

Toshmamatova Asila Dilmurod qizi

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 kafedrasida O'zbekiston

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz;

mnkattaboyeva@gmail.com

ORCID: 0009-0005-7146-1255

Tel.: +998 91 589 93 07

Annotatsiya: Ushbu maqolada endometrioz kasalligining mohiyati, nazariy kelib chiqish mexanizmlari, klinik ko'rinishlari, tashxis qo'yishdagi murakkabliklar hamda davolashning zamonaviy tamoyillari keng yoritiladi. Endometrioz — bu faqat hayz og'rig'i bilan cheklanadigan holat emas; u surunkali chanoq og'rig'i, ichak va siydik tizimiga oid shikoyatlar, jinsiy hayot sifatining pasayishi, psixoemotsional zo'riqish va reproduktiv salomatlikka zarar yetkazuvchi tizimli muammo sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Maqolada kasallikning patogenezi bo'yicha retrograd menstruatsiya, koelomik metaplaziya, immun disfunksiya, yallig'lanish va genetik moyillik kabi asosiy nazariyalar tahlil qilinadi. Shuningdek, belgi og'irligi bilan o'choq hajmi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri mutanosiblik bo'lmasligi, shu sabab klinik baholashning individual olib borilishi zarurligi asoslanadi. Tashxislashda anamnez, fizik ko'rik, ultratovush, MRT va ayrim hollarda laparoskopiya o'rni muhokama qilinadi. Davolash bo'limida og'riqni nazorat qilish, gormonal terapiya, konservativ va radikal jarrohlik, fertillikni saqlash, multimodal rehabilitatsiya hamda sog'liqni saqlash tizimidagi kech tashxis muammolari alohida ko'rib chiqiladi. Maqola amaliyotchi shifokorlar, talabalar va ayollar reproduktiv salomatligi bilan shug'ullanuvchi mutaxassislar uchun mo'ljallangan.

Kalit soʻzlar: endometrioz, dismenoreya, surunkali chanoq ogʻrigʻi, bepushtlik, gormonal terapiya, laparoskopiya, GnRH antagonistlari, reproduktiv salomatlik, differensial tashxis, adhesiya

Kirish

Endometrioz ginekologiyada eng koʻp uchraydigan, lekin uzoq vaqt davomida kam baholangan surunkali kasalliklardan biridir. Kasallikning asosiy mohiyati shundaki, bachadon ichki qavatiga oʻxshash toʻqima bachadondan tashqarida — tuxumdonlarda, bachadon naylarida, bachadonning orqa yuzasida, qorin pardaning ayrim qismlarida, ichak yoki siydik pufagi atrofida oʻsadi. Bu toʻqima gormonal siklga javob berishda davom etadi, natijada oʻchoqlarda qon quyilishi, mahalliy yalligʻlanish, fibroz va yopishmalar yuzaga keladi. Endometriozning klinik ahamiyati uning oʻzidan ham koʻra, bemorning kundalik hayoti va reproduktiv rejasiga yetkazadigan koʻp qatlamli zarari bilan belgilanadi.

Kasallik koʻpincha hayz ogʻrigʻi bilan bogʻliq oddiy shikoyat sifatida qabul qilinadi. Aslida esa, kuchli dismenoreya, surunkali chanoq ogʻrigʻi, jinsiy aloqada ogʻriq, ich kelganda yoki siyishda ogʻriq, qorin dam boʻlishi, charchoq va bepushtlik bir-biridan uzilgan alomatlar emas, balki bitta nosologik birlikning turli klinik ifodalaridir. Muammo shundaki, koʻplab bemorlarda bu belgilar yillar davomida “meʼyoriy hayz” deb izohlanadi. Natijada tashxis kechikadi, ogʻriq surunkalashadi, markaziy sensibilizatsiya rivojlanadi, ish va oʻqish samaradorligi pasayadi.

Endometriozning yana bir muhim tomoni — simptomlar bilan morfologik tarqalishning har doim ham mos kelmasligidir. Katta endometrioma boʻlgan bemorda ogʻriq nisbatan kam boʻlishi, aksincha, minimal oʻchoqlari boʻlgan bemorda hayot sifatini buzadigan darajadagi ogʻriq kuzatilishi mumkin. Bu klinitsistni faqat tasviriy tekshiruvga emas, bemorning hikoyasi va funksional cheklanish darajasiga ham jiddiy eʼtibor berishga majbur qiladi. Shu bois endometriozga zamonaviy yondashuvda “kasallikni koʻrish” emas, “bemorni tushunish” tamoyili birinchi oʻringa chiqmoqda. Bugungi kunda endometriozga nisbatan qarashlar sezilarli oʻzgardi. Avvallari aniq tashxis faqat operatsion yoʻl bilan tasdiqlanadi degan yondashuv ustun boʻlgan boʻlsa, hozir koʻplab bemorlarda klinik belgilar va tasviriy tekshiruvlar asosida davolashni erta boshlash maqsadga muvofiq deb qaralmoqda. Bunga sabab — tashxisni faqat jarrohlikka bogʻlash koʻplab bemorlarni yillar davomida davosiz qoldirishi mumkin. Demak, endometriozni oʻrganish nafaqat ginekologik patologiyani bilish, balki ogʻriq fiziologiyasi, reproduktologiya, radiologiya va psixologiyani birlashtiruvchi kompleks yondashuvni talab etadi.

Etiologiya va patogenez

Endometriozning kelib chiqishi bo'yicha yagona, barcha holatlarni tushuntirib beradigan nazariya mavjud emas. Eng ko'p muhokama qilinadigan mexanizmlardan biri retrograd menstruatsiya nazariyasidir. Unga ko'ra, hayz qonining bir qismi bachadon naylari orqali qorin bo'shlig'iga qaytib tushadi va endometriumga o'xshash hujayralar shu yerda implantatsiyalanadi. Bu nazariya kasallikning chanoq bo'shlig'ida ko'p uchrashini yaxshi izohlaydi, biroq nega hamma ayollarda emas, aynan ayrimlarida kasallik rivojlanishini to'liq tushuntira olmaydi. Demak, retrograd oqim endometrioz uchun yetarli shart emas, balki muhit va immun nazorat bilan birga ishlaydigan omildir. Koelomik metaplaziya nazariyasi esa qorin parda hujayralari ma'lum sharoitda endometriumga o'xshash fenotipga o'tishi mumkinligini ta'kidlaydi. Bu yondashuv hayz ko'rmagan qizlarda, juda kam hollarda erkaklarda yoki qorin bo'shlig'idan tashqari joylarda uchraydigan endometriozni izohlashda foydali. So'nggi yillarda ildiz hujayralar, epigenetik qayta dasturlanish va mikroatrofdagi sitokinlar roli ham ko'proq tilga olinmoqda. Ya'ni kasallikni faqat "ko'chib qolgan to'qima" emas, balki o'zini yangi muhitda ushlab tura oladigan biologik faol o'choq sifatida ko'rish to'g'riroq bo'ladi.



Immun tizimdagi disbalans endometrioz patogenezining markaziy bo'g'inlaridan biri deb qaralmoqda. Normal sharoitda qorin bo'shlig'iga tushgan hujayralar makrofaglar va boshqa immun mexanizmlar tomonidan bartaraf etilishi kerak. Endometriozda esa

bu nazorat susayadi: proinflamator sitokinlar ko‘payadi, angiogenez kuchayadi, o‘choqlar atrofida nerv tolalari zichlashadi. Natijada nafaqat o‘choq saqlanib qoladi, balki og‘riq generatoriga aylanadi. Bu holat endometriozni oddiy lokal kasallik emas, immun-yallig‘lanish komponentiga ega surunkali tizimli holat sifatida baholashga asos beradi.

Genetik moyillik ham katta ahamiyatga ega. Oilaviy anamnezda endometrioz bo‘lishi xavfni oshiradi. Biroq bu yerda bitta gen emas, ko‘plab genetik va epigenetik omillar majmuasi rol o‘ynaydi. Gormonal fonda, ayniqsa estrogen ta’sirida o‘choqlarning o‘sish va faol bo‘lish xususiyati kuchli. Shu sabab endometrioz ko‘pincha estrogen-qaram kasallik sifatida tasvirlanadi. Estrogen faqat proliferatsiyani kuchaytirib qolmay, prostaglandin sintezini ham oshiradi; bu esa og‘riq, spazm va yallig‘lanish doirasini yanada chuqurlashtiradi.

Patogenezning yana bir nozik jihati — markaziy sensibilizatsiya. Uzoq davom etgan og‘riq periferik o‘choqdan tashqari markaziy nerv tizimida ham qayta tashkil bo‘lishlarni chaqiradi. Shunda hatto operatsiyadan keyin o‘choq kamaygan bo‘lsa ham, og‘riq saqlanib qolishi mumkin. Demak, endometrioz og‘riq sindromini davolashda faqat o‘choqni yo‘qotishga emas, og‘riqni qayta ishlovchi tizimlarni ham hisobga olish zarur.

Klinik belgilari va hayot sifatiga ta’siri

Endometriozning eng ko‘p uchraydigan belgisi — kuchli dismenoreya. Biroq diagnostik xato aynan shu joyda boshlanadi: hayz og‘rig‘ining o‘zi diagnostik marker emas, uning intensivligi, davomiyligi, odatiy faoliyatni cheklashi va vaqt o‘tishi bilan kuchayib borishi muhim. Agar bemor maktab, universitet yoki ish kunlarini hayz sabab muntazam o‘tkazib yuborsa, og‘riq qoldiruvchi dorini yuqori dozada qabul qilmasa yura olmasa yoki og‘riq hayzdan oldin boshlanib, hayz tugaganidan keyin ham davom etsa, bu oddiy fiziologik dismenoreya emas.

Ikkinchi katta guruh belgilar surunkali chanoq og‘rig‘i va dyspareuniyadir. Ayniqsa chuqur infiltrativ endometriozda jinsiy aloqada “chuqur” og‘riq kuzatilishi mumkin. Bu holat ko‘pincha bemor tomonidan uyalib yashiriladi, natijada shifokor bilan muloqotda muhim klinik ma’lumot yo‘qoladi. Chanoq tubi mushaklarining reflektor spazmi, og‘riqni kutish bilan bog‘liq psixologik zo‘riqish va juftlik munosabatlaridagi taranglik endometriozni faqat somatik emas, biopsixosotsial muammo sifatida ko‘rishni talab qiladi.

Ichak va siydik tizimiga taalluqli shikoyatlar ham ahamiyatli. Hayz davrida ich ketishi, qabziyat, qorinda bosim hissi, rektal og‘riq, siyganda achishish yoki tez-tez siyish ehtiyoji kuzatilishi mumkin. Bunday belgilar ayrim hollarda irritabl ichak sindromi, interstitsial sistit yoki gemorroy bilan chalkashadi. Shu bois tsikliklik — ya’ni

belgining hayz fazalari bilan bog'liqligi — differensial tashxisda kalit omil bo'lib xizmat qiladi.

Fertillikka ta'siri endometriozning eng og'ir oqibatlaridan biridir. Tuxumdonlarda endometrioma paydo bo'lishi, naylarning o'tkazuvchanligi buzilishi, chanoq ichida yopishmalar hosil bo'lishi, yallig'lanish mediatorlarining ko'payishi va implantatsiya jarayonining izdan chiqishi homilador bo'lish ehtimolini kamaytiradi. Shu bilan birga, har bir endometriozli bemor bepust bo'ladi degan xulosa noto'g'ri. Ko'plab ayollar tabiiy homilador bo'la oladi. Muammo individual prognozni to'g'ri baholashdadir.

Endometriozning ish qobiliyati, uyqu sifati va psixik salomatlikka ta'siri ko'pincha kam yoziladi, holbuki amaliyotda aynan shu omillar bemorni eng ko'p qiynaydi. Takroriy og'riq va charchoq depressiv kayfiyat, xavotir, ijtimoiy chekinish, jismoniy faollikning kamayishi va dori qaramligiga moyillikni kuchaytirishi mumkin. Shuning uchun endometriozli bemorni davolash faqat og'riqni pasaytirish emas, balki funksional tiklanish va hayot sifatini qayta tiklash bilan baholanishi kerak.

Tashxislash tamoyillari

Endometrioz diagnostikasining birinchi bosqichi — sifatli anamnez yig'ish. Hayz og'rig'i qachondan boshlangan, vaqt o'tishi bilan kuchayganmi, og'riq hayzdan tashqarida ham bo'ladi, jinsiy aloqaga, defekatsiyaga yoki siyishga aloqador tsiklik simptomlar bormi, oilaviy anamnezda shunga o'xshash holatlar uchraydimi — bularning barchasi diagnostik ehtimolni sezilarli oshiradi. Anamnezga “qancha og'riq” degan savoldan tashqari “bu og'riq nima ishni qila olmasligingizga sabab bo'lyapti?” degan yondashuvni qo'shish juda muhim.

Fizik ko'rik har doim ham diagnostik bo'lmasligi mumkin, lekin chuqur infiltrativ o'choqlar, uterosakral bog'lamlar bo'ylab og'riqli qalinlashuv, bachadon harakatchanligining cheklanishi yoki chanoq tubi mushaklaridagi spazm haqida tasavvur beradi. Kichik yoshdagi yoki jinsiy faol bo'lmagan bemorlarda ko'rik taktikasi ehtiyotkorlik bilan tanlanadi. Shu yerda klinik sezgi muhim: ko'rik “normal” chiqqani endometriozni rad etmaydi.

Ultratovush tekshiruvi, ayniqsa transvaginal UTT, tuxumdon endometriomasini aniqlashda juda foydali. Tajribali mutaxassis chuqur infiltrativ shakllar bo'yicha ham muhim belgilarni ko'rishi mumkin. MRT ichak, siydik pufagi yoki chuqur orqa chanoq bo'limlari zararlanishiga shubha bo'lsa qo'shimcha ma'lumot beradi. Biroq tasviriy usullarning salbiy natijasi kasallik yo'qligini isbotlamaydi; ayniqsa yuzaki peritoneal o'choqlar tasvirda ko'rinmasligi mumkin.

Laparoskopiya uzoq vaqt “oltin standart” sifatida qaralgan. Hozirgi amaliyotda esa u har bir bemorga birinchi qadam sifatida tavsiya etilmaydi. Sababi — klinik belgilar yaqqol bo'lsa, jarrohlikni kutib turish davolashni kechiktiradi. Shu bilan birga, noaniq

holatlar, murakkab anatomiya, fertillik rejasi yoki jarrohlik davolash rejalashtirilganida laparoskopiya katta diagnostik va terapevtik ahamiyatga ega. Muammo shundaki, biror marta “operatsiya qilinib ko‘ramiz” yondashuvi emas, aniq maqsadli, oldindan rejalashtirilgan laparoskopiya tanlanishi kerak.

Differensial tashxis keng doirani qamrab oladi: adenomioz, mioma, tos a‘zolarining surunkali yallig‘lanish kasalliklari, irritable ichak sindromi, interstitsial sistit, pelvik floor disfunksiyasi, nevropatik og‘riq sindromlari va psixosomatik og‘riq holatlari bilan farqlash talab etiladi. Endometrioz diagnostikasining pishiq bo‘lishi uchun aynan mana shu kasalliklarni rad etish emas, ularning bir vaqtda ham bo‘lishi mumkinligini hisobga olish zarur.

Davolash va boshqaruvning zamonaviy yondashuvlari

Endometriozni davolashda universal bitta sxema yo‘q. Qarorlar og‘riq intensivligi, o‘choq tarqalishi, bemorning yoshi, homiladorlik rejalari, avvalgi muolajalar samarasi va birga kechuvchi kasalliklarga qarab individual qabul qilinadi. Amaliy nuqtai nazardan davolashning asosiy maqsadi uchta: og‘riqni kamaytirish, funksional holatni yaxshilash va fertillikni maksimal darajada saqlash. Faqat tasviriy tekshiruvdagi “o‘choqni kichraytirish” klinik muvaffaqiyat mezoni bo‘la olmaydi.

Yengil va o‘rta darajadagi og‘riqda nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar qo‘llanadi. Ular prostaglandinlar sintezini kamaytirib, ayniqsa hayz bilan bog‘liq og‘riqda foyda berishi mumkin. Lekin bu dorilar kasallikning biologik rivojlanishini to‘xtatmaydi. Shu bois ular odatda simptomatik qadam sifatida ko‘riladi, monoterapiya sifatida emas. Agar og‘riq qayta-qayta kuchli bo‘lsa, gormonal bostirish mexanizmini o‘z ichiga olgan rejaga o‘tish ma‘qul.

Gormonal davolashning maqsadi estrogen ta‘sirini pasaytirish va o‘choqlarning tsiklik faolligini susaytirishdir. Kombinatsiyalangan gormonal kontratseptivlar, progestin preparatlari, levonorgestrel ajratuvchi intrauterin tizim, GnRH agonistlari va antagonistlari turli klinik vaziyatlarda qo‘llanadi. Muhim haqiqat shuki, bu usullar ko‘pincha simptomni nazorat qiladi, ammo kasallikni butunlay yo‘qotmaydi. Davo to‘xtatilganda og‘riq qaytishi mumkin. Demak, bemor bilan uzoq muddatli reja, nojo‘ya ta‘sirlar va kuzatuv muhokama qilinmas ekan, davolashning barqaror samarasi bo‘lmaydi.

So‘nggi yillarda ayrim mamlakatlarda yangi og‘iz orqali qabul qilinadigan GnRH antagonistlari yoki kombinatsion rejimlar kengaymoqda. Bunday dorilar og‘riqni kamaytirishi mumkin, lekin menopauzaga o‘xshash nojo‘ya ta‘sirlar, suyak zichligiga ta‘sir va add-back terapiya ehtiyoji sabab ularni tanlash mutaxassis nazoratini talab qiladi. Yangi preparatning paydo bo‘lishi har doim “hamma uchun eng yaxshi davo” degani emas; u faqat dori arsenalining kengayganini anglatadi.

Jarrohlik davolash, ayniqsa laparoskopik eksizsiya, dori bilan boshqarib bo'lmaydigan og'riqda, chuqur infiltrativ shakllarda, katta endometriomada yoki fertillik masalasi dolzarb bo'lganda ko'rib chiqiladi. Bu yerda asosiy savol: operatsiya nima maqsadda qilinmoqda? Faqat tashxis uchunmi, og'riqni kamaytirish uchunmi, anatomiyani tiklash uchunmi, yoki homiladorlik ehtimolini oshirish uchunmi? Maqsad aniq bo'lmasa, operatsiya soni oshib ketadi, foyda esa kutilganidan past bo'ladi.

Tuxumdon endometriomasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik taktikasi ayniqsa nozik. Bir tomondan, kista og'riq va bepushtlik bilan bog'liq bo'lishi mumkin; ikkinchi tomondan, agressiv eksizsiya tuxumdon zaxirasiga zarar yetkazishi ehtimoli bor. Shu sabab reproduktiv reja bo'lgan ayolda operatsiya oldidan anti-Müllerian gormon, antral follikullar soni va kelajakdagi IVF ehtimoli hisobga olinadi. Jarrohlikning "tozaligi" emas, reproduktiv natija ustuvor mezon bo'lishi kerak.

Multidissiplinar yondashuv endometrioz boshqaruvining eng kuchli tomonidir. Ginekolog, reproduktolog, radiolog, og'riq bo'yicha mutaxassis, fizioterapevt va zarurat bo'lsa psixolog ishtirok etgan model bemorga ko'proq foyda beradi. Chanoq tubi fizioterapiyasi, uyqu gigiyenasi, faoliyatni dozali tiklash, psixoedukatsiya va stressni boshqarish usullari ayrim bemorlarda dori samarasini sezilarli oshiradi. Endometrioz og'riq sindromi "faqat operatsiya yoki faqat tabletka" bilan tugamaydigan holatdir.

Fertillik ustuvor bo'lgan bemorlarda davolash algoritmi boshqacha bo'ladi. Ba'zilar konservativ jarrohlikdan keyin tabiiy homiladorlik kutish asosli bo'lsa, boshqalarda yosh, tuxumdon zaxirasi va hamroh omillarga qarab yordamchi reproduktiv texnologiyalar, jumladan IVF tezroq va oqilona tanlov bo'lishi mumkin. Shifokor uchun eng muhim narsa — vaqtni yo'qotmaslik. Chunki kechiktirilgan qaror ba'zan kasallikning o'zidan ko'ra ko'proq zarar keltiradi.

Muhokama

Endometrioz bilan bog'liq eng katta tizimli muammo — tashxisning kechikishidir. Bu kechikishning sabablari ko'p: kuchli hayz og'rig'ini me'yor deb qabul qilish, birlamchi bo'g'inda xabardorlikning yetarli emasligi, simptomlarning turli organ tizimlariga taqlid qilishi, tasviriy tekshiruvning har doim ham tasdiqlovchi bo'lmasligi va ba'zan bemorning o'zi shikoyatini yillar davomida yashirishi. Shu sabab klinik hushyorlik, ayniqsa o'smir qizlar va reproduktiv yoshdagi ayollarda, nihoyatda muhim.

Amaliyotda ikki xil xato uchraydi. Birinchisi — har qanday og'riqli hayzni endometrioz deb qabul qilib, ortiqcha tashxis qo'yish. Ikkinchisi — aksincha, faqat ultratovush yoki laparoskopiya bo'lmasa endometriozni rad etish. To'g'ri yondashuv ushbu ikki ekstremum orasidadir: klinik shubha, funktsional oqibatlar, tsikliklik, differensial tashxis va davoga javob dinamikasini birgalikda baholash kerak.

Bemorning “qanday ko‘rinishi” emas, uning “qanday yashayotgani” diagnostik qarorning muhim qismi bo‘lishi zarur.

Kelajak nuqtai nazaridan endometriozda invaziv bo‘lmagan biomarkerlar, soddalashtirilgan skrining vositalari, chuqur fenotiplash va shaxsiylashtirilgan davolash rejaları katta istiqbolga ega. Biroq hozircha klinik amaliyotning tayanchi — hushyor anamnez, sifatli tasviriy baholash, oqilona gormonal terapiya va maqsadli jarrohlik. Yangi preparatlar va yangi testlar paydo bo‘layotgani quvonarli, lekin ular klinik fikrlashni almashtira olmaydi.

Endometrioz bilan kurashishda bemorni faol ishtirokchi sifatida ko‘rish ham muhim. U kasallikning surunkali xususiyatini, davolashning maqsadi nimadan iboratligini, dori to‘xtatilganda nega simptom qaytishi mumkinligini va qachon mutaxassisga murojaat qilish kerakligini tushunsa, uzoq muddatli natijalar yaxshilanadi. Demak, endometrioz boshqaruvi bilim, muloqot va uzluksiz kuzatuvning birligiga tayanadi.

Xulosa

Endometrioz — keng tarqalgan, ammo ko‘pincha kech aniqlanadigan, surunkali va ko‘p qirrali kasallikdir. Uning klinik qiyofasi hayz og‘rig‘idan tortib bepushtlik va surunkali chanoq og‘rig‘igacha bo‘lgan keng spektrni qamrab oladi. Patogenezida gormonal, immun, yallig‘lanish va genetik omillar bir-biri bilan chirmashgan. Shu bois kasallikka tor, bir yoqlama yondashuv yetarli emas.

Zamonaviy amaliyotda eng to‘g‘ri yo‘l — klinik shubhani erta shakllantirish, individual diagnostika rejasini tuzish va bemorning ustuvor maqsadiga mos davolashni tanlashdir. Og‘riqni kamaytirish, fertillikni saqlash va hayot sifatini yaxshilash bir-biridan ajralgan emas, balki yagona davolash strategiyasining tarkibiy qismlaridir. Endometriozga oid tibbiy yordam qanchalik erta, puxta va multidissiplinar bo‘lsa, bemor natijasi shunchalik yaxshi bo‘ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. World Health Organization. Endometriosis. Fact sheet. Updated 15 October 2025.
2. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Endometriosis. Fact sheet. Updated 2025.
3. Office on Women’s Health, U.S. Department of Health and Human Services. Endometriosis. Updated 24 October 2025.
4. Mayo Clinic. Endometriosis: Diagnosis and treatment. Updated 30 August 2024.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Endometriosis: diagnosis and management. Guideline NG73. Last reviewed 2 September 2025.
6. NICHD. What are the treatments for endometriosis? Updated 11 December 2025.
7. NHS England. New endometriosis pill on the NHS could benefit more than 1,000 women a year. 1 May 2025.