

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**«СОГЛАСОВАНО»**  
Начальник отдела по  
координации научных  
исследований МЗ РУз  
профессор **ДАМИНОВ Б.Т.**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Начальник Главного  
Управления кадров, науки и  
учебных заведений профессор  
**АТАХАНОВ Ш.Э.**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ  
РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

(Методические рекомендации)

**Ташкент 2010**

## Составители

Нажмутдинова Дильбар Камаритдиновна	Профессор, доктор медицинских наук, проректор по науке, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ВОП лечебного факультета ТМА
Ан Андрей Владимирович	Кандидат медицинских наук, Городской Перинатальный Центр заместитель директора
Атаходжаева Фатима Абдураимовна	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ВОП лечебного факультета ТМА
Садькова Дильфуза Равшанбековна	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВОП лечебного факультета ТМА
Комилжанова Дильфуза Камилжановна	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВОП лечебного факультета ТМА
Матчанова Наргиза Пулатовна	аспирант кафедры акушерства и гинекологии ВОП лечебного факультета ТМА

## Рецензенты:

1. Каттаходжаева М. Х. – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии медико-педагогического, стоматологического и МВО факультетов ТМА,
2. Каримова Д.Ф. – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ТашИУВ.

Методическая рекомендация рассмотрена и одобрена проблемной комиссией по гинекологии ТМА (протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 года),  
Ученым Советом ТМА (протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 года).  
Ученый Секретарь ТМА

Профессор

Г.С. РАХИМБАЕВА

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема эндометриоза яичников приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастанием частоты данной патологии, а также внедрением в практику современных методов диагностики и лечения. Частота встречаемости эндометриоза яичников составляет по данным различных авторов от 10 до 62%, при этом на долю эндометриоза яичников приходится 15 – 21% среди женщин репродуктивного возраста (Туляганов Т.Э., 1994; Каримова Д.Ф., 2001; Адамян Л.В., Кулаков В.И., 2006; Ищенко В.С., 2007, Махмудова Г.М., 2002).

Оперативное удаление очага эндометриоза или уничтожение его с помощью одного из видов энергии - единственный метод ликвидации эндометриоза. Хирургическое лечение эндометриоза направлено на максимальное удаление эндометриоидных очагов, и в случае полного удаления эндометриоидных гетеротопий можно было бы ограничиться только оперативным лечением.

Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения, частота рецидивов составляет до 70 %. Прогнозирование рецидива ЭЯ после хирургического лечения актуально.

Лабораторно-инструментальные методы исследования, такие как УЗИ и МРТ могут использоваться для скрининга эндометриоза, но их диагностические возможности не безграничны [Марченко Л.А. 2007]. Применение для прогнозирования рецидивов эндометриоидной болезни биомолекулярных маркеров молекулярно-биологических процессов участвующих в генезе эндометриоза [Унанян А.Л. 2007], а также показателей иммунитета крови и перитонеальной жидкости (макрофагов, цитокинов и интерферона) [Махмудова Г.М. 2004] ограничено возможностями лаборатории.

Необходим точный и простой диагностический метод прогнозирования рецидива ЭЯ. Указанные факты обуславливают актуальность разработки

метода ранней диагностики рецидива после операции по поводу эндометриоза яичников.

### **Методы клинических исследований.**

Для оценки тяжести послеоперационного течения ЭЯ использовали клиническое изучение тяжести с балльной оценкой клинико-анамнестических данных отдельных симптомов; результатом инструментальных и биохимических исследований.

Статистической обработкой клинического материала выделен 31 достоверный признак, отличающий рецидивирующие и нерецидивирующие течение ЭЯ.

Каждый изучаемый показатель оценивался баллами, имеющими значение с клинической точки зрения.

Таблица 1.

### **Балльная оценка тяжести клинического течения ЭЯ после операции.**

Показатель	величина в баллах
<b>1.Возраст:</b>	
Градации	
15-19	1
20-24	2
25-29	3
30-34	4
35-39	5
40-44	6
45-49	7
<b>2.Жалобы:</b>	
<b>2.1 Боль в области таза не связанная с половым актом</b>	
Градации:	
Отсутствие боли	0
Слабая – временами ощущение дискомфорта или боли перед менструацией	1
Умеренная- заметный дискомфорт в течение большей части цикла	2
Сильная- в течение всего менструального цикла больные вынуждены пользоваться сильными анальгетиками	3
<b>2.2 Дисменорея</b>	
Градации:	
нет	0
Слабая – с некоторым нарушением трудоспособности	1
Умеренная – заставляет больную оставаться в постели несколько часов	2
Сильная – заставляет больную оставаться в постели целый день	3

Показатель	величина в баллах
<b>2.3 Диспареуния</b>	
Градации:	
нет	0
Слабая – имеется, но выносима	1
Умеренная – настолько сильная, что вынуждает прервать сношение	2
Сильная – настолько сильная, что вынуждает избегать сношений	3
<b>2.4 Изменения со стороны ЖКТ</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
Диарея	1
Диспепсические расстройства, связанные с менструальным циклом	2
Чередующиеся запоры с диареей	3
Тенезмы, связанные с менструальным циклом	4
Метеоризм	5
<b>2.5 Изменения со стороны МПС</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
Частое мочеиспускание	1
Дизурия, связанная с менструальным циклом	2
Дизурия, не связанная с менструальным циклом	3
<b>2.6 Нейровегетативные расстройства</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
Раздражительность, связанная с менструальным циклом	1
Эмоциональная лабильность, связанная с менструальным циклом	2
<b>3. Анамнез жизни:</b>	
<b>3.1 Перенесенные заболевания в детском возрасте и периоде полового созревания</b>	
Градации:	
Отсутствуют	0
ОРЗ	1
Детские инфекции	2
Хр. тонзиллит	3
<b>3.2 Экстрагенитальные патологии</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
Хр. инфекции, свидетельствующие о несостоятельности иммунной системы	1
Заболевания печени	2
Аппендицит	3
Заболевания щит.железы	4
Анемия	5
<b>4. Status obstetricus</b>	
<b>4.1 Наследственность</b>	
Градации:	
Не отягощена	0
Отягощена по материнской линии 2 поколения	1
Отягощена по материнской линии 1 поколения	2

Показатель	величина в баллах
<b>4.2 НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</b>	
<b>4.2.1.Альгоменорея:</b>	
Градации: Отсутствие нарушений	0
Слабой интенсивности ( первичная)	1
Средней интенсивности (вторичная)-	2
Интенсивные	3
<b>4.2.2 Нарушение менструального цикла</b>	
Градации:	
Отсутствуют	0
Пройоменорея (<21 дня)	1
Опсоменорея (>35 дней)	2
<b>4.2.3 Предменструальные кровянистые выделения</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
От 1 до 3 дней	1
От 3 до 5 дней	2
Более 5 дней	3
<b>4.2.4 Постменструальные кровянистые выделения</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений	0
От 1 до 3 дней	1
От 3 до 5 дней	2
Более 5 дней	3
<b>4.2.5 Характер менструального кровотечения</b>	
Градации:	
В пределах нормы	0
Скудные	1
Обильные	2
<b>4.3 Начало половой жизни</b>	
Градации:	
Не живет половой жизнью	0
Начало после 18 лет	1
Начало от 16 до 18 лет	2
До 16 лет	3
<b>4.4 Перенесенные гинекологические заболевания</b>	
Градации:	
Не обнаружено	0
Полипы	1
Псевдоэрозии	2
Миома	3
Внематочная беременность	4
ДМК	5
Воспаление придатков	6

Показатель	величина в баллах
<b>4.5 Эффект противовоспалительной терапии</b>	
Градации:	
Эффективно	0
Эффективность 50%	1
Эффективность от 49- до 30 %	2
Эффективность менее 29 %	3
Отсутствие эффекта	4
<b>4.6 Течение и исход беременности</b>	
Градации:	
Срочные роды	0
Преждевременные роды	1
Запоздалые роды	2
Ранний выкидыш	3
Поздний выкидыш	4
Артифициальный аборт	5
РОПМ	6
<b>4.7 Нарушение репродуктивной функции</b>	
Градации:	
Отсутствие нарушений репродуктивной функции	0
Невынашивание беременности	1
Вторичное бесплодие	2
Первичное бесплодие	3
<b>5. Объективные исследования</b>	
<b>5.1 влагалище</b>	
Градации:	
норма	0
Наличие инфильтративных узелков	1
Наличие мелкокистозных образований	2
Наличие глазков	3
<b>5.2 шейка матки</b>	
Градации:	
Норма	0
Наботовы кисты	1
Тутовые ягоды	2
Полосы, глазки	3
<b>5.3 Матка</b>	
Градации:	
Норма	0
Увеличение тела матки $\geq$ на 5-6 нед	1
Шаровидная форма	2
Шаровидная форма и утолщение, напряжение, болезненность крестцово- маточных связок	3
<b>5.4 Трубы</b>	
Градации:	
Норма	0
Болезненность	1
Болезненность, тяжесть	2

<b>Показатель</b>	<b>величина в баллах</b>
<b>5.5 ЯИЧНИКИ</b>	
<b>5.5.1 Размеры</b>	
Градации:	
Норма	0
Увеличение от 0,6 - 2,0 см	1
Увеличение от 2,1 -4,0 см	2
Увеличение от 4,1- 6,0 см	3
Увеличение > 6,0 см	4
<b>5.5.2 Консистенция:</b>	
Градации:	
Норма	0
Ограничение подвижности	1
Опухолевидное образование тугоэластической консистенции	2
Опухолевидное образование тугоэластической консистенции с ограничением подвижности	3
<b>6.УЗИ</b>	
Градации:	
Норма	0
Киста не более 7 см в диаметре расположена сзади и сбоку от тела матки с несмещаемой мелкодисперсной взвесью	1
Кисты с 2-х сторон не более 7 см расположены сзади и сбоку от тела матки с несмещаемой мелкодисперсной взвесью	2
Кисты с 2-х сторон не более 7 см расположены сзади и сбоку от тела матки с несмещаемой мелкодисперсной взвесью с двойным контуром образования	3
<b>7. Диагностическая лапароскопия</b>	
Градации:	
Норма	0
Мелкоточечные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей	1
Эндометриоидная киста одного яичника размерами 5-6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза, незначительный спаечный процесс в области придатков без вовлечения кишечника	2
Эндометриоидные кисты обоих яичников различной величины. Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника	3
Двусторонние эндометриоидные кисты (ЭК) яичников больших размеров с переходом патологического процесса на соседние органы- м/п, кишечник распространенный спаечный процесс	4
<b>8. Морфофункциональное исследование после хирургического лечения</b>	
Отёк	1
Отек и воспалительная инфильтрация тека ткани вокруг первичного фолликула.	2
Истончение коркового слоя, воспалительная инфильтрация промежуточных слоев, появление разнообразных ЭК. Накопление кислых гликозамингликанов.	3
ЭК с высоким цилиндрическим эпителием и воспалением субэпителиальной стромы. Вторичные дистрофически-некротических и воспалительно-деструктивных процессы.	4



Показатель	величина в баллах
<b>9.Содержание ЛГ/ФСГ в крови</b>	
Градации:	
Норма	0
Изменение увеличение/снижение-10-15%	1
Изменение увеличение/снижение-16-20%	2
Изменение увеличение/снижение>-21%	3
<b>10. Цитохром С</b>	
Градации:	
Норма	0
Изменение увеличение/снижение-10-15%	1
Изменение увеличение/снижение-16-20%	2
Изменение увеличение/снижение>-21%	3

### Прогнозирование рецидива ЭЯ.

Для разработки прогноза использован последовательный анализ Вальда в модификации Генкина А.А. (1964 г.) [ Ливзан М.А. ]. Для каждого значимого признака рассчитан прогностический коэффициент (ПК.)

Прогнозирование, осуществляли по специально разработанной таблице, где каждому признаку соответствует величина прогностического коэффициента. Прогностические коэффициенты рассчитаны для значимых диагностических признаков и могут быть широко использованы в клинической практике (таблица 2.).

Для принятия решения вычислялись пороговые величины. Величина прогностического порога (П.П), которая позволила оценить степень достоверности развития или отсутствия рецидива ЭЯ определяли по формуле Вальда. Считая, допустимой вероятностью ошибки прогноза не более 5% определили, что прогностический порог возможности развития рецидива ЭЯ равняется +13, а отсутствия -13.

Для принятия решения по поисковой таблице необходимо определить прогностический коэффициент для каждого признака. При сумме +13 и более предполагается развитие рецидива ЭЯ.

Диапазон положительных значений разделён на три части. В результате выделены 4 интервала, соответствующим группам прогноза:

Таблица 2.

## Прогностическая таблица оценки индивидуального риска рецидива ЭЯ

Показатель	Факторы риска	Градации факторов	Прогностический коэффициент (П.К)
<b>1.Возраст:</b>		15-19; 20-24; 40-44;45-49	-16
		25-39	+22,1
<b>2.Жалобы:</b>	<b>2.1 Боль в области таза не связанная с половым актом</b>	отсутствует	-9,0
		имеется	+9,4
	<b>2.2 Дисменорея</b>	Нет, слабая	-2,0
		Имеется	+2,6
	<b>2.3 Диспареуния</b>	Отсутствует	-0,1
		Имеется	+1,0
	<b>2.4 Изменения со стороны ЖКТ</b>	Отсутствуют нарушения или имеются запоры, диарея	-10,0
		Тенезмы, связанные с менструальным циклом (м.ц)	+5,0
	<b>2.5 Изменения со стороны МПС</b>	Отсутствие нарушений или частое мочеиспускание	-7,0
		Дизурия, связанная с менструальным циклом и не связанная с менструальным циклом	+6,0
	<b>2.6 Нейровегетативные расстройства</b>	Отсутствие нарушений	-0,1
		Раздражительность и эмоциональная лабильность связанная с менструальным циклом	+2,0
<b>3.Анамнез жизни:</b>	<b>3.1 Перенесенные заболевания в детском возрасте и периоде полового созревания</b>	Отсутствуют или ОРЗ	-6,0
		Детские инфекции, хр.тонзиллит	+5,0
	<b>3.2 Экстрагенитальные патологии</b>	Отсутствие нарушений	-
		Хр. инфекции, свидетельствующие о несостоятельности иммунной системы, заболевания печени, щит.железы, анемия	+17,0

Показатель	Факторы риска	Градации факторов	П.К	
4.Status obstetricus	<b>4.1 Наследственность</b>	Не отягощена	-1,5	
		Отягощена	+3,0	
	<b>4.2 НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</b>			
	<b>4.2.1.Альгоменорея:</b>	Отсутствие нарушений или слабой интенсивности		-5,0
		Средней интенсивности или интенсивные		+4,0
	<b>4.2.2 Нарушение менструального цикла</b>	отсутствует		-2,0
		Имеется (пройоменорея (<21 дня) или опсоменорея (>35 дней))		+6,0
	<b>4.2.3 Предменструальные кровянистые выделения</b>	Отсутствуют нарушения или от 1до 3 дней		-10,5
		От 3 и более		+4,0
	<b>4.2.4 Постменструальные кровянистые выделения</b>	Отсутствуют нарушения или от 1до 3 дней		-3,0
		От 3 и более		+3,0
	<b>4.2.5 Характер менструального кровотечения</b>	Норма		-1,6
		Скудные или обильные		+5,0
	<b>4.3 Начало половой жизни</b>			
		Начало после 18 лет или отсутствие половой жизни		-2,7
		Начало до16 лет или от 16 до 18		+2,0
	<b>4.4 Перенесенные гинекологические заболевания</b>			
		Отсутствуют		-8,0
		Имеются		+15
	<b>4.5 Эффект противовоспалительной терапии</b>			
		Имеется или 50%		-15,0
		Эффективность <50%		+8,0

Показатель	Факторы риска	Градации факторов	П.К	
4.Status obstetricus	<b>4.6 Течение и исход беременности</b>			
		Срочные или преждевременные роды	-10,0	
		Выкидыш, искусственный аборт, запоздалые роды, РОПМ	+30,0	
	<b>4.7 Нарушение репродуктивной функции</b>			
		Отсутствие нарушений или невынашивание беременности	-11,0	
		Первичное или вторичное бесплодие	+4,0	
	<b>5.1 влагалище</b>			
		Норма или наличие инфильтративных узелков	-2,0	
		Наличие мелкокистозных образований или глазков	+8,0	
	<b>5.3 Матка</b>			
		Норма	-7,0	
		Увеличение тела матки $\leq$ на 5-6 нед, шаровидная форма и утолщение, напряжение, болезненность крестцово-маточных связок.	+7,0	
	<b>5.4 Трубы</b>			
		Норма	-5,0	
		Болезненность, тяжесть	+3,0	
	<b>5.5 ЯИЧНИКИ</b>			
	<b>5.5.1 Размеры</b>		Норма или увеличение до 2,0 см	-23,0
			Увеличение $>2,0$	+6,0
	<b>5.5.2 Консистенция</b>		Норма	-8,0
			Опухолевидное образование тугоэластической консистенции с ограничением подвижности	+4,3

Показатель	Факторы риска	Градации факторов	П.К
<b>5. Объективные исследования:</b>	<b>6. УЗИ</b>		
		Норма	-7,0
		Киста меньше 7 см в диаметре расположена сзади и сбоку от тела матки с несмещаемой мелкодисперсной взвесью	+3,0
	<b>7. Диагностическая лапароскопия</b>		
		Норма	-5,0
		Мелкоточечные образования на поверхности яичников или эндометриодные кисты обоих яичников различной величины, и /или распространенный спаечный процесс	+6,0
	<b>8. Морфофункциональное исследование после хирургического лечения</b>		
		Отек и воспалительная инфильтрация тека ткани	-5,0
		Истончение коркового слоя, появление разнообразных эндометриодных кист, накопление кислых гликозамингликанов.	+5,0
	<b>9. Содержание ЛГ/ФСГ в крови</b>		
		Норма	-4,0
		Достоверное увеличение/снижение	+5,0
	<b>10. Цитохром С</b>		
		Норма	-2,0
		Достоверное увеличение/снижение	+5,0
			<b>+Σ=+211</b>

I- Благоприятного (сумма ПК от <-13 до 0);

II- Внимания (сумма ПК от 0 до +13);

III-Неблагоприятного прогноза (сумма ПК от +14 до 112);

IV-Высокого риска (сумма ПК от 113 до 211);

Необходимо отметить, что в клинической практике, зачастую складывается ситуация когда отсутствует возможность осуществления тех или иных лабораторно-инструментальных исследований или не определяются некоторые симптомы. Очевидно, что расчет индивидуального риска рецидива ЭЯ при отсутствии этих показателей будут несколько иными. Так если пациентка не живет половой жизнью (диспареуния), то прогноз рецидива ЭЯ будет иметь вид:

**У не рожавшей:** I-<-13 до 0 –Благоприятный; II-от 0 до +13-Внимание

III-от +14 до -82 Неблагоприятный; IV- От 83 до 181- Высокий риск

**При нежелании рожать:** I-<-13 до 0 –Благоприятный; II-от 0 до +13– Внимание;

III-от +14 до 108 –Неблагоприятный; IV- От 109 до 207 - Высокий риск.

**Отсутствие оборудования для диагностической лапароскопии:**

I-<-13 до 0 –Благоприятный; II-0 до +13– Внимание; III-от +14 до 106- Неблагоприятный; IV- От 107 до 205- Высокий риск

**Если не было оперативного вмешательства:** I-<-13 до 0 -Благоприятный

II-от 0 до +13– Внимание; III-от +14 до 107- Неблагоприятный прогноз

IV- От 108 до 206 - Высокий риск

**Если не проводятся биохимические исследования:**-<-13 до 0 Благоприятный;

II-от 0 до +13– Внимание; III-от +14 до 107- Неблагоприятный; IV- От 108 до 206 - Высокий риск.

Использование прогностических таблиц позволяет гинекологу в послеоперационном периоде выделить больных с «неблагоприятным прогнозом» и «высоким риском» рецидива ЭЯ, которые нуждаются в дифференцированных лечебно-диагностических мероприятиях.

Полученные данные являются основой совершенствования ранней диагностики и профилактики рецидива ЭЯ.

Обоснованное применение инструментальных и лабораторных методов исследования даёт возможность с наибольшей точностью оценить степень и характер рецидива. Рациональные диагностические алгоритмы позволяют индивидуализировать тактику после операционного ведения больных, оптимизировать динамические наблюдения за ними ( таб.3).

Таблица 3..

## Необходимые лечебно-диагностические мероприятия при возможности рецидива ЭЯ

Интервал прогноза	Прогноз	Цель и содержание лечебно-диагностических мероприятий
<-13,0 до 0	Благоприятный	<p style="text-align: center;"><b>Отсутствие рецидива ЭЯ</b></p> <p><i>Диагностические исследования:</i> Гинекологическое обследование (осмотр Н.П.О, в зеркалах и бимануальное гинекологическое исследование или ректальное исследование), контроль крови на общий анализ и цитохром С, УЗИ органов малого таза 1 раз в 6 месяцев.</p> <p><i>Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:</i> наблюдение у гинеколога, мониторинг и профилактика факторов, способствующих развитию эндометриоза: (отказ от курения; приема диоксина, алкоголя, кофеина; профилактика стресса; минимизация внутриматочных вмешательств; выявление пороков развития половых органов).</p>
От 0 до +13	Внимание	<p style="text-align: center;"><b>Рецидив ЭЯ возможен в отдаленный период</b></p> <p><i>Диагностические исследования:</i> увеличение частоты гинекологического и общеклинического мониторинга каждые 3 месяца.</p> <p><i>Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:</i> помимо вышеуказанных мероприятий проведение профилактической гормональной противорецидивной терапии (с учетом репродуктивных целей женщины).</p>
От+14 до 112	Неблагоприятный	<p style="text-align: center;"><b>Возможен рецидив в течение 6 месяцев</b></p> <p><i>Диагностические исследования:</i> к проводимому контролю дополнительно компьютерная или магнитно-резонансная томография и диагностическая лапароскопия.</p> <p><i>Лечение:</i> лечебная лапароскопия, противорецидивная гормональная терапия (с учетом репродуктивных целей женщины и её возраста) и реабилитационные мероприятия.</p>
От 113 до 211	Высокий риск	<p style="text-align: center;"><b>Возможен рецидив в течение первых 3 месяцев</b></p> <p><i>Диагностические исследования:</i> полный комплекс диагностических исследований</p> <p><i>Лечение:</i> комбинированная противорецидивная гормональная терапия в пред- и постоперационном периоде в непрерывном режиме (с учетом репродуктивных целей женщины и её возраста). Оперативное вмешательство в соответствии от распространенности, тяжести процесса и реабилитационные мероприятия. Мониторинг в течение последующего года после окончания лечения.</p>



## **Практические рекомендации**

1. При выборе тактики ведения больных после операции ЭЯ необходимо определить вероятность рецидива ЭЯ, что возможно на основе детального анализа клинико-anamnestических данных, результатах лабораторно-инструментальных и морфофункциональных методов исследования, а также анализа уровня показателей цитохрома С в крови.
2. Для прогноза вероятного рецидива ЭЯ необходимо использовать прогностические таблицы оценки индивидуального риска рецидива ЭЯ, основанных на оценке информативного комплексного клинического обследования данных анамнеза, результатов гистоморфологических и биохимических исследований.
3. Тактика лечения после операции по поводу ЭЯ должна строиться на основе вариантов прогноза рецидива ЭЯ и включать диагностические и лечебно-оздоровительные мероприятия.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. М: Медицина. 2006 -416 .
2. 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.
3. Каримова Д.Ф., Гафарова Д.Х. Эндометриозидная болезнь (эндометриоз).// Принципы диагностики и особенности гормональной терапии. Пособие для врачей. Ташкент, 2001 -24с.
4. Ливзан М.А. Клинико-морфологическая характеристика *Helikobacter Piloni*-ассоциированного хронического гастрита в условиях эрадикационной терапии// Автореф. дис. док-ра мед. наук.-Омск 2006 -39с.
- 5.Махмудова Г.М., Пахомова Ж.Э., Нажмутдинова Д.К. Лапароскопия в диагностике и лечении распространенного эндометриоза.// Мет.пособие. Ташкент 2002 -15с.
6. Махмудова Г.М. Репродуктивные нарушения у женщин, страдающих эндометриозной болезнью. Автореф. дис. д-ра мед. наук.- Ташкент. 2004.
- 7.Марченко Л.А. Преимущества лечения эндометриоза с использованием непрерывного режима оральных контрацептивов// Consilium Medicum Том 09/N 6/2007 Гинекологическая эндокринология
8. Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников: новые аспекты патогенеза, клиники и лечения. // Автореф. дис. д-ра мед. наук.- Москва. 2007.-25с.