

Повышение Эффективности Методов Лечения Эндометриоза У Женщин В Перименопаузальном Периоде

Ахмедова А.Т¹, Боймуродова З², Каршиев С³, Сафарова Г.⁴

Аннотация: Данное исследование направлено на повышение эффективности методов лечения эндометриоза у женщин в перименопаузальном периоде. В настоящее время эндометриоз остается одной из нерешенных проблем современной гинекологии, оказывая значительное негативное влияние на здоровье женщин. Согласно различным источникам, распространенность эндометриоза достигает 1–59%, а по данным В.Я. Наумовой и соавторов, эта патология составляет не менее 11,6% в структуре гинекологических заболеваний, причем генитальный эндометриоз встречается в 48,5% случаев. Кроме того, по мнению Л.В. Адамян и соавторов, частота половых и экстрагенитальных форм эндометриоза превышает 70–90%, вызывая различные степени поражения матки. Учитывая, что перименопауза составляет примерно одну треть жизни женщины, медицинская и социальная значимость данной патологии возрастает. В связи с этим актуальной задачей является совершенствование методов профилактики и терапии, принимая во внимание патогенетические процессы, обусловленные дефицитом эстрогенов в этот период.

Ключевые слова: эндометриоз, перименопауза, менопауза, здоровье женщин, гинекология, лечение эндометриоза, дефицит эстрогенов, профилактика.

Кириш. Ҳозирги вақтда эндометриоз замонавий гинекологиянинг ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб, аёллар саломатлигига катта зарар етказмоқда. Эндометриознинг частотаси, агар аденомиёз ва ташқи жинсий аъзолар эндометриозининг ягона статистикасини олсак, турли муаллифларнинг фикрига кўра 1-59% гача ўзгариб туради [1,2]. В. Я. Наумова ва унинг ҳаммуаллифлари фикрига кўра, гинекологик касалланиш таркибидаги эндометриоз камида 11,6% ни ташкил қилади ва генитал эндометриоз (48,5%) таркибида етакчи ҳисобланади. Л.В. Адамян ва унинг ҳаммуаллифларининг фикрига кўра (2016), бачадонга турли даражадаги зарар етказадиган эндометриоз жинсий ва экстрагенитал эндометриоз ҳолатларининг 70-90% дан ортиғини ташкил қилади [2].

Перименопауза аёл ҳаётининг 1/3 қисмига тўғри келади, ва бу ўз навбатида муаммонинг тиббий ва ижтимоий аҳамиятини яққол намоён этади. Шунинг учун ёшга боғлиқ эстроген етишмовчилиги патогенетик сабаб бўлган касалликларнинг олдини олиш ва даволашни янада ривожлантириш муҳим тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эгадир [5].

Менопауза бошланиши билан эндометриоз тухумдонларнинг гормонал функциясидаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар ва танадаги эстроген гормонлари даражасининг пасайиши туфайли регрессив ўзгаришларга учрайди деб фикрланади. Шу билан бирга, климактерик даврда гипофиз ва стероид гормонларининг мувоззанати ва гестаген гормонлари етишмовчилиги билан ички эндометриознинг фаоллашиши мумкиндир [7].

Ишнинг мақсади: Ҳаёт даражаси, гормонал ҳолати ва қўлланиладиган даволаш усуллари баҳолаш асосида эндометриозли аёлларда чора-тадбирларни такомиллаштириш.

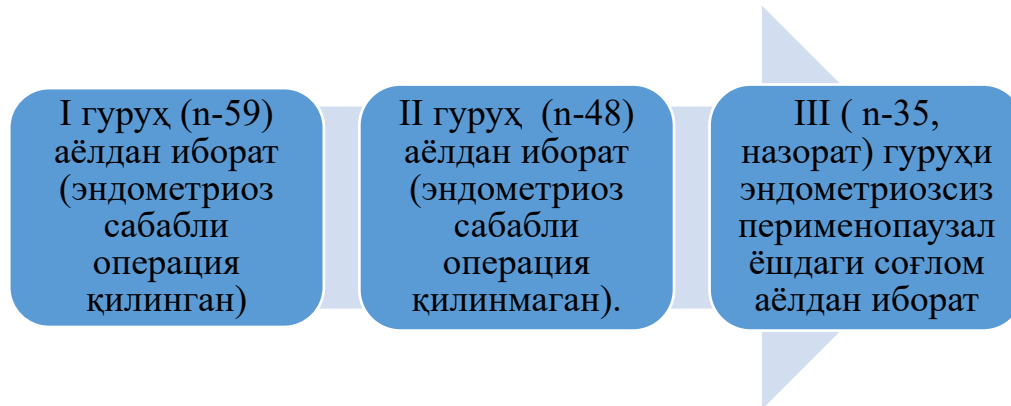
Тадқиқот материали ва текшириш усуллари: Биринчи босқичда перименопауза даври клиник курсининг хусусиятларини ўрганиш учун эндометриоз ташхиси қўйилган 45-55

1, 2, 3, 4 Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан



ёшлардаги 142 аёллар текширилди, улар гинекологга перименопауза даврининг гипоэстроген ҳолатига боғлиқ шикоятлар билан мурожат қилганлар.

Кейинги тадқиқотлар учун ушбу беморлар 2 гуруҳга бўлинган: I гуруҳ 59 аёлдан иборат (эндометриоз бўйича операция қилинган), II гуруҳ 48 аёлдан иборат (эндометриоз бўйича операция қилинмаган). Назорат гуруҳи: эндометриозсиз перименопаузал ёшдаги (n-35) соғлом аёлдан иборат эди (сурат №1).



Сурат №1. Тадқиқот материали

Асосий гинекологик касаллик анамнезини ўрганилаётганда эндометриоз ва гипоэстрогенлик ҳолатларнинг давомийлигини, асосий белгилари ва уларнинг пайдо бўлиш муддатини, аввалги даволанишини, касаллик пайтида ҳайз кўриш хусусиятини, репродуктив функцияларнинг хусусиятларини ва соматик касалликларнинг мавжудлигини ҳисобга олинди.

Акушерлик ва гинекологик анамнезни таҳлил қилишда менархнинг ёши (ҳайз даврининг мунтазамлиги, ҳайз кўришнинг оғриғи, эстроген етишмовчилигининг дастлабки белгилари), жинсий фаолликнинг бошланиши, бепуштлиқ, ҳомиладорлик сони, болалар сони, туғруқнинг асоратлари, ишлатилган контрацепция тури ва унинг давомийлиги, ҳомиладорлик муддати даволаш усуллари, экстрагенитал касалликлар (ЭГК).

Тадқиқотга киритиш меъзонлари:

1. Перименопауза даври 45-55 ёшлари
2. Эндометриоз билан касаллангалиги
3. Эндометриоз сабабли жаррохлик утказилганлиги
4. Климактерик синдромнинг намоёнлиги
5. Тадқиқотда эштирок этиш хохиши

Тадқиқотдан чиқариш меъзонлари

1. Перименопауза даври 55 юқори ёшдаги аёллар
2. Эндометриоз билан касалланмаган
3. Даволаш чора-тадбирларга қарши курсатмалари бор бўлган аёллар
4. Тадқиқотда эштирок этиш хохиши ёк аёллар

Шахсий тадқиқотлар натижалари: I ва II гуруҳдаги беморларда гормонал гомеостаз кўрсаткичлари ФСГ ва ЛГ даражаларининг назорат гуруҳига нисбатан анча пастлиги билан ажралиб турарди. Шу билан бирга I гуруҳдаги беморларнинг 57.41% ва II гуруҳ беморларининг 60.74% да ЛГ даражаси ва ЛГ/ФСГ нисбати >1 натижада ўсиши кузатилди. Бундан ташқари, I ва II гуруҳ беморларида қон зардобиди эстрадиол миқдори назорат гуруҳидаги аёллар билан таққослаганда юқори бўлганлиги аниқланди.



Климактерик синдром ва эндометриоз билан касалланган аёлларда гормонал гомеостазнинг кўрсаткичлари гонадотропик гормонларнинг даражаси, жинсий аъзолар патологияси бўлмаган аёлларга нисбатан анча паст бўлганлиги билан ажралиб турарди. Шу билан бирга, менопауза I гуруҳдаги беморларнинг 46,9 фоизда, II гуруҳдагиларнинг 31,9 фоизда ва III гуруҳда жойлашган аёлларнинг 25,3 фоизда қайд этилган. Эндометриоз фонида климактерик синдромга чалинган аёлларда I гуруҳда 57,4%, II гуруҳда 60,7% ФСГ билан таққослаганда, ЛГ асосан ўсиш кузатилди ва шунинг учун бу кўрсаткич бирдан юқори натижани кўрсатди (ЛГ/ФСГ > 1). Назорат гуруҳидаги барча беморларда ФСГнинг ЛГ ва ЛГ/ФСГга нисбатан устунлиги кузатилган бўлса, I ва II гуруҳ аёлларида периферик қон зардобидидаги эстрадиолнинг ўртача даражаси назорат гуруҳига нисбатан 2 баравар юқори, яъни уларга нисбатан гиперэстрогенемия бўлган. Анъанавий гормонал терапияга қарши кўрсатмаларга эга бўлган беморларда эндометриозни даволаш учун Индинол терапиясини танладик, ва ушбу терапияга антипролифератив таъсир кўрсатиб, кунига 2 марта 3-6 ой давомида 2 та капсуладан фойдаландик, бу аёлларнинг репродуктив органлари ва тўқималарида патологик гиперпластик жараёнларнинг универсал тузатувчиси. тизимлар. Эндометриоз билан касалланган аёллар танасида эстроген мувозанатини нормаллаштиради. I гуруҳда эндометриоз учун операция қилинган 51 (86%) беморда такрорий эндометриознинг клиник белгилари (диспаруния, дисменорея, дисхезия) кузатилган. Перименопаузал даврдаги ушбу аёллар гуруҳи учун алтернатив гормонал терапия сифатида 3-6 ой давомида кунига 2 марта фитопрепарат "Индинол"ни тавсия қилдик.

Перименопаузал даврда эндометриоз тасдиқланган II-н-48 гуруҳи (85%) (операция қилинмаган) беморларга 3-6 ой давомида кунига 1 таблеткадан "Визанна" препарати билан патогенетик гестаген терапияси буюрилди. Диеногест 2 мг узоқ муддатли самарадорлик профилактикаси ва гистеректомияга мақбул алтернативага эга яхши муҳосаба қилинган дори сифатида қаралади. Овуляция ва эстрадиолни ушлаб туришни қисман бостириш учун терапиянинг самарадорлиги, чидамлилиги ва хавфсизлиги ўртасида 20-60 пг/мл оралиғида оптимал мувозанат ҳисобланади (1-жадвал).

1-жадвал 3 ойдан сўнг эндометриознинг рецидивга қарши терапиясининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш

| № | Аломатлар | II гуруҳ Визанна № 48 | | 3 ой | | I гуруҳ Индинол №59 | | 3 ой | |
|----|-------------|-----------------------------|-----|------|-------|---------------------------|-----|------|-------|
| | | № | % | № | % | № | % | № | % |
| 1. | Диспареуния | 38 | 79% | 26 | 38,5% | 48 | 81% | 32 | 66.6% |
| 2. | Дисменорея | 41 | 85% | 19 | 46,4% | 21 | 35% | 15 | 21,3% |
| 3. | Дисхезия | 36 | 75% | 20 | 45,6% | 51 | 86% | 31 | 60% |

Эндометриознинг рецидивга қарши терапиясининг самарадорлигини таҳлил қилиш, 3 ойдан сўнг эндометриознинг клиник аломатлари билан боғлиқ ҳолда "Индинол" патогенетик терапиясининг "Визанна" препарати билан қиёсий самарадорлигини кўрсатди: даволашдан олдин 79% I гуруҳдаги беморларда диспаруния 3 ойлик терапиядан сўнг 38,5%га, дисменорея 85% дан 46,4% гача камайди, ва дисхезия ўз навбатида 75% дан 45,6% гача камайди.

"Индинол" препарати билан даволаш II гуруҳдаги беморларда самарадорлигини кўрсатди, 81% диспареуния бор эди, 3 ойлик даволашдан кейин 66,6%, дисменорея 35 %, дисхезия билан боғлиқ ҳолда семптомлари 86%- 60% гача камайди (2-жадвал).



2-жадвал 6-12 ойдан сўнг эндометриознинг рецидивга қарши терапиясининг самарадорлигини қиёсий баҳолаш

| № | Аломатлари | II гуруҳ Визанна № 48 | | 6 ой | | 12 ой | | I гуруҳ Индинол №59 | | 6 ой | | 12 ой | |
|----|-------------|-----------------------------|-------|------|--------|-------|-------|---------------------------|-------|------|-------|-------|-------|
| | | № | % | № | % | № | % | № | % | № | % | № | % |
| 1. | Диспареуния | 26 | 38,5% | 18 | 27,5% | 7 | 14,5% | 32 | 54% | 20 | 3,3% | 8 | 13,1% |
| 2. | Дисменорея | 19 | 46,4% | 12 | 25% | 4 | 8,3% | 15 | 25,4% | 11 | 18,6% | 4 | 6,7% |
| 3. | Дисхезия | 20 | 45,6% | 15 | 31,25% | 9 | 18,8% | 31 | 52,5% | 24 | 41% | 11 | 19% |

6 ойдан сўнг, эндометриознинг рецидивга қарши терапиясининг самарадорлигини таҳлил қилишда эндометриознинг клиник аломатлари билан боғлиқ ҳолда "Индинол" патогенетик терапиясининг "Визанна" препарати билан қиёсий самарадорлиги кўрсатилди: даволашдан олдин II гуруҳдаги 38,5% диспареуния 3 ойлик терапиядан сўнг 27,5%, дисменорея 46,4%дан 25% гача, дисхезия 45,6%дан 31,25% гача камайди.

6 ойдан сўнг "Индинол" препарати билан даволаш самарадорлигини кўрсатди, II гуруҳдаги беморларда 66,6% диспареуния бор беморларда терапиядан сўнг 33,6% гача камайди, дисменорея 21,3% дан, симптомларнинг пасайиши динамикаси 18,6% гача, дисхезияга келсак, симптомларнинг намоён бўлиши 52,5% дан 41% гача камайди.

Хулоса: Гормонал булмаган фитогормон, эндометриоз билан касалланган аёлларда перименопауза даврида, актив эндометриоз формасини даволашда индол-3 карбинол препарати патогенетик терапияси диеногест билан қиёсий самарадорлигини кўрсатди.

Ушбу тадқиқот натижалари перименопаузал даврдаги аёлларда эндометриозни даволаш стратегияларини такомиллаштириш зарурлигини таъкидлайди ва гормонал ўзгаришлар ҳамда касалликнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда шахсийлаштирилган терапевтик ёндашувларнинг аҳамиятини кўрсатади. Тадқиқот натижаларига кўра, жарроҳлик ва фармакологик муолажалар симптомларни бошқариш ва ҳаёт сифатини яхшилашда ҳар хил таъсирларга эга. Индинол ва Визанна терапияларининг қиёсий самарадорлиги гормонал терапияга қарши кўрсатмалари бор беморлар учун ноҳормонал фитотерапевтик усуллар самарали альтернатива бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Бу натижалар клиник жиҳатдан жуда муҳим бўлиб, улар шахсийлаштирилган даволаш режаларини ишлаб чиқишда ёрдам беради, бунда ножўя таъсирларни камайтириш ва симптомларни самарали бошқаришга эътибор қаратилади. Шу билан бирга, узоқ муддатли даволаш самарадорлиги ва ноҳормонал терапияларнинг гормонал мувозанатга таъсири бўйича қўшимча тадқиқотлар ўтказиш зарур. Келгуси тадқиқотлар эндометриознинг перименопауза даврида сақланиб қолишининг молекуляр механизмларини ўрганишга ва гормонал ҳамда ноҳормонал даволаш усулларини интеграция қилган ҳолда касалликни комплекс бошқаришга йўналтирилиши лозим.

Адабиётлар рўйхати:

1. Адамьян Л.В. Высокие технологии в диагностике и лечении патологии репродуктивной системы // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — 2017. — С.20-32.
2. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей // М.: МЕДпресс-информ, 2014. — С. 212 - 235.
3. Айламазян Э.К., Потин В.В., Тарасова М.А. и др. Генитальный эндометриоз. Гинекология от пубертата до постменопаузы. // М: МЕДпресс-информ. - 2007. - С.284-302.
4. L.M.Abdullayeva, A.T.Akhmedova., Forecasting reproductive function disorders in women post-abortion endometritis, Volume-2019



5. Махмудова С.Э., Ахмедова А.Т. Состояние здоровья женщин, применяющих эстроген-гестагенные контрацептивы //Евразийский союз ученых.-2015.-№.5-5(14).
6. A. M. Gemzell-Danielsson, L. Lalitkumar, and L. K. Kopp, "Endometriosis and menopause—management strategies based on current evidence," *Maturitas*, vol. 175, p. 45–50, 2023. [Online]. Available: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.05.001>
7. S. E. Bulun, "Endometriosis," *New England Journal of Medicine*, vol. 380, no. 13, pp. 1254–1264, 2019. [Online]. Available: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>
8. K. Zondervan, C. Becker, and S. Missmer, "Endometriosis," *Lancet*, vol. 392, no. 10161, pp. 1234–1245, 2018. [Online]. Available: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31796-3)
9. H. R. Harris, "Epidemiology of endometriosis," *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, vol. 14, no. 5, pp. 399–411, 2019. [Online]. Available: <https://doi.org/10.1080/17474108.2019.1645078>
10. L. Vercellini, P. Viganò, E. Somigliana, and P. Fedele, "Endometriosis: pathogenesis and treatment," *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 10, no. 5, pp. 261–275, 2014. [Online]. Available: <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>

