

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ  
ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлланма ҳуқуқида

УДК: 618.11-006.2

**ТОШЕВ БАХОДИР МУРОДИЛЛАЕВИЧ**

**МАВЗУ: “Эндометриоз касаллигининг клиник кечиши,  
диагностикаси ва замонавий даволаш натижалари”**

**5A720101 – Акушерлик ва гинекология мутахасислиги**

**Илмий раҳбар: т.ф.н.: Эльтазарова Г.Ш.**

**Самарқанд 2016**

## МУНДАРИЖА

### 1. Кириш.

#### **I-боб Адабиётлар шархи.**

1.1 Эндометриоз касаллигининг этиология ва патогенези.

1.2 Эндометриоз касаллигининг классификацияси.

1.3 Эндометриоз касаллигининг клиник манзараси.

1.4 Эндометриоз касаллигининг диагностикаси.

1.5 Эндометриоз ўчоғининг патоморфологияси.

1.6 Эндометриоз касаллигини даволашда энг самарали даво препаратлари.

1.7 Альтернатив даволаш чоралари.

1.8 Эндометриозни жарроҳлик даволаш усуллари.

#### **II боб Услуб ва материаллар.**

2.1 Текширилаётган беморларнинг умумий характеристикаси.

2.2 Текшириш усуллари (клиник, инструментал, лаборатор, патоморфологик)

#### **III боб Тадқиқот натижалари**

3.1 Текширилган беморларнинг клиник характеристикаси.

3.2 Ўтказилган даво турларининг муҳокамаси.

#### **IV боб Олинган натижалар таҳлили.**

Хулоса.

Амалий тавсия.

## ЭНДОМЕТРИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

**Мавзунинг долзарблиги.** Эндометриоз касаллиги ўз асоратлари ва учраш кўрсаткичи билан ҳақли равишда гинекология амалиётидаги актуал муаммолардан бири ҳисобланади. Бир қатор муаллифларнинг маълумот беришларича, у жами гинекологик касалликларнинг 1-3,2% ини ташкил этади [Адамян Л.В. ва муаллиф., 2009; Безнощенко Г.Б., 2009]. Аммо кейинги йилларда диагностиканинг яхшиланиши билан гинекологик касалликлар структурасида эндометриознинг улуши тобора ошиб бормоқда [Кузмичев Л.Н. ва муаллиф., 2010; Сметнин В.П. ва муаллиф., 2008].

1996 йилда Россияда эндометриоз билан касалланиш ҳар 1000 нафар аёлга 55,6 ни ташкил этди. 18 ёшдан катта аёллар орасида эндометриоз билан касалланиш ҳар 100000 аҳолига нисбатан 152,0 га тенг бўлган. Гинекологик касалликлар структурасида мазкур касаллик яллиғланиш касалликлари ва миомадан кейин учинчи ўринда туради [Железнов Б.И. ва муаллиф., 1998; Стрижакова А.Н. ва муаллиф., 2002].

Одатда эндометриоз кам учрайдиган касалликлардан бири сифатида қаралади. Аслида эса, асосланган тиббиёт (Доказательная медицина) маълумотларга қараганда, кенг камровли рандомизацияланган текширишларнинг кўрсатишича, лапароскопия қилинган аёлларнинг 10% ида турли катталиқдаги эндометриоз учоқлари топилган [Кохрейнская база данных (КБД), 1999]. Аммо, жуда кўп ҳолатларда улар ҳеч қандай клиник белгиларсиз кечади ва аёлни безовта қилмайди. Яна кўп ҳолларда эндометриоз енгил ёки ўртача ифодаланган альгодисменорея кўринишида кечади. Бундай ҳолларда камдан кам ҳолларда эндометриоз ташхиси қўйилиб, одатда бошқа диагнозлар - турли яллиғланиш касалликлари ёки инфантилизм ташхиси остида беморлар олиб борилади [Кондриков Н.И., 1999; КБД, 1999].

Эндометриоз куйидаги асоратларга олиб келади [Стрижакова А.Н. ва муаллиф., 2007; Сметнин В.П. ва муаллиф., 2006 КБД, 2000]:

1. Сурункали оғрик синдроми. Турли интенсивликдаги оғрик синдроми аёлнинг бахтли турмуш кечиришига ҳалақит беради, иш қобилиятини пасайтиради.
2. Бепуштлик. 10-30% ҳолларда учрайди,
3. Битишма касаллиги.
4. Ногиронлик. Одатда Эндометриознинг экстрагенитал формалари - ўпка, буйрак, қорин парда эндометриози ва бошқалар ногироликка олиб келиши мумкин.

Эндометриоз касаллиги бизнинг минтақамизда кам диагностика қилинади, аммо бу касаллик бизда кам учрайди, дегани эмас. Кўплаб беморлар бошқа ташхислар билан самарасиз даволаниб, азоб чекиб юрганлиги эндиликда бизга маълум. Эндометриоз туфайли бепуштликка дучор бўлган аёллар ҳам талайгина. Кам диагностика қилиниши билан бирга, уни даволашда ҳам бир қанча камчиликларга йўл қўйилмоқда. Тан олиш лозимки, бизда ҳозирги пайтда эндометриоз билан оғриган беморларни олиб боришда аниқ ва ягона даволаш протоколи ҳам ишлаб чиқилмаган. Шуларни ҳисобга олган ҳолда мазкур тадқиқот лойиҳасини айнан эндометриоз мавзусида олиб боришга қарор қилдик.

**Мақсад:** Биринчи туғруқ мажмуасининг гинекология бўлимида эндометриоз касаллиги билан даволанган беморларда

касалликнинг учраши, клиник кечиш хусусиятлари, диагностикаси ва консерватив даволаш усуллари самарадорлигини ўрганиш.

### **Вазифалар:**

1. Биринчи сон туғруқ мажмуасининг гинекология бўлимида 2011-2013 йилларда эндометриоз ташхиси билан даволанган беморларнинг касаллик тарихларини ретроспектив таҳлил қилиш.

2. Шу булимда 2013-2015 йилларда даволанган аёллар орасида эндометриоз касаллигининг эпидемиологиясини, клиник кечишини, диагностикасини, даволаш усулларини проспектив урганиш.

3. Касалликни консерватив даволашда Визанна препаратининг самарадорлиги, ва нозуя таъсирларини ўрганиш.

### **Кутилаётган натижалар.**

Минтақамизда эндометриоз касаллиги ҳозирда аниқланаётганидан кўра кенгроқ тарқалган ва клиник кечишида ўзига хос хусусиятлари мавжуд.

Мазкур тадқиқот натижасида касалликни диагностика қилиш ва даволаш натижалари яхшиланади.

### **Магистерлик диссертациясининг тузилиши ва ҳажми:**

Ушбу магистерлик диссертацияси компьютерда ёзилган, 60 варақдан иборат, 13 та жадвал, 15 та диаграммадан иборат бўлиб, кириш, адабиётлар шарҳи, текшириш усуллари ва материаллари, эркин кузатув бўлиmidан, хотима, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар шарҳи қисмларидан иборат бўлиб, ватандошларимиз ва ҳорижий мамлакат муаллифларининг охириги йилларда чоп этилган адабиётларидан фойдаланилган.

Магистерлик диссертацияси мавзусига оид 5 та мақола ва 2та тезис чоп этилди.

## I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

### Умумий характеристикаси.

Эндометриоз гормонларга боғлиқ, патологик жараён бўлиб, эндометрия тўқимасининг бачадон бўшлигидан ташқарида жойлашиши билан характерланади. Ундан фарқ қилиб, аденомиоз эндометрия тўқимасининг миометрийга ўсиб киришидир. Биринчи навбатда кичик чанок, аъзолари - тухумдон, фаллопий найлари, тўғри ичак-бачадон боғламалари, йўғон ичакнинг ректосигмоидал бўлими ва сийдик пуфаги зарарланади. Касаллик гематоген йўл билан тарқалганда бошқа узок, органлар - буйрак, ўпка, конъюнктива кабилар зарарланади [Адамян Л.В. ва муаллиф., 2008; Баскаков В.П., 2007; Кузмичев Л.Н. ва муаллиф., 2002].

◆ Эндометриоз деярли фақат репродуктив ёшда учрайдиган касалликлар жумласига киради. Эндометриоз учрайдиган ўртача ёш 25- 29 ни ташкил этади. Постменопаузадаги аёлларда эса, ҳатто ўринбосар гормонал терапия қўлланган тақдирда ҳам, жуда камдан кам ҳолларда эндометриоз симптоматикаси намоён бўлади [Дамиров М.М., 2009; Баскаков В.П., 2000].

### Этиология ва патогенез.

◆ Касалликнинг этиология ва патогенези ўзига хос бўлиб, унинг келиб чиқиши ва ривожланишини тушунтириб берувчи метапластик, имплантацион, механик, гематоген назариялар мавжуд [Бурлеев В.А., 2011; Дамиров М.М. ва муаллиф., 2009; Кондриков Н.И., 2009]. Ҳозирги вақтда учта назария - имплантацион, гематоген ва механик назариялар тан олинади. Имплантацион назарияга кўра, ҳайз конининг ретроград оқиши натижасида эндометрия хужайралари кичик чанок бўшлиғига киради ва турли аъзоларга имплантацияланади [Стрижакова А.Н. ва муаллиф., 2012; Сметнин В.П. ва муаллиф., 2011].

◆ Гематоген назарияга кўра, эндометрий фрагментлари (бўлакчалари) қон томирлар ва лимфа томирлари орқали тарқалади, бунда экстрагенитал эндометриоз ривожланади.

◆ Механик назарияга биноан, эндометрий фрагментлари ҳар хил хирургик операциялар вақтида операцион жароҳатга ёки қорин бўшлиғига тушиб қолади ва кўпая бошлайди [Бурлеев В. А., 2011; Дамиров М.М. ва муаллиф., 2009].

◆ Эндометриознинг ирсиятга боғлиқлиги ҳақида ҳам талайгина далиллар мавжуд. Эндометриоз билан оғриган беморнинг опасингилларида ёки онасида эндометриоз учраш хавфи 7%ни ташкил этади. Бутун популяцияда эса бу хавф 1%га тенг [Стрижакова А.Н. ва муаллиф., 2002].

◆ Иммунитетнинг пасайиши ҳам эндометриозга олиб келувчи омиллардан биридир. Нормада организмнинг исталган жойида пайдо бўлган бегонаҳужайралар иммун тизими томонидан йўққилинади. Иммун тизимдаги етишмовчилик ўз-ўзидан айёнки, эктопик жойлашиб қолган эндометрий ҳужайраларининг ўсишига ва алоҳида ўчоқхосил қилишига шароит яратади [Кузмичев Л.Н. ва муаллиф., 2001; Посисеева Л.В. ва муаллиф., 2001].

### **Классификация.**

◆ Эндометриоз классификацияси асосан, локализацияга асосланган классификациядир. Бу бежиз эмас. Зеро, касаллик клиникаси эндометриоз ўчоғининг қаерда жойлашганига чамбарчас боғлиқдир. Албатта даволаш тактикаси ҳам шундан келиб чиқади.

◆ Аввало, генитал ва экстрагенитал эндометриоз фарқланади. Генитал, яъни жинсий аъзолар эндометриози ҳам ўз навбатида икки гуруҳга - ички ва ташқи эндометриозга ажратилади. Ички генитал эндометриоз деганда эндометриоз тўқимасининг бачадон

миометрийсида ривожланишга айтилади. Бошқача айтганда, бу аденомиоз деб ҳамайтилади.

Аденомиознинг 4 та даражаси фарқланади.

I даража - эндометрийнинг мушак қаватига 1 см чуқурликкача ўсиб кириши;

II даража - 1 см дан чуқурроқ, ўсиб кириши;

III даража - бутун миометрий патологик жараён билан қамраб олиши;

IV даража эндометриоз ўчоғи бачадоннинг сероз пардасига етиб, қўшни аъзоларни ҳам зарарлаши [Безнощенко Г.Б., 2001; Сметнин В.П. ва муаллиф., 2001].

Ташқи генитал эндометриоз турлари орасида тухумдон эндометриози тарқалиши бўйича иккинчи ўринда туради. Бачадон найлари эндометриози - учинчи ўринда, ретроцервикал эндометриоз - тўртинчи ўринда, кейинги ўринларда эса кенг боғлама ва Дуглас бўшлиғи эндометриозлари туради [Безнощенко Г.Б., 2001; Сметнин В.П. ва муаллиф, 2001].

Ташқи генитал эндометриознинг тарқалишига қараб, кичик формалари, ўрта оғирликдаги ва оғир формалари фарқланади. Кичик формалар - қорин парда ва тухумдонларда битишма ва чандиқларсиз кичик-кичик ўчоқларнинг борлиги. Ўрта оғирликдаги эндометриоз - битта ёки иккала тухумдон юзасида майда кисталар ҳосил бўлиши, кам ифодаланган пареоовариал ва най олди битишмалари Дуглас бўшлиғи соҳасида битишмалар ҳосил қилган ва органлар силжишига олиб келган эндометриоз ўчоқлари киради. Аммо бунда йўғон ичак патологик жараёнга тортилмаган бўлади. Ташқи эндометриознинг оғир формаси - бир тухумдонда (ёки ҳар иккала тухумдонда) диаметри 2 см дан ортиқ кисталар ҳосил бўлиши, кучли ифодаланган переоовариал ва най олди ўчоқлари ва битишмалари, найларнинг деформацияси ва облитерацияси, дуглас бўшлиғи облитерацияси сийдик йўллари ва ичакларнинг патологик жараёнга

тортилиши киради [Безнощенко Г.Б., 2001; Сметнин В.П. ва муаллиф., 2001]

Экстрагенитал эндометриоз - сийдик пуфаги эндометриози, ичаклар, операцион жароҳат, ўпка буйрак ва конъюктива эндометриози кабилардир [Безнощенко Г.Б., 2001; Посисеева Л.В. ва муаллиф., 2001].

### **Клиник манзараси.**

Диспареуния (оғриқли жинсий алоқа) ва альгодисменорея билан келган барча беморларда эндометриозни истисно қилиш лозим бўлади [Сидорова И.С. ва муаллиф., 2002].

Касалликнинг клиник манзараси одатда менструациянинг оғриқли бўлиши билан намоён бўлади. Қорин пастида ва белдаги оғриқ дисменорея, диспареуния, баъзан ациклик оғриқ шаклида бўлиши мумкин. Экстрагенитал эндометриозни, яъни эндометриоз ўчоғининг кичик чанок аъзоларидан ташқарида жойлашиши бутунлай ўзгача клиник манзарага эга бўлади, ҳар бир зарарланган аъзолар томонидан келиб чиқадиган белгиларга сабаб бўлади. Масалан,ўпка эндометриозида қон туфлаш ва плеврит белгилари; операцион жароҳат эндометриозида жароҳатнинг шишиши ва оғриқли бўлиши, терининг зарарланиши кузатилиши мумкин. Ҳар қандай ҳолатда ҳам мазкур оғриқлар циклик такрорланиб туради ва айнан шу нарса диагноз қўйишда муҳим аҳамиятга эга [Адамян Л.В. ва муаллиф 1998; Железнов Б.И. ва муаллиф 1985].

Диспареуния - жинсий алоқа пайтида оғриқ бўлиб, унга сабаб куйидалардир: эндометриоз ўчоғининг бачадон ортида жойлашиши, тухумдоннинг эндометриоид ўсмаси, эндометриоз натижасида бачадоннинг орқага букилиши ёки силжиши [Сметнин В.П. ва муаллиф, 2001].

Ҳайз циклининг узоқ ва мўл келиши ҳам эндометриоз учун хос бўлган белгилардан биридир. Н.И.Закирова ва муаллифдошларнинг

(1997) маълумотларига кўра, беморларнинг 44,2% ида кўп ва давомли менструация, шунингдек, метрорагия кузатилади.

*Патологик жараённинг локализациясига қараб клиник хусусиятлари.*

Ички генитал эндометриоз - ҳайзнинг узок давом этиб, кўп миқдорда келиши, ҳайзнинг дастлабки кунлари қорин пастида ва белда оғриқ сезиш, бачадоннинг ҳайз кунлари катталашиб, ҳайздан кейин бироз кичрайиши [Стрижакова А.Н. ва муаллиф, 2002].

Тухумдонлар эндометриози - одатда симптомсиз. Кейинчалик эндометриоз камераларининг микроперфорацияси юз беради ва кўшни аъзолар ҳамда қорин парда патологик жараёнга қўшилади. Бунда қорин пастида тумтоқоқриқлар кузатилади. Бу оғриқлар ҳайз олдидан ва ҳайз кунлари кучаяди [Баскаков В.П., 1999; Безнощенко Г.Б., 2001].

Ҳайз циклининг номунтазамлиги, дам-бадам тўғри ичакдан қон келиши тўғри ичак эндометриози учун хос белгилардан биридир. Сийдик пуфаги эндометриозидида гематурия кузатилади. Ўпка эндометриозидида эса қон туфлаш кўрилади [Баскаков В.П., 1999].

Эндометриознинг кўп учрайдиган локализациясидан бири - Дуглас бўшлиғи бўлиб, бу *ретроцервикал эндометриоз* деб аталади. Унда қин орқали кўрганда бачадон орқасида оғриқ ва чегаралари аниқ бўлмаган қандайдир тугун борлиги аниқланади [Баскаков В.П., 1990; Безнощенко Г.Б., 2001].

Эндометриоз клиникаси учун хос бўлган белгилардан бири - бепуштликдир. У жами беморларнинг 10-30% ида кузатилади. Унга сабаб қуйидагилар: бачадон найи ва тухумдон атрофида жойлашган эндометриоид ўчоқлар, битишмали жараёни натижасида найлар ўтказувчанлигининг бузилиши. Бепуштликка олиб келувчи яна бир сабаб - овуляцияланмаган фолликуланинг лютеинизацияси - бунга сабаб эса ЛГ нинг вақтидан олдин кўпайишидир [Кузмичев Л.Н. ва муаллиф, 2001].

Н.И.Закирова ва муаллифдошлар (1997) маълумотларига қараганда, экстрагенитал касалликлар - юрак-қон томир касалликлари, сурункали

гепатит, буйрак патологияси кабилар эндометриоз кўзғалишига сабаб бўлиши мумкин. Яна шу муаллифларнинг кўрсатишича, эндометриоз ўткир қорин клиникасини чақирши ҳам мумкин.

### **Диагностикаси.**

Эндометриоз диагностикасида анамнез ва физикал текширишлар катта аҳамиятга эга. Циклик такрорланиувчи оғриқ синдроми унинг ўзига хос асосий белгиларидан бири. Шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, далилларга асосланган тиббиёт кўрсатмаларига кўра, вагинал кўрик ультратовуш текширишидан кўра анча информатив усул ҳисобланади. Агар эндометриоз кичик чанок бўшлиғи соҳасида жойлашган бўлса, тегишли жойда оғриқли тугунчалар пайпасланади. Ретроцервикал эндометриозга диагноз қўйишда ректал текшириш кўпроқ маълумот беради [Адамян Л.В. ва муаллиф, 1998; Скокк А.П. ва муаллиф., 1980].

Ультратовуш текшириши динамикада ўтказилганда жиддий диагностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Бунда УТТ ни камида икки марта - ҳайз кўришдан олдин ва кейин ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Эндометриоз тугуни ҳайз кўришдан олдин катталашади, ҳайз тугагандан кейин эса аксинча, кичраяди. Бу феномен эндометриоз диагностикасида патогномоник роль ўйнаши мумкин [Адамян Л.В. ва муаллиф, 1998; Безнощенко Г.Б., 2001].

С А-125 синамаси эндометриоид хужайралари учун специфик бўлган махсус маркерларнинг қон зардобидида кўпайиб кетишига асосланади. СА-125 титри касаллакнинг оғирлик даражаси билан корреляцияланади. СА-125 синамасининг мусбат бўлиши, шунингдек, эндометриознинг қайталанганидан ҳам дарак бериши мумкин [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2002].

Яқуний диагноз лапаротомия вақтида ёки лапараскопияда қўйилади [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2002].

Лапароскопияда тухумдонда, бачадон орқасида ёки бошқа жойларда жойлашган эндометриоид тугунларнинг катталашганлиги аниқланади [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2002].

### **Эндометриоз ўчоғининг патоморфологияси.**

Найсимон, тармоқланган кистасимон кенгайган безлар бир қаватли цилиндрик эпителий билан қопланган бўлади. Баъзи ҳужайралар киприксимон эпителий билан қопланган бўлиши мумкин, баъзиларида секретор гранулалар кузатилади.

Бачадон шиллиқ пардаси билан синхрон тарзда эктопик ўчоқларда ҳам циклик ўзгаришлар кузатилади, аммо ҳеч вақтэндометрийнинг десквамацияси кузатилмайди. Ҳомиладорлик пайтида эндометриоид ўчоқларда децидуал ўзгаришлар кузатилади [КБД, 2004].

### **Даволаш.**

Эндометриозни даволашга киришишдан олдин даволаш мақсадини аниқлаб олиш мақсадга мувофиқ бўлади. Даволаш мақсади касалликнинг шаклига, клиник кечишига, давомийлигига қараб, шунингдек, беморнинг талаблари асосида ҳал қилинади. Даволаш мақсади оғриқни вақтинча қолдириш, бемор аҳволини маълум муддатга яхшилаш ёки оператив даволаш орқали бутунлай тuzатиш бўлиши мумкин [Адамян Л.В. ва муаллиф, 2002; Баскаков В.П., 2003; Безнощенко Г.Б., 2001].

Ёш аёлларда қисқа вақтдан бери давом этаётган эндометриоз аниқланганда, яхшиси, кутиш тактикасига амал қилган маъкул. Бунда

ҳеч қандай даво чораси қўлланилмайди. Кенг кўламли рандомизацияланган тадқиқотларда маълум бўлдики, даволаш бундай аёлларда натижани деярли ўзгартирмайди. Даво курси олган аёлларда 72% ҳолларда 1 йил давомида ҳомиладорлик руй берган. Даво курси олмаган

аёлларда эса ҳомиладорлик 76% ҳолларда ўз-ўзидан рўй берган [Кондриков Н.И, 1999; КБД, 2004].

### **Энг самарали даво препаратлари.**

Самарали дори воситаларидан бири - гонадолиберин агонистларидир. Уларга бусерелин, нафарилен, гозерелин каби препарат киради. Улар тухумдон функциясини ингибициялайди ва симптоматикани сусайтиради. Аммо улар бир қанча ножух таъсирларга эгадир. Жумладан, менопаузал симптомлар ва транзитор остеопороз белгилари кузатилади [Адамян Л.В. ва муаллиф, 2004; Кондриков Н.И, 2001; КБД, 2003].

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, узок вақтқабул қилинганда гонадолиберинлар медикаментоз гипофизэктомия чақиради [Железнов Б.И. ва муаллиф, 1995].

Даволашни албатта гинеколог назорати остида такрорлаб туриш лозим булади. Препарат дозаси индивидуал танланади. Нафарелин ацетат 400 мкг/сутка дозада эрталаб интраназал, кечқурун эса 200 мкг дозада берилади. Агар 2 ой давомида ҳайз циклининг гормонал йўл билан тўхташи рўй бермаса, дозани 800 мкг/сутка дозага ошириш мумкин [Безнощенко Г.Б., 2003].

Бусерелин 200-400 мкг/сутка (800 мкг/сутка дозача) 3-6 ой мобайнида интраназал қўлланилади. Даволаш ҳеч қачон 6 ойдан кўп чўзилмаслиги керак [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2003; КБД, 2004].

Лейпролид ацетат 0,5-1,0 мг/сутка ёки 3,75-7,5 мг/ойига дозада белгиланади [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2005; КБД, 2004].

Госерелин ацетат депо-инъекция ҳолида ҳар 28 кунда бир марта 3,6 мг дозада тери остига қилинади. Даволаш 6 ой давом этади [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2004; КБД, 2007].

6-9 ойдан кейин ниҳоят кутилаётган ҳомиладорлик рўй бериши мумкин. Агар ҳомиладорлик рўй бермаса, орал контрацептивлар ёрдамида даволаш давом эттирилади. Комбинацияланган орал контрацептивлар

(КОК) ни узоқ вақт қўллаш сохта ҳомиладорликка ўхшаш ҳолатни юзага келтиради. Бу эндометриоз ўчоғининг некорзга учраши, ажралиб тушиши ва сурилиб кетишига олиб келади. Шундай қилиб, ҳомиладорлик, сохта ёки ҳақиқий бўлишидан қатъий назар эндометриоздан тўла халос қилувчи самарали воситадир [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2002; КБД, 1999].

Рўй бериши мумкин бўлган ножуя таъсирларни алмаштирувчи гормонал терапия ёрдамида осон бартараф этиш мумкин.

Калций препаратлари гонадолиберин агонистлар ишлатилган пайтда гипоэстрогенемия натижасида келаб чиқувчи гипокальциемияни даволаш учун тавсия этилади [Сметнин В.П. ва муаллиф, 2001].

Дюфастон (Дидрогестерон) ретропрогестеронларга киради. Кучли ва актив прогестин препарати бўлиб, унинг структураси ва таъсири эндоген прогестеронга ўхшайди. Дюфастон эндометриозда оғриқ синдромини йўқотади, эндометриоз ўчоғини регрессиялантиради ва айни пайтда овуляцияни тўхтатмайди, ҳамда уругланишга монелик қилмайди. Бошқа прогестин препаратларидан фарққилиб, у жуда тор қарши кўрсатмалар спектрига эга, яхши қабул қилинади ва ҳозирги пайтда бепушт аёллардаги эндометриозни даволашда энг маъқул препарат ҳисобланади [Кузмичев Л.Н. ва муаллиф, 2001].

Эндометриозни даволашда препарат 10 мг дан кунига 2-3 маҳал, циклнинг 5 кунидан 25 кунигача, ёки узлуксиз берилади.

### **Альтернатив даволаш чоралари.**

Антигонадотропин препаратлардан даназол қўлланилади. У 400- 800 мг/сутка дозада оғриқ синдроми йўқолгунча берилади. Даназол таъсирида псевдоменопауза рўй беради, тухумдонларда стероидлар синтези вақтинча пасаяди. Натижада эндометрий тўқимаси бачадонда ҳам, эндометриоз ўчоғида ҳам, атрофияга учрайди. Даназол билан даволашда эффективлик 63-93% ни ташкил этади. Аммо препаратнинг ножуя таъсирлари кўп - бу

андроген эффект билан гирсутизм, семириш ва вирилизм билан боғлиқ [Баскаков В.П., 1990; Безнощенко Г.Б., 2001].

Эндометриозни даволашда перорал контрацептивлардан ҳам фойдаланилади. Чунончи, энг замонавий кам дозали ОК препаратлардан регивидон, марвелон, мерсилон, Диане 35, Логест каби препаратларни қўллаш кўпинча яхши самара беради. Агар препарат икки ёки уч фазали бўлса, унинг самараси янада яхшироқ ножа таъсирлари камроқ бўлади. Уларга Три-Регол, Триквилар кабилар мисол бўлиши мумкин [Жлезнов Б.И., Кондриков Н.И., 1999].

Оғриқ қолдириш мақсадида энг самарали даво воситалари прогестинлар ва андрогенлардир.

Золедекс эндометриоз симптомларини камайтиради ёки йўқотади. Шу билан бирга зарарланиш ўчоқларини кичрайтиради. Бу депо-инъекция кўринида 3,6 мг дозада ҳар 28 кунда қорин олд деворига тери остига юборилади. Даво курси 6 ойдан ошмаслиги лозим. Такрорий даволаш тавсия этилмайди [Стрижакова А.И. ва муаллиф, 2002; КБД, 1999].

Медроксипрогестерон 5 мг дан кунига 1 -2 марта оғриқ синдроми бартараф бўлганча ишлатилади. Бу препарат гипоталамо-гипофизар тизимнинг гонадотроп функциясини пасайтиради ва аменореяга олиб келади. Даволаш 6-9 ой давом этади [Сидорова И.С. ва муаллиф, 2002].

Оғриқ синдромини даволашда ностероид яллигланишга қарши препаратлар ҳам яхши фойда бериши мумкин. Ибубруфен, индометацин, ортофен каби препаратлар гинекология амалиётида ишлатилиб туради [Баскаков В.П., 1990].

### **Жаррохлик даволаши.**

Касалликнинг ўртачаоғир формасида, анча ифодаланган тубоовариал битишмаларда, катта эндометриоид ўсмаларда хирургик даволаш ўтказиш лозим бўлади. Гормонал терапиянинг самарасиз бўлганлиги ҳам хирургик

даволашга кўрсатма бўла олади [Ельцов- Стрельков В.И. ва муаллиф, 2004; Селезнева Н.Д. ва муаллиф., 2007].

Энг аяйдиган хирургик муолажа - эктопик жойлашган эндометрий тўқимасини кесиб олиш, фульгурация қилиш ёки лазер ёрдамида вапоризация қилишдан иборат. Тухумдоннинг эндометриоид кистасини олиб ташлаб, бачадонни ва ҳеч бўлмаганда битта тухумдон ва найни сақлабқолиш керак [Колосов А.Е., 2002; Адамян Л.В. ва муаллиф, 2004; Безнощенко Г.Б., 2001].

Беморда бепуштлиқ хавфи бўлганда ёки рўй берганда уни даволаш мақсадида жаррохлик давоси тавсия этилади. Далилларга асосланган тиббиёт кўрсатмаларига кўра, жаррохлик муолажаси қанча эрта стадияда ўтказилса, шунча самаралироқ бўлиши кутилади [Кондриков Н.И., 1999; КБД, 1999].

Сўнгги йилларда тиббиёт амалиётига тобора кенг кириб келаётган эндоскопик жаррохлик эндометриозни даволашда ҳам бир қатор афзалликларга эга. Лапароскопик коагуляция, микрохирургия, лапароскопик лазер хирургияси эндометриоз ўчоғини йўқотиш ва битишмаларни бартараф этиш ишларини анча соддалаштиради ва бачадон найларининг нормал анатомиясини муваффақият билан тиклаш имконини беради [Ельцов-Стрельков В.И. ва муаллиф, 2005; Селезнева Н.Д. ва муаллиф., 2004].

Радикал хирургик даволаш бачадон ампутацияси ва экстирпацияси ёши катта, фарзандлари бор аёлларга қилинади. Шунингдек оғир формадаги эндометриозда ҳам хирургик даво сўнгги чора сифатида бажарилади. Бундай операциядан сўнг фертил ёшдаги аёлларга албатта, ўрин босувчи гормонал терапия ўтказилиши лозим. Бу нарса суяклар остеопорозини, жинсий аъзоларнинг жумладан, қиннинг атрофиясини олдини олади, юрак-қон томир системасининг барвақтқаришини олдини олади [Баскаков В.П., 1999; Безнощенко Г.Б., 2001].

Эндометриознинг тарқалган формаларида тухумдонларни олиб ташлаш, бачадон қин усти ампутацияси ёки экстирпацияси энг самарали даво чораси

бўлиб ҳисобланади [Стрижакова А.И. ва муаллиф, 2002]. Операция кўлами (ҳажми) аъзонинг зарарланиш даражасига боғлиқ. Шароитлар бўлган ҳолда, хирургик даво ҳам ўз ўрнида бир қатор афзалликларга эга - у барча эндометриоз ўчоқларини бартараф этишга ва рецидивларнинг олдини тўлиқ олишга имкон беради [Закирова Н.И. ва муаллиф., 2000].

Ҳомиладорлик вақтида касаллик клиникаси сусаяди.

Агар эндометриоз асорати сифатида бепуштлиқ кузатилса, тухумдон функциясини сусайтирувчи терапия мутлақо тавсия этилмайди [Посисеева Л.В. ва муаллиф, 2001; КБД, 1999].

## **II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ**

Биринчи сон туғруқ мажмуасининг гинекология бўлимида 2011-2014 йил давомида эндометриоз касаллиги билан ётиб даволанган жами 56 бемор ўрганилди. Улар дан 21 нафари 2011-2012 йилларда ётиб даволанган беморлар бўлиб, улар касаллик тарихлари асосида ретроспектив ўрганилди.

35 нафар бемор эса асосий гуруҳни ташкил этди. Улар 2013 йил январь ойидан 2014 йил декабрь ойигача стационар даволанишда бўлган ва проспектив ўрганилган.

### **2.1 Беморларнинг умумий характеристикаси.**

Эндометриоз касаллиги асосан репродуктив ёшдаги аёлларда учраганлиги сабабли, ҳозирда кўпгина беморларнинг бепуштлигига, бир умрлик ногиронликка, ёш оилаларда бефарзандликка сабаб бўлмоқда. Эндометриоз касаллиги кейинги 10 йил ичида ошиб бораётганлиги кузатилмоқда, шу жумладан Самарқанд вилоятида ҳам. Эндометриоз

касаллигининг Самарқанд вилоятида учраш даражасини ўрганиб чиққанимизда қуйидаги натижалар олинди.

**Самарқанд вилоятида эндометриоз билан касалланиш кўрсаткичи.**

Жадвал № 1

Эндометриоз турлари	2011	2012	2013	2014	2015	Жами	%
Аденомиоз	10	12	20	25	31	98	44,1%
Най эндометриози	8	6	5	10	12	41	18,5%
Тухумдон эндометриози	8	14	9	15	17	63	28,4%
Ретроцервикал эндометриоз	2	3	0	3	5	13	5,9%
Қорин бўшлиғи эндометриози	2	0	1	1	0	4	1,8%
Кенг боғлам эндометриози	0	0	1	1	1	3	1,4%
Жами	30	35	36	55	66	222	100,0%

Баъзи адабиётларда келтирилишича эндометриоз билан касалланиш беморларнинг яшаш тарзига, иқтисодий – ижтимоий, социал омилларга боғлиқ. Шу сабабли касалликнинг шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида тарқалиш даражасини таҳлил қилиб чиқдик. Бу таҳлилга кўра қуйидагилар аниқланди.

**Эндометриоз касаллигининг шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида тарқалиш даражаси.**

Жадвал № 2

Яшаш жойи	2011	2012	2013	2014	2015	Жами	%
Шаҳар	4	4	4	5	5	22	39,3%
Қишлоқ	6	8	6	6	8	34	60,7%
Жами	10	12	10	11	13	56	100%

## 2.2 Текшириш усуллари

Бу беморлар тўлиқ клиник - лаборатор текширишлардан ўтишган. Ўтказилган текшириш усуллари ҳақидаги маълумотлар қуйидаги жадвалда келтирилган:

Жадвал №3

№	Текшириш усуллари	Сони	%
1	Умумий физикал текшириш	35	100%
2	Гинекологик текшириш	35	100%
3	Ультратовуш текшириш	35	100%
4	Бачадон бўшлигини диагностика кириш	9	21,71%
5	Умумий қон ва сийдик таҳлили	35	100%
6	Биохимик таҳлиллар	31	88,57%
7	Метросальпингография	14	40%
8	Лапараскопия	6	17,14%
9	Мутахасислар кўриги	15	42,86%
10	ЭКГ	7	20%
	Жами	222	-

Шундай қилиб, жами 222 текшириш ўтказилган бўлиб, улар асосида касалликнинг клиник формаси ва оғирлик даражаси аниқланган. Энг асосий текшириш усулларида бири УТТ бўлиб, бу текшириш усули Aloka Mindray SSD50 аппарати орқали амалга оширилди. Касаллик аниқданган беморларнинг 15 нафарига хирургик даволаш ўтказилган. Қолган 20 нафарига эса консерватив даво сифатида Визанна препарати қўлланган. Хирургик ва консерватив даволаш натижалари ўрганилди. Визанна препарати 2мг дан кунига 1 маҳал ҳар кун бир хил вақтда узлуксиз 6 ой давомида қўлланилади. Бу препаратни ҳайз циклининг хоҳлаган кунидан бошлаб бериш мумкин. Даволаш эффекти динамик УТТ да эндометриоз

ўчоғининг кичиклашуви, шунингдек, касаллик симптомларининг йўқолишига қараб баҳоланди. Визанна препаратининг таркибидаги асосий модда - микродозаларда диеногест 2 мг. Диеногест нортестостерон ҳосиласи бўлиб, антиандроген активликка эга. Диеногест аёл бачадонидаги прогестерон рецепторлари билан боғланиб, 10% ҳоллардагина прогестеронга яқин туради. Шунга қарамасдан диеногест зўр прогестоген эффектга эга. Диеногест тухумдонларда эстероген ишлаб чиқарилишини камайтиради, эндометрийда эстерогеннинг трофик эффективлигини пасайтиради. Бу препаратни доимий қўллаш натижасида эндометрий тўқимаси децидуализацияси, кейинчалик эса эндометриод ўчоқларнинг атрофиясига олиб келади. Диеногест ҳомиладорликка, ҳомила ривожланишига салбий таъсир кўрсатмайди. Ҳомиладор аёлга Визанна препаратини тавсия қилиш шарт эмас, чунки ҳомиладорлик эндометриознинг физиологик давоси бўлиб ҳисобланади. Агар аёл эндометриоз касаллиги билан ҳомиладор бўлишга мияссар бўлсагина. Худди шундай кўкрак билан эмизиш даврида ҳам.

Оператив даво қўлланилган беморларда (13 нафар ретроспектив ва 15 нафар проспектив гуруҳда) операцияга кўрсатмалар, операция кўлами ва самарадорлиги баҳоланди. Бунинг учун кейинги 3-6 ой мобайнида бемор динамик кузатувда бўлди.

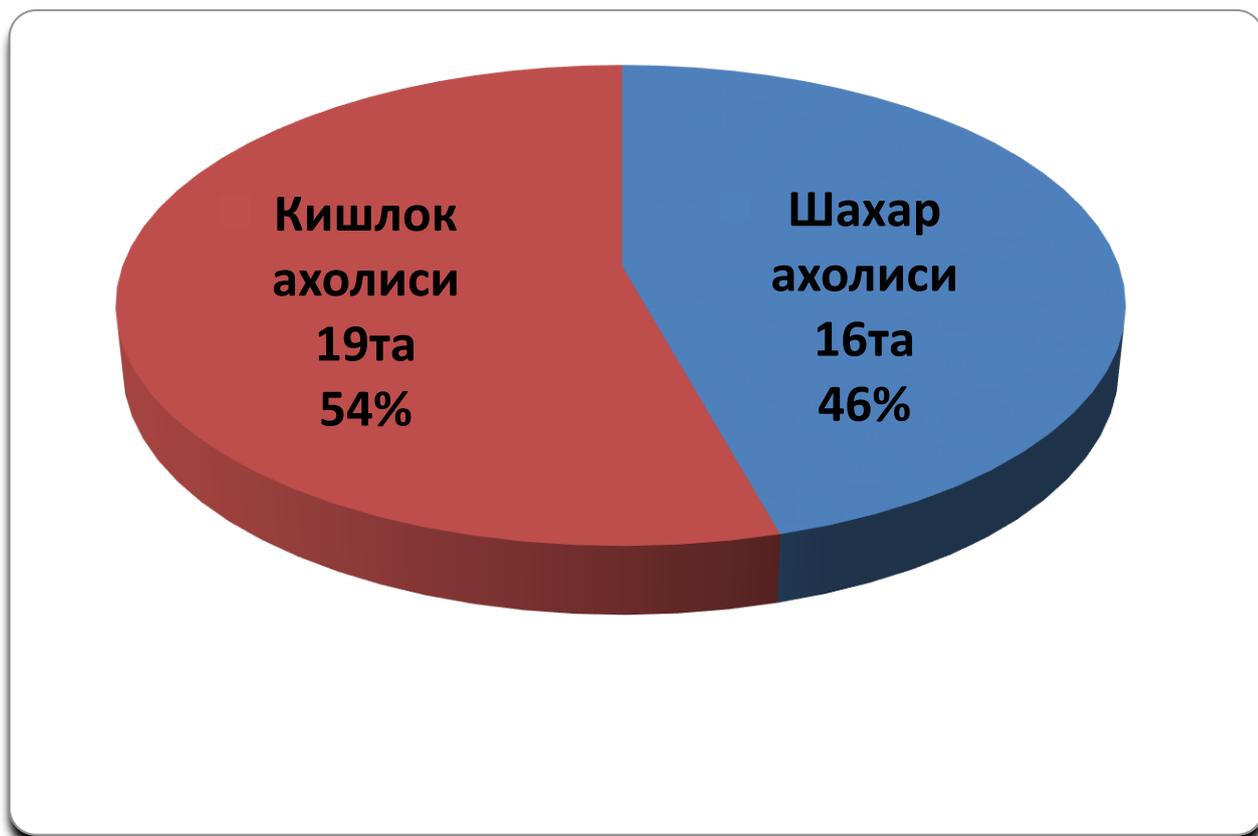
Олинган натижалар ретроспектив гуруҳдаги даволаш натижалари билан таққосланиб, солиштирма анализ қилинди. Фарқданиш ишончилиги (достоверность различия) Стьюдент бўйича тарқалиш даражаси каби статистик формулалар ҳисобланди. Бунда MicrosoftExcel 5,0 электрон жадвали имкониятлари ва махсус статистик формулардан фойдаланилди. Олинган натижалар таҳлил қилиниб, тегишли хулосалар чиқарилди.

Олинган хулосалар асосида эндометриоз билан касаланган беморларни олиб бориш тактикасига доир аниқ кўрсатмалар ишлаб чиқилди.

### III БОБ. ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Асосий гуруҳда жами 35 та бемор текширилган бўлиб, улардан 19 нафари (54,3%) қишлоқ аҳолиси, 16 таси (45,7%) эса шаҳарликлардир. Эндометриоз касаллигининг қишлоқ аҳолисида кўп учраганлигининг сабаби, уларда диагностиканинг ўз вақтида ўтказилмаганлигидир.

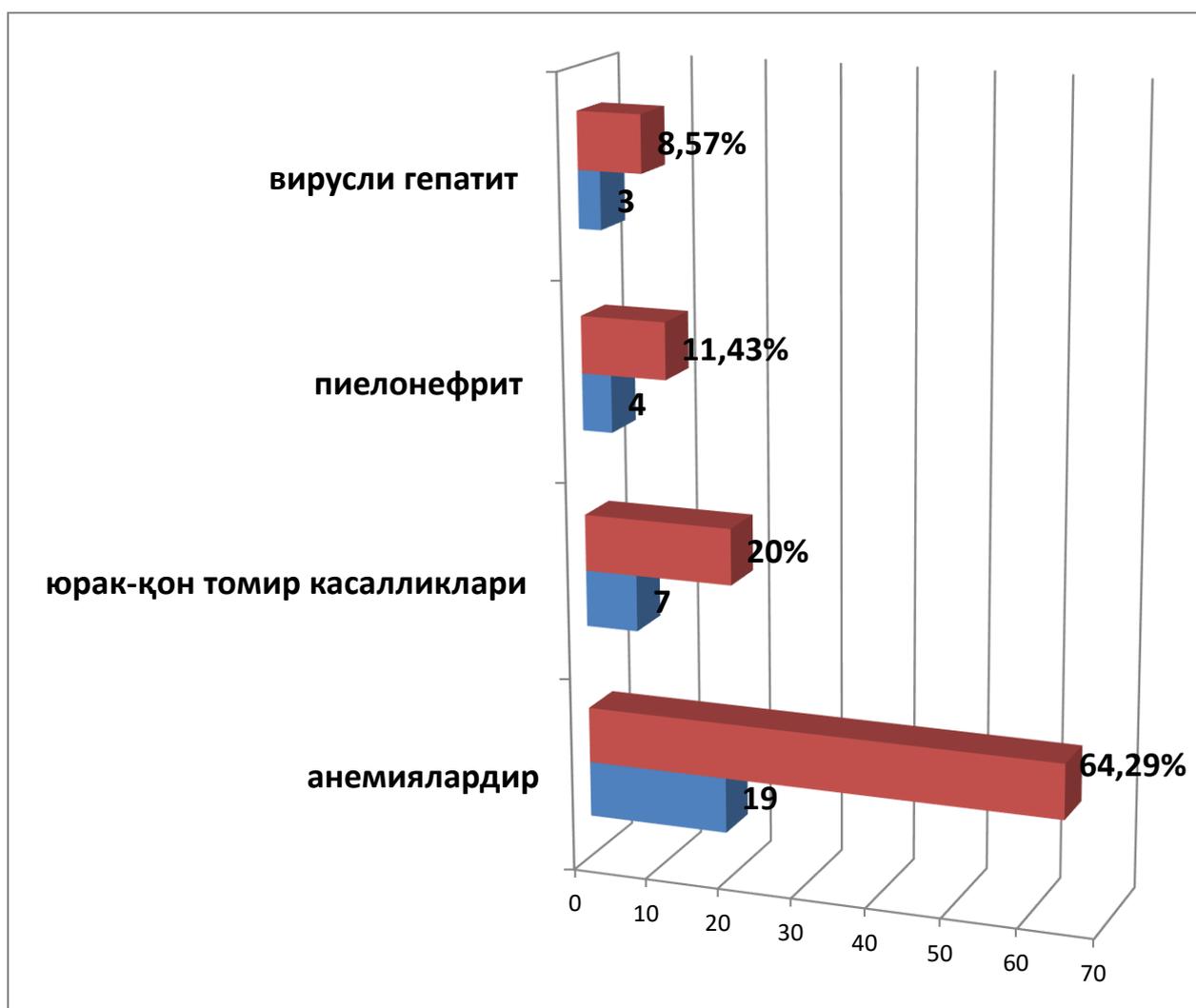
Диаграмма №1



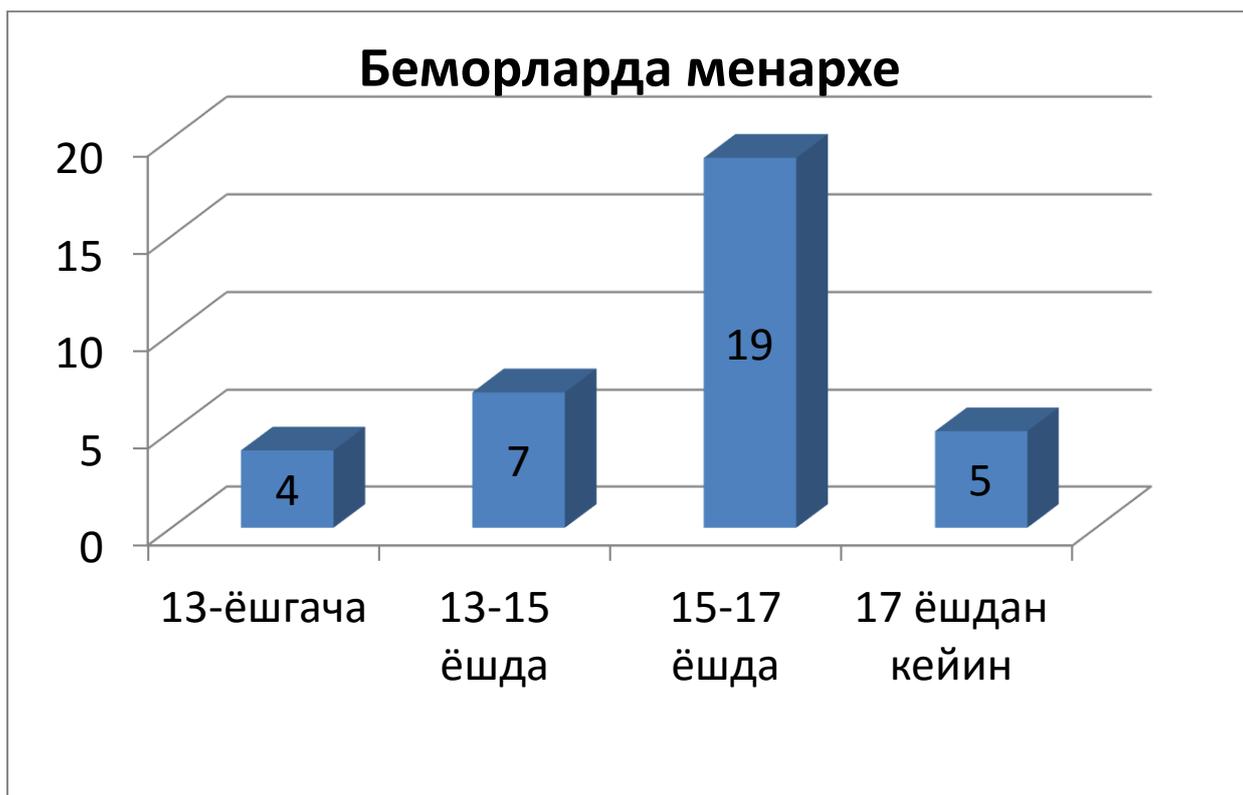
Текширилган беморларнинг 33 нафарида (94,29%) экстрагенитал касалликлар аниқланган бўлиб, улар орасида энг кўп учрайдигани - анемиялардир (64,29%), юрак-қон томир касалликлари - 7 беморда (20%), пиелонефрит - 4 беморда (11,43%) ва вирусли гепатит - 3 беморда (8,57%) аниқланди.

Диаграмма

№2



Беморларнинг анамнези ўрганилганда, уларда ҳайз циклининг неча ёшдан бошланганига эътибор қилинди.



Расм 1 Кузатилган. Беморларнинг 4 нафарида менархе (биринчи ҳайз кўриш) 13 ёшгача бўлган, 7 нафарида 13-15 ёш оралиғида, 19 нафарида 15-17 ёш оралиғида ва 5 нафарида 17 ёшдан кейин.

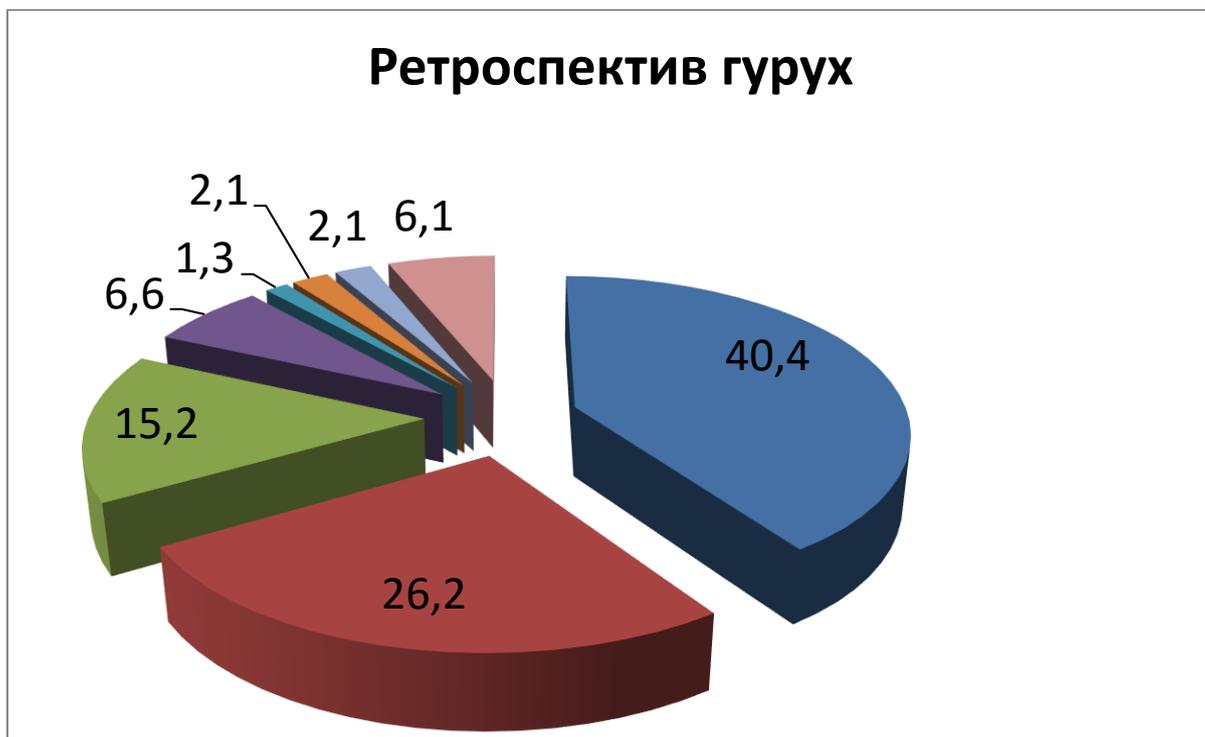
**Эндометриоз касаллиги билан касалланган беморларда аниқланган қўшимча патологиялар**

Жадвал № 4

Қўшимча касалликлар	%
Сурункали эндометрит	27,8%
Тухумдон паталогияси	38,2%
Бачадон бўйни эрозияси	13,3%
Бачадон миомаси	7,7%
TORCH	6,5%
Буйрак касалликлари	2,4%
Диффуз токсик буқоқ	2,2%
Симптоматик гипертензия	2,0%

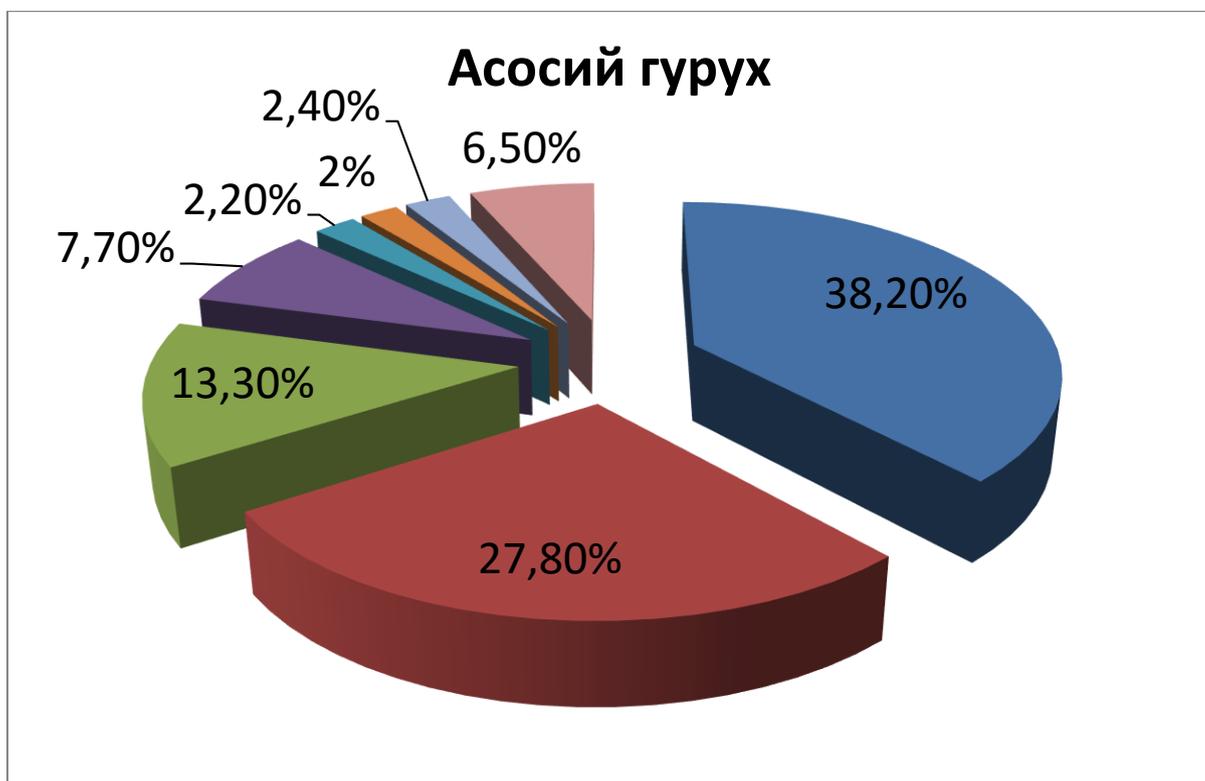
Эндометриоз касаллиги билан касалланган беморларда аниқланган кўшимча патологиялар куйидаги диаграммаларда кўрсатилган:

Диаграмма №4



Расм 1

Диаграмма №5



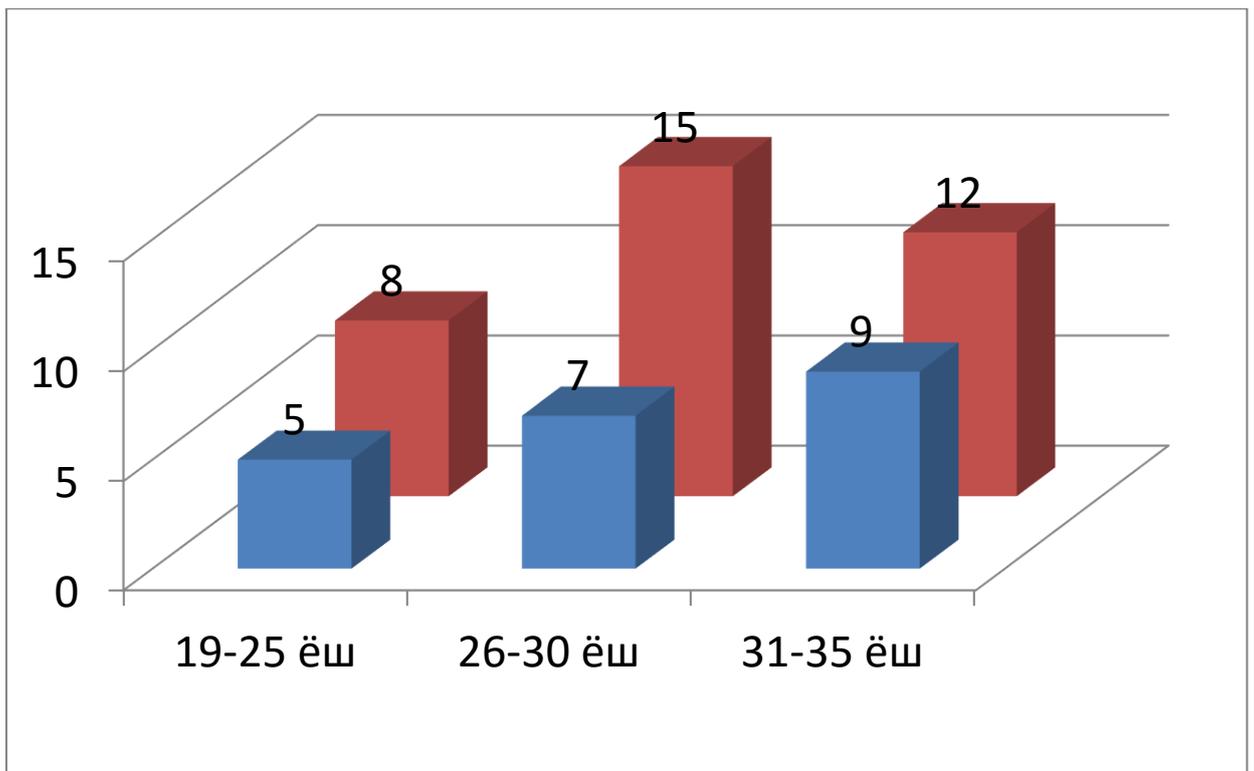
Расм 2

Бу ерда асосий гуруҳдаги беморларни оладиган бўлсак: сурункали эндометрит 27.8%, тухумдон патологияси 38.2%, бачадон бўйни эрозияси 13.3%, бачадон миомаси 7.7%, TORCH инфекция билан 6.5%, буйрак касалликлари 2.4%, диффуз токсик буқоқ 2.2%, симптоматик гипертензия 2% Бундай беморларда УТТ рутин текшириш сифатида албатта ўтказилди. Шунингдек, бошқа мутахасислар кўриги ташкил қилинди. Кўп ҳолатларда дастлабки тахминий диагноз тасдиқланди.

Беморларнинг ёши 19 ёшдан 35 гача бўлиб, ўртача  $31,69 \pm 1,10$  ни ташкил этди. Беморларнинг ёш бўйича тақсимланиши қуйидаги гистограммада кўрсатилган.

Диаграмма №6

**Беморларнинг ёш бўйича тақсимланиши**



Ретроспектив гуруҳ

Асосий гуруҳ

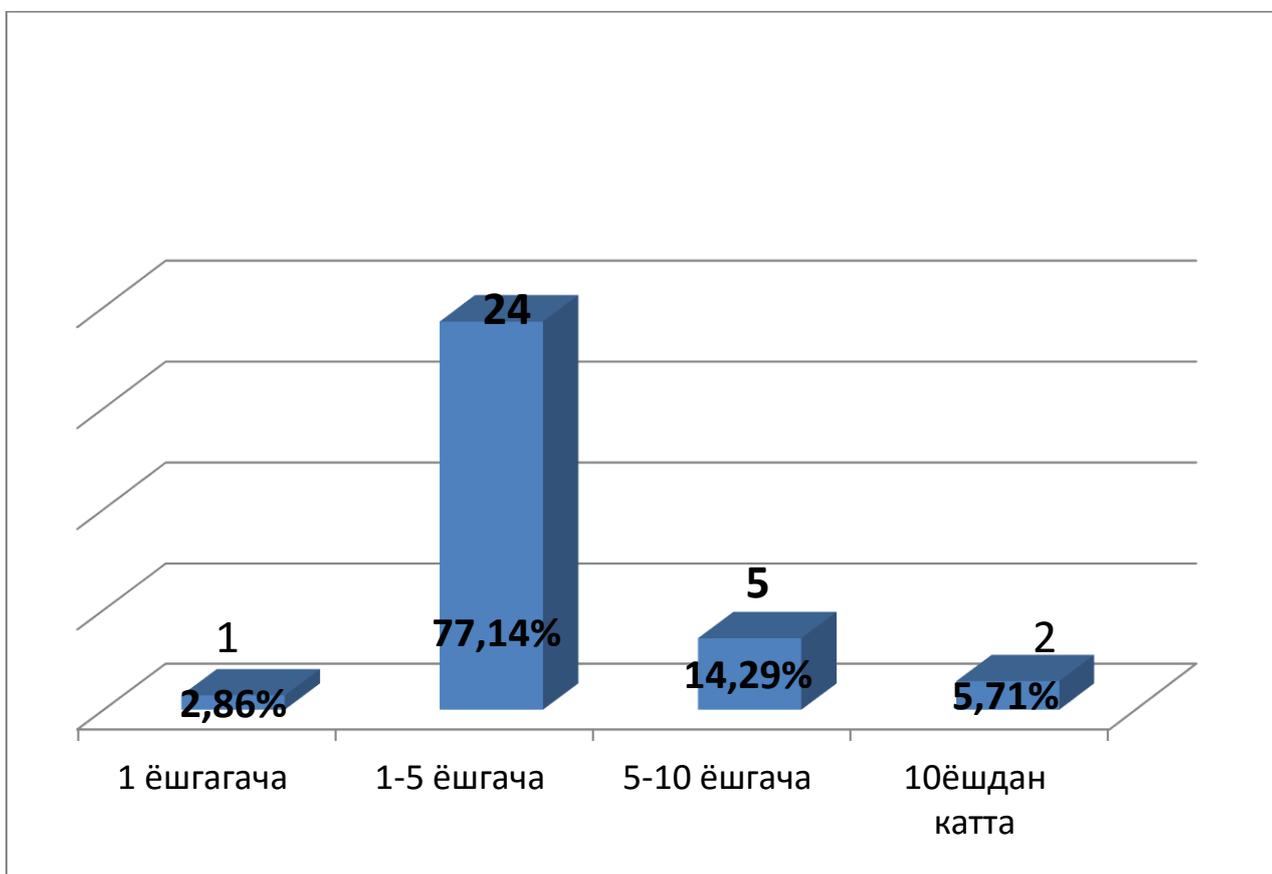
Расм 3

Беморларнинг барчаси фертил ёшдаги беморлардир. Ретроспектив гуруҳда 30-35 ёшдаги беморлар кўпчиликни ташкил этгани ҳолда, асосий гуруҳда касаллик 25-30 ёш оралиғида энг кўп диагностика қилинган. Бу яна бир эндометриоз диагностикаси анча яхшиланганини, унинг бирмунча эртароқ аниқлана бошланганидан далолат беради.

Касалликнинг давомийлиги тўғрисидаги маълумотлар куйидаги гистограммада келтирилган:

Диаграмма №7

### Касалликнинг давомийлиги



Расм 4

Беморларнинг 77,14% ида касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача бўлган.

Локализациясига қараб, касалликнинг клиник формаси қуйидаги жадвалда батафсил баён этилган.

*Жадвал №5. Локализациясига қараб касалликнинг клиник формаси.*

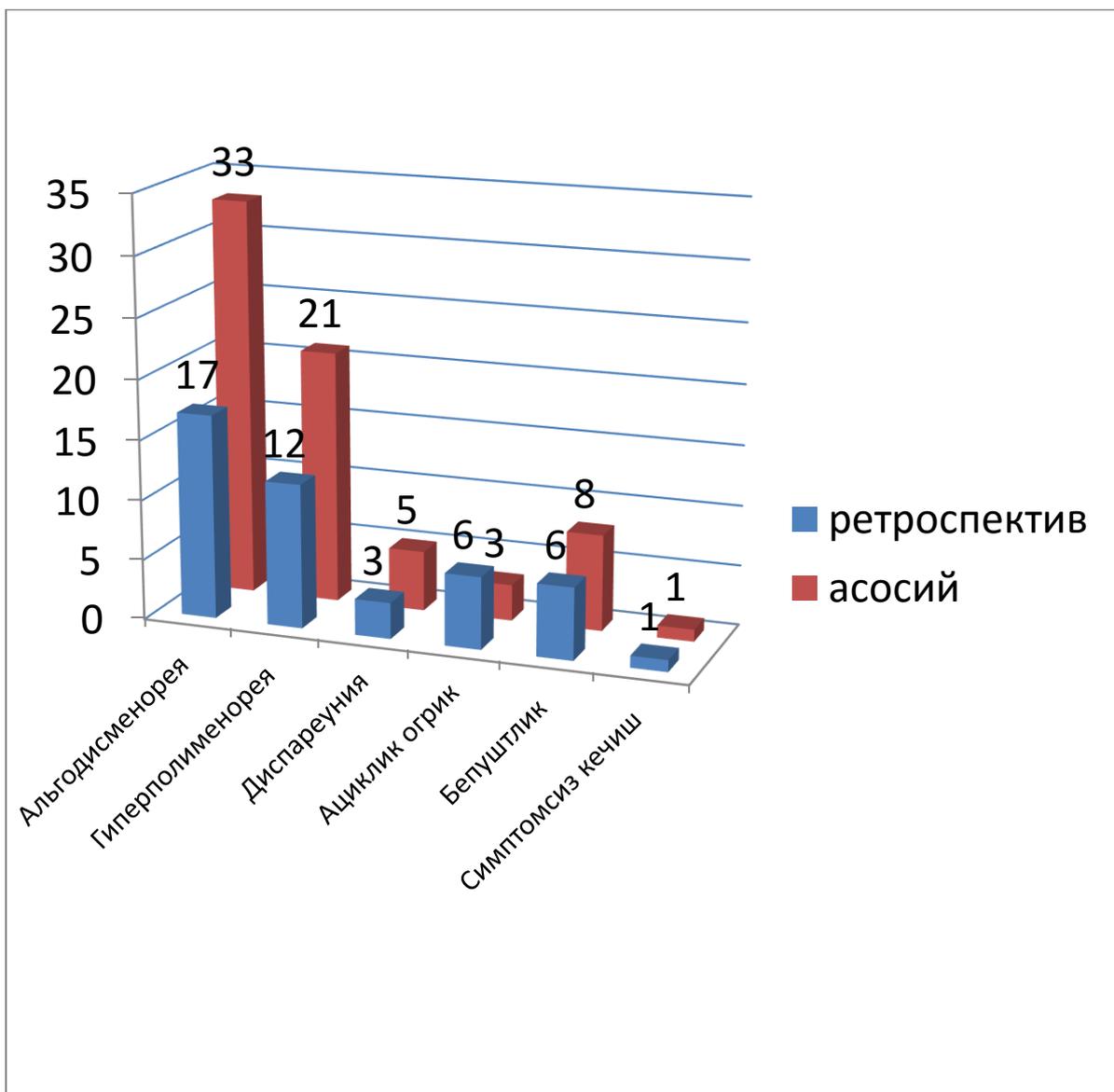
№	Касаллик формаси	Ретроспектив гуруҳ		Асосий гуруҳ	
		Сони	%	Сони	%
1	Аденомиоз	9	42,86	17	48,57
2	Най эндометриози	5	23,81	11	31,43
3	Тухумдон эндометриози	1	4,76	4	11,43
4	Ретроцервикал эндометриоз	2	9,52	1	2,86
5	Қорин бўшлиғи эндометриози	1	14,28	2	5,71
6	Кенг боғлама эндометриози	1	4,76		
	Жами	21	100%	35	100%

Эндометриоз клиник формалари орасида биринчи ўринда бачадон эндометриози туради, у ҳар иккала гуруҳда мос равишда 42,86% ва 48,57% ни ташкил этган. Иккинчи ўринда эса най эндометриози туради. У 23,81% ва 31,43% ни ташкил этади. Эндометриоз билан бирга келувчи бепуштлиқ сабаби айнан шу нарса билан изоҳланади. Тухумдон эндометриози ретроспектив гуруҳда жуда кам диагностика қилинган (4,76%). Асосий гуруҳда эса у 4 та беморда аниқланган бўлиб, 11,43% ни ташкил этган. Эндометриознинг бошқа турлари - қорин бўшлиғи формаси ва ретроцервикал эндометриозлар ҳар иккала гуруҳда ҳам кам учраган. Экстрагенитал эндометриоз бизнинг текширишларимизда қайд этилмади.

Эндометриознинг клиник намоён бўлиши ҳақидаги маълумотлар қуйидаги гистограммада келтирилган:

### Эндометриознинг симптоматологияси

Диаграмма №8



Гистограммадан кўришиб турганидек, эндометриознинг энг етакчи белгиси альгодисменорея бўлиб, у ретроспектив ва асосий гуруҳларда мос равишда 80,95% ва 88,57% беморларда кузатилган. Иккинчи ўринда полименорея, кўп миқдордаги давомли менструация бўлиб, у 57,14-60% беморларда кузатилади. Учраши жиҳатдан учинчи ўринда турувчи симптом -

бу бепуштлик бўлиб, ҳар иккала гуруҳда мос равишда 28,57% ва 22,85% ни ташкил этган.

Эндометриознинг симптомсиз кечиш ҳоллари бизнинг текширишларимизда ниҳоятда кам кузатилди.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, айрим симптомлар эндометриознинг алоҳида клиник формалари учун хосдир. Масалан, диспареуния ретроцервикал эндометриознинг асосий белгиси бўлиб, оғрик интенсивлиги ҳам анча кучли бўлади. Қорин пастида ациклик оғрик эса қорин бўшлиги ва кенг боғлама эндометриози, баъзан аденомиозда кузатилади. Бепуштлик тухумдон ва най эндометриозида кўп учровчи симптом ва асоратдир.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, асосий гуруҳда беморларнинг 15 нафари хирургик даволанган бўлиб, операцияга кўрсатмалар қуйидагича бўлган.

Жадвал №6. Эндометриозни оператив даволашга курсатмалар.

№	Операцияга кўрсатмалар	Ретроспектив гуруҳ (n=21)	Проспектив гуруҳ (n=35)
1	Кучли ифодаланган оғрик синдроми	7 (33,33%)	10(28,57%)
2	Гиперполименорея	4(19,05%)	7 (20,0%)
3	Бепуштлик	5(23,81%)	5 (14,29%)
4	Бошқа гинекологик касалликлар	-	2(5,71%)
	Жами беморлар сони	13 (60,9%)	15 (42,86%)

Ўтказилган операциялар ҳажми тўғрисидаги маълумот ушбу жадвалда кўрсатилган:

## Эндометриозни хирургик даволаш.

Жадвал №7

№	Операция ҳажми	Ретроспективг гурух (n=21)	Проспектив гурух (n=35)	P
1	Бачадон экстирпацияси	4(19,05%)	3 (8,57%)	<0,005
2	Бачадон қин усти ампутацияси	2 (9,52%)	3 (8,57%)	-
3	Бачадон ортиқларини олиб ташлаш	7 (33,33%)	4(11,43%)	<0,001
4	Тухумдон резекцияси	-	3 (8,57%)	
5	Тубэктомия	-	2(5,71%)	
	Жами беморлар сони	13 (60,9%)	15 (42,86%)	<0,005

Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, оператив даволаш улуши проспектив гуруҳда сезиларли даражада камайган, яъни 6,0,9% дан 42,86% га тушган ( $P < 0,005$ ). Шу билан бирга, операциялар ҳажми ҳам бутунлай ўзгарган. Ретроспектив гуруҳда радикал операциялар - бачадон экстирпацияси, бачадон ортиқларини олиб ташлаш кабилар сони илмий ишончли тарзда баланд (мос равишда  $P < 0,005$  ва  $P < 0,001$ ). Айни пайтда хирургик жиҳатдан анча «аёвчи» (ёки «тежамли») операциялар - тухумдон резекцияси ва тубэктомия проспектив гуруҳда жами 5 нафар беморга қўлланилган. Ретроспектив гуруҳда бу операциялар биронта беморга қилинмаган.

Асосий гуруҳда биз касалликнинг вақтлироқ аниқланганлиги, кўпчилик аёлларнинг репродуктив ёшда эканлигини ҳисобга олиб, консерватив даволашга кўпроқ эътибор бердик. Негаки оператив даволаш кўпгина ҳолларда бепуштлиқни баргараф этмайди, чандиқли

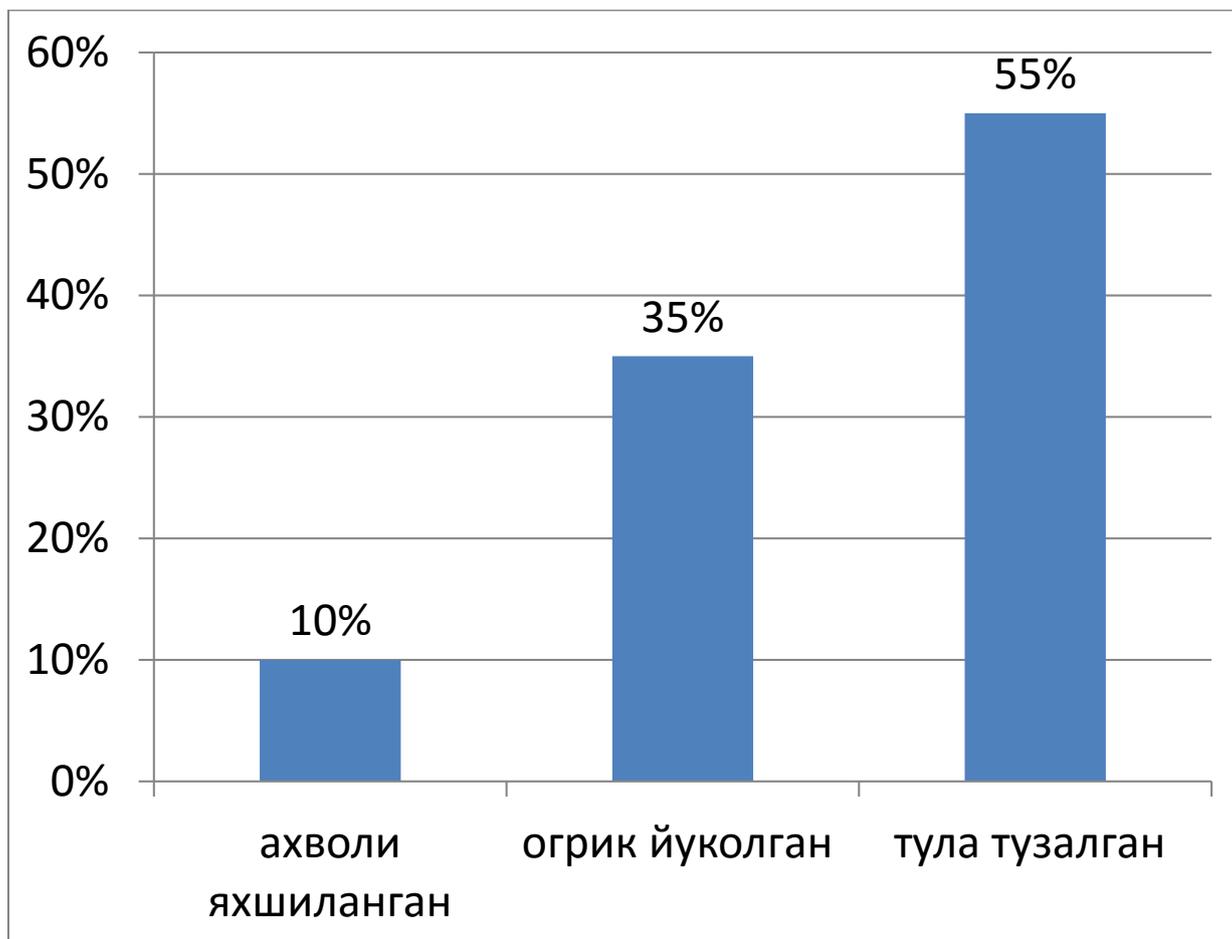
жараёнларни янада кучайтиради ва бир қатор постоперацион асоратларга ҳам сабаб бўлади.

Консерватив терапия учун энг маъкул препаратлар, адабиётлар шарҳида баён этилганидек, гонадолиберин аонистлари - бусерелин, нафарален, госерелин ва бошқалардир. Аммо афсуски, бу дорилар ҳозирча бизда сотувда йуқ. Шу боис, биз эффективликда улардан қолишмайдиган, ҳозирги пайтда кенг кўламда амалда қўлланилаётган визанна препаратиниқўлладик ва самарадорлигини ўргандик.

Визанна препарати 2мг дан кунига 1 маҳал ҳар куни бир хил вақтда узлуксиз 6 ой давомида қўлланилади. Бу препаратни ҳайз циклининг хоҳлаган кунидан бошлаб бериш мумкин. Касалликинг оғирлик даражасига қараб, даволаш курси 3 ойдан 6 ойгача давом эттирилди. Визанна асосий гуруҳдаги аёлларнинг 20 нафарида, ретроспектив гуруҳда эса 9 нафар аёлда ишлатилган. Асосий гуруҳдаги 20 нафар беморда визанна билан даволашнинг самарадорлиги қуйидаги гистограммада кўрсатилган.

Диаграмма №9

**Эндометриозни консерватив даволаш натижаси**



Расм 6

Мазкур даволаш курси беморнинг аҳволи ўзгаришсиз қолган ҳоллар кузатилмади. 55% беморда тўлиқ соғайиш рўй берди. Беморларнинг 1/3 қисмида эндометриоз ўчоғи сақланиб қолган бўлсада, оғриқ синдроми бутунлай йўқолди. Фақат 10% беморда оғриқ синдроми сақланиб қолди. аммо уларнинг ҳам аҳволида яхшиланиш кузатилди.

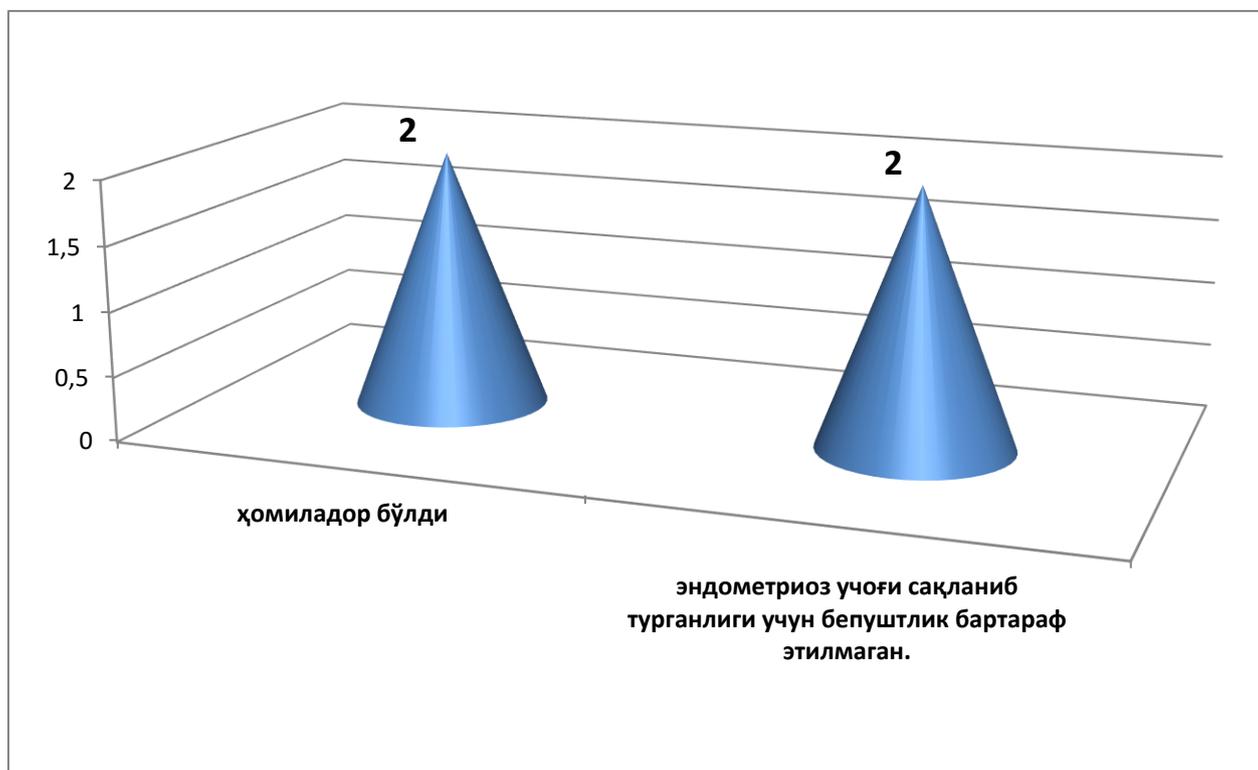
Визаннининг ножужа таъсирлари ҳақида гапириладиган бўлса, фақат 2 нафар беморда даволаш бошида гиперполименорея ва бош оғриғи кузатилди. Уни бартараф этиш учун симптоматик даво олиб борилди. Шундан кейинги ойлардаги ҳайз кўриш мўътадил кечди.

2013 йилда даволанган 14 бемордан 4 нафарида бепуштлик бор эди. Даволаш курси тугагандан кейинги бир йил ичида улардан 2 нафари хомиладор бўлди ва ҳозирги пайтда кузатув остида. Қолган 2 тасида

эндометриоз учоғи сақланиб турганлиги учун бепуштлик бартараф этилмаган.

Диаграмма №10

*Даводан кейин бир йил ичида.*



#### IV БОБ. ОЛИНГАН НАТИЖАЛАР МУХОҚАМАСИ

Эндометриоз касаллигининг бизнинг минтақамиздаги учраш кўрсаткичи асосий гуруҳдаги маълумотларга қараганда, барча гинекологик касалликларнинг 2,2% ини ташкил этади. Касалликни диагностика қилиш яхшилангани боис, асосий гуруҳда эндометриознинг касалликлар структурасидаги улуши ретроспектив гуруҳдагига нисбатан 1,5 баравар кўпайган. Диагностиканинг яхшиланиши эндометриозга шубҳа қилинган беморларни рутин равишда УТТ дан ўтказиш, лапароскопия қилиш, СА-154 синамасинн қўйиш ва тўлиқ клиник-лаборатор текширишдан ўтказиш билан боғлиқ.

Беморларнинг ёши 19 ёшдан 35 гача бўлиб, ўртача  $27,6 \pm 4,1$  ни ташкил этди. Бу нарса эндометриоз асосан фертил ёшда учрашини кўрсатади. Бу нарса аёлларнинг репродуктив функциясига, меҳнат фаолиятига ва ниҳоят, ҳаёт сифатига ниҳоятда ёмон таъсир кўрсатади.

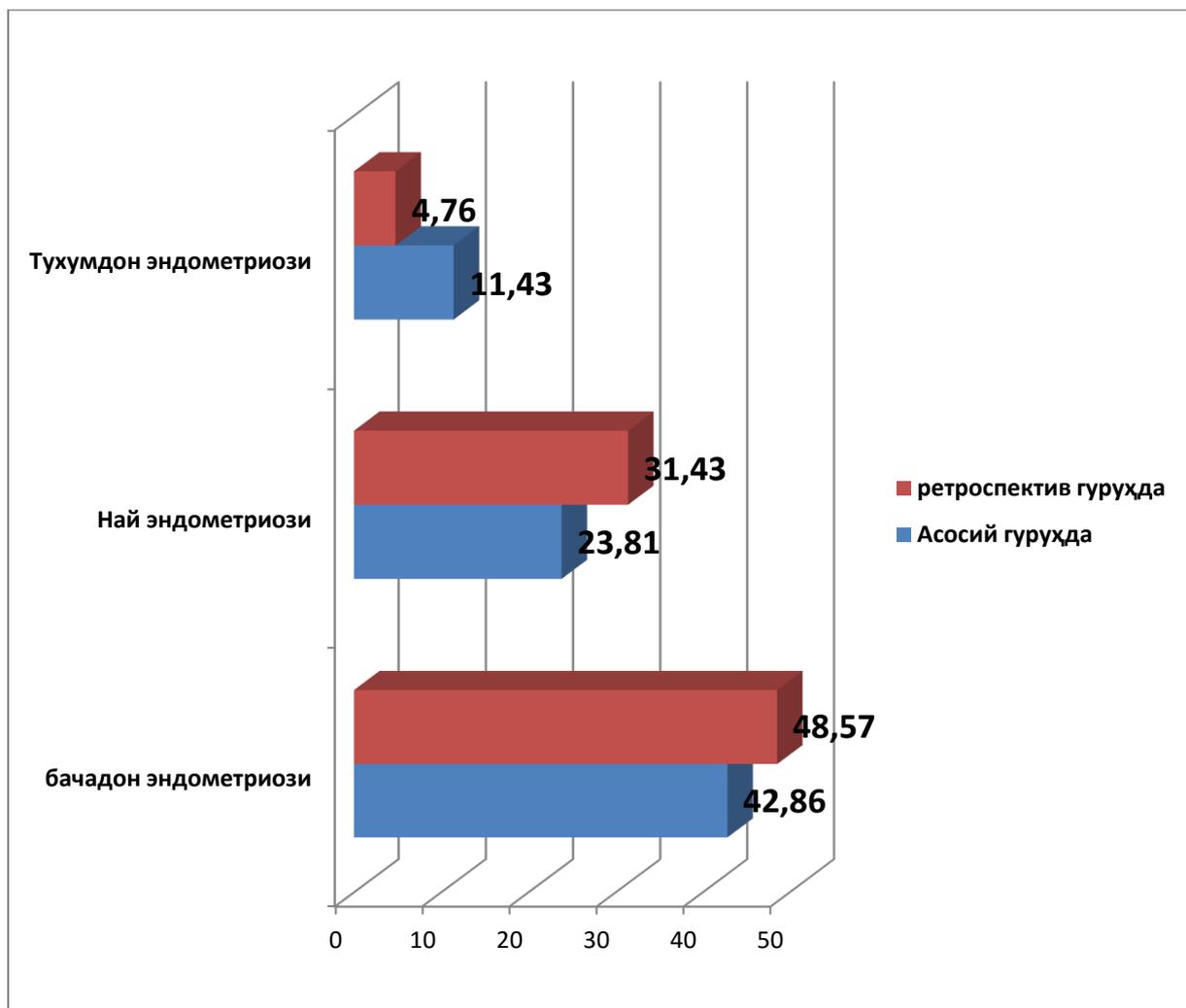
Беморларнинг 77,14% ида касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача бўлган.

Биз эндометриознинг турли клиник формаларини учрашини ҳам ўргандик. Улар орасида биринчи ўринда бачадон эндометриози, ёки аденомиоз туради, уҳар иккала гуруҳда мос равишда 42,86% ва 48,57% ни ташкил этган. Най эндометриози тарқалиши жиҳатдан иккинчи ўринда туради. У иккала гуруҳда 23,81% ва 31,43% ни ташкил этади. Эндометриоз билан бирга келувчи бепуштлиқ сабаби айнан шу нарса билан изоҳланади. Тухумдон эндометриози ретроспектив гуруҳда жуда кам диагностика қилинган (4,76%). Асосий гуруҳда эса у 4 та беморда аниқланган бўлиб, 11,43% ни ташкил этган.

Жадвал №8

	Асосий гуруҳда	ретроспектив гуруҳда
бачадон эндометриози	42,86%	48,57%
Най эндометриози	23,81%	31,43%
Тухумдон эндометриози	11,43	4,76

Диаграимма №11



Эндометриознинг бошқа турлари - қорин бўшлиғи формаси ва ретроцервикал эндометриозлар ҳар иккала гуруҳда ҳам кам учраган. Экстрагенитал эндометриоз бизнинг текширишларимизда қайд этилмади.

Эндометриознинг клиник кечиши хусусиятлари ўрганилганда унинг асосий симптомлари альгодисменорея, гиперполименорея, бепуштлик, қорин пастида ациклик оғрик, диспареуния кабилар эканлиги аниқланди.

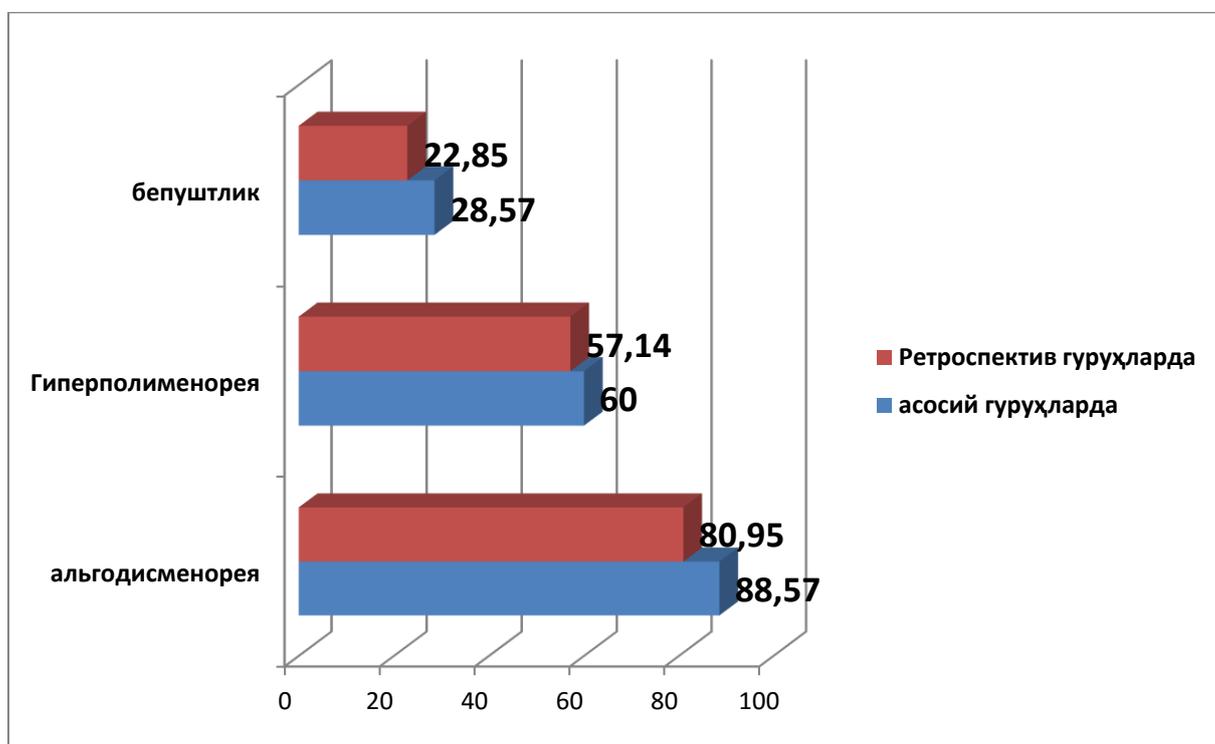
Эндометриознинг энг етакчи белгиси альгодисменорея бўлиб, у ретроспектив ва асосий гуруҳларда мос равишда 80,95% ва 88,57% беморларда кузатилган.

Гиперполименорея жами текширилган беморларнинг 57,14-60% ида кузатилди. Учраши жиҳатдан иккинчи ўринда турувчи симптом - бу бепуштлик бўлиб, ҳар иккала гуруҳда мос равишда 28,57% ва 22,85% ни ташкил этган.

№9

	асосий гуруҳларда	Ретроспектив гуруҳларда
альгодисменорея	88,57%	80,95%
Гиперполименорея	60%	57,14%
бепуштлиқ	28.57%	22.85%

Диаграмма № 12



Эндометриознинг симптомсиз кечиши ҳоллари бизнинг текширишларимизда ниҳоятда кам кузатилди. Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, альгодисменорея, гиперполименорея, диспареуния ва бепуштлиқ билан келган аёлларнинг ҳаммасини ҳар эҳтимолга қарши, эндометриоз учун ҳам текшириш мақсадга мувофиқдир. Бу нарса касалликни эрта муддатда диагностика қилишга ёрдам беради.

Турли даврларда эндометриознинг самарали даволаш усуллари ҳақида бахс-мунозаралар бўлиб ўтган. 90-йилларнинг охиригача энг эффектив даво сифатида хирургик даво тан олиниб келинган. Гормонал ва симптоматик терапиялар эса альтернатив чора-тадбирлар бўлиб ҳисобланган.

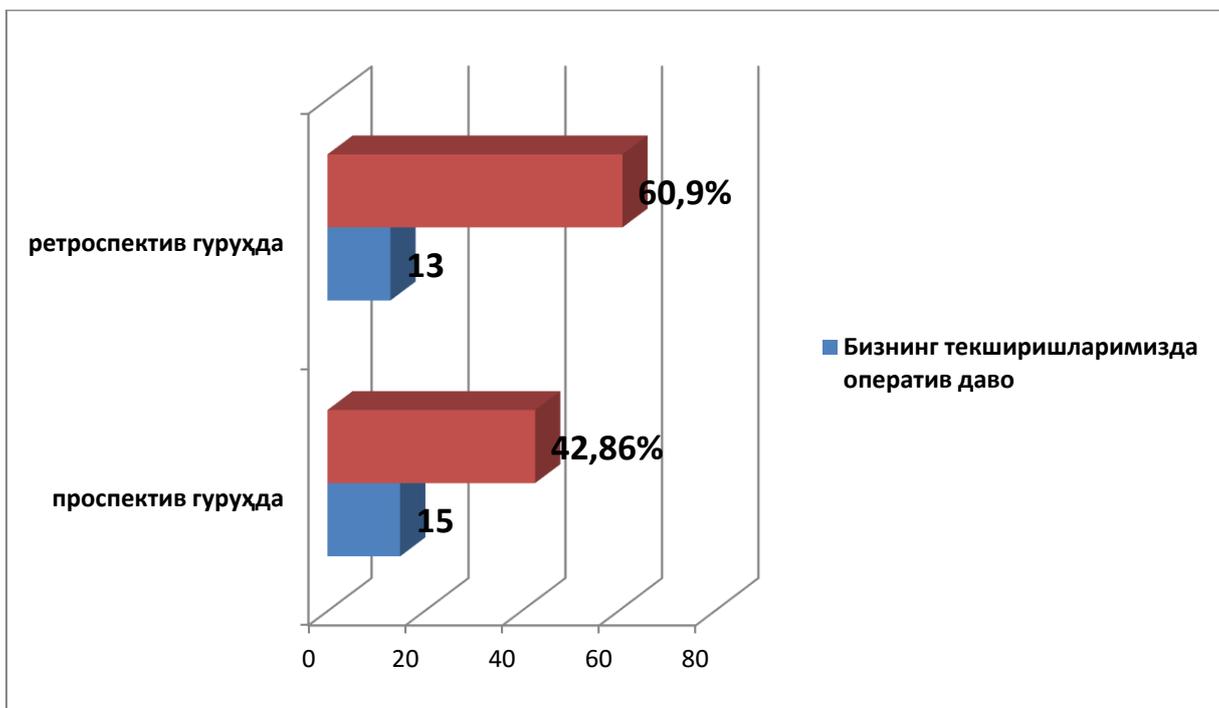
Кейинги ўн йилликлар давомида самарали ва хавфси зпрогестин препаратлари ихтиро этилди ва улар эндометриозни даволашда ишлатиб кўрилди. Бугунги кунга келиб, энг мақсадга мувофик, терапия медикаментоз ва гормонал терапия ҳисобланади. Танланган даво усули гонадолиберин агонистлари ва визанна билан даволашдир.

Бизнинг текширишларимизда оператив даво ретроспектив гуруҳда 13(60,9%) беморда, проспектив гуруҳда эса 15 (42,86%) беморда бажарилган.

Жадвал №10

	проспектив гуруҳда	ретроспектив гуруҳда
оператив даво	15 (42,86%)	13 (60,9%)

Диаграмма №13



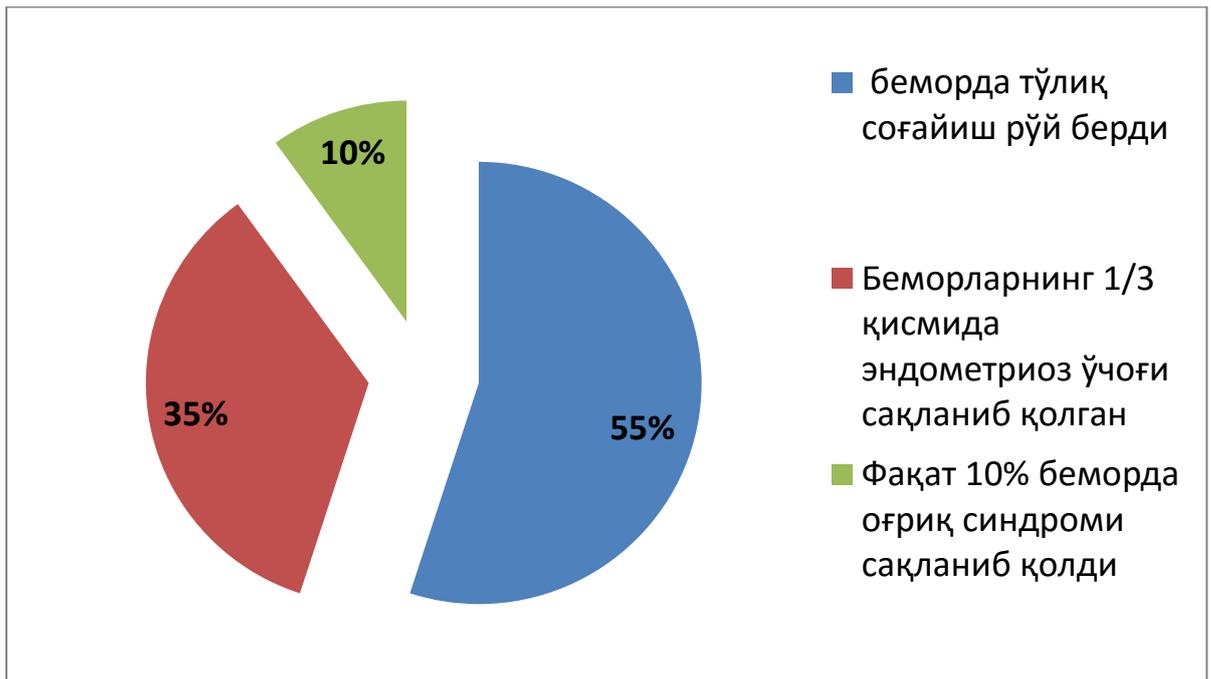
Оператив даволаш улуши проспектив гуруҳда сезиларли даражада камайган ( $P < 0,005$ ). Шу билан бирга, операциялар ҳажми ҳам бутунлай ўзгарган. Ретроспектив гуруҳда радикал операциялар бачадон экстирпацияси, бачадон ортиқларини олиб ташлаш кабилар сони илмий ишончли тарзда баланд (мос равишда  $P < 0,005$  ва  $P < 0,001$ ). Айни пайтда хирургик жиҳатдан анча «аёвчи» операциялар - тухумдон резекцияси ва тубэктомия проспектив гуруҳда жами 5 нафар беморга қўлланилган. Ретроспектив гуруҳда бу операциялар биронта беморга қилинмаган.

Биз ўз тадқиқотимизда консерватив терапияга катта эътибор қаратдик ва бунинг учун визанна препаратини қўлладик. Даволаш кутилган натижаларни берди. Даволаш курси беморнинг аҳволи ўзгаришсиз қолган ҳоллар кузатилмади. 55% беморда тўлиқ соғайиш рўй берди. Беморларнинг 1/3 қисмида эндометриоз ўчоғи сақланиб қолган бўлсада оғриқ синдроми бутунлай йўқолди. Фақат 10% беморда оғриқ синдроми сақланиб қолди, ammo уларнинг ҳам аҳволида яхшиланиш кузатилди.

Жадвал №11

1	55% беморда тўлиқ соғайиш рўй берди
2	Беморларнинг 35% беморда эндометриоз ўчоғи сақланиб қолган
3	Фақат 10% беморда оғриқ синдроми сақланиб қолди

Диаграмма №14



Визаннининг ножуя таъсирлари ҳақида гапириладиган бўлса, фақат 2 нафар беморда даволаш бошида гиперполименорея кузатилди. Уни бартараф этиш учун симптоматик даво ўтказилди. Шундан кейинги ойлардаги ҳайз кўриш муътадил кечди. 2013 йилда даволанган беморлардан икки нафарида бепуштлик барҳам топди, улар ҳозир ҳомиладор ва антенатал кузатувда. Бундай натижалар ҳали яна кузатилишига умид боғлашга асос бор.

Шундай қилиб, визанна билан даволаш айниқса бепуштлик билан асоратланган эндометриозни даволашда ниҳоятда қўл келади. Визанна овуляцияни тўхтатиши мумкин, лекин контрацепция мақсадида қўлланилмайди.

## Хотима

1. Биринчи сон туғруқ мажмуасининг гинекология бўлимида 2011-2014 йил давомида эндометриоз касаллиги билан ётиб даволанган жами 56 бемор ўрганилди. Улардан 21 нафари 2011-2012 йилларда ётиб даволанган беморлар бўлиб, улар касаллик тарихлари асосида ретроспектив ўрганилди.

2. 35 нафар бемор эса асосий гуруҳни ташкил этди. Улар 2013 йил январь ойидан 2014 йил декабрь ойигача стационар даволанишда бўлган ва проспектив ўрганилган.

3. Самарқанд вилоятида 2011-2015 йиллар мобайнида эндометриоз касаллиги билан ётиб даволанганлар сони жами 222 та беморни ташкил қилган.

4. Асосий гуруҳда жами 35 та бемор текширилган бўлиб, улардан 19 нафари (54,3%) қишлоқ аҳолиси, 16 таси (45,7%) эса шаҳарликлардир.

5. Эндометриоз касаллиги билан касалланган беморларда аниқланган қўшимча патологиялар: сурункали эндометрит 27.8%, тухумдон патологияси 38.2%, бачадон бўйни эрозияси 13.3%, бачадон миомаси 7.7%, TORCH инфекция билан 6.5%, буйрак касалликлари 2.4%, диффуз токсик буқоқ 2.2%, симптоматик гипертензия 2%.

6. Текширилган беморларнинг 33 нафарида (94,29%) экстрагенитал касалликлар аниқланган бўлиб, улар орасида энг кўп учрайдигани - анемиялардир (64,29%), юрак-қон томир касалликлари - 7 беморда (20%), пиелонефрит - 4 беморда (11,43%) ва вирусли гепатит - 3 беморда (8,57%) аниқланди.

7. Беморларнинг 4 нафарида менархе (биринчи ҳайз кўриш) 13 ёшгача бўлган, 7 нафарида 13-15 ёш оралиғида, 19 нафарида 15-17 ёш оралиғида ва 5 нафарида 17 ёшдан кейин.

8. Оператив даволаш улуши проспектив гуруҳда сезиларли даражада камайган, яъни 6.0,9% дан 42,86% га тушган ( $P < 0,005$ ).

9. Беморларнинг 77,14% ида касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача бўлган.

10. 55% беморда тўлиқ соғайиш рўй берди. Беморларнинг 1/3 қисмида эндометриоз ўчоғи сақланиб қолган бўлсада, оғриқ синдроми бутунлай йўқолди. Фақат 10% беморда оғриқ синдроми сақланиб қолди. аммо уларнинг ҳам аҳволида яхшиланиш кузатилди.

### Хулосалар

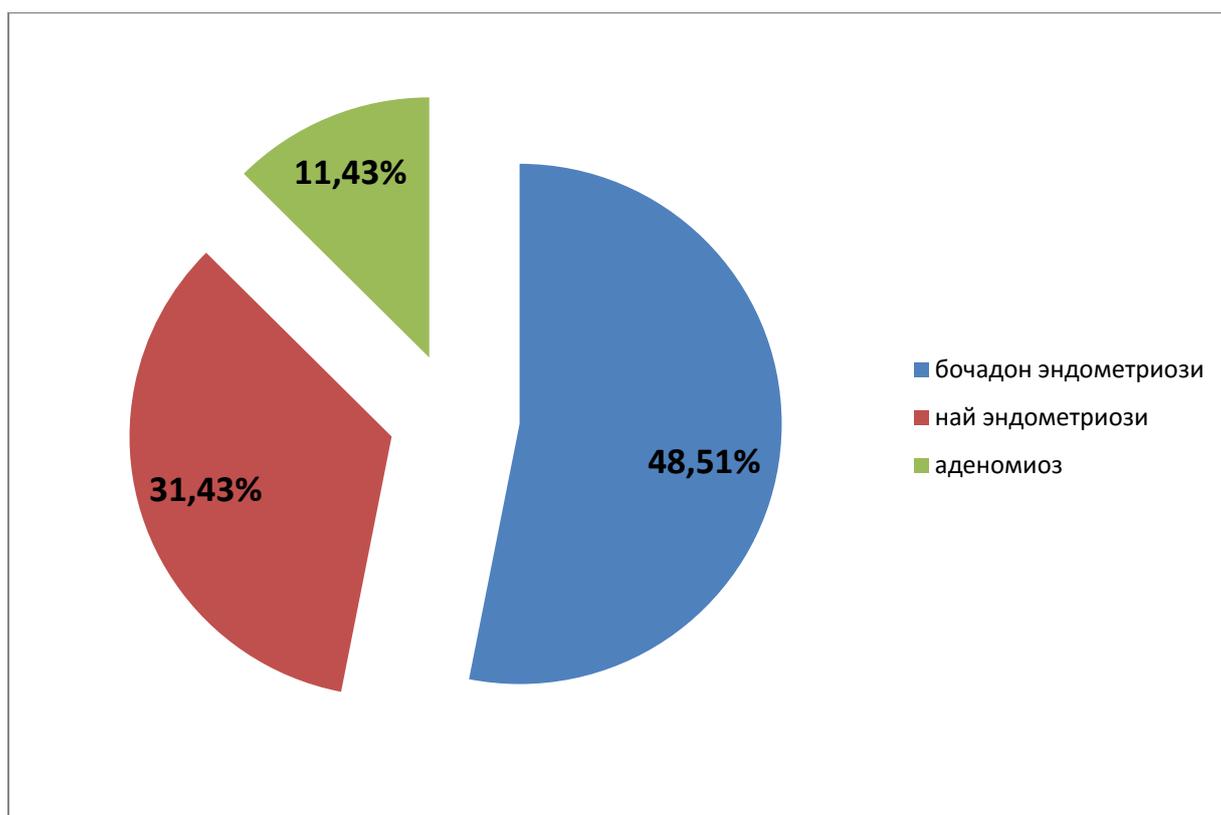
1. Эндометриоз касаллиги анча кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, гинекологик касалликлар структурасида 2,2% ни ташкил этади. Касаллик репродуктив ёшда учрайди.

2. Тарқалиши бўйича биринчи ўринда бочадон эндометриози (48,57%), иккинчи ўринда най эндометриози (31,43%), с аденомиоз (11,43%) туради. Ретроцервикал эндометриоз, қорин бўшлиғи ва кенг боғлама эндометриози кам учрайди.

Жадвал №12

биринчи ўринда	бочадон эндометриози	48,57%
иккинчи ўринда	най эндометриози	31,43%
учинчи ўринда	аденомиоз	11,43%

Диаграмма №15



1. Эндометриознинг энг асосий белгиси альгодисменорея бўлиб, у ретроспектив ва асосий гуруҳларда мос равишда 80,95% ва 88,57% беморларда кузатилган. Учраши жиҳатдан иккинчи ўринда турувчи симптом - бу гиперполименорея бўлиб, ҳар иккала гуруҳда мос равишда 57,14% ва 60% ни ташкил этди. Эндометриознинг симптомсиз кечиши ҳоллари бизнинг текширишларимизда ниҳоятда кам кузатилди.

2. Эндометриозни консерватив даволашда визанна препарати юқори даражада самара беради. Беморларнинг 55% ида тўла тузалиш рўй берди, бепуштлиқ асорати 2 та ҳолатда бартараф этилди. Беморларнинг 1/3 қисмида оғриқ синдроми йўқолди, қолган беморларнинг умумий аҳволида яхшиланиш кузатилди.

3. Эндометриозни хирургик даволашга кўрсатмалар - кучли ифодаланган оғриқ синдроми, консерватив терапиянинг самарасизлиги, оператив даво талаб қилувчи бошқа гинекологик касалликлардир. Оператив даволаш

ретроспектив гуруҳда 60,9%, проспектив гуруҳда эса 42,86% беморда қўлланилди.

Оператив даволаш

Жадвал №13

ретроспектив гуруҳда	60,9%,
проспектив гуруҳда	42,86%

## Амалий тавсиялар

1. Альгодисменорея, диспареуния шикояти билан келган беморларнинг барчасида эндометриозга шубҳа қилиниши ва батафсил текшириш ўтказилиши лозим. Текшириш усулларида УТТ, лапароскопия ва СА- 125 синамаси қўлланилиши мумкин. Энг ишончли диагностик усул - лапароскопиядир.

2. Касалликни даволашни консерватив терапиядан бошлаш мақсадга мувофиқдир. Визанна (Диенгест) 2мг юқори даражада самарали препаратлардан биридир. Визанна препарати 2мг дан кунига 1 маҳал ҳар куни бир хил вақтда узлуксиз 6 ой давомида қўлланилади. Бу препаратни ҳайз циклининг хоҳлаган кунидан бошлаб бериш мумкин. Касаллиқнинг оғирлик даражасига қараб, даволаш курси 3 ойдан 6 ойгача давом эттирилиши лозим. Даволаш эффекти динамик УТТ да эндометриоз ўчоғининг кичиклашуви, шунингдек, касаллик симптомларининг йуқолишига қараб баҳоланади.

3. Эндометриозни хирургик даволашга кўрсатмалар куйидагилардир:

- ◆ Кучли ифодаланган оғрик синдроми,
- ◆ Гиперполименорея,
- ◆ Консерватив терапиянинг наф бермаслиги,
- ◆ Най деформацияси туфайли келиб чиқадиган бепуштлик.
- ◆ Эндометриознинг жарроҳлик аралашуви талаб этадиган бошқа касалликлар билан бирга келиши.

4. Эндометриознинг олдини олишда ҳайз гигиенасига риоя қилиш, ҳайз вақтида оғирликлар кутармаслик, операция вақтида эндометрий тўқимасининг операцион жароҳатга, қорин бўшлиғига ва бошқа жойларга тушишининг олдини олиш лозим бўлади.

## Фойдаланилган адабиётлар руйхати

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. -М.: Медицина, 1998.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. -Л.: Медицина, 1990.
3. Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. -2001. М.: Медицина.
4. 2000 болезней от А до Я. Справочник-путеводитель практикующего врача. Издательство ГЕОТАР медицина. Москва 1999.
5. Бурлеев В.А., Лец Н.И. Роль брюшины в патогенезе наружно- генитального эндометриоза. //Проблемы репродукции. -2001. №1. - С. 24-30.
6. Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н., Шабанов А.М. и соавт. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении больных аденомиозом //Акуш. и гинек. - 2003. -№1. -С. 34-37.
7. Ельцов-Стрельков В.И., Новоса З.П. Метод оперативного лечения внутреннего эндометриоза. //Тез.доклада VI съезда акуш-гинекол. РСФСР. -М., 1987, -С. 202-203.
8. Закирова Н.И., Хакимова О.К., Негмаджанов Б.Б. ва бошчалар. К вопросу об эндометриозе гениталия. //Вестник врача общей практики. - 1997, -№4, -С. 50-52.
9. Железнов Б.И., Стрйжаков А.Н. Генитальный эндометриоз. -1985. - М.: Медицина.

10. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Под ред. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И. Ростов-на-Дону, «Феликс». -2002.
11. Селезнова Н.Д., Адамян Л.В. Научные основы комбинированного и восстановительного лечения генитального эндометриоза. //Тез.доклада VI съезда акуш-гинекол. РСФСР. - М., 1987, -С. 197-198.
12. Скокк А.П., Пяменова Л.И., Миронова Т.Н. и соавт. Электрокардиографические исследования у больных генитальным эндометриозом. Под ред. Л.Ф. Шинкаревой. Горький, -1980, -С.50-54.
13. Сметнин В.П., Румилович Л.Т. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. -2001. М.: Медицина.
14. Кондриков Н.И. Концепция метапластического происхождения эндометриоза: современные аспекты. //Акуш. и гинек. 1999. -№4. -С. 10-13.
15. Колосов А.Е. эндометриоз, эндометриоидные кисты и эндометриоидный рак яичников. -Л. -1985. -126 с.
16. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. 2-е издание. Издательский дом «ГЭОТАРМЕД» 2002
17. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. и соавт. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения. //Акуш. и гинек. -2001. -№2. -С. 8-11.

18. Посисеева Л.В., Назарова А.О., Шарабанова И.Ю. и соавт. Эндометриоз: клинико-экстрагенитальные сопоставления. //Проблемы репродукции. -2001. №4. -С. 27-31. Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратьянц О.В. и соавт. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза). //Акуш и гинек. - 2002. -№3. -С. 32-38.
19. Филонова Л.В., Александрова Н.Н., Брусницина В.Ю. и соавт. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза. //Российский вестник акуш.-гинек. -2003. -№1. - С. 69-72.
20. The Database of Abstracts and Reviews of Effectiveness (University of York). In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.
- Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. — М.: Медицина, 1998. — 320 с.
21. Адамян Л.В., Селезнева Н.Д., Стрижаков А.Н., Ищенко А.И. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Метод, рекомендации. - М.: Минздрав СССР, 1990.
22. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, лечение и мониторинг больных: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1997. - 48 с.
23. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л.: Медицина, 1990. - 240 с.

24.Баскаков В.П., Семенюк А.А. Состояние органов мочевыделительной системы у больных эндометриозом // Акуш. и гин. — 1990. - № 4. — С. 69-71.

25.Волков И. И. Бесплодие при наружном генитальном эндометриозе: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1996. - 28 с.

26.Давыдов А.И. Значение трансвагинальной эхографии в комплексной диагностике генитального эндометриоза // Ультразвуковая диагностика в акуш., гин. и педиатр. — 1992. - № 1. - С. 86-91.

27.Давыдов А.И. Патогенез, диагностика и лечение различных форм генитального эндометриоза: Автореф. дис. д-ра мед.наук. — М., 1995. - 75 с. Давыдов А.И, Стрижаков А.И. Спорные и нерешенные вопросы генитального эндометриоза // Акуш. и гин. — 1993. — № 4. - С. 3-6.

28.Дамиров М.М., Кулаков В.И., Бакулева Л.П., Каргаполов А.В. Изменение содержания фосфолипидов в тромбоцитах, иммунокомпетентных клетках и ткани миометрия у больных внутренним эндометриозом // Акуш. и гин. - 1994. - № 1. - С. 44-47.

29.Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. - М.: Медицина, 1990. - 224 с.

30.Демидов Г.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. и др. Эхография органов малого таза у женщин // Эндометриоз: Практ. пособие. - М.: МИИФ (СРИП-ТО), 1997. - Вып. 1. - 60 с.

31.Драмбян А.Ф. Повторная лапароскопия и ее роль в этапном ведении пациенток с «малыми» формами эндометриоза при бесплодии: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1990. - 25 с.

32.Драмбян А.Ф. Новые подходы к патогенезу, диагностике и тактике ведения больных с наружным генитальным эндометриозом: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1996. - 76 с.

33.Ермак А.В. Система обследования и тактика ведения больных внутренним эндометриозом матки в различные возрастные периоды: Автореф. Дис. канд. мед.наук. - М., 1994. - 23 с.

34.Железнов Б.И. Опухоли женского полового тракта. Т. 2. Патологическая диагностика опухолей. - М.: Медицина, 1993. — С. 198-263.

35.Зуев В.М. Некоторые вопросы патогенеза, диагностика и комплексная терапия женщин с воспалительными процессами и доброкачественными новообразованиями органов репродуктивной системы: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1998. - 71 с.

36.Ищенко А.И. Патогенез, клиника, диагностика и оперативное лечение распространенных форм генитального эндометриоза: Автореф. дис. д-ра мед.наук. — М., 1993.

37.Ищенко А.И., Зуев В.М., Джибладзе Т.А., Малюта Е.Г. Способы лечения доброкачественных опухолей матки при гистеро- и лапароскопии // Эндоскопия в гинекологии. — М., 1999. - С. 344-346.

38.Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Лапароскопическая гистерэктомия. - М: Медицина, 1999. - 78 с.

39.Ищенко А. И., Кудрина Е.А., Бороздина А.В. Лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки с помощью петлевой лигатуры // Акуш. и гин. -1996. - № 5. - С. 44-46.

40.Кондриков И.И. Структурно-функциональные основы гиперпластических изменений эндометрия женщин: Дис. д-ра мед.наук. - М., 1991. — 370 с.

41.Кондриков Н.И., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. Морфологические аспекты эндометрия и яичников при внутреннем эндометриозе матки // Акуш. и гин. - 1994. - № 1. - С. 41-44.

42.Кудрина Е.А. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению генитального эндометриоза: Дис. д-ра мед.наук. - М., 1999. -280 с.

43.Кудрина Е.А., Ищенко А.И., Гадаева И.В. и др. Молекулярно-биологические характеристики наружного генитального эндометриоза // Акуш. и гин. - 2000. - № 6. - С. 24-27.

44.Малюта Е.Г. Интерстициальная лазериндуцированная термотерапия в лечении миомы матки и узловой формы аденомиоза: Автореф. дис. канд. мед.наук. — М., 1999. - 24 с.

45.Материалы Международного конгресса по эндометриозу с курсом эндоскопии. - М., 1996. - 493 с.

46.Материалы Международного конгресса по эндоскопии в диагностике и лечении патологии матки. - М., 1997. - Т. 1,2.

47.Митькин В.В. Исследование роли эндогенных опиоидных пептидов в регуляции иммунных процессов у больных «малыми» формами эндометриоза, страдающих бесплодием: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1993. - 25 с.

48.Митькин В.В., Кулаков В.И., Сухих Г.Т. Особенности иммунологических показателей перитонеальной жидкости при эндометриозе // Акуш. и гин. - 1991. - № 6. - С. 6-10.

49.Одебер А.М.Ж. Проблемы эндометриоза в 1991 году // Гестринон. Гормональная терапия эндометриоза. — М., 1993. - С. 13-17.

50.Пальцев М.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. - М.: Медицина, 1995. - 224 с.

51.Пашков В.М. Клиническое значение морфофункциональных изменений в яичниках и эндометрии при внутреннем эндометриозе матки: Дис. канд. мед.наук. - М., 1993. - 176 с.

52.Пшеничникова Т.Я., Волков Н.И., Драмлян А.Ф. Роль повторной лапароскопии в диагностике наружного генитального эндометриоза у женщин с бесплодием // Акуш. и гин. - 1990. - № 6. - С. 57-59.

53.Савельева Г.М., Штыров С.В., Хатиашвили В.В. Надвлагалищная ампутация и экстирпация матки эндоскопическим методом // Там же. - 1996. — № 2. - С. 10-16.

54.Семенюк А.А. Диагностика и лечение генитального эндометриоза с поражением органов мочевой системы: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1990. - 20 с.

55.Стрижаков А.Н., Давыдов А. И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. - М.: Медицина, 1991. - 230 с.

56.Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз: клинические и теоретические аспекты. — М.: Медицина, 1996. — 330 с.

57.Талина И. С. Клиника, диагностика и тактика ведения больных с внутренним эндометриозом матки в пре- и постменопаузе: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1990. - 25 с.

58.Томас Э. Результаты сравнительного анализа применения гестринона и даназола // Гормональная терапия эндометриоза. — М., 1993. - С. 65-72.

59.Уварова Е.В. Сочетанная доброкачественная патология эндо- и миометрия у больных репродуктивного возраста: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1993. - 46 с.

60.Хачатрян А. К. Эхография в диагностике внутреннего и ретроцервикального эндометриоза: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1996. — 23 с.

61.Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. - СПб.: СОТИС, 1994. - 480 с.

62.Яроцкая Е.Л. Клиническая эффективность антигормонов в комбинированном лечении распространенных форм наружного генитального эндометриоза: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1995. - 23 с.

63. Adamson G.D., Pasta D.J. Surgical treatment of endometriosis-associated infertility: meta-analysis compared with survival analysis // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1994. - Vol. 171, No. 6. - P. 1488-1505.

64. Badway S.L. Cuenca V., Frelich H., Stefani C. Endometrial antibodies in serum and peritoneal fluid of infertility patients with and without endometriosis // Fertil. Steril. - 1990. - Vol. 53. - P. 930-932.

65. Barberi A.Z. Gonadotropin — realating hormone agonists: treatment of endometriosis // *Clin. Obstet. Gynecol.* - 1993. - Vol. 36, No. 3. - P. 636-641.
66. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1990. - Vol. 162, No. 2. - P. 565-567.
67. Barlati A., Cosmi E. V., Spariami R. Serum and peritoneal fluid Ca 125 levels in patients with endometriosis // *Fertil. Steril.* - 1994. - Vol. 61, No. 3. - P. 438-442.
68. Benagiano G., Brosens J. The history of endometriosis: identifying the disease // *Hum. Reprod.* - 1991. - Vol. 6, No. 7. - P. 963-968.
69. Beretta P., Franchi M., Zanatori F. et al. Fullness of Ca 125 in endometriosis // *Int. J. Gynecol. Obstet.* - 1994. - Vol. 46. - P. 5.
70. Bernard C, Tedqui A. Cytokine network and the vessel wall. Insights into septic shock pathogenesis // *Cytokines and inflammatory mediators in tissue distraction* // *J. Pers. Res.* - 1993. - Vol.28, No.6. - P. 500-510.
71. Brosens I.A. New principles in the management of endometriosis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* - 1994. - Vol. 159. - P. 18-21.
72. Brosens J.A. Classification of endometriosis revisited // *Lancet.* — 1993. -Vol. 341. - P. 630-632.
73. Buckman R. W. Endometriosis: pharmacological alternatives to surgery // *J. Pract. Nurs.* - 1994. - Vol. 44, No. 3. - P. 47-56.
74. Candiani G.B., Danesio V., Gastadi A. et al. Reproductive and menstrual factors of peritoneal and ovarian endometriosis // *Fertil. Steril.* - 1991. -Vol. 56, No. 2. - P. 230-234.

75. Canis M., Magt G., Chapron C et al. Total laparoscopic hysterectomy // *Surg.Endosc.*-1993. - Vol.7. - P.42-45.
76. Carter J., Ryoo J., Katz A. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a University hospital, report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* — 1994. — Vol. 1, No. 4. - Pt 2. - P. 7.
77. Chegini N., Gold Z., Williams R., Masteron B. Localization of transforming growth factors beta isoforms TGF-beta 1, TGF-beta 2 and TGF-beta 3 in surgically induced pelvic adhesions in the rat // *Obstet. Gynecol.* - 1994. -Vol. 83, No. 3. - P. 449-454.
78. Childers J., Surwit E. Current status of operative laparoscopy in gynecologic oncology // *Oncology (Huntingt).* - 1993. - Vol. 7, No. 11. - P. 53-51.
79. Conningham D.S., Hasen K.A., Coddington C.C. Changes in T-cell regulations responses to self antigens in women with pelvic endometriosis // *Fertil. Steril.* — 1992. - Vol. 58, No. 1. - P. 114-119.
80. Cornillie F.J., Oosterlynck D., Lauweryng J.M. et al. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance // *Ibid.* - 1990. - Vol. 53. -P. 978-983.
81. Darrow S.Z., Vena J.K., Batt R.E. et al. Menstrual cycle characteristics and the risk of endometriosis // *Epidemiology.* — 1993. — Vol. 101, No. 3. -P. 267-268
82. Deguense J., Sister J., Csank J. Total and Subtotal Laparoscopic Hysterectomy: The V European Congress in Gynecologic Endoscopy. — Rome, 1996. - P. 87.

83. Damowski W.P. Endometriosis: medical therapy - rationale, agents and results // Syllabus Postgraduate Course VIII: AAGL XXII Annual Meeting. N.Y., 1993. - P. 43-54.
84. Damowski W.P. Etiology and histogenesis of endometriosis // Ann. N.Y. Acad. Sci. - 1991. - Vol. 622. - P. 236-241.
85. Donnez J., Nisolle M., Casanas-Roux F., Grandean P. Endometriosis: pathogenesis and pathophysiology // Endometriosis / Ed. R.W. Shaw. - New Jersey: The Parthenon Publishing Group, 1990.
86. Garsia F.U., Chen H.Z., Jang J. et al. Tumor necrosis factor-alpha mRNA and protein in endometrial tumors: analysis by in situ hybridization and immunocytochemistry // Hum. Pathol. — 1994. - Vol. 25, No. 12. -P. 1324-1331.
87. Hammond M.G., Sung-Nack Oh., Anners J. et al. The effect of growth factors on the proliferation on human endometrial stromal cells in culture // Am. J. Obstet. Gynecol. - 1993. - Vol. 168. - P. 1131-1138.
88. Haney A.F. Endometriosis, macrophages and adhesions // Prog. Clin. Biol. Res. - 1993.-Vol. 381.-P. 19-44.
89. Harad M., Sorganuma N., Furuhashi M. et al. Detection of apoptosis in human endometriotic tissues // Mol. Hum. Reprod. — 1996. - Vol. 2. - P. 307-315.
90. Head J.K. Highlights of Sero symposium immunology of reproduction // Placenta. - 1994. - Vol. 15, No.3. - P. 327-331.
91. Hirata J., Kikuchi Z., Imaizumi E. et al. Endometriosis tissue produce immunosuppressive factors // Gynecol. Obstet. Invest. — 1994. — Vol. 37, No. 1. - P. 43-47.

92. Hoshiai H., Ishikawa M., Sawatari Y et al. Laparoscopic evaluation of the onset and progression of endometriosis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1993. - Vol. 169, No. 3. - P. 714-719.
93. Ishchenko A., Zuev V., Lipman A. et al. An Alternative to Conventional Surgery in Treatment of Uterine Myoma and Adenomyosis: XIV European Congress of Gynecologic and Obstetric. - Granada, 1999. - P. 63.
94. Iwasaki K, Marino T., Maruyama T. et al. Leukocyte subpopulation and natural killer in endometriosis // *Int. J. Fertil. Menopausal Stud.* — 1993. — Vol. 38, No. 4. - P. 229-234.
95. Gompel A., Sabourin J.C., Martin A. et al. Bcl-2 expression in normal endometrium during the menstrual cycle // *Am. J. Pathol.* — 1996. — Vol. 2. - P. 307-315.
96. Kennedy S., Mardon H., Barlow D. Familial endometriosis // *J. Assist. Reprod. Genet.* - 1995. - No. 1. - P. 59-62.
97. Kennedy S., Moer M., Mardon H., Barlow D. The Oxford endometriosis gene study // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 1994. - Vol. 46, No. 2. -P. 114.
98. Kerr J.F.R., Winterford C.M., Harmon B.V. Apoptosis. Its significance in cancer and cancer therapy // *Cancer.* - 1993. - Vol. 73. - P. 2013-2026.
99. Klein N., Pergola G, Tekmal R. et al. Cytokine regulation of cellular proliferation in endometriosis // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* - 1994. - Vol. 734. - P. 322-332.
100. Koike H., Egawa H., Ohtuska T. et al. Correlation between dysmenorrheic severity and prostaglandin production in women with

endometriosis // Prostaglandin Leukot. Essent.Fatty Acids. - 1992. - Vol. 46, No.2. P. 133-137.

101. Konincks P.R. The growth and development of endometriosis // Growth and Differentiation in Reproductive Organs. - Milan: CIC Edizioni Internazionale, 1994 - P. 272-279.

102. Konincks P.R. Deeply infiltrating endometriosis // Syllabus Postgraduate Course VIII. Gynecology and Endoscopy: The Proceeding of the International Congress, AAGL XXIII Annual Meeting. - N.Y., 1994. - P. 43-56.

103. Konincks P.R., Martin D. Treatment of deeply infiltrating endometriosis // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 1994. - Vol. 6, No. 3. - P. 231-241.

104. Koutsilieris M., Niklinski W., Frenette G. et al. Heparin-sapharose binding growth factor in peritoneal fluid of women with endometriosis // Fertil. Steril. -1993. - Vol. 59, No. 1. - P. 93-97.

105. Linda C, Giudice M.D. Growth factors and growth modulators in human uterine endometrium: their potential relevance to reproductive medicine // Ibid. — 1994. -Vol. 61, No. 1. - P. 1-17.

106. Lindsay P.C. Medical and endocrine modulatory treatments // Endometriosis / Ed. R.W. Shaw. - Glasgow: Bell and Bain, 1995. - P. 186.

107. Marana R., Papielli F.V., Murzil L. et al. The role of laparoscopy in evolution of chronic pain // Minerva Ginecol. - 1993. - Vol. 45, No. 6. - P. 281-286.

108. Martin D.C. Atlas of Endometriosis. — Land.: Gower Medical Publishing, 1993. - P. 95.

109. McLaren J., Prentice A., Charnoch-Jones L.S. et al. Immunolocalization of apoptosis regulating proteins Bcl-2 and Bax in human endometrium and isolated peritoneal fluid macrophages in endometriosis // Hum. Reprod. — 1997. — Vol. 2, No. 1. - P. 146-152.
110. Metzger D.A. Infertility and endometriosis // Syllabus Postgraduate Course VIII. Surgical Approaches to Endometriosis: AAGL XXIII Annual Meeting. - N.Y., 1994. - P. 7-26.
111. Моет M.H. Is a long period without childbirth a risk factor for developing endometriosis // Hum. Reprod. - 1991. - Vol. 6, No. 10. - P. 1404-1407.
112. Moll U.M., Chumas J.C., Chalas E., Mann N.Y. Ovarian carcinoma arising in atypical endometriosis // Obstet. Gynecol. — 1990. — Vol. 71. - P. 114.
113. Oosterlynck D.J., Lacquet F.A., Waer M. et al. Lymphokine — activated killer activity in women with endometriosis // Gynecol. Obstet. Invest. — 1994. — Vol. 37, No. 3. - P. 185-190.
114. Oosterlynck D.J., Meuleman C, Waer M. et al. Immunosuppressive activity of peritoneal fluid in women with endometriosis // Obstet. Gynecol. — 1993. - Vol. 82. - P. 206-212.
115. Pan L.Y. Menstrual status as risk factor of endometriosis: a case-control study // Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih. - 1993. - Vol. 28, No. 3. - P. 147-149.
116. Phipps J., John M., Hassanaien M. Laparoscopic hysterectomy and cancer // Gynecol. Endosc. - 1993. - Vol. 2. - P. 7-12.

117. Redwine D.B. Surgical therapy - rationale and results // Syllabus Postgraduate Course VIII: AAGL XXII Annual Meeting. - N.Y., 1993. - P. 55-68.
118. Reich H. New techniques in advised laparoscopic surgery // Rev. Gynecol. Obstet. - 1994. - Vol. 2, Spec. No. - Ch. 6. - P. 39-49.
119. Reich H., Decaprio J., Me Hynn F. Laparoscopic hysterectomy. // J. Gynecol. Surg. - 1989. - Vol. 5. - P. 213-216.
120. Rock J.A., Caplan R.J. Zoladex in treatment of endometriosis: a randomized comparison with danazol // Obstet. Gynecol. - 1993. - Vol. 82. - P. 198-205.
121. Sanfillipo J.S. Endometriosis: pathophysiology // Syllabus Postgraduate Course III. Gynecology and Endoscopy: The Proceeding of the International Congress, AAGL XXIII Annual Meeting. - N.Y., 1994. - P. 115-130.
122. Schenken R.S., Johnson J.V., Rao T.R. C-myc proto-oncogene expressions in endometriosis // The Currents Status of Endometriosis. Research and Management. - Chicago, 1992. - P. 41-51.
123. Shaw R.W. An open randomized comparative study of the effect of goserelin and danazol in the treatment of endometriosis // Fertil. Steril. - 1992. - Vol. 52. — P. 265-272.
124. Shaw R.W. An Atlas of Endometriosis. — N.Y.: The Parthenon Publishing Group, 1993.
125. Shaw R.W. Endometriosis. — N.Y.: The Parthenon Publishing Group. 1995.

126. Varcelliri P., Crosignari P.G. Epidemiology of endometriosis // The Current Status of Endometriosis / Eds I. Brosen, J. Donnez. - N.Y.: The Parthenon Publishing Group, 1993.

127. Wheeler J.M. Issues of study design and statistical analysis in endometriosis research // Endometriosis / Ed R.W. Shaw. — New Jersey: The Parthenon Publishing Group, 1990. - P. 141-146.

128. Yelon J.A., Green J.M., Hashni H.F. Endometriosis of appendix resulting in perforation // J. Clin. Gastroenterol. - 1993. - Vol. 16, No. 4. - P. 355-356.

129. Zefer A.M., Ma X.Z. Cytokines and growth factors in endothelial dysfunction // Crit. Care. Med. - 1993. - Vol. 21. - Suppl. 2. - P. 9-14.

Zeiva M.C., Hasty Z.A., Zytly C.R. Inflammatory changes of the endometrium in patients with minimal-to-moderate endometriosis // Fertil. Steril. — 1994. — Vol.

130. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. М: Медицина. 2006 -416 .

131. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Станоевич И.В., Бахвалова А.А., Ромаданова Ю.А. Современные проблемы наружного генитального эндометриоза.// Акуш. и гин. 2007 №5, с.67-73.

132. Каримова Д.Ф., Гафарова Д.Х. Эндометриозидная болезнь (эндометриоз).// Принципы диагностики и особенности гормональной терапии. Пособие для врачей. Ташкент, 2001 -24с.

133. Ливзан М.А. Клинико-морфологическая характеристика *Helicobacter Piloni*-ассоциированного хронического гастрита в

условиях эрадикационной терапии// Автореф. дис. док-ра мед. наук.-Омск 2006 -39с.

134.Махмудова Г.М., Пахомова Ж.Э., Нажмутдинова Д.К. Лапароскопия в диагностике и лечении распространенного эндометриоза.// Мет.пособие. Ташкент 2002 -15с.

135. Махмудова Г.М. Репродуктивные нарушения у женщин, страдающих эндометриодной болезнью. Автореф. дис. д-ра мед. наук.- Ташкент. 2004.

136.Марченко Л.А. Преимущества лечения эндометриоза с использованием непрерывного режима оральных контрацептивов// Consilium Medicum Том 09/N 6/2007 Гинекологическая эндокринология

137. Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников: новые аспекты патогенеза, клиники и лечения. // Автореф. дис. д-ра мед. наук.- Москва. 2007.-25с.