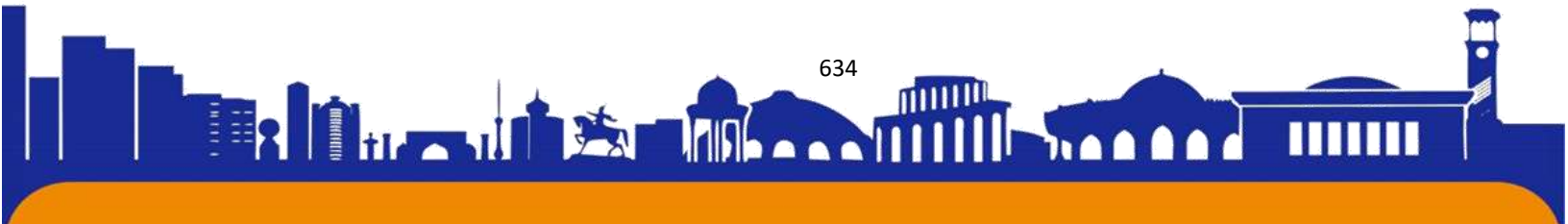
shakllanishi\* natijada yuzaga keladigan hodisalarga sezilarli ta'sir qiladi. endometrioid to'qimalarning peritonga kirib borishida va kasallikning keyingi rivojlanishida. O'tkir yallig'lanish reaksiyasini tavsiflovchi sitokinlar darajasining oshishi qorin parda yuzasiga endometrioid to'qima bo'laklarining biriktirilishiga yordam beradi va proteolitik membrana metalloproteinazalari bu hujayralarning keyingi implantatsiyasiga yordam beradi. Endometrioza yallig'lanishga qarshi reaksiyalar anti-apoptotik reaksiyalar bilan chambarchas bog'liq bo'lib, buning natijasida endometriyal hujayralar yo'q qilishdan "qochishga" muvaffaq bo'ladi.

Neoangiogenez endometrioza turli shakllarining shakllanishi va rivojlanishidagi asosiy bo'g'indir, chunki endometriotik implantlarning tomirlanishi ularning atrofdagi to'qimalarga kirib borishining eng muhim omillaridan biridir. Endometrioza bemorlarda peritoneal suyuqlikda angiogenez jarayonlarini boshqaradigan juda ko'p miqdordagi yuqori faol angiogenik omillar mavjud: fibroblast va hepatotsitlar o'sish omillari, o'sish omillari TGF-a va TGF-b, shuningdek angiogenez inhibitörleri (angiostatin, endostatin va trombospondin). Angiogenezning o'ziga qo'shimcha ravishda, yangi tomirlar aylanib yuruvchi endotelial progenitor hujayralardan ham paydo bo'lishi mumkin, ular to'planadi va kuchaytirilgan vaskulyarizatsiya joylariga qo'shiladi. Shunday qilib, endometrioza bemorlarda yallig'lanish va immunitet reaksiyalari, angiogenez va apoptoz endometriotik to'qimalarning ko'payishiga qarab o'zgaradi.

So'nggi o'n yilliklardagi texnologiya inqilob megapolislarning paydo bo'lishiga va odamlarda immunopatologik sharoitlarning rivojlanishi bilan tabiiy ekologik aloqalarning buzilishiga olib keldi. Noqulay ekologik vaziyat, shu jumladan zararli sanoat mahsulotlari bilan atrof-muhitning ifloslanishi ham endometrioza paydo bo'lishiga yordam beradi, bu AQSh, Belgiya, Italiya va Isroilda rivojlanayotgan mamlakatlarga nisbatan yuqori bo'lganligi bilan tasdiqlanadi.

#### Klinika

Endometrioza ko'pincha reproduktiv yoshdagi (25-40 yosh) ayollarda tashxislanadi. Endometrioza bilan og'riqan bemorlar, qoida tariqasida, noqulay premorbid fonga ega. Bundan tashqari, har 2-ayolda nevro-psik va vegetativ-qon tomir kasalliklari mavjud. Endometrioza ko'pincha (34% hollarda) bachadon miomasi va endometriumning giperplastik jarayonlari bilan birlashadi.





Adenomiyozi (ichki endometrioz) bilan og'riqan bemorlar hayzdan oldin va keyin qonli oqindi paydo bo'lishi (oz, qora shokolad rangi), hayz ko'rishning uzoq davom etishi va uning ko'pligi (III-IV bosqichlarda - menorragiyagacha) va natijada xarakterlanadi. , qondagi gemoglobin darajasining pasayishi va anemiya.

Endometriozning eng muhim klinik belgilari hayz davri bilan bog'liq og'riqlardir: oy davomida qorinning pastki qismida va bel mintaqasida qichishish, hayz ko'rish arafasida kuchayishi, qattiq og'riqli hayz ko'rish (dismenoreya); disparuniya shikoyatlari (jinsiy aloqa paytida og'riq - genital endometriozli bemorlarning 26-70 foizida); bepustlik (birlamchi va ikkilamchi) - 46-50% hollarda. Ma'lum darajada og'riq belgilari lezyonlarning joylashishiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Chuqur infiltratsion endometrioz retrouterin bo'shliq yoki uterosakral ligamentlar sohasida lokalizatsiya qilinganida, bemorlar vagina, to'g'ri ichak, perineum, sonlarga tarqaladigan o'tkir og'riqni qayd etadilar, bu o'tirgan holatda va defekatsiya paytida kuchayadi (dishezuya). Endometrioz siydik yo'llariga ta'sir qilganda dizuriya (siyish paytida og'riq) paydo bo'lishi mumkin. Kasallikning dastlabki bosqichlarida bunday og'riq vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladi, endometriozning III-IV bosqichida odatda doimiy bo'ladi; Bundan tashqari, agar endometrioz qovuq yoki to'g'ri ichakka ta'sir qilsa, axlat yoki siydikda qon paydo bo'lishi mumkin.

Ba'zi bemorlar ovulyatsiya, tos a'zolarining ishalgiyasi, lomber va hayzdan oldingi og'riqlar bilan bog'liq bo'lgan hayz davrining o'rtasida og'riqni ko'rsatadi, bu esa asta-sekin innervatsiya buzilishi va tos nerv pleksuslarida yallig'lanish jarayonlariga olib keladi. Ishalgiya, lumbago, radikulit bu bemorlarga juda xosdir. Ko'pincha bemor bachadon qo'shimchalarining yallig'lanishi uchun uzoq vaqt davolanadi, og'riqning asosiy sababi endometriozdir. Ko'p ayollar hayz ko'rishdan oldin bosh og'rig'i, asabiylashish, kayfiyatning yomonlashishi, ishlashning pasayishi va uyqu buzilishi; u kutadi va og'riq paydo bo'lishidan qo'rqadi.

Endometrioz bilan og'riqan bemorlarning tibbiy yordamga murojaat qilishlarining eng keng tarqalgan sabablaridan biri bu bepustlikdir. Bachadon qo'shimchalari sohasidagi anatomik tuzilmalarning jiddiy buzilishi bilan tavsiflangan endometriozning ayrim turlarida bepustlik qalinlashuv va perifokal yallig'lanish yoki fallop naychalarining tiqilib qolishi, fimbriyalarning yopishqoq deformatsiyasi kabi shikastlanishning bevosita natijasidir. tuxumdonlarning periovarial adezyonlar bilan





to'liq izolyatsiyasi, endometrioid kistalar (tuxumdonlar zahirasi kamayishi) bilan tuxumdon to'qimalarining shikastlanishi va boshqalar Ko'p hollarda endometrioz va bepushtlik bir yoki bir nechta umumiy sabablarga ko'ra parallel ravishda rivojlanadi. Bunday holda, quyidagilar muhim ahamiyatga ega: endometrioz bilan birga keladigan kasalliklar (gormonlar sekretsiyasi darajasi o'rtasidagi munosabatlarning buzilishi - estradiol, progesteron, luteinlashtiruvchi gormon, follikulani ogohlantiruvchi gormon, prolaktin va testosteron) va nuqsonli ovulyatsiyaga va (yoki) funkcionallikka olib keladi. sariq tananing, endometriumning pastligi; mahalliy immunitetning buzilishi; endometrium, sut bezlari, qalqonsimon bez, kistalar va miomalarda kombinatsiyalangan giperplastik jarayonlar (35-70% hollarda).

#### Diagnostika

Bemorning shikoyatlarini to'liq tahlil qilish va an'anaviy ginekologik tekshiruv faqat endometriozning mavjudligini ko'rsatishi mumkin; Ko'pgina hollarda tashxisni tasdiqlash uchun chuqur tekshiruv talab etiladi.

Dastlabki bosqichda bimanual ginekologik tekshiruv endometriozni tashxislashning eng muhim usullaridan biri bo'lib qolmoqda, chunki bu bizga bachadon qo'shimchalari sohasida o'sma shakllanishini, retroservikal mintaqadagi siqilishni va tos devorlarining og'rig'ini aniqlashga imkon beradi. Bachadon bo'yni vaginal qismining endometriozida turli o'lcham va shakldagi endometriotik o'choqlar ko'rinadi (kichik punktadan diametri 0,7-0,8 sm, to'q qizil rangdagi kista bo'shliqlarigacha). Kolposkopiya sizga bachadon bo'yni kanalining distal qismining shilliq qavatining endometriozini tashxislash imkonini beradi. Endometrioz bachadon bo'yni kanalining proksimal qismining shilliq qavatida lokalizatsiya qilinganida, fibrohisteroskop yordamida amalga oshiriladigan servikoscopiya foydali bo'lishi mumkin. Ichaklar, siydik pufagi va parametriumning patologik jarayonda ishtirok etishiga shubha bo'lsa, ko'rsatmalarga muvofiq sigmoidoskopiya, kolonoskopiya, ekskretor urografiya va (yoki) sistoskopiya qilish tavsiya etiladi.

Endometrioz bilan og'rikan bemorlarning qonida va qorin bo'shlig'i suyuqligida onkoantigenlarning konsentratsiyasi oshadi, shu jumladan tuxumdon adenokarsinomasiga xos bo'lgan CA-125. Sog'lom ayollarning qonida bu markerning konsentratsiyasi o'rtacha 8,3 U / ml ni tashkil qiladi, endometrioz bilan - 27,2 U / ml, 99% hollarda 35 U / ml dan oshmaydi. Biroq, bu belgini aniqlash qiymati bir vaqtning o'zida yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan kamayadi. Sog'lom ayollarning qon







ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF(2023)-3,778 Volume-1, Issue-12

zardobida karsinoembrion antigenining miqdori o'rtacha 1,3 ng / ml ni tashkil qiladi, odatda u 2,5 ng / ml dan oshmasligi kerak. Ushbu o'simta belgisi darajasi endometrioz, bachadon bo'yni, endometriyal, tuxumdon va vulva saratonida oshadi. Endometrioz bilan og'rigan bemorlarda bu o'simta belgisining o'rtacha darajasi 4,3 ng / ml ni tashkil qiladi.

Endometriozni davolashning maqsadlari:

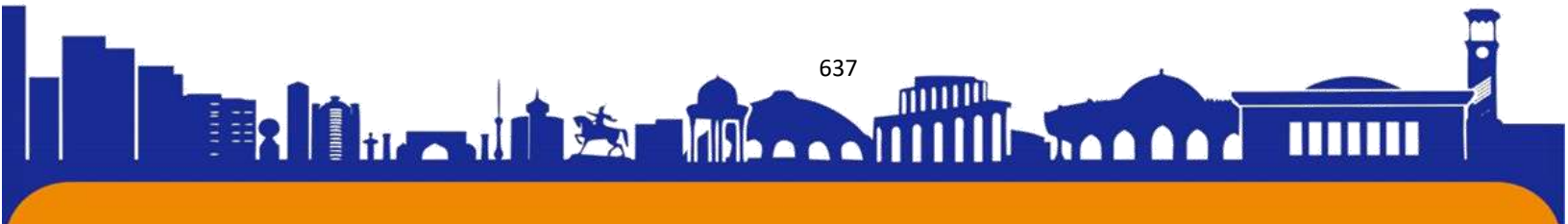
- endometrioz o'chog'ini olib tashlash;
- og'riq intensivligini kamaytirish;
- bepushtlikni davolash;
- rivojlanishning oldini olish;
- kasallikning qaytalanishining oldini olish, bu radikal jarrohlik ehtiyojini kamaytiradi va reproduktiv funktsiyani saqlab qolish imkonini beradi.

Endometriozning surunkali kursini hisobga oladigan bo'lsak, ko'p hollarda jarrohlik davolash yoki dori terapiyasini bekor qilishdan keyin relapslar xavfi yuqori, davolanishni uzoq muddatga dasturlash kerak.

Jarrohlik aralashuvi - endometriozni davolashning asosiy bosqichi turli xil energiya (lazer, elektr, kriyo-, ultratovush, plazma va boshqalar) yordamida endometriozning morfologik substratini kesish yoki yo'q qilish imkonini beradi, shuning uchun to'liq olib tashlangan taqdirda. endometrioid tuxumdon kistalari, kichik tos a'zolarining qorin pardasidagi o'choqlar, sakrouterin ligamentlar va boshqa lokalizatsiya kistalari, biz bu bilan cheklanishimiz mumkin. Biroq, jarrohlik paytida, ayniqsa keng tarqalgan endometrioz bilan, faqat ko'rinadigan va kirish mumkin bo'lgan lezyonlar olib tashlanadi va mikroskopik va atipik joylashgan jarohatlar e'tibordan chetda qolishi va uzoq vaqt davom etishi mumkin. Endometriozning har qanday shakli uchun jarrohlik aralashuvlar qoidalariga qat'iy rioya qilish kerak. Operatsiya hayz davrining 5-12 kunida amalga oshirilishi kerak, buning natijasida relaps xavfi 2 barobar kamayadi.

Dori-darmonlarni davolash. Kasallikning qaytalanishi va davom etishi yuqori bo'lganligi sababli, endometriozni davolash murakkab va turli dorilar yordamida amalga oshiriladi:

- steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi preparatlar (Nise, Lem, ibuprofen, diklofenak, ketorolak va boshqalar);





• gormonal terapiya (estrogenlar va progestogenlar, antigonadotropinlar, gonadotropinni chiqaradigan gormon agonistlari, aromataza inhibitörleri bilan kombinatsiyalangan terapiya).

#### **Adabiyotlar:**

1. Burleev V.A., Lets N.I. Tashqi genital endometrioz patogenezida qorin pardaning roli. Reproktiv muammolar. 2001; 1:24–30.

2. Kondrikov N.I. Endometriozning metaplastik kelib chiqishi tushunchasi: zamonaviy jihatlar. Akusherlik va ginekologiya. 1999; 4:10–3.

3. Kudrina E.A., Ishchenko A.I., Gadaeva I.V., Shadyev A.X., Kogan E.A. Tashqi genital endometriozning molekulyar biologik xususiyatlari. Akusherlik va ginekologiya. 2000; 6:24–7.

4. Kuzmichev L.N., Leonov B.V., Smolnikova V.Yu., Kindarova L.B., Belyaeva A.A. Endometrioz: etiologiyasi va patogenezini, bepustlik muammosi va uni in vitro urug'lantirish dasturida hal qilishning zamonaviy usullari. Akusherlik va ginekologiya. 2001; 2:8–11.

5. Posiseeva L.V., Nazarova A.O., Sharabanova I.Yu., Palkin A.L., Nazarov S.B. Endometrioz: klinik va eksperimental taqqoslash. Reproktiv muammolar. 2001; 4:27–31.

6. Porubova Ya., Ryabov E., Kulikova T. Genital endometrioz va diafragma endometriozining kombinatsiyasi, takroriy katamenial pnevmotoraks bilan asoratlangan. Doktor. 2016; 1:51–2.

7. Strijakov A., Davydov A. Endometrioz: bahsli va hal qilinmagan. Doktor. 2006; 9:5–8.

8. Filonova L.V., Aleksandrova N.N., Brusnitsina V.Yu., Chistyakova G.N., Mazurov A.D. Genital endometriozning klinikadan oldingi diagnostikasi usuli. Ross. Yelek. akusher-ginekolog. 2003; 1:69–72.

