

**ENDOMETRIOZ: KECH TASHXIS QO‘YILISH SABABLARI VA
REPRODUKTIV SALOMATLIKKA TA’SIRI**

Qurbonova Nigina

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti

Tibbiyot fakulteti davolash ishi talabasi

Kibriyev Bexruz Abduraxmonovich

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti

Tibbiyot fakulteti o‘qituvchisi

Kibriev1991@gmail.com

Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti,

Tibbiyot fakulteti, Terapevtik fanlar kafedrası O‘zbekiston

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz ;

mnkattaboyeva@gmail.com

ORCID: 0009-0005-7146-1255

Tel.: +998 91 589 93 07

Annotatsiya. Endometrioz reproduktiv yoshdagi ayollarda keng uchraydigan, surunkali og‘riq, dismenoreya, dispareuniya, ichak va siydik chiqarish bilan bog‘liq siklik simptomlar hamda bepushtlik bilan namoyon bo‘ladigan murakkab ginekologik kasallikdir. Kasallikning eng jiddiy muammolaridan biri tashxis qo‘yilishining kechikishidir. Klinik amaliyotda og‘riqning odatiy hayz og‘rig‘i sifatida baholanishi, simptomlarning iritabelli ichak sindromi, surunkali tos og‘rig‘i, siydik yo‘llari kasalliklari yoki ruhiy zo‘riqish bilan chalkashishi, birlamchi bo‘g‘indagi shifokorlar o‘rtasida xabardorlikning yetarli emasligi hamda tarixan laparoskopiyaga haddan tashqari tayanish endometriozning kech aniqlanishiga olib keladi. Mazkur maqolaning maqsadi endometriozda tashxisning kechikish sabablari va bu holatning reproduktiv salomatlikka ta’sirini zamonaviy klinik tavsiyalar asosida tahlil qilishdir. Maqolada kasallikning klinik ko‘rinishlari, tasviriy tekshiruvlarning o‘rni, tuxumdon zaxirasi, ovulyatsiya, naylar harakatchanligi, yallig‘lanish muhiti va implantatsiya jarayoniga ta’siri, shuningdek davolashni reproduktiv reja bilan uyg‘unlashtirish zarurati yoritildi. Natijalar shuni ko‘rsatadiki, erta klinik shubha, transvaginal ultratovush va maqsadli yo‘naltirish, og‘riqni barvaqt nazorat qilish, fertilitet ustuvor bo‘lganda individual jarrohlik va reproduktolog bilan hamkorlik endometriozning uzoq muddatli oqibatlarini kamaytiradi.

Kalit soʻzlar. endometrioz, kech tashxis, reproduktiv salomatlik, bepushtlik, dismenoreya, transvaginal ultratovush, laparoskopiya, endometrioma, tuxumdon zaxirasi, yordamchi reproduktiv texnologiyalar

Kirish

Endometrioz bachadon ichki qavatiga oʻxshash toʻqimaning bachadon tashqarisida oʻsishi bilan kechadigan kasallik boʻlib, koʻpincha tuxumdonlar, qorin parda, bachadon boylamlari, rektovaginal soha va ayrim hollarda siydik pufagi hamda ichak devoriga tarqaladi. Kasallikning morfologik tarqalishi bilan klinik ogʻriq kuchi har doim ham bir xil boʻlmaydi. Shu sababli yuzaki oʻchoqlari boʻlgan bemorda kuchli ogʻriq kuzatilishi, chuqur infiltrativ shaklida esa belgilar uzoq vaqt turlicha koʻrinishda namoyon boʻlishi mumkin. Aynan mana shu klinik nomuvofiqlik tashxisni murakkablashtiradi.

Soʻnggi yillarda endometrioz reproduktiv salomatlikka salbiy taʼsir koʻrsatadigan yetakchi omillardan biri sifatida eʼtirof etildi. Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti kasallik reproduktiv yoshdagi ayollarning taxminan oʻndan bir qismiga taʼsir qilishini qayd etadi. Endometrioz bilan kechuvchi ogʻriq nafaqat ish qobiliyati va hayot sifatini pasaytiradi, balki jinsiy hayot, oilaviy munosabatlar va homiladorlikni rejalashtirishga ham jiddiy taʼsir qiladi. Bepushtlik bilan murojaat qilgan ayollarning sezilarli qismida endometrioz aniqlanishi kasallikning reproduktiv oqibatlarini nechogʻli muhim ekanini koʻrsatadi.

Endometriozda kech tashxis muammosi bir nechta qatlamdan iborat. Birinchi qatlam bemorning oʻziga tegishli boʻlib, kuchli hayz ogʻrigʻini normal holat deb qabul qilish, sharmandalik yoki uyat hissi tufayli shikoyatlarni kech aytish, tibbiy yordamga kech murojaat qilish bilan bogʻliq. Ikkinchi qatlam sogʻliqni saqlash tizimiga taalluqli boʻlib, birlamchi boʻgʻinda simptomlarning toʻliq tahlil qilinmasligi, ogʻriqning faqat spazm yoki psixosomatik holat sifatida baholanishi, ixtisoslashgan markazga kech yoʻnaltirish bilan ifodalanadi. Uchinchi qatlam esa diagnostik vositalarning oʻrni notoʻgʻri talqin qilinishidir. Uzoq vaqt davomida laparoskopiya endometriozni tasdiqlovchi asosiy mezon sifatida koʻrilgan. Natijada tasviriy tekshiruvlar va klinik baholash yetarli emas, degan notoʻgʻri tushuncha shakllanib qolgan.

Hozirgi yondashuv endometriozni faqat operatsion tashxis emas, balki klinik va tasviriy belgilar asosida yuqori ehtimollik bilan aniqlanadigan kasallik sifatida baholaydi. Bu oʻzgarish ayniqsa reproduktiv salomatlikni asrashda muhimdir. Chunki yillar davom etgan yalligʻlanish, chandiqlanish, bitishmalar, naylar va tuxumdon anatomiyasining buzilishi, endometrioma bilan bogʻliq toʻqima yoʻqotilishi va takroriy operatsiyalar tuxumdon zaxirasiga zarar yetkazishi mumkin. Shuning uchun

endometrioz bo'yicha zamonaviy klinik qaror nafaqat og'riqni nazorat qilish, balki fertilitetni saqlash, homiladorlik rejasini hisobga olish va ortiqcha invaziv yondashuvdan saqlanishni ham talab etadi.

Materiallar va usullar

Maqola tahliliy sharh usulida tayyorlandi. Manbalar sifatida endometrioz bo'yicha Yevropa reproduksiya va embriologiya jamiyatining 2022 yilgi tavsiyasi, Buyuk Britaniyaning yangilangan klinik tavsiyalari, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlari hamda oxirgi yillardagi klinik sharhlar va kuzatuv ishlari o'rganildi. Tahlilda uchta yo'nalish ustuvor qilindi: birinchisi tashxisning kechikish omillari, ikkinchisi endometriozning fertilitetga biologik ta'siri, uchinchisi esa og'riq va reproduktiv reja o'rtasida muvozanatli davolash algoritmlaridir.



Klinik yondashuvni tizimlashtirishda bemor shikoyatlari, hayz sikli bilan bog'liqlik, jinsiy aloqa paytidagi og'riq, defekatsiya yoki siyish paytidagi siklik simptomlar, bepushtlik tarixi, oilaviy anamnez va avvalgi operatsiyalar tahlil qilindi. Diagnostik usullar sifatida ginekologik ko'rik, transvaginal ultratovush, zarur holatlarda magnit rezonans tomografiya, laparoskopiya va gistologik tasdiqlashning o'rni solishtirildi. Reprodukativ oqibatlar bo'limida tuxumdon zaxirasi, endometrioma, nay o'tkazuvchanligi, yallig'lanish muhiti, implantatsiya va yordamchi reproduktiv texnologiyalarga ta'sirga oid ma'lumotlar umumlashtirildi.

Natijalar

Tahlil natijalari endometriozda kech tashxis qo'yilishining yetakchi sabablari ko'p bosqichli ekanini ko'rsatdi. Eng avvalo, bemor va shifokor tomonidan og'riqni me'yorlashtirish muammosi mavjud. O'smirlik davridan boshlangan kuchli dismenoreya ko'pincha oddiy hayz og'rig'i sifatida baholanadi. Bemorlar og'riq qoldiruvchi vositalar bilan yillar davomida o'zini o'zi davolaydi. Birlamchi bo'g'inda esa og'riqning siklik tabiati, dispareuniya, ichak yoki siydik simptomlari bilan bog'liqligi hamda bepushtlik tarixi har doim ham chuqur so'ralmaydi. Natijada bemor uzoq vaqt davomida gastroenterolog, urolog, nevrolog yoki umumiy amaliyot shifokori nazoratida qolib ketadi.

Ikkinchi muhim sabab simptomlarning polimorfizmi va boshqa kasalliklar bilan kesishishidir. Endometrioz iritabelli ichak sindromi, surunkali tos og'rig'i sindromi, adenomioz, yallig'lanishli kichik chanoq kasalliklari, interstitsial sistit va hatto psixoemotsional buzilishlar bilan chalkashishi mumkin. Shu bois klinik ko'rinish tor ixtisosga qamalib qolsa, umumiy ginekologik mantiq yo'qoladi. Ayniqsa chuqur infiltrativ shakllarda siyish yoki ich ketish bilan bog'liq og'riq ustun bo'lsa, asosiy ginekologik sabab ko'zdan qochadi.

Uchinchi omil diagnostik paradigma o'zgarishining amaliyotga sekin kirib kelganidir. Avvallari laparoskopiya tasdiqlovchi usul sifatida shunchalik markazga qo'yilganki, ko'plab hollarda tasviriy tekshiruv va klinik shubha yetarli darajada qadrlanmagan. Hozirgi tavsiyalar esa transvaginal ultratovushni, ayniqsa tuxumdon endometriomasi va chuqur endometrioz o'choqlarini aniqlashda birinchi darajali usul sifatida baholaydi. Normal ultratovush natijasi endometriozni inkor etmasligi alohida ta'kidlanadi. Ammo amaliyotda ushbu tamoyilga doimo rioya qilinmaydi. Shu sababli tasviriy tekshiruv normal chiqqan bemorlarda ham simptomlar davom etsa, ixtisoslashgan markazga yo'naltirish zarur bo'ladi.

Reproduktiv salomatlikka ta'sir nuqtai nazaridan bir necha asosiy yo'nalish aniqlandi. Birinchi yo'nalish anatomik omillar bilan bog'liq. Chandiqlanish va bitishmalar naylar harakatchanligini pasaytiradi, tuxum hujayraning ushlanishi va transportini izdan chiqaradi, kichik chanoq topografiyasini buzadi. Ikkinchi yo'nalish tuxumdon bilan bog'liq. Endometrioma mavjudligi tuxumdon to'qimasiga bosim va yallig'lanish ta'sirini kuchaytiradi. Endometriomani qayta-qayta operatsiya qilish esa zaxira follikulalar yo'qotilishi xavfini oshiradi. Uchinchi yo'nalish immun va yallig'lanish muhiti bilan bog'liq bo'lib, peritoneal suyuqlikdagi yallig'lanish mediatorlari oosit sifati, urug'lanish va embrion rivojiga salbiy ta'sir ko'rsatishi

mumkin. To'rtinchi yo'nalish endometriy reseptivligi hamda implantatsiya jarayonidagi o'zgarishlardir.

Kech tashxisning yana bir salbiy tomoni shundaki, bemor ko'pincha reproduktiv reja ancha kech bosqichga yetganda ixtisoslashgan yordamga keladi. Bu paytga kelib yoshi kattalashgan bo'ladi, og'riq sindromi surunkalashadi, jinsiy hayot disparyuniya sabab cheklanadi, oldingi samarasiz davo tajribalari psixologik tushkunlikni kuchaytiradi. Fertilitet ustuvor bo'lgan vaziyatlarda vaqt omili ayniqsa muhim. Chunki endometrioz va yosh bilan bog'liq tuxumdon zaxirasi pasayishi bir-birini kuchaytirishi mumkin.

Zamonaviy klinik natijalar shuni ko'rsatadiki, endometriozda davolash maqsadi bitta emas. Agar homiladorlik hozircha rejalashtirilmasa, og'riqni nazorat qilish va kasallik faolligini pasaytirish uchun gormonal terapiya juda muhim. Bunda kombinatsiyalangan kontratseptivlar, progestinlar va ayrim hollarda gonadotropin relizing gormoniga ta'sir qiluvchi preparatlar qo'llanadi. Agar fertilitet ustuvor bo'lsa, uzoq muddatli gormonal bostirish homiladorlik ehtimolini bevosita oshirmaydi va reproduktologik strategiya alohida tuziladi. Chuqur endometrioz, endometrioma yoki bitishmalar kuchli bo'lsa, laparoskopik jarrohlik individual tanlanadi. Ammo har bir operatsiya tuxumdon zaxirasiga mumkin bo'lgan zarar nuqtai nazaridan baholanishi shart.

Muhokama

Natijalar endometriozda kech tashxis qo'yilish muammosi oddiy tashkiliy kechikish emas, balki biologik va ijtimoiy oqibatlariga ega klinik hodisa ekanini ko'rsatadi. Birinchidan, og'riqni e'tiborsiz qoldirish markaziy sensitizatsiya rivojiga zamin yaratadi. Ya'ni dastlab o'choqlarning o'zi bilan bog'liq bo'lgan og'riq vaqt o'tishi bilan markaziy nerv tizimi darajasida kuchayib, kasallik nazoratga olingandan keyin ham davom etishi mumkin. Bu bemorning jinsiy hayoti, uyqusi, ruhiy holati va mehnat unumdorligiga bevosita salbiy ta'sir qiladi. Reproktiv salomatlik esa faqat tuxumdon va bachadon holati bilan cheklanmaydi. Og'riq va tashvish jinsiy aloqaning kamayishi, homiladorlik rejasining kechiktirilishi va psixogen to'siqlar orqali ham fertilitet natijasiga ta'sir etadi.

Ikkinchidan, kech tashxis qo'yilgan bemorda kasallikning chuqur infiltrativ yoki endometrioma bilan asoratlangan shakli ko'proq uchrashi ehtimoli mavjud. Bunday holatlarda davolash murakkablashadi. Masalan, endometriomada jarrohlik bir tomondan og'riqni kamaytirishi va anatomiyani tiklashi mumkin, biroq ikkinchi tomondan sog'lom tuxumdon to'qimasi ham yo'qotilib ketishi mumkin. Shu sababli zamonaviy yondashuvda jarrohlikning o'zi maqsad emas. U aniq klinik vazifa mavjud

bo'lganda qo'llanadi: kuchli og'riq, katta endometrioma, boshqa patologiyani istisno qilish zarurati, ichak yoki siydik yo'llari bilan bog'liq chuqur shikastlanish, yordamchi reproduktiv texnologiya oldidan anatomiya va simptomlarni muvofiqlashtirish kabi holatlar shular jumlasidandir.

Uchinchidan, reproduktiv strategiyani og'riq strategiyasidan ajratib ko'rish xato bo'ladi. Agar bemor yaqin muddatda homiladorlikni rejalashtirsa, davolash algoritmi boshqa bo'ladi. Bunday vaziyatda uzoq muddatli gormonal bostirish o'rniga fertilitetni baholash, erkak omilini istisno qilish, naylar holatini aniqlash, tuxumdon zaxirasini o'lchash va zarurat bo'lsa yordamchi reproduktiv texnologiyalarni kechiktirmasdan muhokama qilish lozim. Ayniqsa yoshi katta, ikki tomonlama endometriomasi bor, avvalgi operatsiya o'tkazgan yoki anti Myuller gormoni pasaygan bemorlarda vaqt boy berish katta klinik xatoga aylanishi mumkin. Shu sababli endometrioz bilan kasallangan ayolda homiladorlik rejasini har qabulda qayta baholash foydali.

To'rtinchidan, diagnostik yondashuvning o'zgarishi amaliyotga to'liq singib ketishi kerak. Hozirgi xalqaro tavsiyalar laparoskopiyani birinchi emas, tanlab qo'llanadigan usul sifatida ko'radi. Klinik tarixni chuqur yig'ish, ginekologik ko'rik, transvaginal ultratovush va zarur holatda magnit rezonans tomografiya ko'plab bemorlarda jarrohliksiz ham yuqori ehtimollik bilan tashxis qo'yish imkonini beradi. Bu ayniqsa o'smirlar va yosh ayollarda foydali, chunki erta tashxis og'riqni barqaror boshqarish, o'qish va ish faoliyatini saqlash hamda reproduktiv rejalashtirishni oldindan tashkil etishga yordam beradi. Biroq normal ultratovush natijasiga ortiqcha tayanish ham xato. Chunki mayda peritoneal o'choqlar tasvirda ko'rinmasligi mumkin. Demak, yaxshi tasviriy tekshiruv klinik tafakkurni to'xtatmasligi kerak.

Beshinchidan, endometriozning ijtimoiy va gender jihati mavjud. Hayz og'rig'ining jamiyatda odatiy va sabr bilan ko'tarilishi kerak bo'lgan holat sifatida tasvirlanishi ko'plab bemorlarda yordam so'rashni kechiktiradi. Ayrim bemorlar yillar davomida o'z og'rig'ini isbotlashga majbur bo'ladi. Bu esa tibbiyotga ishonchni kamaytiradi. Shuning uchun tashxisni tezlashtirish faqat yangi texnologiya masalasi emas. Bu tibbiy xabardorlik, birlamchi bo'g'inda savol berish madaniyati, o'smir qizlarda og'riqli hayzga jiddiy qarash va mutaxassislararo yo'naltirish yo'llarini yaxshilash masalasidir.

Oltinchidan, reproduktiv salomatlikka zarar ko'pincha kumulyativ xarakterga ega. Kasallikning o'zi yallig'lanish, bitishma va tuxumdon zaxirasiga ta'sir qiladi. Ustiga ustak kech tashxis, takroriy noto'g'ri davolash, keraksiz operatsiyalar, yoshi ortishi va psixologik charchoq qo'shilganda homiladorlik ehtimoli yanada pasayadi. Shuning uchun zamonaviy davolashning markazida individualizatsiya turadi. Har bir

bemorda uch savolga javob berilishi kerak: og‘riq qanchalik ustun, fertilitet qanchalik muhim, anatomik shikastlanish qayerda va qay darajada. Ana shu uchlik asosida konservativ, jarrohlik yoki reproduktologik yo‘l tanlanadi.

Nihoyat, zamonaviy klinik tizim endometrioz bilan ishlashda multidissiplinar modelning afzalligini ko‘rsatmoqda. Ginekolog, ultratovush mutaxassisi, reproduktolog, og‘riqni boshqarish bo‘yicha mutaxassis, kerak bo‘lganda kolorektal yoki urologik jarroh, shuningdek psixologik qo‘llab-quvvatlash bir markazda uyg‘unlashsa, tashxisning kechikishi ham, davolashdagi parchalanish ham kamayadi. Reproduktiv salomatlikka eng katta foyda aynan mana shu uzviy yondashuvdan kelib chiqadi.

Xulosa

Endometriozda kech tashxis qo‘yilishining asosiy sabablari og‘riqning me‘yorlashtirilishi, simptomlarning boshqa kasalliklar bilan chalkashishi, birlamchi bo‘g‘indagi xabardorlikning cheklanganligi va invaziv tasdiqqa ortiqcha tayanish bilan bog‘liq. Ushbu kechikish reproduktiv salomatlikka bevosita zarar yetkazadi: bitishmalar, naylar disfunksiyasi, endometrioma, tuxumdon zaxirasining pasayishi, implantatsiya muammolari va jinsiy hayot cheklanishi orqali homiladorlik ehtimoli kamayadi.

Shu bois zamonaviy klinik yondashuv erta klinik shubha, maqsadli transvaginal ultratovush, simptomlar normal tekshiruv bilan inkor etilmasligi, fertilitetni alohida baholash va davolashni bemorning reproduktiv rejasiga moslashtirishga tayanishi kerak. Endometrioz bilan ishlashda eng to‘g‘ri yo‘l bir xil davolashni hammaga qo‘llash emas, balki og‘riq, anatomiya va fertilitet omillarini birgalikda baholab, individual va multidissiplinar qaror qabul qilishdir.

Jadval. Kech tashxis omillari, reproduktiv oqibatlar va amaliy yondashuv

Klinik muammo	Kech tashxisga olib keluvchi omil	Reproduktiv salomatlikka ta‘siri	Zamonaviy amaliy yechim
Kuchli dismenoreya	Hayz og‘rig‘ini normal deb baholash va simptom kundaligi yuritilmasligi	Surunkali og‘riq, o‘qish va ish qobiliyati pasayishi, jinsiy hayotga salbiy ta‘sir	Erta klinik shubha, birlamchi maqsadli savollar, qisqa muddatli simptom nazorati va ginekologga yo‘llash

Bepushtlik bilan murojaat	Faqat ovulyatsiyaga e'tibor berib, tos og'rig'i va siklik simptomlarni e'tibordan chetda qoldirish	Naylar disfunktsiyasi, implantatsiya buzilishi, homiladorlikka erishish muddatining uzayishi	Fertilitetni kompleks baholash, endometrioz ehtimolini tekshirish, reproduktolog bilan hamkorlik
Endometrioma	Tasviriy tekshiruvni kech o'tkazish yoki jarrohligni shoshma-shosharlik bilan tanlash	Tuxumdon zaxirasi pasayishi, takroriy operatsiyada follikulyar to'qima yo'qotilishi	Tuxumdon zaxirasini baholash, operatsiya ko'rsatmasini individual tanlash, zarur bo'lsa fertilitetni saqlash strategiyasi
Chuqur infiltrativ endometrioz	Ichak yoki siydik simptomlarini alohida kasallik sifatida talqin qilish	Og'riqning kuchayishi, anatomik shikastlanish, homiladorlikni rejalashtirish qiyinlashuvi	Ixtisoslashgan markazga yo'naltirish, yuqori sifatli ultratovush va zarur hollarda magnit rezonans tomografiya
Takrorlanuvchi og'riq va davoga javob bermaslik	Normal ultratovush bilan kasallikni inkor etish	Kechikkan davolash, psixologik charchoq, jinsiy funksiyaning pasayishi	Klinik tashxisni qayta ko'rib chiqish, laparoskopiyani tanlab qo'llash, multidissiplinar yondashuv

Jadval ma'lumotlari klinik qarorni og'riq, anatomiya va fertilitet ustuvorligi asosida individual tanlash zarurligini ko'rsatadi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Becker C. M., Bokor A., Heikinheimo O. va boshqalar. ESHRE guideline: endometriosis. Human Reproduction Open. 2022.
2. European Society of Human Reproduction and Embryology. Endometriosis guideline. 2022.
3. World Health Organization. Endometriosis. Fact sheet. 2025.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. NG73. Updated 2024 and reviewed 2025.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Endometriosis. Frequently Asked Questions. 2025.
6. Fryer J., Laws C., Varley A. va boshqalar. Understanding diagnostic delay for endometriosis: a scoping review using the social ecological framework. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2025.
7. De Corte P., Feredoes E., Dancet E. va boshqalar. Time to diagnose endometriosis: current status, challenges and regional characteristics. Frontiers in Reproductive Health. 2024.
8. Lee H. J., Kim S. K., Cho S. Clinical evaluation and management of endometriosis. Obstetrics and Gynecology Science. 2024.
9. Practice guidance summary from NICE visual update on first presentation, diagnosis, referral and ongoing care of endometriosis. 2024.
10. World Health Organization. Infertility and reproductive health resources related to endometriosis. 2025.