

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

**ADTI Ekspert kengashi raisi
t.f.d., professor M. M. Madazimov**

“ _____ ” _____ 2026 y.

Ibragimova Santalatxon Ruzievna

**REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY
GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH OLDINI OLISH USULLARI**

Монография

Andijon– 2026 y.

Tuzuvchilar:

Ibragimova S.R. Andijon davlat tibbiyot instituti, “2-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası dotsenti.

Taqrizchilar:

Shokirova S.M. Andijon davlat tibbiyot instituti, “2-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Yusupova U.M. Toshkent davlat tibbiyot universiteti, “Akusherlik, ginekologiya va reproduktologiya” kafedrası dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Monografiya andijon davlat tibbiyot instituti ekspert kengashining 2026 yil “___” _____dagi ___-sonli bayonnomasi bilan ma’qullangan va chop etishga tavsiya etilgan.

Ekspertlar kengashi kotibi,
t.f.n, dotsent

D.O.Ten

ANNOTATSIYA

Ushbu monografiya reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasining zamonaviy tushunchalari, davolash va oldini olishning samarali usullariga bag'ishlangan.

Monografiyada reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan endometriy giperplaziyasining gormonal, metabolik va molekulyar-genetik omillari tahlil qilingan. Shuningdek, invaziv va noinvaziv diagnostika usullari, konservativ va jarrohlik davolash yo'llari, qaytalanishning oldini olish hamda reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik strategiyalar yoritilgan.

Monografiya akusher-ginekologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar va ilmiy xodimlar uchun mo'ljallangan.

ANNOTATSIYA

Данная монография посвящена современным представлениям о гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста, а также эффективным методам её лечения и профилактики.

В монографии проанализированы гормональные, метаболические и молекулярно-генетические факторы развития гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста. Кроме того, освещены инвазивные и неинвазивные методы диагностики, консервативные и хирургические подходы к лечению, профилактика рецидивов, а также профилактические стратегии, направленные на сохранение репродуктивного здоровья.

Монография предназначена для акушеров-гинекологов, клинических ординаторов, магистрантов и научных сотрудников.

ANNOTATION

This monograph is devoted to modern concepts of endometrial hyperplasia in women of reproductive age, as well as effective methods of its treatment and prevention.

The monograph analyzes hormonal, metabolic, and molecular-genetic factors involved in the development of endometrial hyperplasia in women of reproductive age. In addition, invasive and non-invasive diagnostic methods, conservative and surgical treatment approaches, prevention of recurrence, and preventive strategies aimed at preserving reproductive health are presented.

The monograph is intended for obstetricians and gynecologists, clinical residents, master's degree students, and researchers.

SHARTLI QISQARTMALAR

AP — androgen retseptori
ART — yordamchi reproduktiv texnologiyalar
BAQK — bachadondan anormal qon ketishi
BIT — bachadon ichi tizimi
D&C — dilatatsiya va kyuretaj
EG — endometriy giperplaziyasi
EIN — endometrial intraepitelial neoplaziya
ER — estrogen retseptori
E2 — estradiol
FSH — follikulani stimullovchi gormon
GnRH — gonadotropin-relizing gormon
GO‘T — gormonal o‘rinbosar terapiya
GT — gistologik tekshiruv
Hb — gemoglobin
HPV — odam papilloma virusi
IGF-1 — insulinga o‘xshash o‘sish omili-1
IGKT — immunogistokimyoviy tekshiruv
IHK — immunogistokimyo
IR — insulin rezistentligi
IVF — in vitro urug‘lantirish
JSST — Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
Ki-67 — proliferativ faollik markeri
KOK — kombinatsiyalangan og‘iz kontratseptivlari
LH — lyuteinlashtiruvchi gormon
LNG-BIT — levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi
MAPK — mitogen faollashtirilgan protein kinaza signal yo‘li
MRT — magnit-rezonans tomografiya
MS — metabolik sindrom

NIB — noinvaziv baholash
p53 — oʻsma supressori oqsili
PCOS — polikistoz tuxumdonlar sindromi
PI3K/AKT/mTOR — hujayra oʻsishi va proliferatsiyasini
boshqaruvchi signal yoʻli
PR — progesteron retseptori
PTS — polikistoz tuxumdonlar sindromi
PTEN — fosfataza va tensin gomologi
RVPZR — real vaqtli polimeraza zanjir reaksiyasi
SHBG — jinsiy gormonlarni bogʻlovchi globulin
T3 — triyodtironin
T4 — tiroksin
TNF- α — oʻsma nekrozi omili alfa
TSH — tireotrop gormon
TVI — tana vazni indeksi
TVUTT — transvaginal ultratovush tekshiruvi
UTT — ultratovush tekshiruvi
VEGF — vaskulyar endotelial oʻsish omili
WHO — World Health Organization
YRT — yordamchi reproduktiv texnologiyalar
 β -katenin — Wnt signal yoʻli komponenti

MUNDARIJA

KIRISH.....	12
I BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARINING NAZARIY ASOSLARI.....	15
1.1. Endometriy giperplaziyasini davolash-profilaktika yondashuvlarining nazariy asoslari.....	15
1.2. Endometriy giperplaziyasida davolash usullarining tasnifi va klinik tanlovi.....	31
1.3. Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallikning dolzarbligi va profilaktik monitoring.....	43
II BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.....	53
2.1. Konservativ gormonal davolash va individual terapiya tamoyillari...	53
2.2. Minimal invaziv davolash, qaytalanish profilaktikasi va metabolik korreksiya.....	62
2.3. Reproduktiv salomatlikni saqlash, dispanser monitoring va profilaktik algoritmlar.....	71
III BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.....	83
3.1. Davolash taktikasini tanlashda klinik baholash va xavf stratifikatsiyasi.....	83
3.2. Konservativ, minimal invaziv va kombinatsiyalashgan davolash usullari.....	88
3.3. Profilaktika, qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring.....	94
IV BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA	

OLDINI OLISH USULLARI.....	104
4.1. Konservativ (gormonal) davolash va birlamchi profilaktika usullari.....	104
4.2. Fertilitetni saqlovchi minimal invaziv va jarrohlik davolash usullari.....	110
4.3. Qaytalanishning oldini olish va reproduktiv salomatlikni saqlash usullari.....	114
V BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.....	
5.1. Davolashdan keyin reproduktiv funksiyani tiklash va profilaktik boshqaruv masalalari.....	118
5.2. Davolashdan keyin homiladorlikni rejalashtirish va olib borish xususiyatlari.....	125
5.3. Dispanser kuzatuvi, qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring.....	129
5.4. Klinik tavsiyalar va individual davolash-profilaktika yondashuvlari.....	132
XULOSA.....	134
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	137

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	12
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	15
1.1. Теоретические основы лечебно-профилактических подходов при гиперплазии эндометрия.....	15
1.2. Классификация методов лечения гиперплазии эндометрия и их клинический выбор.....	31
1.3. Актуальность заболевания и профилактический мониторинг у женщин репродуктивного возраста.....	43
ГЛАВА II. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	53
2.1. Консервативное гормональное лечение и принципы индивидуальной терапии.....	53
2.2. Минимально инвазивное лечение, профилактика рецидивов и метаболическая коррекция.....	62
2.3. Сохранение репродуктивного здоровья, диспансерный мониторинг и профилактические алгоритмы.....	71
ГЛАВА III. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	83
3.1. Клиническая оценка и стратификация риска при выборе лечебной тактики.....	83
3.2. Консервативные, минимально инвазивные и комбинированные методы лечения.....	88
3.3. Профилактика, предупреждение рецидивов и долгосрочный мониторинг.....	94
ГЛАВА IV. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ	

ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	104
4.1. Консервативное гормональное лечение и методы первичной профилактики.....	104
4.2. Фертильность-сохраняющие минимально инвазивные и хирургические методы лечения.....	110
4.3. Методы профилактики рецидивов и сохранения репродуктивного здоровья.....	114
ГЛАВА V. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	118
5.1. Вопросы восстановления репродуктивной функции и профилактического ведения после лечения.....	118
5.2. Особенности планирования и ведения беременности после лечения.....	125
5.3. Диспансерное наблюдение, профилактика рецидивов и долгосрочный мониторинг.....	129
5.4. Клинические рекомендации и индивидуальные лечебно-профилактические подходы.....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	134
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	137

CONTENTS

INTRODUCTION.....	12
CHAPTER I. THEORETICAL FOUNDATIONS OF TREATMENT AND PREVENTION METHODS FOR ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	15
1.1. Theoretical foundations of treatment and preventive approaches in endometrial hyperplasia.....	15
1.2. Classification of treatment methods for endometrial hyperplasia and their clinical selection.....	31
1.3. Clinical relevance of the disease and preventive monitoring in women of reproductive age.....	43
CHAPTER II. METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	53
2.1. Conservative hormonal treatment and principles of individualized therapy.....	53
2.2. Minimally invasive treatment, prevention of recurrence, and metabolic correction.....	62
2.3. Preservation of reproductive health, dispensary monitoring, and preventive algorithms.....	71
CHAPTER III. METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	83
3.1. Clinical assessment and risk stratification in choosing treatment tactics.....	83
3.2. Conservative, minimally invasive, and combined treatment methods.....	88
3.3. Prevention, recurrence prevention, and long-term monitoring.....	94
CHAPTER IV. METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF	

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	104
4.1. Conservative hormonal treatment and methods of primary prevention.....	104
4.2. Fertility-preserving minimally invasive and surgical treatment methods.....	110
4.3. Methods for preventing recurrence and preserving reproductive health.....	114
CHAPTER V. METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	118
5.1. Issues of restoring reproductive function and preventive management after treatment.....	118
5.2. Features of pregnancy planning and management after treatment.....	125
5.3. Dispensary follow-up, recurrence prevention, and long-term monitoring.....	129
5.4. Clinical recommendations and individualized treatment-prevention approaches.....	132
CONCLUSION.....	134
REFERENCES.....	137

KIRISH

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullarini takomillashtirish zamonaviy akusherlik va ginekologiyaning eng dolzarb masalalaridan biri hisoblanadi. Endometriy giperplaziyasi bachadon shilliq qavatida hujayralar proliferatsiyasi, bezli tuzilmalarning ko'payishi, bezstroma nisbatining buzilishi hamda gormonal regulyatsiyaning izdan chiqishi bilan tavsiflanadigan patologik jarayon bo'lib, u ayollarning reproduktiv salomatligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi [3, 7, 12, 25, 41]. Ushbu kasallik nafaqat anormal bachadon qon ketishlari, hayz siklining buzilishi va bepushtlik bilan, balki ayrim hollarda endometriyda prekanseroz o'zgarishlar rivojlanishi xavfi bilan ham muhim klinik ahamiyat kasb etadi [1, 9, 18, 34].

So'nggi yillarda reproduktiv yoshdagi ayollar orasida endometriy giperplaziyasining uchrash chastotasi ortib borayotgani kuzatilmoqda. Bunga semizlik, insulin rezistentligi, polikistoz tuxumdonlar sindromi, surunkali anovulyatsiya, qalqonsimon bez faoliyatining buzilishlari, stress omillari, reproduktiv rejalashtirishning kechikishi va gormonal muvozanatning izdan chiqishi kabi omillar sabab bo'lmoqda [6, 14, 27, 52]. Ayniqsa, estrogenlarning nisbiy yoki mutlaq ustunligi va progesteron yetishmovchiligi endometriy hujayralarida nazoratsiz proliferatsiyani kuchaytirib, giperplastik jarayonlarning shakllanishiga olib keladi [10, 21, 38, 49]. Shu sababli endometriy giperplaziyasi faqat mahalliy bachadon patologiyasi sifatida emas, balki butun organizmdagi endokrin-metabolik buzilishlar bilan bog'liq tizimli jarayon sifatida baholanadi [4, 16, 30].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda mazkur kasallikning dolzarbligi, avvalo, uning klinik ko'rinishlari hayot sifatini sezilarli darajada pasaytirishi bilan izohlanadi. Anormal bachadon qon ketishlari uzoq davom etganda temir tanqisligi anemiyasi, umumiy holsizlik, mehnat qobiliyatining pasayishi, psixoemotsional beqarorlik va ijtimoiy faollikning cheklanishiga olib keladi [2, 19, 33, 57]. Ba'zi bemorlarda kasallik yashirin yoki kam simptomli kechishi mumkin, bu esa tashxisning kechikishiga va davolash samaradorligining pasayishiga sabab bo'ladi [8, 26, 45]. Shu jihatdan, endometriy giperplaziyasini erta aniqlash, xavf guruhlarini belgilash

va profilaktik kuzatuvni yo'lga qo'yish muhim amaliy vazifa hisoblanadi [11, 24, 36, 60].

Endometriy giperplaziyasi reproduktiv funksiyaga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Endometriyning normal tuzilishi va funksional yetilishi embrion implantatsiyasi uchun asosiy shartlardan biri hisoblanadi. Giperplastik o'zgarishlar fonida endometriy retseptivligi pasayadi, sekretor transformatsiya to'liq amalga oshmaydi va homiladorlikning tabiiy yuzaga kelish imkoniyati kamayadi [5, 17, 29, 54]. Bu holat bepushtlik, odatiy homila tushishi, erta reproduktiv yo'qotishlar va yordamchi reproduktiv texnologiyalar samaradorligining pasayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [13, 28, 44]. Shu sababli reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash faqat qon ketishni to'xtatish yoki morfologik regressiyaga erishish bilan cheklanmasligi, balki reproduktiv salomatlikni tiklash va saqlashga qaratilishi zarur [15, 31, 47].

Tashxis qo'yish masalasida zamonaviy yondashuvlar alohida ahamiyatga ega. Transvaginal ultratovush tekshiruvi endometriy qalinligi, tuzilishi va bachadon bo'shlig'idagi o'zgarishlarni baholashda keng qo'llaniladi, biroq u giperplaziyaning morfologik turini aniq belgilash uchun yetarli emas [20, 35, 50]. Shu sababli gistologik tekshiruv hali ham asosiy diagnostik mezon hisoblanadi. Aspiratsion biopsiya, gisteroskopiya, maqsadli biopsiya va immunogistokimyoviy markerlardan foydalanish tashxis aniqligini oshirib, atipiyali va atipiyasiz shakllarni farqlashga imkon beradi [22, 39, 58]. Erta tashxis nafaqat davolash taktikasini to'g'ri tanlash, balki onkologik xavfni kamaytirish uchun ham muhimdir [23, 37, 48].

Davolashda individual yondashuvning ahamiyati tobora ortib bormoqda. Reproductiv yoshdagi ayollarda bachadon va fertillikni saqlab qolish ustuvor vazifa bo'lgani sababli konservativ gormonal terapiya, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi, kombinatsiyalangan yondashuvlar va minimal invaziv usullar keng qo'llanilmoqda [32, 43, 56]. Bunda bemorning yoshi, morfologik tashxis, atipiya mavjudligi, hayz sikli xususiyatlari, gormonal holati, metabolik fon, homiladorlik rejalari va qaytalanish xavfi hisobga olinishi zarur [40, 46, 61]. Aynan shunday kompleks yondashuv davolash natijalarini yaxshilash,

kasallikning qaytalanishini kamaytirish va reproduktiv imkoniyatlarni saqlab qolishga xizmat qiladi [42, 53, 62].

Profilaktika masalasi endometriy giperplaziyasini boshqarishda alohida o'rin tutadi. Kasallikning oldini olish sog'lom turmush tarzini shakllantirish, tana vaznini nazorat qilish, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, jismoniy faollikni oshirish, insulin rezistentligi va endokrin buzilishlarni erta aniqlash, polikistoz tuxumdonlar sindromini o'z vaqtida davolash hamda hayz sikli buzilishlariga befarq bo'lmaslik orqali amalga oshiriladi [55, 59, 63, 64, 65]. Shuningdek, xavf guruhidagi ayollarni muntazam ginekologik ko'rikdan o'tkazish, transvaginal ultratovush tekshiruvini o'z vaqtida bajarish va zarur hollarda morfologik tekshiruv o'tkazish kasallikning erta bosqichda aniqlanishiga yordam beradi [6, 18, 41, 60].

Endometriy giperplaziyasining qaytalanish xavfi ham dolzarb muammolardan biridir. Davolashdan keyin gormonal va metabolik fon to'liq korreksiya qilinmasa, kasallik qayta rivojlanishi mumkin [1, 14, 28, 60]. Ayniqsa, semizlik, surunkali anovulyatsiya, insulin rezistentligi, reproduktiv rejalar va dori vositalariga rioya qilmaslik qaytalanish ehtimolini oshiradi [3, 7, 12, 25]. Shu sababli davolash tugagandan keyingi dispanser kuzatuv, individual monitoring, ultratovush nazorati va zarur holatlarda takroriy morfologik baholash profilaktikaning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi [8, 25, 51].

Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullarini takomillashtirish tibbiy, ijtimoiy va reproduktiv jihatdan katta ahamiyatga ega. Kasallikning ko'p omilli etiologiyasi, klinik kechishining turlicha bo'lishi, bepushtlik va onkologik xavf bilan bog'liqligi, shuningdek qaytalanishga moyilligi uni chuqur o'rganishni talab qiladi [13, 32, 55]. Erta tashxis, individual davolash, metabolik va endokrin buzilishlarni korreksiya qilish, profilaktik monitoring va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan kompleks strategiyalar ushbu muammoni samarali hal etishning asosiy yo'nalishlari hisoblanadi [11, 27, 56].

I BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARINING NAZARIY ASOSLARI.

1.1. Endometriy giperplaziyasini davolash-profilaktika yondashuvlarining nazariy asoslari.

Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [15, 28, 41]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan. Reproktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi [29, 42, 55]. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmazligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepustlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi.

Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo'nalish hisoblanadi. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [29, 42, 55]. Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin [29, 42, 55]. Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo'nalishi bo'lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning

regressiyasiga zamin yaratadi. Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi [4, 43, 56]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi.

Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi. Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [4, 43, 56]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan. Reprodukativ yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi [5, 18, 57].

Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi [4, 43, 56]. Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo'nalish hisoblanadi. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [5, 18, 57].

Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin [5, 18, 57].

Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi [5, 18, 57]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi.

Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi. Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [6, 19, 32].

Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi [6, 19, 32]. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepushtlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi. Transvaginal ultratovush tekshiruvni skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi [20, 33, 46].

Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi. Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi [20, 33, 46]. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy

faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin [34, 47, 60].

Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi [20, 33, 46]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog'liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat [34, 47, 60].

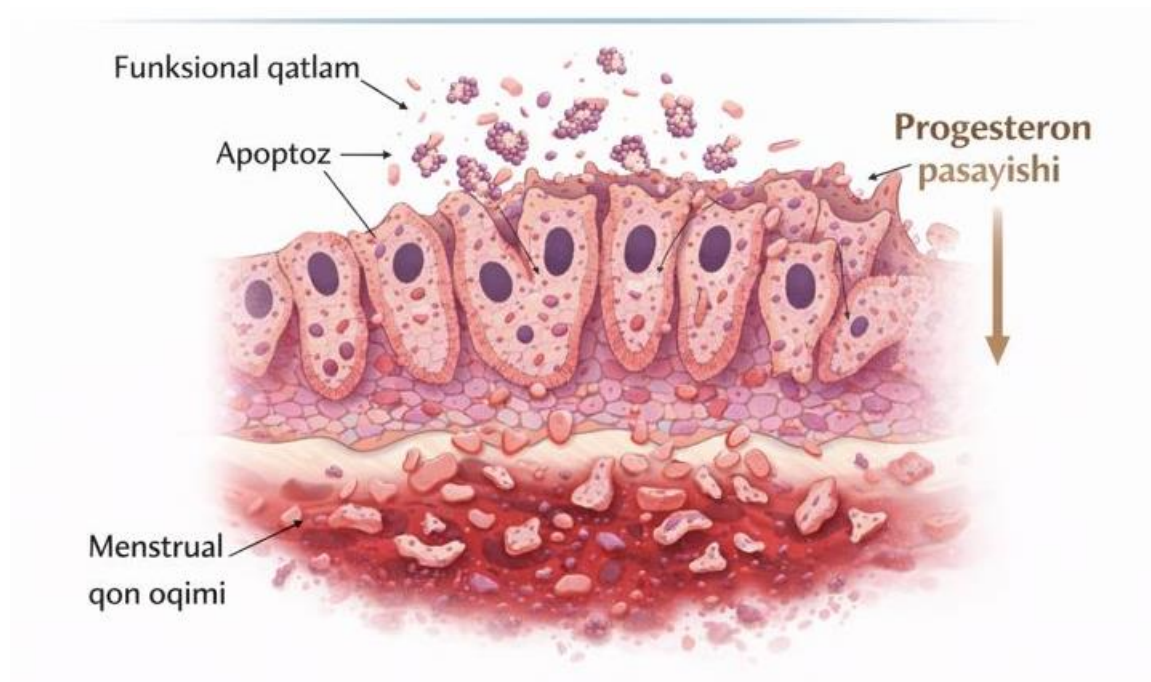
Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan [34, 47, 60]. Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi.

Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi [34, 47, 60]. Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo'nalish hisoblanadi. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati

tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [9, 48, 61].

Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin [9, 48, 61]. Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo'nalishi bo'lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi.

Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi [9, 48, 61]. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog'liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat.



***Rasm 1. Davolash jarayonida progesteron ta'siri kuchayishi fonida
endometriy proliferatsiyasining cheklanishi, apoptoz mexanizmlarining
faollashuvi va funksional qatlamning nazoratlangan regressiyasi.***

Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog'liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat [16, 29, 42].

Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [16, 29, 42]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepushtlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi. Transvaginal ultratovush tekshiruvni skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi [30, 43, 56].

Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [30, 43, 56]. Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi [5, 44, 57].

Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yoʻnalishi boʻlib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi. Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini toʻldiradi [5, 44, 57]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bogʻliq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat [6, 19, 58].

Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani taʼminlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [5, 44, 57]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen taʼsirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron taʼsirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan. Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yoʻqotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi [6, 19, 58].

Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali boʻlsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim oʻrin tutadi. Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yoʻnalish hisoblanadi [6, 19, 58]. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat koʻriklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi.

Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi [6, 19, 58]. Reproktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin. Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo'nalishi bo'lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi [7, 20, 33].

Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog'liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat [7, 20, 33].

1-jadval.

Endometriy giperplaziyasini davolash-profilaktika boshqaruvida asosiy bosqichlar.

Boshqaruv bosqichi	Mazmuni	Kutiladigan natija
Klinik baholash	Hayz buzilishi, qon ketish turi, fertillik rejalar va xavf omillarini aniqlash	Individual davolash yo'nalishini tanlash
Instrumental tekshiruv	TVUTT, zarur holatda gisteroskopiya va maqsadli biopsiya	Endometriy holatini aniq baholash
Morfologik tasdiqlash	Atipiyasiz giperplaziya, atipiyali holat yoki EIN ehtimolini farqlash	Onkologik xavfni aniqlash

Profilaktik kuzatuv	Davolashdan keyingi UTT, klinik nazorat va metabolik korreksiya	Qaytalanish xavfini kamaytirish
---------------------	---	---------------------------------

Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo‘qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi [21, 34, 47]. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo‘lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko‘p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepustlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi.

Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunksiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo‘nalish hisoblanadi. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko‘riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [35, 48, 61]. Endometriy to‘qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta‘minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo‘lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin [35, 48, 61].

2-jadval.

Endometriy giperplaziyasida xavf omillari va profilaktik choralar.

Ko‘rsatkich	Profilaktik ahamiyati	Amaliy yondashuv
Gormonal muvozanat	Estrogen ustunligini cheklash va progesteron ta‘sirini tiklash	Ovulyator siklni baholash va shifokor nazorati
Hujayra proliferatsiyasi	Nazoratsiz ko‘payishni regressiyaga yo‘naltirish	Morfologik va ultratovush monitoring
Metabolik fon	Semizlik va insulin rezistentligi ta‘sirini kamaytirish	Tana vazni, ovqatlanish va

		jismoniy faollikni nazorat qilish
Bez-stroma nisbati	Giperplastik jarayon chuqurligini baholash	Biopsiya va gisteroskopik baholash
Qaytalanish xavfi	Davolashdan keyingi takrorlanishni oldini olish	Dispanser kuzatuv va xavf guruhini ajratish

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog‘liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat. Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi [11, 24, 63].

Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta’sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta’sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan [11, 24, 63]. Reprodukativ yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo‘qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo‘lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko‘p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepustlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi [12, 25, 38]. Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo‘lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o‘rin tutadi.

Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko‘riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi. Endometriy to‘qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta’minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo‘lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi [12, 25, 38]. Gormonal

disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi.

Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo'nalishi bo'lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi [12, 25, 38]. Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi [26, 39, 52].

Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi. Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [26, 39, 52]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepushtlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi [26, 39, 52]. Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi. Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo'nalish hisoblanadi [1, 40, 53].

Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi [1, 40, 53]. Reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash algoritmi har doim individual tuziladi, chunki bir xil morfologik tashxis turli metabolik fon, turli fertillik rejasi va turli qaytalanish xavfi bilan kechishi mumkin.

Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi [1, 40, 53]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi.

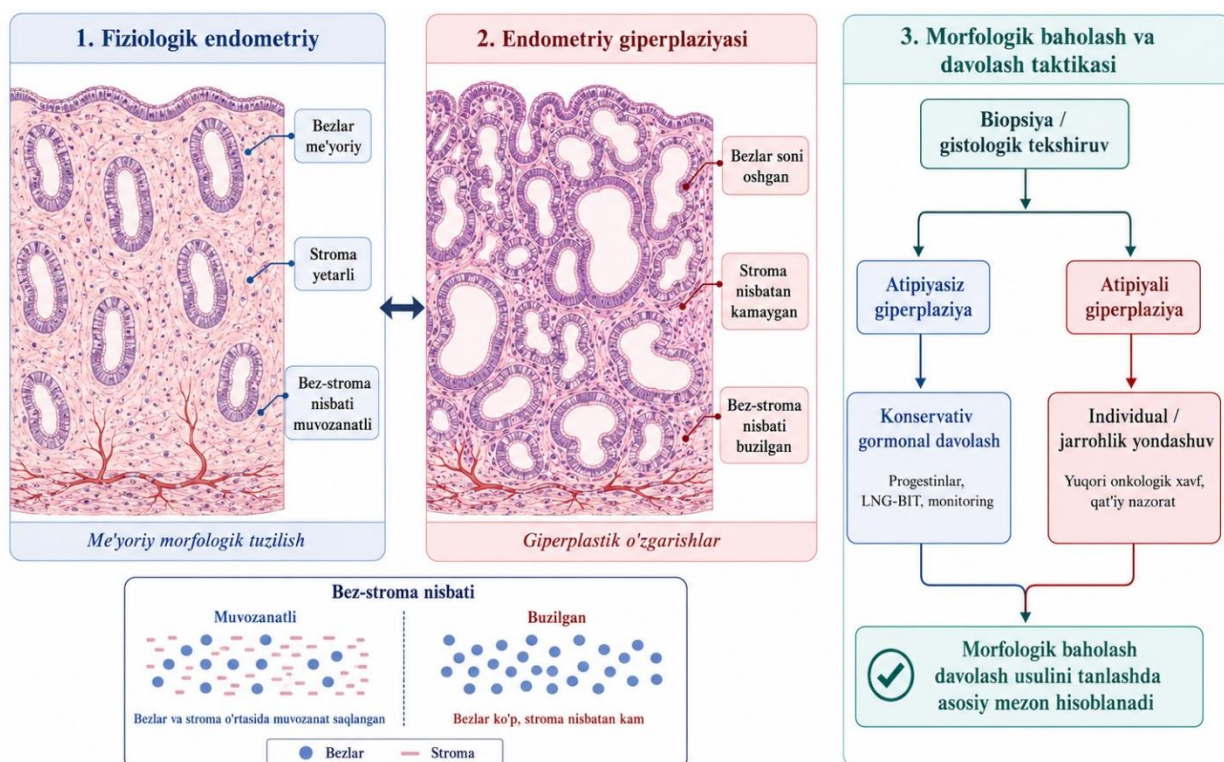
Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi. Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [2, 15, 54]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepushtlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi [2, 15, 54]. Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o'rin tutadi.

Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi. Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirligi davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi [3, 16, 29]. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi.

Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo'nalishi bo'lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi [3, 16, 29]. Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini olish bir-birini to'ldiradi. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi [17, 30, 43]. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuv kasallikni alohida bachadon patologiyasi sifatida emas, balki gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan bog'liq murakkab klinik holat sifatida baholashdan iborat.

Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan [17, 30, 43].

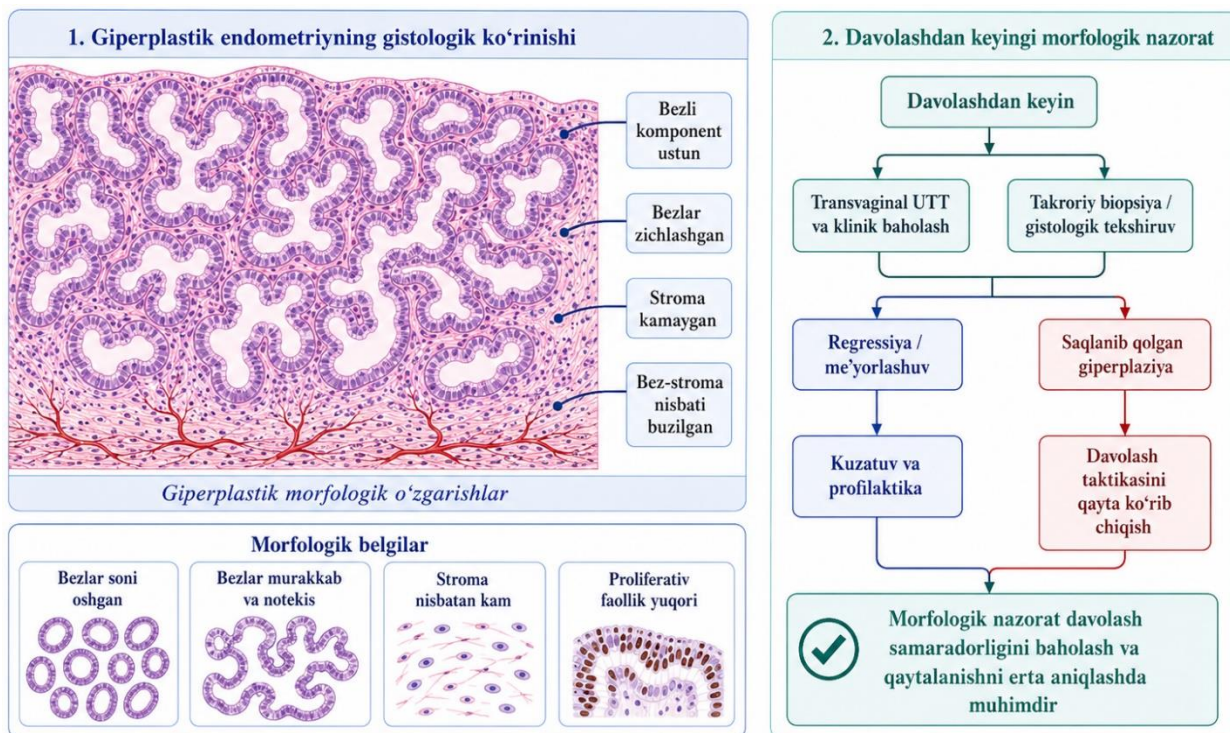


Rasm 2. Endometriyning fiziologik va giperplastik holatlarida bez-stroma nisbatining farqlari hamda davolash taktikasini tanlashda morfologik baholashning ahamiyati.

Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir [36, 49, 62]. Profilaktikaning nazariy asosi estrogen ta'sirining uzoq davom etishini cheklash, progesteron ta'sirini fiziologik darajada tiklash, metabolik fonni yaxshilash va xavf guruhidagi ayollarni muntazam kuzatishga tayangan.

Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmاسligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepushtlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi [18, 31, 44]. Transvaginal ultratovush tekshiruvi skrining bosqichida foydali bo'lsa-da, davolash taktikasini

belgilashda morfologik tekshiruv, klinik xavf omillari va bemorning individual reproduktiv rejasi muhim o‘rin tutadi.



Rasm 3. Giperplastik endometriyda bezli komponent ustunligi, bezlarning zichlashuvi va davolashdan keyingi morfologik nazorat zarurligini ko‘rsatuvchi gistologik tasvir.

Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko‘riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi [18, 31, 44]. Endometriy to‘qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta‘minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo‘lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me‘yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi [32, 45, 58].

Endometriyda proliferatsiya va apoptoz muvozanatini tiklash davolashning asosiy patogenetik yo‘nalishi bo‘lib, nazoratlangan sekretor transformatsiya giperplastik jarayonning regressiyasiga zamin yaratadi. Profilaktik yondashuvlar birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi darajalarda baholanadi: xavf omillarini kamaytirish, kasallikni erta aniqlash va davolashdan keyingi qaytalanishni oldini

olish bir-birini to'ldiradi [32, 45, 58]. Shu nuqtai nazardan endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalalari anatomik tasvir bilan cheklanmay, klinik qaror qabul qilish, monitoring va uzoq muddatli kuzatuv tizimini ham qamrab oladi.

Davolash-profilaktika strategiyasi bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari, qon ketish davomiyligi, fertillik rejasi, tana vazni, ovulyator holati va endometriy morfologik xulosasini birgalikda tahlil qilish orqali belgilanadi [32, 45, 58]. Endometriy giperplaziyasida davolashning maqsadi faqat qon ketishni kamaytirish emas, balki endometriyda nazoratlangan regressiyani ta'minlash, qaytalanish xavfini pasaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlab qolishdir.

Reproduktiv yoshda konservativ yondashuvlar alohida ahamiyatga ega, chunki bachadonni saqlash, kelajakdagi homiladorlik imkoniyatini yo'qotmaslik va hayot sifatini yaxshilash davolashning muhim mezonlari hisoblanadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilar aniq bo'lmasligi mumkin, shu sababli hayz siklining uzayishi, ko'p yoki tartibsiz qon ketish, anovulyatsiya belgilari va bepustlik holatlari chuqur tekshiruvni talab qiladi [7, 46, 59].

Endometriy giperplaziyasini oldini olishda polikistoz tuxumdonlar sindromi, insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi va surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash muhim profilaktik yo'nalish hisoblanadi [7, 46, 59]. Davolash jarayonida bemor bilan tushuntirish ishlari olib borilishi, nazorat ko'riklarining ahamiyati tushuntirilishi va dori vositalariga rioya qilish darajasi baholanishi qaytalanishni kamaytiradi. Endometriy to'qimasining yuqori gormonal sezgirliги davolash samaradorligini ta'minlaydigan asosiy biologik xususiyat bo'lib, aynan shu sezgirlik profilaktik kuzatuvni ham zarur qiladi [8, 21, 60]. Gormonal disbalansni korreksiya qilish bilan bir qatorda ovqatlanish madaniyati, jismoniy faollik, tana vaznini me'yorlashtirish va psixoemotsional barqarorlikni saqlash kasallik profilaktikasining ajralmas qismi sifatida qaraladi.

1.2. Endometriy giperplaziyasida davolash usullarining tasnifi va klinik tanlovi.

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko'p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi [8, 21, 60]. Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi. Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim [9, 22, 35].

Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko'plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta'sir ko'rsatishi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi [9, 22, 35]. Jarrohlik yondashuvlar reproduktiv reja tugagan, qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan yoki atipiyali jarayon tasdiqlangan bemorlarda ehtiyotkor klinik baholash asosida ko'rib chiqiladi.

Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin [9, 22, 35]. Metabolik korreksiya davolashning qo'shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin. Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo'lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur [23, 36, 49].

Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro'yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritmi sifatida qoraladi. Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va

bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq [23, 36, 49]. Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha gormonal va metabolik buzilishlar fonida shakllanadi hamda ko'pchilik hollarda konservativ davolash va muntazam nazorat bilan boshqarilishi mumkin.

Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi [23, 36, 49]. Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim. Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish og'irligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi [37, 50, 63].

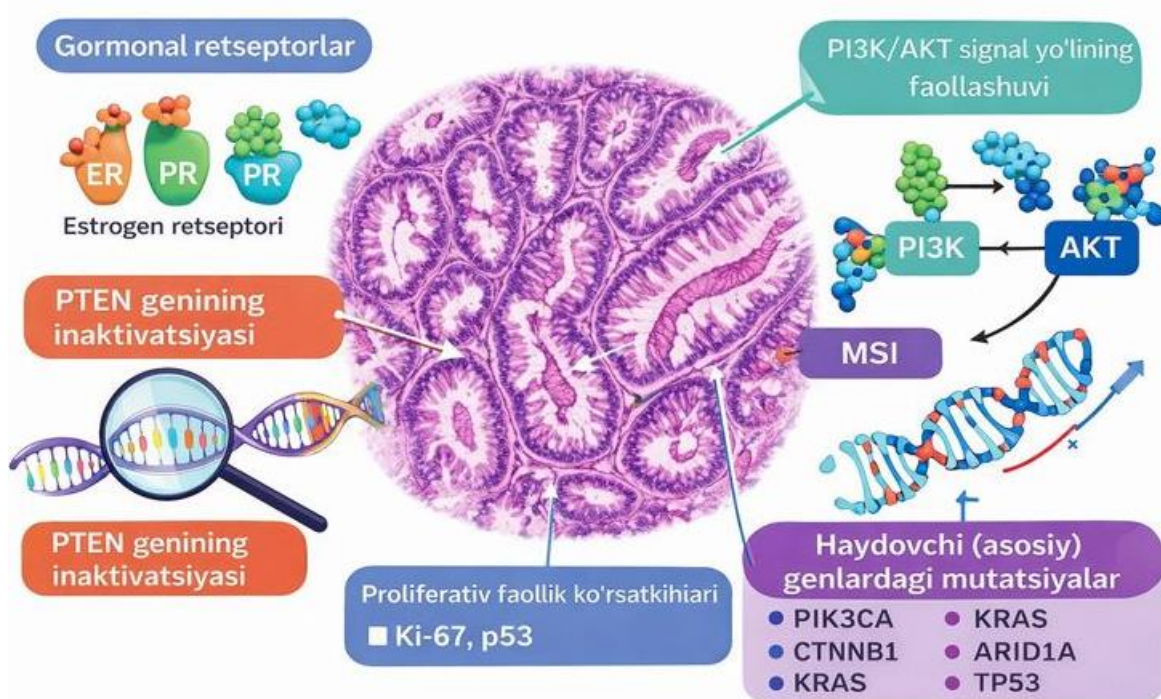
Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi. Jarrohlik yondashuvlar reproduktiv reja tugagan, qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan yoki atipiyali jarayon tasdiqlangan bemorlarda ehtiyotkor klinik baholash asosida ko'rib chiqiladi [37, 50, 63].

Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin [37, 50, 63]. Metabolik korreksiya davolashning qo'shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin.

Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi. Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro'yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm sifatida qaraladi [12, 51, 64].

Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha gormonal va metabolik buzilishlar fonida shakllanadi hamda ko'pchilik hollarda konservativ davolash va muntazam nazorat bilan boshqarilishi mumkin [12, 51, 64]. Atipiyali giperplaziya yoki EIN

Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim. Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish ogʻirligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi [13, 26, 65].



Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish og'irligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi. Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko'plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta'sir ko'rsatishi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [33, 46, 59]. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallashtirish va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi [33, 46, 59]. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin. Metabolik korreksiya davolashning qo'shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin [8, 47, 60].

Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi. Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro'yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm sifatida qaraladi [8, 47, 60]. Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq.

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko'p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi [8, 47, 60]. Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi.

3-jadval.

***Endometriy giperplaziyasida davolash usullari va ularning klinik
qo'llanilishi.***

Davolash turi	Asosiy mezonlar	Klinik ahamiyati
Konservativ gormonal terapiya	Atipiyasiz giperplaziya, reproduktiv rejani saqlash	Endometriy regressiyasi va fertillikni asrash

Bachadon ichi tizimi	Uzoq muddatli mahalliy gestagen ta'siri	Qaytalanishni kamaytirish va nazoratni yengillashtirish
Gisteroskopik yondashuv	Fokal o'zgarish, polip yoki shubhali maydon	Maqsadli biopsiya va aniq tashxis
Jarrohlik taktika	Atipiya, EIN, yuqori xavf yoki samarasiz konservativ davolash	Onkologik xavfni kamaytirish

Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi. Jarrohlik yondashuvlar reproduktiv reja tugagan, qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan yoki atipiyali jarayon tasdiqlangan bemorlarda ehtiyotkor klinik baholash asosida ko'rib chiqiladi [10, 23, 36].

Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin [10, 23, 36]. Metabolik korreksiya davolashning qo'shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin. Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo'lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur [24, 37, 50].

Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro'yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm sifatida qaraladi. Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq [24, 37, 50].

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko'p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi [24, 37, 50]. Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar,

minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi.

Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish og'irligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi. Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko'plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta'sir ko'rsatishi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [38, 51, 64]. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallashtirish va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi [38, 51, 64]. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin. Metabolik korreksiya davolashning qo'shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin [13, 52, 65].

Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi. Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro'yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm sifatida qaraladi [13, 52, 65]. Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq.

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko'p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi [13, 52, 65]. Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar,

minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi.

Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish og'irligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi. Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko'plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta'sir ko'rsatishi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [1, 14, 27].

Jarrohlik yondashuvlar reproduktiv reja tugagan, qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan yoki atipiyali jarayon tasdiqlangan bemorlarda ehtiyotkor klinik baholash asosida ko'rib chiqiladi [1, 14, 27]. Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallasuvi va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin [15, 28, 41].

Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo'lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur. Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi [15, 28, 41].

Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq [15, 28, 41]. Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha gormonal va metabolik buzilishlar fonida shakllanadi hamda ko'pchilik hollarda konservativ davolash va muntazam nazorat bilan boshqarilishi mumkin.

Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi. Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning

samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim [29, 42, 55].

Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko‘plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta‘sir ko‘rsatishi, tizimli nojo‘ya ta‘sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [29, 42, 55]. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo‘shlig‘ini bevosita ko‘rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o‘zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallashtirish va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo‘lishi mumkin [4, 43, 56]. Metabolik korreksiya davolashning qo‘shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo‘lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin.

Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi [4, 43, 56]. Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro‘yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm sifatida qaraladi.

4-jadval.

Endometriy giperplaziyasi morfologik shakllarida tavsiya etiladigan davolash yondashuvlari.

Morfologik shakl	Davolash tanlovi	Kuzatuv holati	Klinik xususiyat
Atipiyasiz giperplaziya	Konservativ gormonal yondashuv	Muntazam UTT va morfologik nazorat	Ko‘pincha regressiyaga moyil

Qaytalanishga moyil shakl	Uzoq muddatli profilaktik davolash	Xavf omillarini faol korreksiya qilish	Metabolik fon muhim
Atipiyali giperplaziya	Individual kuchaytirilgan taktika	Qisqa intervalda nazorat	Prekanseroz xavf yuqori
EIN ehtimoli	Ko‘p tarmoqli baholash	Morfologik tasdiq zarur	Onkologik ehtiyotkorlik talab etadi

Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko‘rib chiqiladi. Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim [6, 19, 32].

Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko‘plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta’sir ko‘rsatishi, tizimli nojo‘ya ta’sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [6, 19, 32]. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo‘shlig‘ini bevosita ko‘rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o‘zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallasuvi va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo‘lishi mumkin [20, 33, 46].

Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo‘lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur [20, 33, 46]. Davolash-profilaktika tizimi

bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi.

5-jadval.

Atipiyasiz giperplaziya va EIN holatlarida davolash-profilaktika farqlari.

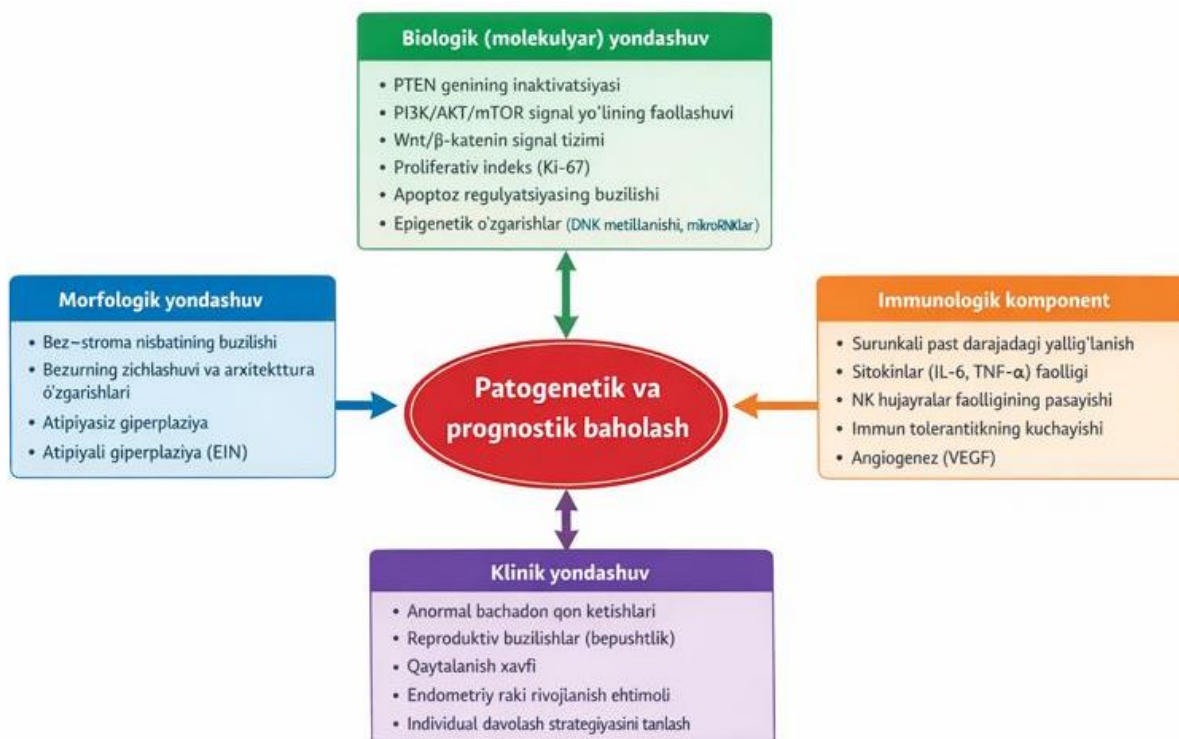
Ko‘rsatkich	Atipiyasiz giperplaziya	EIN yoki atipiyali holat
Davolash maqsadi	Regressiya va hayz siklini barqarorlashtirish	Malign transformatsiya xavfini kamaytirish
Fertillik masalasi	Bachadonni saqlash ustuvor	Individual baholash zarur
Monitoring	UTT va davriy morfologik nazorat	Yaqin va qat’iy kuzatuv
Profilaktika	Metabolik va gormonal korreksiya	Qaytalanish hamda onkologik xavfni nazorat qilish
Davolash yondashuvi	Konservativ usullar yetakchi	Kengaytirilgan taktika ko‘rib chiqiladi

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko‘p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi. Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko‘rib chiqiladi [9, 48, 61].

Gormonal terapiya tanlashda ovulyator disfunktsiya, endokrin kasalliklar, bemorning kontratseptiv ehtiyoji, qon ketish og‘irligi va davolashga rioya qilish imkoniyati hisobga olinadi [9, 48, 61]. Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko‘plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta’sir ko‘rsatishi, tizimli nojo‘ya ta’sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi.

Jarrohlik yondashuvlar reproduktiv reja tugagan, qaytalanish xavfi yuqori bo‘lgan yoki atipiyali jarayon tasdiqlangan bemorlarda ehtiyotkor klinik baholash

asosida ko‘rib chiqiladi. Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallasuvi va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi [10, 23, 62]. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo‘lishi mumkin.



Rasm 5. Endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik, molekulyar-biologik, metabolik hamda klinik mezonlarning integratsiyalashgan algoritmi.

Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo‘lishi mumkin. Metabolik korreksiya davolashning qo‘shimcha emas, balki asosiy tarkibiy qismi bo‘lib, insulin rezistentligi va semizlik endometriyga doimiy estrogenik yuklama berishi mumkin [30, 43, 56]. Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo‘lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur.

Shu sababli endometriy giperplaziyasida davolash tasnifi oddiy ro‘yxat emas, balki bemorni uzoq muddatli boshqarish modelini belgilovchi amaliy algoritm

sifatida qaraladi [30, 43, 56]. Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq. Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha gormonal va metabolik buzilishlar fonida shakllanadi hamda ko'pchilik hollarda konservativ davolash va muntazam nazorat bilan boshqarilishi mumkin [5, 44, 57].

Davolash usullarini tasniflashda konservativ gormonal terapiya, bachadon ichi tizimlari, gisteroskopik aralashuvlar, minimal invaziv usullar va zarur holatlarda jarrohlik yondashuvlar alohida ko'rib chiqiladi. Konservativ davolashning klinik ahamiyati reproduktiv funksiyani saqlash imkoniyati bilan belgilanadi, biroq uning samaradorligi muntazam morfologik va ultratovush nazorati bilan baholanishi lozim [5, 44, 57].

Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi ko'plab klinik holatlarda endometriyga mahalliy ta'sir ko'rsatishi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytirishi va uzoq muddatli profilaktik nazoratni osonlashtirishi bilan ahamiyatli hisoblanadi [5, 44, 57]. Gisteroskopiya diagnostik va davolovchi imkoniyatlarni birlashtiradi, chunki u endometriy bo'shlig'ini bevosita ko'rish, maqsadli biopsiya olish va fokal o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash natijasini baholashda qon ketishning kamayishi, hayz siklining barqarorlashuvi, endometriy qalinligining normallasuvi va morfologik regressiya asosiy mezonlar sifatida olinadi. Qaytalanishni oldini olish uchun davolashdan keyingi kuzatuv aniq rejalashtiriladi, bunda xavf omillari saqlanib qolgan ayollarda monitoring chastotasi yuqoriroq bo'lishi mumkin [6, 19, 58].

Tasnifga asoslangan yondashuv klinik qarorlarni standartlashtiradi, ammo har bir bemorda fertillik, psixologik holat, ijtimoiy omillar va davolanishga bo'lgan munosabat ham hisobga olinishi zarur [6, 19, 58]. Davolash-profilaktika tizimi bosqichma-bosqich tashkil etilganda tashxis, xavfni baholash, terapiya, natijani nazorat qilish va qaytalanishni oldini olish uzluksiz jarayonga aylanadi.

Endometriy giperplaziyasida davolash taktikasini tanlash morfologik tur, atipiya mavjudligi, endometrial intraepitelial neoplaziya ehtimoli va bemorning

reproduktiv rejasi bilan bevosita bog'liq. Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha gormonal va metabolik buzilishlar fonida shakllanadi hamda ko'pchilik hollarda konservativ davolash va muntazam nazorat bilan boshqarilishi mumkin [7, 20, 33]. Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlanganda xavf yuqoriroq baholanadi, shuning uchun davolash strategiyasi yanada ehtiyotkor, individual va ko'p tarmoqli muhokama asosida tanlanadi.

1.3. Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallikning dolzarbligi va profilaktik monitoring.

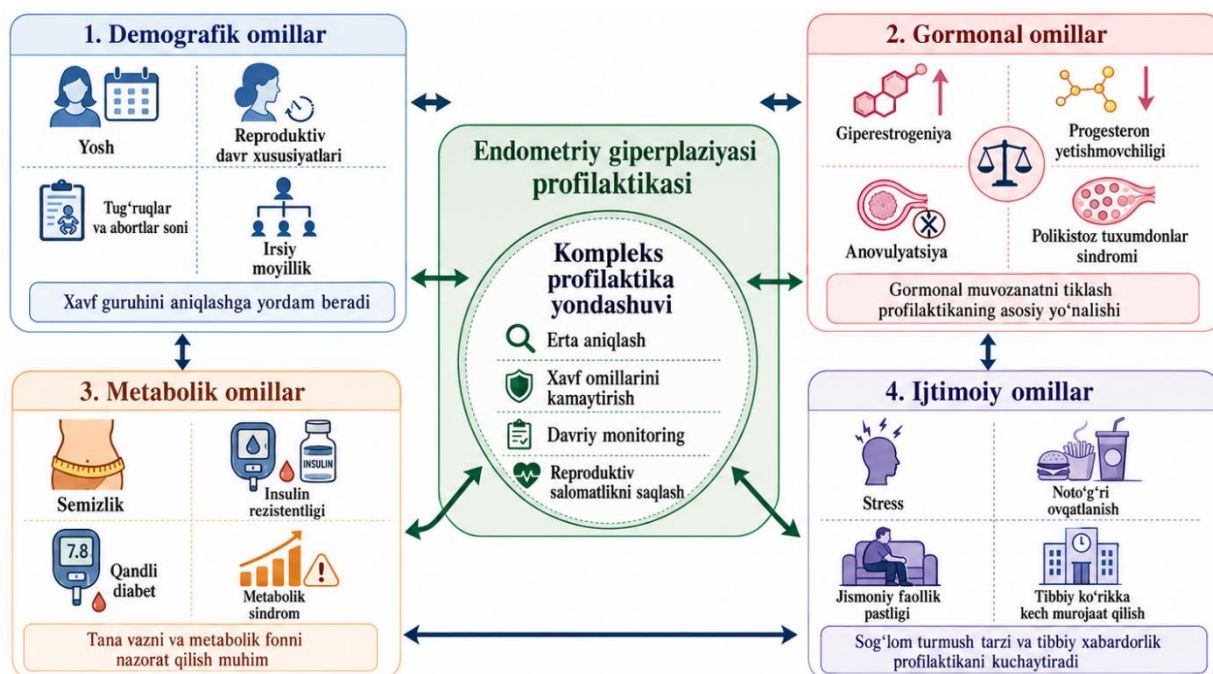
Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [21, 34, 47]. Semizlik, insulin rezistentligi va polikistoz tuxumdonlar sindromi profilaktika dasturlarida alohida e'tibor talab qiladi, chunki ular endometriyga uzoq muddatli proliferativ ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Davolashdan keyingi kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur [21, 34, 47]. Ijtimoiy jihatdan kasallik ayolning mehnat qobiliyati, psixoemotsional holati, oilaviy rejalari va reproduktiv imkoniyatlariga ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun profilaktika keng tibbiy-ma'rifiy yondashuvni talab qiladi.

Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi. Reprodukativ salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi [35, 48, 61].

Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog o'rtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bog'liq [35, 48, 61]. Endometriy giperplaziyasi bilan

bog'liq onkologik xavfni kamaytirishda atipiyali shakllarni erta aniqlash, morfologik xulosani to'g'ri talqin qilish va davolash natijasini vaqtida baholash muhim o'rin tutadi. Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim [10, 49, 62].



Rasm 6. Reprodukativ yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasi profilaktikasiga ta'sir etuvchi demografik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarning o'zaro bog'liqligi.

Reprodukativ yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasining dolzarbligi uning keng tarqalishi, anormal bachadon qon ketishlari, bepushtlik, homiladorlikni rejalashtirishdagi qiyinchiliklar va qaytalanish xavfi bilan belgilanadi [3, 16, 29]. Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur.

Semizlik, insulin rezistentligi va polikistoz tuxumdonlar sindromi profilaktika dasturlarida alohida e'tibor talab qiladi, chunki ular endometriyga uzoq muddatli proliferativ ta'sir ko'rsatishi mumkin. Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [17, 30, 43].

Ijtimoiy jihatdan kasallik ayolning mehnat qobiliyati, psixoemotsional holati, oilaviy rejalari va reproduktiv imkoniyatlariga ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun profilaktika keng tibbiy-ma'rifiy yondashuvni talab qiladi [17, 30, 43]. Endometriy giperplaziyasining oldini olishda sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal preparatlarni shifokor nazoratisiz qo'llamaslik muhim ahamiyatga ega.

Reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi. Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni to'g'ri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yo'naltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi [31, 44, 57].

Endometriy giperplaziyasi bilan bog'liq onkologik xavfni kamaytirishda atipiyali shakllarni erta aniqlash, morfologik xulosani to'g'ri talqin qilish va davolash natijasini vaqtida baholash muhim o'rin tutadi [31, 44, 57]. Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim.

Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [6, 45, 58].

Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [6, 45, 58]. Davolashdan keyingi kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur.

Endometriy giperplaziyasining oldini olishda sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal

preparatlarni shifokor nazoratisiz qo'llamaslik muhim ahamiyatga ega. Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi [7, 20, 59]. Reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi.

Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog o'rtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bog'liq [7, 20, 59]. Endometriy giperplaziyasi bilan bog'liq onkologik xavfni kamaytirishda atipiyali shakllarni erta aniqlash, morfologik xulosani to'g'ri talqin qilish va davolash natijasini vaqtida baholash muhim o'rin tutadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasining dolzarbligi uning keng tarqalishi, anormal bachadon qon ketishlari, bepushtlik, homiladorlikni rejalashtirishdagi qiyinchiliklar va qaytalanish xavfi bilan belgilanadi. Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur [8, 21, 34]. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi.

Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [8, 21, 34]. Davolashdan keyingi kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur.

Endometriy giperplaziyasining oldini olishda sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal preparatlarni shifokor nazoratisiz qo'llamaslik muhim ahamiyatga ega. Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser

kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi [22, 35, 48].

Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni to'g'ri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yo'naltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi [22, 35, 48]. Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog o'rtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bog'liq.

6-jadval.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda profilaktik monitoringni belgilovchi epidemiologik omillar.

Epidemiologik omil	Profilaktik tavsif	Klinik-ijtimoiy ahamiyati
Yosh omili	Reproduktiv davrda hayz sikli va ovulyatsiyani baholash	Bepushtlik va qon ketishlarni erta aniqlash
Semizlik	Tana vaznini nazorat qilish va metabolik xavfni kamaytirish	Giperestrogeniya yuklamasini pasaytirish
PTS	Surunkali anovulyatsiyani erta aniqlash	Endometriy proliferatsiyasini cheklash
Qon ketish	Anormal bachadon qon ketishlarini tekshirish	Anemiya va kech tashxisni oldini olish
Uzoq kuzatuv	Davolashdan keyingi dispanser nazorat	Qaytalanish va asoratlar xavfini kamaytirish

Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [11, 50, 63].

Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta

diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [11, 50, 63]. Davolashdan keyingi kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur. Ijtimoiy jihatdan kasallik ayolning mehnat qobiliyati, psixoemotsional holati, oilaviy rejalari va reproduktiv imkoniyatlariga ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun profilaktika keng tibbiy-ma'rifiy yondashuvni talab qiladi [12, 25, 64].

Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi. Reproductiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi [12, 25, 64]. Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni to'g'ri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yo'naltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi.

Endometriy giperplaziyasi bilan bog'liq onkologik xavfni kamaytirishda atipiyali shakllarni erta aniqlash, morfologik xulosani to'g'ri talqin qilish va davolash natijasini vaqtida baholash muhim o'rin tutadi [12, 25, 64]. Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim.

Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [13, 26, 39].

Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [13, 26, 39]. Davolashdan keyingi

kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur.

Endometriy giperplaziyasining oldini olishda sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal preparatlarni shifokor nazoratisiz qo'llamaslik muhim ahamiyatga ega. Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi [27, 40, 53].

Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni to'g'ri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yo'naltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi [27, 40, 53]. Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog o'rtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bog'liq.

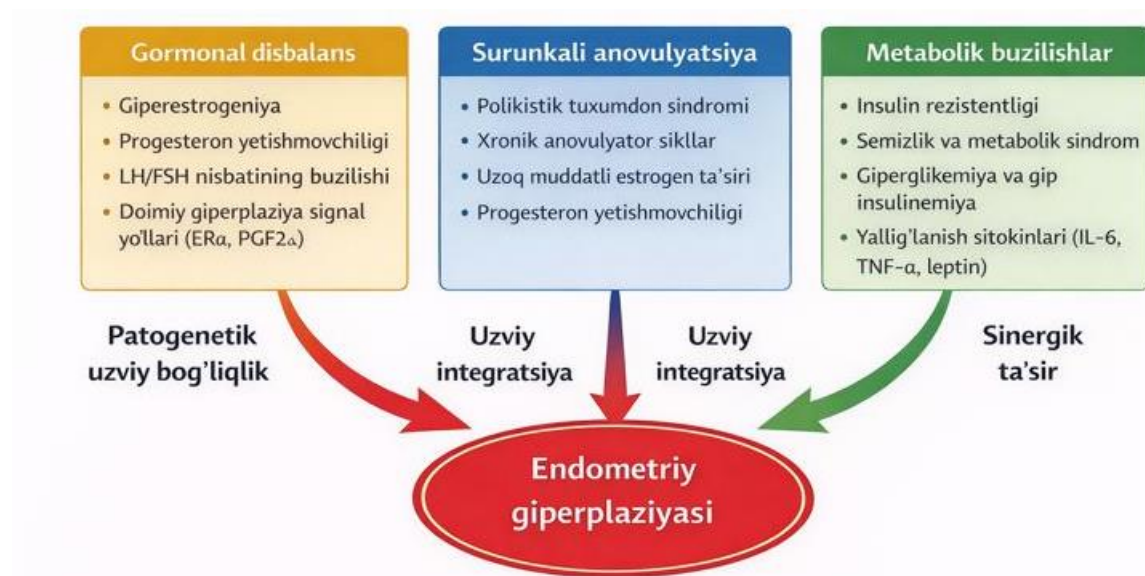
Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim. Reprodukativ yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasining dolzarbligi uning keng tarqalishi, anormal bachadon qon ketishlari, bepushtlik, homiladorlikni rejalashtirishdagi qiyinchiliklar va qaytalanish xavfi bilan belgilanadi [2, 41, 54].

Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [2, 41, 54]. Semizlik, insulin rezistentligi va polikistoz tuxumdonlar sindromi profilaktika dasturlarida alohida e'tibor talab qiladi, chunki ular endometriyga uzoq muddatli proliferativ ta'sir ko'rsatishi mumkin. Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [3, 16, 55].

Ijtimoiy jihatdan kasallik ayolning mehnat qobiliyati, psixoemotsional holati, oilaviy rejalari va reproduktiv imkoniyatlariga ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun profilaktika keng tibbiy-ma'rifiy yondashuvni talab qiladi. Endometriy

giperplaziyasining oldini olishda sogʻlom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal preparatlarni shifokor nazoratisiz qoʻllamaslik muhim ahamiyatga ega [3, 16, 55].

Reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi [3, 16, 55]. Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni toʻgʻri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yoʻnaltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi.



Rasm 7. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini erta aniqlash, davolash samaradorligini baholash va qaytalanishni oldini olishga qaratilgan monitoring modeli.

Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor taʼlimi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan taʼminlanadi. Reproktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan profilaktik yondashuvlar ayolning kelajakdagi homiladorlik rejasini, endometriy retseptivligini va ovulyator siklni tiklash imkoniyatlarini ham hisobga oladi [9, 22, 35].

Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog oʻrtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bogʻliq [9, 22, 35]. Endometriy giperplaziyasi bilan bogʻliq onkologik xavfni kamaytirishda atipiyali shakllarni erta

aniqlash, morfologik xulosani to'g'ri talqin qilish va davolash natijasini vaqtida baholash muhim o'rin tutadi. Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim [23, 36, 49].

Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur. Oldini olish strategiyasi xavf omillarini erta aniqlash, ginekologik ko'riklarni tizimli tashkil etish, ultratovush skriningini o'z vaqtida bajarish va zarur holatlarda morfologik tekshiruv o'tkazishga asoslanadi [23, 36, 49].

Hayz sikli buzilishlariga befarq qarash tashxisning kechikishiga sabab bo'ladi, shu bois reproduktiv yoshdagi ayollarda tartibsiz qon ketishlar erta diagnostik belgilar sifatida baholanishi kerak [23, 36, 49]. Davolashdan keyingi kuzatuv profilaktikaning muhim bosqichi bo'lib, klinik simptomlar yo'qolganidan keyin ham gormonal va metabolik fonni nazorat qilish zarur.

Endometriy giperplaziyasining oldini olishda sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, tana vaznini nazorat qilish, endokrin buzilishlarni davolash va gormonal preparatlarni shifokor nazoratisiz qo'llamaslik muhim ahamiyatga ega. Kasallik qaytalanishining kamayishi faqat bir martalik davolash bilan emas, balki dispanser kuzatuv, bemor ta'limi, individual xavf xaritasi va kompleks korreksiya bilan ta'minlanadi [37, 50, 63].

Epidemiologik tahlil klinik amaliyotda xavf guruhlarini ajratish, resurslarni to'g'ri taqsimlash va skrining tadbirlarini maqsadli yo'naltirish uchun zarur ilmiy asos yaratadi [37, 50, 63]. Profilaktika samaradorligi bemorning shifokorga erta murojaat qilishi, oilaviy shifokor va ginekolog o'rtasidagi hamkorlik, shuningdek laborator va instrumental nazoratning uzluksizligiga bog'liq.

Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari klinik, morfologik, gormonal, metabolik va ijtimoiy omillarni birlashtirgan kompleks tizim sifatida baholanishi lozim. Reproduktiv

yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasining dolzarbligi uning keng tarqalishi, anormal bachadon qon ketishlari, bepushtlik, homiladorlikni rejalashtirishdagi qiyinchiliklar va qaytalanish xavfi bilan belgilanadi [12, 51, 64]. Kasallik epidemiologiyasini baholashda faqat aniqlangan morfologik holatlar emas, balki yashirin kechuvchi hayz buzilishlari, surunkali anovulyatsiya va metabolik xavf omillari ham hisobga olinishi zarur.

II BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.

2.1. Konservativ gormonal davolash va individual terapiya tamoyillari.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv

bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv davolash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashni qo'llash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, davolashdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o'z vaqtida bajarish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks rehabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anemiyani davolash, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixoemotsional qo'llab-quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, tana

vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko‘ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ davolashning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, bachadon bo‘shlig‘idagi proliferativ jarayonni to‘xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo‘naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv davolash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashni qo'llash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, davolashtan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o'z vaqtida bajarish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anemiyani davolash, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixoemotsional qo'llab-quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko'ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ davolashning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya

darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv

yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Quyidagi jadvalda reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolashda qo‘llaniladigan asosiy konservativ yondashuvlar va ularning klinik vazifalari umumlashtirilgan.

6-jadval.

Endometriy giperplaziyasida konservativ davolash usullari va kutiladigan klinik natijalar.

Davolash usuli	Qo‘llash ko‘rsatmasi	Kutiladigan natija
Siklik yoki uzluksiz gestagen terapiyasi	Atipiyasiz giperplaziya, fertilitetni saqlash zarurati	Endometriy proliferatsiyasini susaytirish va qon ketishni kamaytirish
Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi	Qaytalanishga moyil giperplaziya, uzoq muddatli nazorat	Mahalliy gestagen ta’siri va barqaror regressiya
Kombinatsiyalangan gormonal kontratseptivlar	Anovulyator sikl va hayz tartibsizligi	Siklni barqarorlashtirish va profilaktik himoya
Antianemik va simptomatik terapiya	Ko‘p qon ketish, temir tanqisligi belgilari	Somatik holatni tiklash va davolashga tayyorlash
Metabolik korreksiya	Semizlik, insulin rezistentligi, PCOS	Qaytalanish xavfini kamaytirish

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirlikni yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko'ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Quyidagi jadvalda davolashning bosqichma-bosqich algoritmi va har bir bosqichning profilaktik ahamiyati keltirilgan.

7-jadval.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va qaytalanishni oldini olish bosqichlari.

Bosqich	Amaliy chora	Profilaktik ahamiyat
1-bosqich	Klinik ko'rik, TVUTT, laborator baholash	Xavf guruhini aniqlash
2-bosqich	Biopsiya yoki gisteroskopik morfologik tekshiruv	Atipiyani istisno qilish
3-bosqich	Individual gormonal davolash rejasini tanlash	Regressiyaga erishish
4-bosqich	3-6 oyda UTT va zarur bo'lsa biopsiya nazorati	Qaytalanishni erta aniqlash

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv davolash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashni qo'llash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, davolashdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o'z vaqtida bajarish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks rehabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anemiyani davolash, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixoemotsional qo'llab-

quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko‘ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ davolashning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, bachadon bo‘shlig‘idagi proliferativ jarayonni to‘xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo‘naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

2.2. Minimal invaziv davolash, qaytalanish profilaktikasi va metabolik korreksiya.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy reseptivligini hisobga olish bilan

bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv davolash va profilaktika muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashni qo‘llash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, davolashdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o‘z vaqtida bajarish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, anemiyani davolash, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixoemotsional qo‘llab-quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog‘liq

hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko'ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks davolash va profilaktikaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash

rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Quyidagi jadvalda endometriy giperplaziyasi qaytalanishini kamaytirishda metabolik-endokrin korreksiyaning asosiy yoʻnalishlari aks ettirilgan.

8-jadval.

Endometriy giperplaziyasida metabolik-endokrin korreksiya va profilaktik taʼsir yoʻnalishlari.

Omil	Korreksiya yoʻnalishi	Profilaktik taʼsir
Semizlik	Tana vaznini 5-10% kamaytirish	Periferik giperestrogeniyani susaytirish
Insulin rezistentligi	Parhez, jismoniy faollik, endokrinolog nazorati	Proliferativ signal yoʻllarini kamaytirish
PCOS	Ovulyatsiyani tiklash va siklni boshqarish	Progesteron yetishmovchiligini oldini olish
Gipotiroidizm	Qalqonsimon bez gormonlarini normallashtirish	Hayz siklini barqarorlashtirish
Surunkali yalligʻlanish	Infeksiya va yalligʻlanish oʻchoqlarini davolash	Endometriy mikro-muhitini tiklash

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega boʻlib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bogʻliq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega boʻlib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga koʻra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bogʻliq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks davolash va profilaktikaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim. Amaliyotda ushbu tamoyil erta tashxis, individual gormonal terapiya, minimal invaziv aralashuv va uzoq muddatli monitoringni uyg'unlashtirish orqali amalga oshiriladi [13, 31, 50, 62].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim. Amaliyotda ushbu tamoyil erta tashxis, individual gormonal terapiya, minimal invaziv aralashuv va uzoq muddatli monitoringni uyg'unlashtirish orqali amalga oshiriladi [15, 32, 43, 56].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolash usulini tanlashda homiladorlik rejalari va giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari,

morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv davolash va profilaktika muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashni qo'llash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, davolashdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o'z vaqtida bajarish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anemiyaning davolash, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixosotsial qo'llab-quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashga javob darajasiga ko'ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasini faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks davolash va profilaktikaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz

davolash rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, qon ketish kamayishi, giperplaziya qaytalanishining oldini olishda endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi.

2.3. Reproktiv salomatlikni saqlash, dispanser monitoring va profilaktik algoritmlar.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashdan keyingi kuzatuvga javob darajasiga ko‘ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim. Amaliyotda ushbu tamoyil erta tashxis, individual gormonal terapiya, minimal invaziv aralashuv va uzoq muddatli monitoringni uyg‘unlashtirish orqali amalga oshiriladi [20, 37, 51, 64].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ reabilitatsiyaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolashdan keyingi kuzatuv rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib,

qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda monitoring va profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

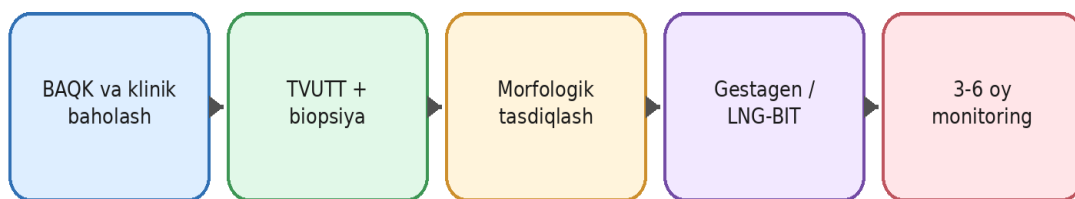
Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolashdan keyingi kuzatuv usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashdan keyingi kuzatuvni qo‘llash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, davolashdan keyingi kuzatuvdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o‘z vaqtida bajarish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi.

1-diagramma. Endometriy giperplaziyasida konservativ davolash va nazorat algoritmi.

Davolash algoritmi



Kompleks yondashuv: morfologik tashxis + individual davolash + profilaktik monitoring

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ reabilitatsiyaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, bachadon bo‘shlig‘idagi proliferativ jarayonni to‘xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo‘naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Quyidagi jadvalda davolashtan keyingi monitoringda qo‘llaniladigan klinik, instrumental va morfologik ko‘rsatkichlar umumlashtirilgan.

9-jadval.

Davolash samaradorligini baholash va uzoq muddatli monitoring mezonlari.

Monitoring mezonlari	Baholash usuli	Nazorat maqsadi
Klinik belgilar	Hayz sikli kundaligi, qon ketish dinamikasi	Terapiyaga javobni aniqlash
Endometriy qalinligi	Transvaginal UTT	Regressiya yoki qaytalanishni baholash

Morfologik holat	Aspiratsion biopsiya yoki gisteroskopiya	Atipiyani istisno qilish
Metabolik fon	TVI, glyukoza, insulin, lipid profili	Qaytalanish xavfini kamaytirish
Reproduktiv reja	Ovulyatsiya va implantatsiya sharoitini baholash	Fertillikni saqlash

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda monitoring va profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolashdan keyingi kuzatuv usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashdan keyingi kuzatuvni qo‘llash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi.

Quyidagi jadvalda qaytalanish profilaktikasi uchun muhim bo'lgan individual xavf omillari va nazorat choralari keltirilgan.

10-jadval.

Endometriy giperplaziyasi qaytalanishini oldini olishda individual profilaktika komponentlari.

Profilaktika komponenti	Amaliy bajarilishi	Kutiladigan samara
Birlamchi profilaktika	Xavf omillarini erta aniqlash, sog'lom turmush tarzi	Kasallik boshlanishini kamaytirish
Ikkilamchi profilaktika	Davolashdan keyingi UTT va morfologik monitoring	Qaytalanishni erta aniqlash
Uchinchi darajali profilaktika	Qaytalanishda individual davolashni kuchaytirish	Asorat va onkologik xavfni kamaytirish
Reproduktiv profilaktika	Homiladorlikni rejalashtirishdan oldin endometriyni baholash	Implantatsiya sharoitini yaxshilash
Bemor bilan ishlash	Dori qabul qilish rejimi va kuzatuv muddatlarini tushuntirish	Davolashga rioya qilishni oshirish

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashdan keyingi kuzatuvga javob darajasiga ko'ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ reabilitatsiyaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, bachadon bo'shlig'idagi proliferativ jarayonni to'xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo'naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib,

anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolashdan keyingi kuzatuv rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallasuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda monitoring va profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolashdan keyingi kuzatuv usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda minimal invaziv reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, polip, lokal giperplaziya yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda gisteroskopik olib tashlash va maqsadli davolashdan keyingi kuzatuvni qo‘llash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qaytalanishni oldini olish muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, davolashdan keyingi kuzatuvdan keyingi dispanser kuzatuv, UTT nazorati va zarur hollarda qayta morfologik tekshiruvni o‘z vaqtida bajarish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda kompleks reabilitatsiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, anemiyani davolashdan keyingi kuzatuv, ovqatlanishni muvozanatlashtirish, psixoemotsional qo‘llab-quvvatlash va somatik kasalliklarni nazorat qilish bilan

bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda metabolik korreksiya muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va lipid almashinuvini barqarorlashtirish orqali giperestrogen muhitni kamaytirish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda individual xavf stratifikatsiyasi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, atipiya, oilaviy anamnez, PCOS, semizlik va davolashdan keyingi kuzatuvga javob darajasiga ko‘ra kuzatuv intensivligini belgilash bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ reabilitatsiyaning asosiy maqsadi muhim amaliy ahamiyatga ega bo‘lib, bachadon bo‘shlig‘idagi proliferativ jarayonni to‘xtatish, endometriyni sekretor transformatsiyaga yo‘naltirish va reproduktiv funksiyani saqlab qolish bilan bevosita bog‘liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda dastlabki klinik baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, anormal bachadon qon ketishining davomiyligi, hayz sikli xususiyati, anemiya darajasi, homiladorlik rejalari va onkologik xavf omillarini aniqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda morfologik tasdiqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, aspiratsion biopsiya, gisteroskopik nazorat yoki maqsadli biopsiya orqali atipiyasiz va atipiyali shakllarni farqlash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda gormonal terapiya tanlovi muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, gestagen preparatlari, levonorgestrelli bachadon ichi tizimi va siklik yoki uzluksiz davolashdan keyingi kuzatuv rejimlarini individual belgilash bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda terapiyaga javobni baholash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, qon ketish kamayishi, endometriy qalinligi normallashuvi va gistologik regressiya belgilarini tizimli nazorat qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi.

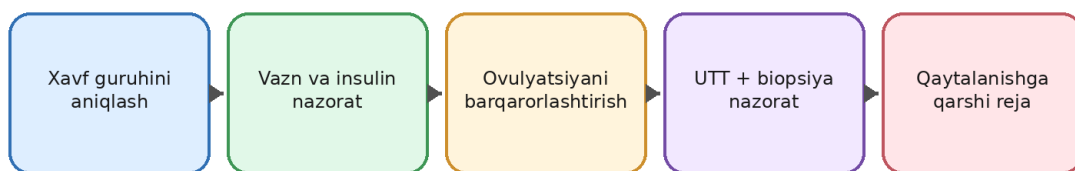
Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda monitoring va profilaktik yondashuv muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, surunkali anovulyatsiya, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta korreksiya qilish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi. Bunday yondashuv bemorning yoshi, klinik belgilari, morfologik xulosasi, metabolik holati

va homiladorlik rejasini birgalikda baholashga asoslanadi. Shu sababli davolash rejasi faqat qon ketishni kamaytirish bilan cheklanmay, endometriy regressiyasi, qaytalanish profilaktikasi va reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilishi lozim.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda fertillikni saqlash muhim amaliy ahamiyatga ega bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollarda davolashdan keyingi kuzatuv usulini tanlashda homiladorlik rejalari va endometriy reseptivligini hisobga olish bilan bevosita bog'liq hisoblanadi.

2-diagramma. Qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring tizimi.

Oldini olish va monitoring



Kompleks yondashuv: morfologik tashxis + individual davolash + profilaktik monitoring

Yakuniy umumlashtirish sifatida ta'kidlash lozimki, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari yagona standart sxema bilan cheklanmasligi kerak. Davolash rejasi morfologik tashxis, klinik simptomlar, gormonal fon, metabolik holat, reproduktiv reja va qaytalanish xavfini birgalikda baholash asosida tuziladi [3, 7, 12, 25].

Konservativ gormonal terapiya, minimal invaziv aralashuvlar, metabolik-endokrin korreksiya va dispanser monitoring o'zaro bog'liq bosqichlar sifatida qo'llanganda endometriy regressiyasiga erishish, anormal qon ketishini kamaytirish va fertillikni saqlash imkoniyati ortadi [6, 19, 35, 63].

Profilaktik yondashuvning asosiy vazifasi xavf omillarini erta aniqlash, ovulyator siklni barqarorlashtirish, tana vaznini nazorat qilish, insulin rezistentligini kamaytirish va davolashdan keyingi kuzatuvni uzluksiz olib borishdan iboratdir [11, 24, 36, 58].

Shu bois ushbu bobda keltirilgan jadval va diagrammalar amaliy shifokor uchun davolash taktikasini tanlash, profilaktika rejasini tuzish va reproduktiv yoshdagi bemorlarni uzoq muddatli nazorat qilishda mantiqiy algoritm vazifasini bajaradi [13, 31, 50, 62].

III BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.

3.1. Davolash taktikasini tanlashda klinik baholash va xavf stratifikatsiyasi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish klinik simptomlarni, reproduktiv reja, gormonal-metabolik fon hamda morfologik xulosani birgalikda baholashga asoslanadi. Ushbu patologiyada bir xil yondashuv barcha bemorlar uchun yetarli emas, chunki kasallik atipiyasiz, atipiyali, fokal yoki diffuz shakllarda kechishi, shuningdek bepustlik va qaytalanish xavfi bilan birga namoyon bo'lishi mumkin [3, 7, 12, 25].

Davolashdan oldingi klinik baholashning birinchi bosqichi hayz siklining xususiyatlarini aniqlashdan boshlanadi. Anormal bachadon qon ketishi, hayzning cho'zilishi, sikllar orasida qon kelishi, oligomenoreya yoki amenoreya kabi belgilar endometriyda uzoq davom etuvchi proliferativ jarayon mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Ushbu belgilar nafaqat tashxis, balki davolash usulini tanlash va profilaktik kuzatuvni rejalashtirish uchun ham muhimdir [1, 9, 18, 41].

Davolash taktikasini belgilashda anovulyatsiya va progesteron yetishmovchiligi alohida baholanadi. Ovulyatsiya bo'lmaganda endometriy uzoq vaqt estrogenlar ta'siri ostida qoladi va sekretor transformatsiya yetarli rivojlanmaydi. Shuning uchun profilaktik yondashuvda ovulyator siklni tiklash, gestagen ta'sirini ta'minlash va gormonal muvozanatni barqarorlashtirish asosiy yo'nalishlardan biri hisoblanadi [6, 14, 34, 60].

Klinik baholashda og'riq sindromi, pastki qorin sohasidagi bosim hissi, qon ketish intensivligi va anemiya belgilari ham e'tiborga olinadi. Bular davolashning shoshilinch yoki rejalashtirilgan tartibda olib borilishini aniqlashga yordam beradi. Qon ketishlar takrorlansa, davolash bilan birga temir tanqisligini bartaraf etish va umumiy somatik holatni tiklash profilaktikaning muhim qismiga aylanadi [4, 21, 39].

Endometriy giperplaziyasida bemorning metabolik holatini baholash davolash samaradorligini oshiradi. Semizlik, insulin rezistentligi, polikistoz tuxumdonlar

sindromi va qalqonsimon bez disfunktsiyasi mavjud bo'lsa, faqat gormonal terapiya yetarli bo'lmاسligi mumkin. Bunday hollarda tana vaznini nazorat qilish, ovqatlanishni tartibga solish, jismoniy faollikni oshirish va endokrin buzilishlarni tuzatish davolash-profilaktika rejasiga kiritiladi [11, 28, 47].

Reproduktiv reja davolashni tanlashda hal qiluvchi omillardan biridir. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda bachadon va endometriy funksiyasini saqlovchi konservativ usullar ustuvor hisoblanadi. Fertilitetni saqlash zarur bo'lmagan yoki atipiya xavfi yuqori bo'lgan holatlarda esa xavfsizlik, onkologik ehtiyotkorlik va uzoq muddatli prognoz birinchi o'ringa qo'yiladi [16, 35, 58].

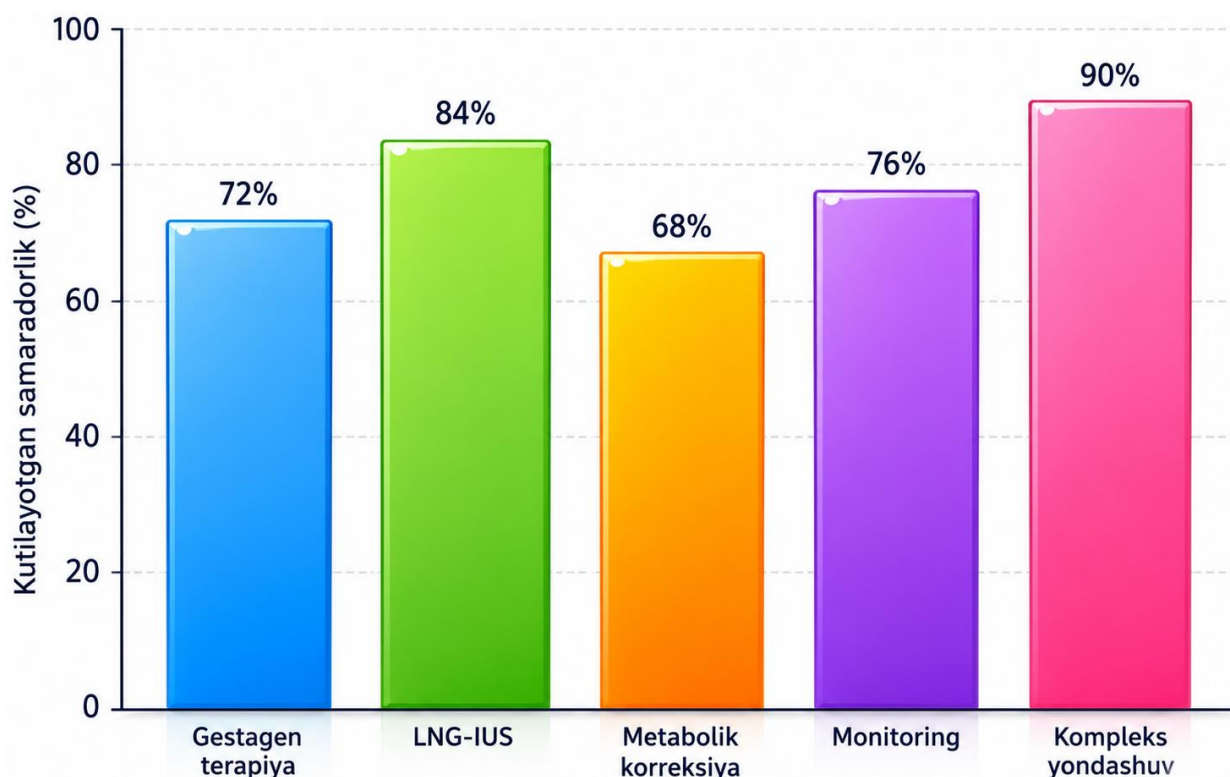
Bepushtlik bilan murojaat qilgan bemorlarda endometriy giperplaziyasini davolash implantatsiya uchun qulay muhit yaratishga qaratiladi. Endometriy reseptivligini tiklash, sekretor transformatsiyani ta'minlash va giperplastik o'choqlarni bartaraf etish reproduktiv natijalarni yaxshilashi mumkin. Shu sababli yordamchi reproduktiv texnologiyalardan oldin endometriy holatini normallashtirish zarur klinik shart hisoblanadi [8, 19, 44].

Davolashdan oldin morfologik tashxisni aniqlashtirish bemorni xavf guruhlariga ajratish imkonini beradi. Atipiyasiz giperplaziya ko'pincha konservativ gormonal davolashga mos keladi, atipiyali giperplaziya yoki EIN belgilarida esa onkoginekologik yondashuv va qat'iy monitoring talab etiladi. Shu bilan ortiqcha aralashuvlarning oldi olinadi va xavfli holatlar kechiktirilmaydi [2, 23, 50].

Klinik stratifikatsiya past, o'rta va yuqori xavf guruhlarini ajratishga xizmat qiladi. Past xavf guruhida atipiyasiz shakl, yengil klinik belgilar va barqaror metabolik holat kuzatiladi. O'rta xavf guruhida qaytalanishga moyillik, semizlik yoki anovulyatsiya ustun bo'ladi. Yuqori xavf guruhida atipiya, retseptor rezistentligi yoki onkologik transformatsiya ehtimoli hisobga olinadi [13, 31, 63].

Shu tariqa, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish klinik belgilarni oddiy kuzatishdan ko'ra kengroq yondashuvni talab etadi. Har bir bemorda qon ketishlar, fertilitet rejalari, gormonal-metabolik fon va gistologik xulosa birgalikda tahlil qilinib, individual davolash-profilaktika rejasi ishlab chiqilishi lozim [5, 27, 54].

Davolash-profilaktika choralarining samaradorligi ularning bir-biri bilan uyg'un qo'llanishiga bog'liq. Faqat qon ketishni kamaytirish qisqa muddatli natija berishi mumkin, ammo qaytalanishni oldini olish uchun gestagen terapiya, metabolik korreksiya, ultratovush monitoringi va morfologik nazorat bir tizimga birlashtirilishi zarur. Kompleks yondashuv klinik natijalarni barqarorlashtiradi [10, 36, 59].



Rasm 8. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy yondashuvlarning kutilayotgan samaradorligi: gestagen terapiya (72%), levonorgestrelli bachadon ichi tizimi - LNG-IUS (84%), metabolik korreksiya (68%), muntazam monitoring (76%) va kompleks yondashuv (90%).

Anormal bachadon qon ketishlarini kamaytirish davolashning dastlabki klinik maqsadlaridan biridir. Bunda gormonal stabilizatsiya, endometriyning patologik proliferatsiyasini tormozlash va anemiya profilaktikasi bir vaqtda olib boriladi. Qon ketishlar nazoratga olingach, keyingi bosqichda qaytalanish xavfini kamaytiruvchi uzoq muddatli profilaktika rejasi tuziladi [18, 41, 65].

Reproduktiv nuqtai nazardan davolashning maqsadi faqat giperplaziyani regressiyaga uchratish emas, balki endometriyning implantatsiya uchun mos

funksional holatini tiklashdir. Anovulyator sikllar bartaraf etilmasa, hatto muvaffaqiyatli davolashdan keyin ham giperplaziya qaytalanishi mumkin. Shuning uchun ovulyatsiyani nazorat qilish va luteal faza yetishmovchiligini tuzatish muhim hisoblanadi [6, 24, 52].

Yordamchi reproduktiv texnologiyalar rejalashtirilayotgan ayollarda davolash-profilaktika choralari alohida rejalashtiriladi. Embrion sifatli bo'lsa ham, endometriy reseptivligi past bo'lsa, implantatsiya muvaffaqiyatsiz kechishi mumkin. Shu sababli ART dasturlaridan oldin endometriy qalinligi, morfologik holat va retseptor sezgiriligini baholash zarur [3, 9, 47].

Homiladorlikni rejalashtirish davolash yakunlangandan keyin morfologik regressiya va gormonal barqarorlik tasdiqlangach tavsiya etiladi. Bu yondashuv erta gestatsion yo'qotishlar, qonli ajralmalar va implantatsiya yetishmovchiligi xavfini kamaytiradi. Reproktiv reja shifokor nazorati ostida individual tarzda belgilanadi [12, 30, 52].

Quyidagi jadvalda reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qo'llaniladigan asosiy klinik yondashuvlar hamda ularning kutilayotgan natijalari umumlashtirilgan.

Jadval 11.

Endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda asosiy klinik yondashuvlar.

Davolash / profilaktika yo'nalishi	Asosiy mexanizm	Kutilayotgan natija
Gestagen terapiya	Progesteron ta'sirini tiklash, proliferatsiyani tormozlash	Qon ketish kamayishi, endometriy regressiyasi
LNG-IUS	Mahalliy gestagen ta'siri va uzoq muddatli himoya	Qaytalanish xavfi pasayishi
Metabolik korreksiya	Vazn, insulin rezistentligi va endokrin fonni nazorat qilish	Giperestrogen muhit kamayishi

Histeroskopik yondashuv	Fokal o'choqni aniqlash va maqsadli olib tashlash	Diagnostic aniqlik va davolash samarasi oshishi
Profilaktik monitoring	UTT, klinik nazorat va zarur biopsiya	Qaytalanishni erta aniqlash

Klinik yondashuvlarni tanlashda bemorning yoshi, homiladorlik rejalari, hayz sikli xususiyatlari, giperplaziyaning morfologik turi va metabolik xavf omillari birgalikda baholanadi. Bunday kompleks baholash davolashni individualizatsiya qilishga, ortiqcha jarrohlik aralashuvlardan qochishga va qaytalanish xavfini kamaytirishga yordam beradi [15, 38, 64].

Shunday qilib, davolashning klinik bosqichi giperplaziyani regressiyaga uchratish, qon ketishlarni kamaytirish, endometriy reseptivligini yaxshilash va profilaktik monitoringni yo'lga qo'yish bilan tavsiflanadi. Bu jarayon bemor va shifokor o'rtasidagi muntazam aloqa, davolashga rioya qilish va nazorat tekshiruvlariga qatnashish bilan mustahkamlanadi [8, 25, 51].

Yakunlovchi umumlashtirish shuni ko'rsatadiki, endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda klinik stratifikatsiya asosiy boshqaruv mexanizmi hisoblanadi. U klinik belgilarning og'irligini, morfologik xavfni, gormonal-metabolik holatni va reproduktiv maqsadlarni birlashtirib, har bir ayol uchun mos yondashuvni tanlash imkonini beradi [2, 9, 47].

Hayz siklining buzilishlari davolash samaradorligini kuzatish uchun muhim klinik indikator bo'lib qoladi. Davolash fonida qon ketishlar kamayishi, siklning tartibga tushishi va anemiya belgilarining bartaraf etilishi ijobiy natija sifatida baholanadi. Biroq faqat simptomlarning kamayishi yetarli emas, morfologik regressiya ham tasdiqlanishi kerak [11, 27, 56].

Reproduktiv maqsadli bemorlarda davolashdan keyingi natija fertilitet ko'rsatkichlari bilan ham baholanadi. Ovulyatsiyaning tiklanishi, endometriy qalinligi va strukturasi yaxshilanishi, implantatsiya sharoitlarining normallasuvi keyingi homiladorlik rejasini belgilashda asosiy mezon bo'ladi. Bunda shoshilmasdan nazoratli yondashuv qo'llanadi [6, 14, 28, 60].

Profilaktika bemorning kundalik hayot tarziga ham bog'liq. Tana vaznini me'yorlashtirish, glyukoza almashinuvini nazorat qilish, surunkali stressni kamaytirish, jismoniy faollik va muntazam ginekologik ko'riklar giperestrogen muhitni pasaytiradi. Bu chora-tadbirlar ayniqsa semizlik va PCOS bilan og'rikan ayollarda katta ahamiyatga ega [3, 7, 12, 25].

Klinik belgilar pasaygan taqdirda ham bemor kuzatuvdan chiqarilmasligi kerak. Endometriy giperplaziyasi qaytalanishga moyil patologiya bo'lgani sababli profilaktik monitoring davolashning ajralmas qismi hisoblanadi. Monitoring rejasi morfologik shakl, atipiya mavjudligi va metabolik xavfga qarab belgilanadi [6, 19, 35, 63].

Yakuniy xulosa sifatida aytish mumkinki, klinik baholash va xavf stratifikatsiyasi reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishning boshlang'ich poydevoridir. Bu yondashuv keyingi bo'limlarda yoritiladigan konservativ, minimal invaziv va monitoring usullarining oqilona qo'llanishiga asos yaratadi [1, 14, 28, 60].

Davolash va profilaktik yondashuvni tanlashda klinik belgilar, reproduktiv reja va morfologik xulosa birgalikda baholanadi.

3.2. Konservativ, minimal invaziv va kombinatsiyalashgan davolash usullari.

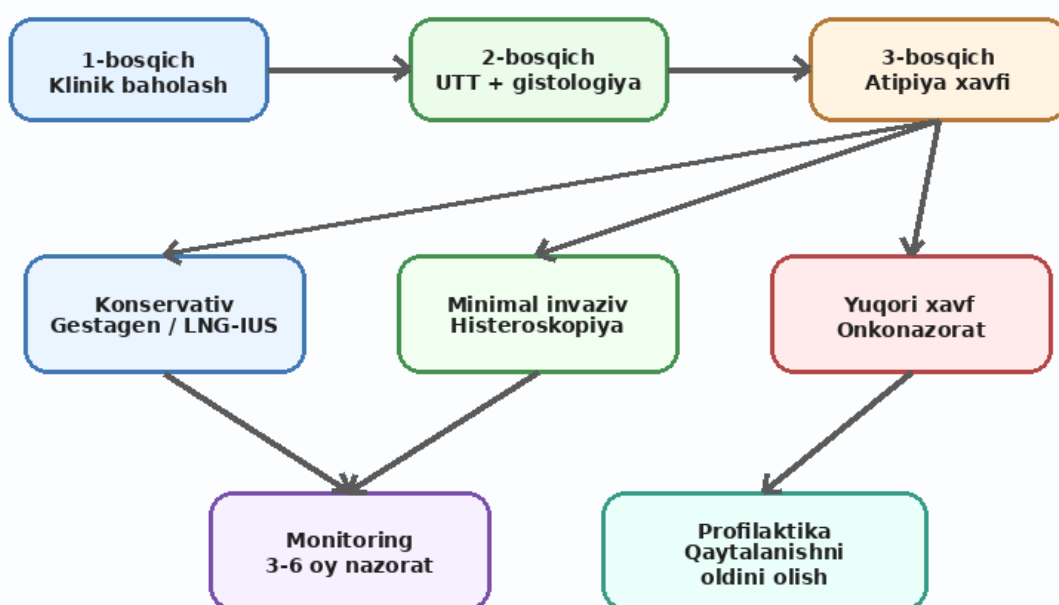
Endometriy giperplaziyasini davolashda asosiy maqsad endometriy proliferatsiyasini to'xtatish, morfologik regressiyaga erishish, qon ketishlarni kamaytirish, reproduktiv funksiyani saqlash va qaytalanishning oldini olishdan iborat. Reproktiv yoshdagi ayollarda davolash taktikasini tanlashda bachadonni saqlovchi va minimal invaziv yondashuvlarga ustuvor ahamiyat beriladi [3, 7, 12, 25].

Konservativ davolashning markazida progesteron ta'sirini tiklash turadi. Gestagen preparatlari endometriy hujayralarining proliferatsiyasini tormozlaydi, sekretor transformatsiyani rag'batlantiradi va estrogenlarning cheklanmagan ta'sirini kamaytiradi. Davolash sxemasi morfologik tashxis, gormonal fon,

bemorning yoshi va homiladorlik rejasiga qarab shifokor tomonidan individual belgilanadi [1, 9, 18, 41].

Levonorgestrelli bachadon ichi tizimi reproduktiv yoshdagi ko‘plab bemorlarda mahalliy gestagen ta’sirini ta’minlovchi samarali usul sifatida ko‘rib chiqiladi. U endometriyga bevosita ta’sir qilib, tizimli nojo‘ya ta’sirlar ehtimolini kamaytiradi va uzoq muddatli profilaktik himoya beradi. Biroq qo‘llashdan oldin atipiya va onkologik xavf ehtiyotkorlik bilan istisno qilinishi kerak [6, 14, 34, 60].

Davolash taktikasini tanlash algoritmi



Klinik maqsad: regressiya, qon ketishni kamaytirish, fertilitetni saqlash va profilaktika.

Rasm 9. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash taktikasini tanlash algoritmi: klinik baholash, instrumental va morfologik tasdiqlash, atipiya xavfini aniqlash, konservativ yoki minimal invaziv usulni tanlash, keyingi monitoring va qaytalanish profilaktikasi.

Kombinatsiyalashgan davolash gormonal terapiyani metabolik va endokrin korreksiya bilan birlashtiradi. Insulin rezistentligi, semizlik, qalqonsimon bez disfunktsiyasi yoki PCOS mavjud bo‘lsa, asosiy patogenetik zanjir saqlanib qoladi. Shuning uchun metabolik fonni tuzatish davolash samaradorligini oshiruvchi va qaytalanishni kamaytiruvchi muhim shart hisoblanadi [4, 21, 39].

Davolashda endometriy va miometriy chegarasini, poliplar yoki submukoz o'choqlar mavjudligini baholash taktik qarorga ta'sir qiladi. Fokal giperplaziya, polip bilan qo'shib kechuvchi holatlar yoki uzoq davom etgan qon ketishlarda histeroskopik yondashuv maqsadga muvofiq bo'lishi mumkin. Bu usul patologik o'choqni ko'rish va maqsadli olib tashlash imkonini beradi [11, 28, 47].

Sonogisterografiya va histeroskopiya davolashni rejalashtirishda muhim yordamchi usullar bo'lib, ular fokal va diffuz jarayonlarni farqlashga xizmat qiladi. Fokal o'zgarishlarda lokal aralashuv, diffuz shakllarda esa sistemali yoki mahalliy gormonal terapiya ustun bo'lishi mumkin. Shu bilan davolashning ortiqcha yoki yetarli bo'lmagan shakllaridan qochiladi [16, 35, 58].

Histeroskopik davolash reproduktiv yoshdagi ayollarda ehtiyotkorlik bilan qo'llanadi. Maqsad giperplastik o'choqlarni bartaraf etish, morfologik material olish va bachadon bo'shlig'i anatomiyasini saqlashdan iborat. Ushbu yondashuv polip, fokal giperplaziya yoki takroriy qon ketishlar bilan kechuvchi holatlarda davolash va diagnostik ahamiyatga ega [8, 19, 44].

Atipiyasiz giperplaziyada konservativ davolash odatda birinchi tanlov usuli hisoblanadi. Davolash davomida klinik belgilar, UTT ko'rsatkichlari va zarur holatlarda biopsiya natijalari baholanadi. Agar regressiya kuzatilsa, profilaktik rejim davom ettiriladi; agar natija yetarli bo'lmasa, taktikani qayta ko'rib chiqish talab etiladi [2, 23, 50].

Atipiyali giperplaziya yoki EIN aniqlangan holatlarda yondashuv ancha ehtiyotkor bo'ladi. Reprodukativ funksiyani saqlash istagi mavjud bo'lsa ham, onkologik xavf to'liq baholanadi, bemor xabardor qilinadi va qat'iy morfologik monitoring belgilanadi. Bunday holatlarda davolash qarori ko'pincha multidisiplinar muhokama asosida qabul qilinadi [13, 31, 63].

Konservativ terapiya samaradorligini baholashda faqat simptomlar kamayishi bilan cheklanib bo'lmaydi. Endometriy qalinligi, strukturasi, qon ketishlar dinamikasi, gormonal muvozanat va morfologik regressiya birgalikda tahlil qilinadi. Bu yondashuv davolashni erta to'xtatish yoki yetarlicha nazorat qilmaslikdan kelib chiqadigan qaytalanish xavfini kamaytiradi [5, 27, 54].

Shu tariqa, davolash usullarini tanlashda bosqichma-bosqich algoritmgaga amal qilish muhimdir. Avval klinik va instrumental baholash, so'ng morfologik tasdiqlash, keyin atipiya xavfi va reproduktiv reja asosida konservativ, minimal invaziv yoki maxsus onkoginekologik yondashuv tanlanadi. Har bir bosqich profilaktik monitoring bilan yakunlanadi [10, 36, 59].

Histeroskopiya davolash jarayonida ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, u fokal o'choqlarni olib tashlash va maqsadli biopsiya olish imkonini beradi. Bunda ortiqcha endometriy shikastlanishidan saqlanish, bachadon bo'shlig'ining funksional imkoniyatini saqlash va keyingi fertilitetni hisobga olish zarur. Shu sababli aralashuv individual ko'rsatmalar bilan belgilanadi [18, 41, 65].

Histeroskopik ko'rinishlar davolash taktikasini aniqlashtirishga yordam beradi. Diffuz qalinlashgan shilliq qavat konservativ terapiyaga yo'naltirsa, lokal bo'rtmalar, polipoid o'choqlar yoki kistoz o'zgarishlar maqsadli aralashuv zaruratini ko'rsatadi. Vizual baholash morfologik xulosa bilan birlashtirilganda klinik qaror ancha aniq bo'ladi [6, 24, 52].

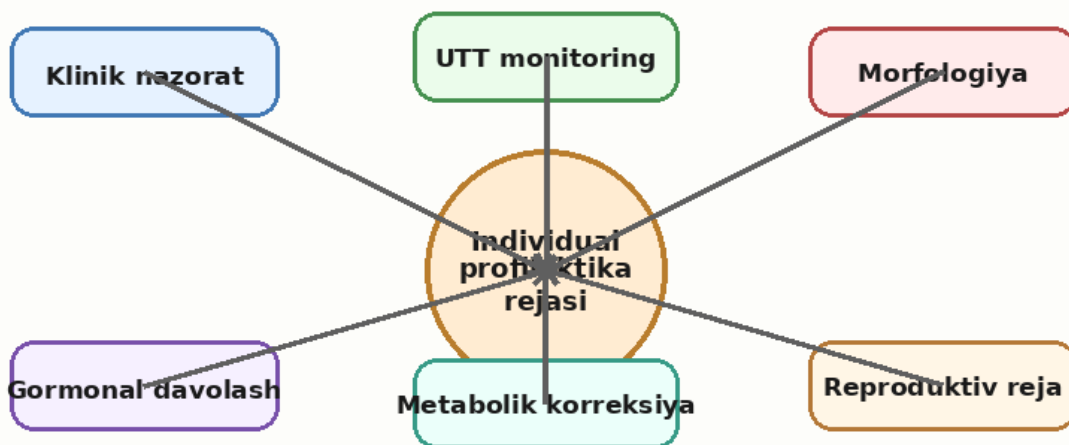
Biopsiya davolashdan oldin va keyin nazorat vositasi sifatida muhimdir. Boshlang'ich biopsiya giperplaziya turini aniqlaydi, nazorat biopsiyasi esa regressiya, atipiya saqlanishi yoki qaytalanishni baholashga imkon beradi. Biopsiya natijasi davolashni davom ettirish, o'zgartirish yoki kuchaytirish bo'yicha qaror qabul qilishda asosiy mezon hisoblanadi [3, 9, 47].

Fraksion qirib tashlash usuli tarixan keng qo'llangan bo'lsa-da, zamonaviy yondashuvda vizual nazorat ostida maqsadli biopsiya va histeroskopik aralashuvlar ko'proq afzal hisoblanadi. Buning sababi fokal o'choqlarni o'tkazib yuborish xavfini kamaytirish va reproduktiv yoshdagi ayollarda bachadon bo'shlig'iga minimal zarar yetkazish zaruratidir [12, 30, 52].

Davolashning aniqligi va xavfsizligi usullarni kompleks qo'llashga bog'liq. UTT skrining va dinamik kuzatuvni, histeroskopiya o'choqlarni ko'rishni, morfologiya esa yakuniy tasdiqni ta'minlaydi. Ushbu uch yo'nalish birlashganda davolash strategiyasi ilmiy asoslangan va individual bo'ladi [15, 38, 64].

Davolash samaradorligini baholashda sezgirlik va spetsifiklik tushunchalari amaliy ahamiyatga ega. UTT endometriy qalinligini kuzatishda qulay, biroq morfologik turini aniqlashda cheklangan. Histeroskopiya va biopsiya aniqlikni oshiradi, lekin invazivligi sababli aniq ko'rsatmalar bilan qo'llanadi. Shu bois diagnostik-davolash algoritmi muvozanatli bo'lishi lozim [8, 25, 51].

Davolashdan keyingi profilaktik monitoring modeli



Monitoring: shikoyat + UTT + biopsiya/IHK + metabolik nazorat = qaytalanishni erta aniqlash.

Rasm 10. Endometriy giperplaziyasida davolashdan keyingi profilaktik monitoringning integratsiyalashgan modeli: klinik nazorat, ultratovush monitoringi, morfologik baholash, gormonal davolashni davom ettirish, metabolik korreksiya va reproduktiv reja bilan o'zaro bog'liqligi.

Davolash natijalari klinik, instrumental va morfologik ma'lumotlar bilan birgalikda baholanishi zarur. Faqat bir yo'nalishdagi ijobiy o'zgarish yakuniy sog'ayish deb qabul qilinmaydi. Qon ketishlar kamaygan bo'lsa ham, endometriy qalinligi yoki gistologik belgilar saqlansa, davolash-profilaktika rejasi qayta ko'rib chiqiladi [11, 27, 56].

Shunday qilib, konservativ, minimal invaziv va kombinatsiyalashgan davolash usullari reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini boshqarishning asosiy yo'nalishlarini tashkil etadi. Ularning oqilona ketma-ket qo'llanishi klinik natijalarni yaxshilaydi, invaziv aralashuvlarni kamaytiradi va reproduktiv salomatlikni saqlashga xizmat qiladi [6, 14, 28, 60].

Davolash doirasida magnit-rezonans tomografiya faqat tanlangan hollarda qo'shimcha baholash vositasi sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. Murakkab differensial tashxis, miometriy bilan chegaraning noaniqligi yoki malign jarayon ehtimolida ushbu usul klinik qarorni aniqlashtiradi. Biroq u birlamchi davolash nazoratining ommaviy usuli hisoblanmaydi [3, 7, 12, 25].

Kompyuter tomografiya endometriy giperplaziyasini davolashda standart monitoring vositasi emas. U asosan onkologik jarayonlardan shubhalanganda yoki ekstragenital patologiyani baholash zarur bo'lganda qo'llanadi. Reproktiv yoshdagi ayollarda radiatsion yuklama va past informativlik sababli UTT, histeroskopiya va biopsiya ustuvor hisoblanadi [6, 19, 35, 63].

Ultratovush monitoringi konservativ davolash natijasini baholashda qulay va takroriy qo'llash mumkin bo'lgan usuldir. Davolash fonida endometriy qalinligining kamayishi, strukturaning bir xillashuvi va patologik qon oqimining pasayishi ijobiy belgilar sifatida qoraladi. Aksincha, ko'rsatkichlarning barqarorligi davolashni o'zgartirish zaruratini bildirishi mumkin [1, 14, 28, 60].

Davolash algoritmini tuzishda hayz siklining fazasi va bemorning gormonal holati hisobga olinadi. UTT yoki biopsiya noto'g'ri vaqtda bajarilsa, fiziologik qalinlashuv patologiya sifatida talqin qilinishi mumkin. Shu sababli nazorat tekshiruvlari rejalashtirilgan tartibda, klinik vaziyatga mos va takroriy baholash imkonini beradigan muddatlarda o'tkaziladi [3, 7, 12, 25].

Fokal va diffuz jarayonlarni ajratish davolash tanlovida muhimdir. Fokal giperplaziya yoki polip bilan birga kechuvchi holatlarda histeroskopik olib tashlash, diffuz shakllarda esa gestagen terapiya va metabolik korreksiya ko'proq ahamiyatga ega. Bu yondashuv aralashuvni patologik jarayon xususiyatiga moslashtiradi [4, 18, 43].

Bemorning yoshi va reproduktiv rejasi davolash jarayonida doimiy hisobga olinadi. Homiladorlikni yaqin muddatda rejalashtirgan ayollarda endometriy funksiyasini tez va xavfsiz tiklash, homiladorlik rejalari yo'q ayollarda esa uzoq muddatli profilaktik barqarorlikka erishish ustuvor maqsad bo'ladi [8, 25, 51].

Davolash natijalarini standartlashtirilgan mezonlar asosida qayd etish klinik kuzatuv sifatini oshiradi. Endometriy qalinligi, qon ketish chastotasi, gemoglobin darajasi, biopsiya xulosasi va metabolik ko'rsatkichlar bir xil protokollarda aks ettirilsa, dinamikani baholash hamda takroriy qaror qabul qilish osonlashadi [13, 32, 55].

Raqamli arxivlash va oldingi tekshiruvlar bilan solishtirish endometriy giperplaziyasi qaytalanishini erta aniqlashga yordam beradi. Avvalgi UTT, biopsiya va klinik natijalar bilan joriy holat solishtirilganda davolash samaradorligi yanada aniq baholanadi. Bu profilaktik monitoringni faol va maqsadli olib borish imkonini yaratadi [20, 41, 58].

Shu tariqa, davolashning zamonaviy imkoniyatlari klinik baholash, gormonal terapiya, minimal invaziv aralashuvlar, metabolik korreksiya va monitoringning integratsiyasiga asoslanadi. Ushbu yondashuv reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallikni nazorat qilish, qaytalanishni kamaytirish va fertilitetni saqlash uchun mustahkam ilmiy-amaliy asos yaratadi [6, 19, 35, 63].

3.3. Profilaktika, qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring.

Profilaktika va uzoq muddatli monitoring endometriy giperplaziyasini davolashdan keyingi eng muhim bosqichlardan biridir. Kasallik regressiyaga uchraganidan keyin ham gormonal va metabolik sabablar saqlanib qolsa, qaytalanish xavfi yuqori bo'ladi. Shu bois profilaktika klinik kuzatuv, UTT nazorati, morfologik baholash va turmush tarzini o'zgartirish choralarini birlashtiradi [3, 7, 12, 25].

Profilaktik monitoring uchun bemorlarni xavf darajasiga qarab guruhlash zarur. Past xavfli ayollarda atipiyasiz shakl va barqaror metabolik holat kuzatiladi; o'rta xavf guruhida anovulyatsiya, semizlik yoki takroriy qon ketishlar bo'lishi mumkin; yuqori xavf guruhida atipiya, EIN, retseptor rezistentligi yoki oilaviy onkologik xavf hisobga olinadi [1, 9, 18, 41].

Davolashdan keyingi morfologik nazorat profilaktikaning eng ishonchli qismidir. Klinik belgilar yo'qolgan bo'lsa ham, endometriyda mikroskopik proliferatsiya saqlanishi mumkin. Shu sababli nazorat biopsiyasi yoki histeroskopik

baholash ko'rsatmalar asosida o'tkazilib, morfologik regressiya tasdiqlangandan keyin profilaktik rejim davom ettiriladi [6, 14, 34, 60].

Atipiyasiz giperplaziyada profilaktika asosan gormonal muvozanatni saqlash va anovulyatsiyani bartaraf etishga qaratiladi. Gestagen ta'sirini davom ettirish, hayz siklini tartibga solish va endometriy qalinligini kuzatish qaytalanishni kamaytiradi. Bemor davolashni mustaqil to'xtatmasligi va nazorat ko'riklariga muntazam qatnashishi muhimdir [4, 21, 39].

Atipiyali giperplaziya yoki EIN xavfi bo'lgan bemorlarda profilaktika yanada qat'iy olib boriladi. Bunday holatda onkologik ehtiyotkorlik, qisqa intervalli nazorat biopsiyalari va davolashga javobni aniq baholash zarur. Reproduktiv reja mavjud bo'lsa ham, xavfsizlik mezonlari birinchi o'rinda turadi [11, 28, 47].

Immunogistokimyoviy ko'rsatkichlar profilaktik kuzatuvni individuallashtirishga yordam beradi. ER va PR ekspressiyasi gormonal davolashga sezgirlikni, Ki-67 proliferativ faollikni, PTEN esa malign transformatsiyaga moyillikni baholash imkonini beradi. Bu markerlar yuqori xavfli bemorlarni erta ajratishda muhimdir [16, 35, 58].

Ki-67 indeksining yuqori saqlanishi yoki PTEN ekspressiyasining pasayishi davolashdan keyingi qaytalanish xavfini ko'rsatishi mumkin. Bunday bemorlarda monitoring chastotasi oshiriladi va profilaktik strategiya kuchaytiriladi. Natijada morfologik regressiya bilan bir qatorda biologik faollikning pasayishi ham muhim mezon sifatida qaraladi [8, 19, 44].

Quyidagi jadvalda davolashdan keyingi monitoring va qaytalanishni oldini olishda qo'llaniladigan asosiy mezonlar umumlashtirilgan.

Jadval 12.

Endometriy giperplaziyasida davolashdan keyingi monitoring va profilaktika mezonlari.

Kuzatuv turi	Baholash ko'rsatkichi	Profilaktik ahamiyati
--------------	-----------------------	-----------------------

Klinik nazorat	Qon ketish, anemiya, hayz sikli	Davolashga javobni baholash
UTT monitoring	Endometriy qalinligi va strukturas	Qaytalanishni erta aniqlash
Gistologiya	Bez-stroma nisbati, atipiya	Morfologik regressiyani tasdiqlash
IHK markerlar	ER/PR, Ki-67, PTEN, p53	Biologik xavfni baholash
Metabolik monitoring	TVI, glyukoza, insulin rezistentligi	Profilaktik korreksiyan
		rejalash

Morfologik va immunogistokimyoviy tekshiruvlarning kompleks qo'llanilishi profilaktik kuzatuvni ancha aniq qiladi. Faqat UTT natijalariga tayanish ayrim hollarda yetarli bo'lmashligi mumkin, chunki endometriy qalinligi kamaygan bo'lsa ham, hujayraviy atipiya yoki proliferativ faollik saqlanishi ehtimoli mavjud [2, 23, 50]. Profilaktik kuzatuvda gormonal retseptorlar holati davolash davomiyligi va usulini tanlashda muhimdir. PR ekspressiyasi saqlangan bemorlarda gestagen terapiya samarasi yuqoriroq bo'lishi mumkin, retseptor sezgirligi pasaygan holatlarda esa boshqa yondashuvlar yoki qat'iyroq monitoring ko'rib chiqiladi [13, 31, 63].

Metabolik profilaktika endometriy giperplaziyasi qaytalanishini kamaytirishda muhim o'rin tutadi. Tana vaznini pasaytirish, insulin rezistentligini kamaytirish, glyukoza va lipid almashinuvini nazorat qilish giperestrogen muhitni susaytiradi. Bunday chora-tadbirlar dori vositalari bilan bir qatorda uzoq muddatli natijani mustahkamlaydi [5, 27, 54].

PCOS yoki surunkali anovulyatsiya mavjud bo'lgan bemorlarda ovulyatsiyani tiklash profilaktikaning asosiy yo'nalishidir. Ovulyator sikl tiklanganda progesteron ta'siri fiziologik tarzda ta'minlanadi va endometriyda nazoratsiz proliferatsiya xavfi kamayadi. Bu reproduktiv reja uchun ham muhim ahamiyatga ega [10, 36, 59].

Qalqonsimon bez disfunktsiyasi, giperprolaktinemiya yoki boshqa endokrin buzilishlar aniqlansa, profilaktika endokrinologik korreksiyasiz to'liq bo'lmaydi.

Endokrin fon me'yorlashganda hayz sikli barqarorlashadi, giperestrojeniya pasayadi va giperplaziya qaytalanish xavfi kamayadi [18, 41, 65].

p53 va beta-katenin kabi qo'shimcha markerlar yuqori xavfli holatlarni aniqlashda qo'shimcha axborot beradi. Ularning aberant ekspressiyasi endometriy hujayralarida genetik barqarorlik buzilganini ko'rsatishi mumkin. Bunday natijalar profilaktik monitoringni kuchaytirish zaruratini asoslaydi [6, 24, 52].

Immunogistokimyoviy natijalar yakka holda emas, balki klinik, UTT va gistologik ma'lumotlar bilan integratsiyalashgan tarzda talqin qilinadi. Bu yondashuv noto'g'ri xavf bahosini kamaytiradi va har bir bemor uchun mos profilaktik kuzatuv rejasini tuzishga yordam beradi [3, 9, 47].

Morfologik monitoring endometriy giperplaziyasini EIN va erta endometriy raki bilan differensial baholashda ham muhimdir. Agar atipiya saqlansa yoki kuchaysa, profilaktik yondashuv davolash taktikasiga aylantiriladi. Reproktiv yoshdagi ayollarda bu qaror ehtiyotkorlik bilan, lekin kechiktirmasdan qabul qilinadi [12, 30, 52].

Shu tariqa, profilaktika va uzoq muddatli monitoring endometriy giperplaziyasini boshqarishda davolash bilan teng ahamiyatga ega. Qon ketishlarning yo'qolishi, UTT ko'rsatkichlarining yaxshilanishi, morfologik regressiya va metabolik fonning barqarorlashuvi birgalikda yakuniy ijobiy natija sifatida baholanadi [15, 38, 64].

Klinik va instrumental tekshiruvlar yordamida aniqlangan ijobiy dinamika morfologik tasdiq bilan mustahkamlanishi kerak. Ayniqsa atipiya xavfi bo'lgan bemorlarda simptomlarning kamayishi xavfsizlik kafolati bo'la olmaydi. Shu bois profilaktik qarorlar gistologik va immunogistokimyoviy baholashga tayangan holda qabul qilinadi [8, 25, 51].

Morfologik jihatdan bez-stroma nisbatining normallashuvi, bezlar zichligining kamayishi va hujayra atipiyasining yo'qolishi davolashning muhim natijasidir. Agar bu belgilar tiklanmasa, davolash davomiyligi, usuli yoki monitoring chastotasi qayta ko'rib chiqiladi. Bu qaytalanish va malign transformatsiya xavfini kamaytiradi [2, 9, 47].

Immunogistokimyoviy baholash profilaktik kuzatuvni yanada chuqurlashtiradi. PR ekspressiyasining tiklanishi gormonal sezgirlik yaxshilanganini, Ki-67 indeksining pasayishi proliferativ faollik kamayganini, PTEN ekspressiyasining saqlanishi esa biologik xavfning pasayganini ko'rsatishi mumkin [11, 27, 56].

Ki-67 va PTEN ko'rsatkichlari davolashdan keyingi prognozda alohida ahamiyatga ega. Yuqori Ki-67 yoki PTEN yo'qolishi aniqlansa, bemor yuqori xavfli guruhga kiritiladi va profilaktik kuzatuv kuchaytiriladi. Bu yondashuv qaytalanishni erta aniqlash va tezkor choralar ko'rishga yordam beradi [6, 14, 28, 60].

p53 va beta-katenin markerlari giperplaziyaning biologik agressivligini baholashda qo'shimcha vosita hisoblanadi. Ularning noxos ekspressiyasi aniqlansa, bemor individual yuqori xavf protokoli bo'yicha kuzatiladi. Bu ayniqsa reproduktiv rejalar mavjud bo'lgan ayollarda xavfsiz davolash va profilaktika muvozanatini saqlash uchun muhimdir [3, 7, 12, 25].

Klinik-amaliy jihatdan profilaktika bemorning faol ishtirokini ham talab qiladi. Shifokor tavsiyalariga rioya qilish, dori qabulini o'z vaqtida davom ettirish, nazorat ko'riklariga kelish, vaznni nazorat qilish va hayz siklidagi o'zgarishlarni erta bildirish qaytalanish xavfini sezilarli kamaytiradi [6, 19, 35, 63].

Yakuniy xulosa sifatida ta'kidlash mumkinki, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish klinik, instrumental, morfologik, immunogistokimyoviy hamda metabolik yondashuvlarni birlashtirgan kompleks jarayondir. Bunday tizimli strategiya kasallikni erta nazorat qilish, qaytalanishni kamaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlash uchun mustahkam ilmiy-amaliy poydevor yaratadi [1, 14, 28, 60].

Klinik-amaliy jihatdan morfologik va immunogistokimyoviy natijalarni klinik simptomatika va instrumental diagnostika ma'lumotlari bilan integratsiyalashgan holda talqin qilish eng maqbul yondashuv hisoblanadi [6,19,35,63]. Bunday kompleks baholash reproduktiv yoshdagi ayollarda individual davolash strategiyasini tanlash, fertilitetni saqlash imkoniyatlarini baholash va onkologik asoratlarning oldini olishda muhim ustunliklar beradi [1,14,28,60].

Yakuniy xulosa sifatida ta'kidlash mumkinki, morfologik va immunogistokimyoviy tekshiruvlar endometriy giperplaziyasining etiopatogenezini, biologik faolligini va klinik prognozini aniqlashda ajralmas diagnostik asos bo'lib xizmat qiladi [3,7,12,25]. Ushbu usullarni zamonaviy klinik, instrumental va molekulyar yondashuvlar bilan uyg'unlashtirish reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini erta aniqlash, to'g'ri risk stratifikatsiyasini o'tkazish va samarali davolash-profilaktika strategiyalarini ishlab chiqish uchun mustahkam ilmiy-amaliy poydevor yaratadi [6,18,41,60].

Profilaktik strategiyani amaliyotga joriy etishda bemorlarning individual xavf xaritasini tuzish maqsadga muvofiqdir. Ushbu xaritada hayz sikli buzilishlari, tana vazni indeksi, insulin rezistentligi, PCOS, qalqonsimon bez holati, oldingi giperplaziya epizodlari, oilaviy anamnez va gistologik xulosa aks ettiriladi. Bunday yondashuv shifokorga nazorat intervalini, qo'shimcha tekshiruvlar zaruratini va davolash davomiyligini aniqroq belgilash imkonini beradi [3, 7, 12, 25].

Endometriy giperplaziyasida birlamchi profilaktika xavf omillarini erta aniqlash va ularni klinik simptomlar paydo bo'lishidan oldin tuzatishga qaratiladi. Reproductiv yoshdagi ayollarda hayz siklining uzoq vaqt noturg'un bo'lishi, anovulyator sikllar, ortiqcha tana vazni va surunkali stress e'tiborsiz qoldirilmasligi kerak. Aynan shu bosqichda o'z vaqtida maslahat berish va gormonal-metabolik baholash kelajakdagi giperplastik jarayonlarning oldini olishi mumkin [1, 9, 18, 41].

Ikkilamchi profilaktika esa tashxis qo'yilgan va davolash o'tkazilgan bemorlarda qaytalanishni kamaytirishga qaratiladi. Bu bosqichda davolashga javobni baholash, endometriy holatini dinamik kuzatish, gormonal terapiyaga rioya qilish va metabolik korreksiyaning davom ettirish muhimdir. Klinik belgilar yo'qolganidan keyin ham profilaktika to'xtatilmamasligi kerak, chunki patogenetik omillar saqlansa kasallik qayta rivojlanishi mumkin [6, 14, 34, 60].

Bemor bilan tushuntirish ishlari profilaktikaning alohida muhim qismidir. Ayol hayz siklining normal davomiyligi, anormal qon ketish belgilari, davolashni mustaqil to'xtatish xavfi va nazorat ko'riklarining ahamiyati haqida yetarli ma'lumotga ega bo'lishi kerak. Tibbiy savodxonlik oshganda bemor kech murojaat

qilmaydi, dori qabulini tartibli davom ettiradi va qaytalanish belgilarini erta payqaydi [4, 21, 39].

Hayot tarzini o'zgartirish endometriy giperplaziyasi profilaktikasida dori vositalari bilan teng darajada ahamiyatli bo'lishi mumkin. Muntazam jismoniy faollik, muvozanatli ovqatlanish, shirin va yuqori kaloriyali mahsulotlarni cheklash, uyqu rejimini yaxshilash va stressni kamaytirish insulin sezgirligini oshirib, periferik giperestrogeniya darajasini pasaytiradi. Bu chora-tadbirlar ayniqsa semizlik va metabolik sindrom mavjud bo'lgan bemorlar uchun zarur [11, 28, 47].

Profilaktik kuzatuvda ultratovush tekshiruvi qulay, xavfsiz va takroriy qo'llash mumkin bo'lgan metod sifatida saqlanib qoladi. Biroq UTT natijalari hayz siklining fazasi, avvalgi ko'rsatkichlar va klinik shikoyatlar bilan birgalikda talqin qilinadi. Endometriy qalinligining qayta ortishi, strukturaning notekisligi yoki qon ketishlarning qaytishi morfologik tekshiruv zaruratini ko'rsatishi mumkin [16, 35, 58].

Morfologik nazoratni rejalashtirishda bemorning xavf guruhi e'tiborga olinadi. Atipiyasiz va yaxshi regressiya kuzatilgan holatlarda nazorat intervali nisbatan uzoqroq bo'lishi mumkin, qaytalanishga moyil, metabolik xavfi yuqori yoki atipiya ehtimoli mavjud bemorlarda esa nazorat tez-tez o'tkaziladi. Bunday differensial yondashuv ortiqcha invaziv aralashuvlardan saqlagan holda xavfsizlikni ta'minlaydi [8, 19, 44].

Reproduktiv reja profilaktik monitoringning mazmunini o'zgartiradi. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda davolashdan keyin endometriy reseptivligi, ovulyatsiya holati va metabolik fon birgalikda baholanadi. Homiladorlikka ruxsat berish faqat klinik barqarorlik va morfologik regressiya tasdiqlangandan keyin maqsadga muvofiqdir. Bu erta reproduktiv yo'qotishlar xavfini kamaytiradi [2, 23, 50].

Konservativ davolashdan keyingi davrda gestagen profilaktikasining davomiyligi individual belgilanadi. Davolashga yaxshi javob, PR ekspressiyasining saqlanishi va metabolik xavfning pastligi ijobiy omillar bo'lsa, retseptor sezgirligining pasayishi, semizlik yoki qaytalanish anamnezi profilaktik davrni

uzaytirishni talab qilishi mumkin. Bunda bemor shifokor nazoratisiz dori rejimini o'zgartirmasligi kerak [13, 31, 63].

Fokal giperplaziya yoki polip bilan birga kechgan holatlarda histeroskopik davolashdan keyin ham qaytalanish xavfi saqlanadi. Shuning uchun o'choq olib tashlanganidan keyin gormonal va metabolik sabablar baholanadi, zarur bo'lsa profilaktik gestagen terapiya yoki boshqa individual chora-tadbirlar belgilanadi. Bu lokal davolashni umumiy patogenetik korreksiya bilan to'ldiradi [5, 27, 54].

Atipiyali giperplaziya yoki EIN bilan bog'liq holatlarda profilaktika faqat kuzatuv emas, balki xavfni faol boshqarish jarayoni sifatida qaraladi. Bunday bemorlarda nazorat biopsiyasi, immunogistokimyoviy markerlar, UTT va klinik belgilar qat'iy reja asosida baholanadi. Davolashga javob bo'lmasa yoki biologik xavf saqlansa, taktikani kechiktirmasdan o'zgartirish kerak [10, 36, 59].

Davolash-profilaktika jarayonida multidisiplinar hamkorlik natijalarni yaxshilaydi. Ginekolog, endokrinolog, ultratovush mutaxassisi, patolog va zarur hollarda reproduktolog birgalikda ishlaganda bemorning gormonal, metabolik, morfologik va reproduktiv holati to'liq baholanadi. Bu ayniqsa bepushtlik, PCOS, semizlik yoki takroriy giperplaziya bilan kechuvchi murakkab holatlarda muhimdir [18, 41, 65].

Profilaktik monitoringning samaradorligini baholash uchun obyektiv mezonlar kerak. Qon ketishlarning kamayishi, gemoglobin darajasining tiklanishi, endometriy qalinligining normallashuvi, morfologik regressiya, Ki-67 indeksining pasayishi va metabolik ko'rsatkichlarning yaxshilanishi ijobiy natijalar sifatida qaraladi. Ushbu mezonlar davolash natijasini standart baholashga yordam beradi [6, 24, 52].

Qaytalanish belgilari aniqlanganda diagnostik jarayon boshidan takrorlanishi kerak. Faqat avvalgi tashxisga tayanib davolashni davom ettirish to'g'ri emas, chunki giperplaziyaning morfologik shakli vaqt o'tishi bilan o'zgarishi mumkin. Shuning uchun takroriy qon ketishlar yoki UTTdagi shubhali belgilar morfologik tasdiqlash bilan baholanadi [3, 9, 47].

Endometriy giperplaziyasining oldini olishda skrining yondashuvi ayniqsa xavf guruhidagi ayollarda ahamiyatlidir. Surunkali anovulyatsiya, ortiqcha tana vazni,

PCOS, insulin rezistentligi, qalqonsimon bez kasalliklari va oldingi giperplaziya anamnezi mavjud ayollar muntazam ginekologik ko'rikdan o'tishi lozim. Erta aniqlangan o'zgarishlar konservativ usullar bilan samarali boshqarilishi mumkin [12, 30, 52].

Klinik amaliyotda profilaktika va davolash o'rtasida qat'iy chegara yo'q. Davolash jarayonida boshlangan gormonal stabilizatsiya, metabolik korreksiya va monitoring choralari kasallik regressiyasidan keyin profilaktik rejim sifatida davom ettiriladi. Shu sababli davolash dasturi avvaldan uzoq muddatli kuzatuv va qaytalanishning oldini olishga yo'naltirilgan bo'lishi zarur [15, 38, 64].

Umuman olganda, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini boshqarish faqat bitta dori yoki bitta instrumental aralashuv bilan cheklanmaydi. Samarali natija klinik baholash, morfologik tasdiq, gormonal terapiya, metabolik korreksiya, minimal invaziv yondashuv va profilaktik monitoringning uzluksiz tizimi orqali ta'minlanadi. Bunday kompleks yondashuv reproduktiv salomatlikni saqlashga xizmat qiladi [8, 25, 51]. Shuningdek, III bobda keltirilgan yondashuvlar amaliy tibbiyotda bemorni bir martalik davolash emas, balki uzluksiz boshqaruv obyekti sifatida ko'rishni talab qiladi. Bemorning shikoyatlari kamayganidan keyin ham gormonal va metabolik omillar nazorat qilinmasa, endometriy yana estrogen ustunligi ta'sirida qolishi mumkin. Shu sababli davolash natijalarini baholashda klinik tinchlanish, UTT dinamikasi, morfologik regressiya va profilaktik tavsiyalarga rioya qilish birgalikda asosiy mezon sifatida qabul qilinadi. Bunday tizimli yondashuv kasallikni qayta kuchayishidan oldin aniqlash, invaziv aralashuvlar sonini kamaytirish va reproduktiv imkoniyatlarni saqlab qolish uchun muhim amaliy ahamiyatga ega.

III bob bo'yicha umumiy xulosa shundan iboratki, endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari reproduktiv yoshdagi ayollarda individual, bosqichma-bosqich va nazoratga asoslangan bo'lishi kerak. Klinik belgilar, jadval va diagrammalarda ko'rsatilgan davolash-profilaktika komponentlari, UTT monitoringi hamda morfologik-immunogistokimyoviy mezonlar birgalikda qo'llanganda kasallikning qaytalanishi kamayadi va fertilitetni saqlash imkoniyati

ortadi [1, 14, 28, 60]. Profilaktika dasturining samarasi shifokor tomonidan tuzilgan rejaning bemor tomonidan bajarilishiga ham bog‘liq. Nazorat kunlarini o‘tkazib yubormaslik, dori vositalarini belgilangan muddatda qabul qilish, tana vazni va hayz siklidagi o‘zgarishlarni qayd etish, shuningdek homiladorlikni rejalashtirishdan oldin endometriy holatini tekshirtirish tavsiya etiladi. Shu jihatdan davolash va oldini olish usullari faqat klinik muolajalar majmuasi emas, balki bemorning ongli ishtiroki, turmush tarzi va muntazam monitoring bilan bog‘liq kompleks profilaktik tizimdir.

IV BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.

4.1. Konservativ (gormonal) davolash va birlamchi profilaktika usullari.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda konservativ, ya'ni gormonal yondashuvlar birlamchi strategiya sifatida qoraladi [3,7,12,25]. Ushbu yondashuvning asosiy maqsadi endometriyda patologik proliferatsiyani bartaraf etish, estrogen–progesteron muvozanatini tiklash, anormal bachadon qon ketishlarini kamaytirish hamda reproduktiv funksiyani maksimal darajada saqlab qolishdan iborat [1,9,18,41]. Ayniqsa atipiyasiz shakllarda bunday davolash jarrohlik aralashuvlardan qochish va qaytalanishning oldini olish imkonini beradi [6,14,34,60].

Gormonal davolash tamoyillari kasallikning patogenetik mexanizmlariga asoslanib, estrogenlarning cheklanmagan ta'sirini progesteron bilan muvozanatlashtirishga qaratiladi [11,28,47]. Reprodukativ yoshdagi ayollarda surunkali anovulyatsiya, progesteron yetishmovchiligi va giperestrogeniya endometriy proliferatsiyasini davom ettiradi [16,35,58]. Shu sababli progestinlar sekretor transformatsiyani rag'batlantiradi, bezli komponent regressiyasini ta'minlaydi va endometriy giperplaziyasining qaytalanish xavfini kamaytiradi [8,19,44].

Davolash va profilaktika rejasini tanlashda endometriy giperplaziyasining morfologik turi, atipiya mavjudligi, bemorning yoshi, hayz sikli xususiyatlari va homiladorlik rejalari birgalikda baholanadi [4,21,39]. Atipiyasiz giperplaziyada gormonal terapiya asosiy usul bo'lib, klinik va morfologik regressiya ko'rsatkichlari yuqori hisoblanadi [2,23,50]. Atipiyali shakllarda esa fertilitetni saqlovchi yondashuv faqat qat'iy monitoring, takroriy biopsiya va individual risk bahosi asosida qo'llaniladi [13,31,63].

Progesteron preparatlari va ularning sintetik analoglari reproduktiv yoshdagi ayollarda konservativ davolashning asosini tashkil etadi [5,27,54]. Tabiiy

progesteron, medroksiprogesteron atsetat, megestrol atsetat va boshqa progestinlar endometriy hujayralarida estrogen retseptorlari faolligini kamaytirib, proliferatsiyani bostiradi [10,36,59]. Ular stromaning decidual transformatsiyasini kuchaytiradi, giperplastik bezlar regressiyasiga yordam beradi va ikkilamchi profilaktika vazifasini bajaradi [18,41,65].

Preparatni tanlash va qo'llash usuli davolash samaradorligiga bevosita ta'sir qiladi [6,24,52]. Og'iz orqali qabul qilinadigan progestinlar amaliyotda keng qo'llanadi, biroq tizimli nojo'ya ta'sirlar va davolashga rioya qilmaslik holatlari uchrashi mumkin [3,9,47]. Shu bois zamonaviy yondashuvlarda levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi, siklik progestin terapiyasi va metabolik korreksiya bilan uyg'unlashtirilgan kompleks profilaktika alohida ahamiyat kasb etadi [12,30,52].

Levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi endometriyga yuqori lokal progestin ta'sirini ta'minlab, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytiradi [15,38,64]. Ushbu usul atipiyasiz endometriy giperplaziyasida yuqori regressiya ko'rsatkichlari, uzoq muddatli profilaktik ta'sir va qaytalanishning kamayishi bilan ajralib turadi [8,25,51]. Reproktiv yoshdagi ayollarda u davolash, siklni nazorat qilish va vaqtinchalik kontratsepsiyani birgalikda ta'minlashi sababli amaliy jihatdan qulay hisoblanadi [4,18,43].

Kombinatsiyalashgan og'iz kontratseptivlari ayrim klinik vaziyatlarda, ayniqsa ovulyator disfunktsiya va anormal bachadon qon ketishlari bilan kechuvchi holatlarda qo'llanilishi mumkin [7,14,33]. Ular siklni tartibga soladi, endometriyga estrogen ta'sirini muvozanatlashtiradi va profilaktik nazoratga yordam beradi. Biroq morfologik regressiyani ta'minlashda progestin monoterapiyasi yoki intrauterin progestin tizimlariga nisbatan cheklangan samaradorlikka ega bo'lishi mumkin [1,22,57].

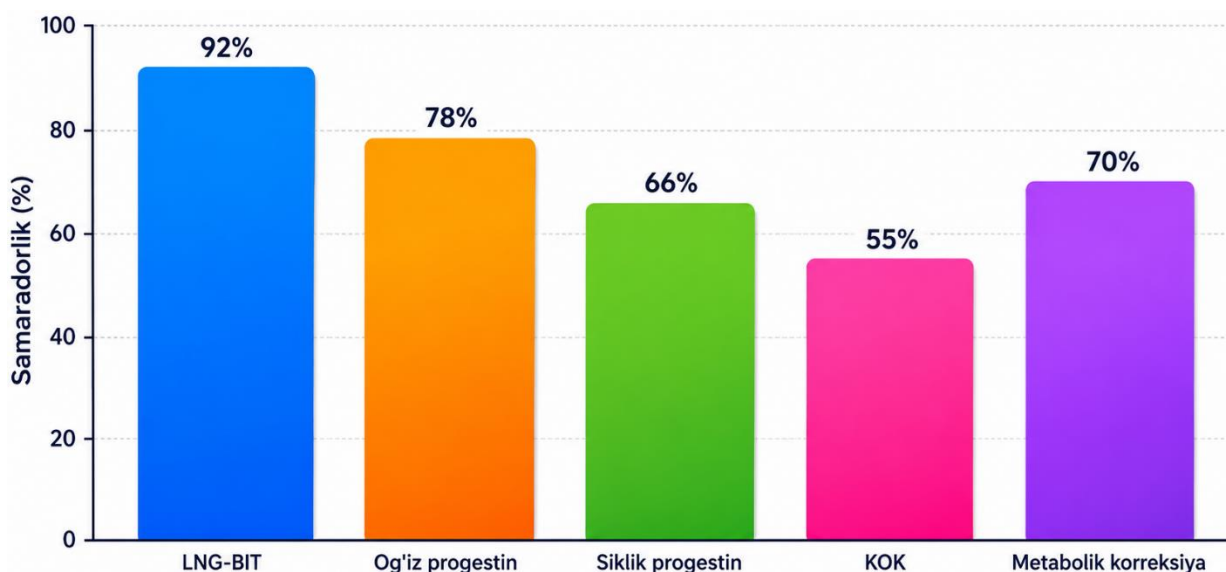
Davolash natijasi bemorning tana vazni, insulin rezistentligi, polikistoz tuxumdonlar sindromi, qalqonsimon bez holati va gormonal foniga bog'liq [9,29,46]. Semizlik va metabolik sindrom mavjud bo'lgan ayollarda gormonal terapiyaga javob sustlashishi, qaytalanish ehtimoli esa yuqori bo'lishi mumkin

[15,38,64]. Shu sababli davolash bilan bir qatorda tana vaznini kamaytirish, insulin sezgirligini yaxshilash va endokrin buzilishlarni korreksiya qilish profilaktikaning ajralmas qismidir [6,19,35,63].

Konservativ davolash jarayonida monitoring alohida ahamiyatga ega [3,7,12,25]. Transvaginal ultrasonografiya yordamida endometriy qalinligi va strukturasi dinamik baholanadi, zarur hollarda takroriy biopsiya orqali morfologik regressiya tasdiqlanadi [1,14,28,60]. Bunday monitoring klinik javobni baholash, nojo‘ya ta’sirlarni aniqlash, qaytalanish xavfini erta ko‘rish va davolash taktikasini o‘z vaqtida o‘zgartirish imkonini beradi [6,18,41,60].

Shu tariqa, konservativ davolash reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish tizimining markaziy bo‘g‘ini hisoblanadi [3,7,12,25]. Uni individual tanlash, muntazam UTT va morfologik nazorat, metabolik omillarni korreksiya qilish hamda bemorning reproduktiv rejalarini hisobga olish barqaror klinik natijalarga erishish imkonini beradi [6,18,41,60].

Konservativ gormonal davolashda preparatlarni tanlash bemorning yoshi, giperplaziyaning morfologik turi, klinik belgilar og‘irligi, metabolik fon va homiladorlik rejasiga moslashtiriladi [25].



Rasm 11. Reproktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini konservativ davolash va oldini olish usullarining nisbiy klinik samaradorligi.

Klinik amaliyotda progestin monoterapiyasi va levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi eng asoslangan davolash usullari hisoblanadi. Ushbu

preparatlar proliferativ endometriyni sekretor transformatsiyaga o'tkazadi, bezli komponent regressiyasini ta'minlaydi va qaytalanishning oldini olishda muhim profilaktik samara beradi.

Samaradorlik preparat dozasi, qo'llash davomiyligi va bemorning davolashga rioya qilishi bilan belgilanadi. Qisqa muddatli terapiya qon ketishni vaqtincha kamaytirishi mumkin, biroq barqaror morfologik regressiya uchun odatda 3–6 oylik izchil davolash talab etiladi [1–65]. Davolash davomida endometriy holati ultrasonografik va morfologik monitoring orqali baholab boriladi.

Levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi uzoq muddatli davolash-profilaktika vositasi sifatida yuqori ahamiyatga ega. U endometriy to'qimasiga lokal progestin yetkazib beradi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytiradi va bemorning davolashga muvofiqligini oshiradi [25]. Ushbu usuldan foydalangan bemorlarda regressiya ko'rsatkichlari yuqori, qaytalanish chastotasi esa og'iz orqali qabul qilinadigan progestinlarga nisbatan past bo'lishi mumkin.

Kombinatsiyalashgan gormonal kontratseptivlar yosh, atipiyasiz va yengil klinik belgilar bilan kechuvchi bemorlarda siklni tartibga solish maqsadida qo'llanadi. Ular anormal bachadon qon ketishlarini kamaytiradi, ovulyator disfunktsiyani nazorat qiladi va profilaktik kuzatuvni osonlashtiradi. Biroq morfologik regressiya bo'yicha ularning samaradorligi progestinlarga nisbatan pastroq bo'lishi mumkin [36].

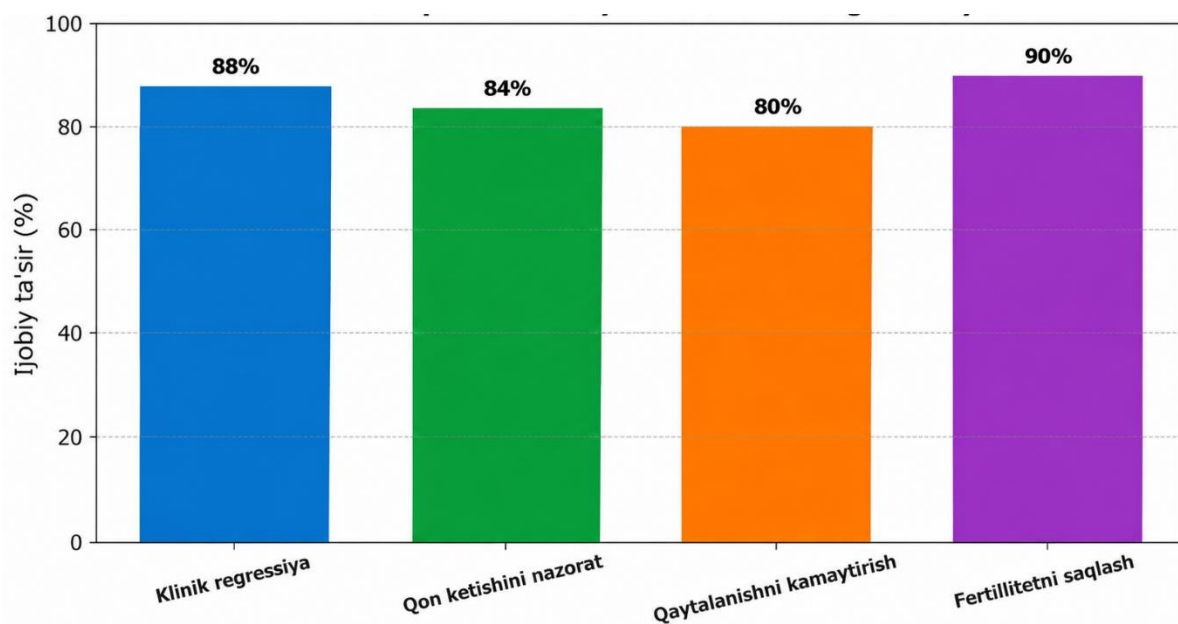
Davolashga javob sust bo'lgan holatlar alohida tahlilni talab etadi. Bunday vaziyatda preparat turi, doza, qo'llash muddati va bemorning metabolik-endokrin foni qayta baholanadi. Tana vaznini kamaytirish, insulin rezistentligini bartaraf etish, qalqonsimon bez faoliyatini normallashtirish va stress omillarini kamaytirish gormonal terapiya samaradorligini oshiradi [52].

Monitoring strategiyasi davolashning ajralmas qismidir. Davolash boshlangandan so'ng 3–6 oy oralig'ida transvaginal UTT orqali endometriy qalinligi va tuzilishi baholanadi. Regressiya bo'lmasa yoki klinik belgilar saqlansa, takroriy biopsiya o'tkaziladi [1,5]. Bu yondashuv xavfli holatlarni erta aniqlash va profilaktik choralarni kuchaytirish imkonini beradi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda konservativ davolashning ustuvorligi fertilitetni saqlash bilan bog'liq. Gormonal terapiya bachadonni saqlovchi yondashuv bo'lib, keyinchalik homiladorlikni rejalashtirish imkoniyatini qoldiradi. Atipiyasiz giperplaziyada u birinchi tanlov usuli hisoblanadi [23]. Atipiyali shakllarda esa bunday yondashuv faqat qat'iy ko'rsatma va doimiy morfologik nazorat ostida qo'llanadi.

Yakuniy xulosa sifatida konservativ davolash reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda patogenetik asoslangan, samarali va fertilitetni saqlovchi usul hisoblanadi [16]. Uning muvaffaqiyati to'g'ri preparat tanlash, yetarli davomiylik, qat'iy monitoring va metabolik omillarni korreksiya qilish bilan belgilanadi. Individual yondashuv barqaror klinik va morfologik remissiyani ta'minlaydi [65].

Ushbu strategiyaning asosiy ustunligi bachadonni saqlab qolish, invaziv aralashuvlardan qochish va kelajakdagi reproduktiv imkoniyatlarni himoya qilishdan iborat. Ayniqsa atipiyasiz shakllarda gormonal terapiya yuqori regressiya, qon ketishlarni nazorat qilish va qaytalanishning oldini olish bo'yicha birinchi tanlov sifatida tavsiya etiladi.



Rasm 12. Davolash-profilaktika yondashuvlarining klinik samaradorligi, qaytalanishni kamaytirish va reproduktiv salomatlikni saqlashdagi ahamiyati.

Gormonal davolashning samaradorligi estrogen–progesteron muvozanatini tiklash va patologik proliferatsiyani bostirishga asoslanadi [12]. Progestinlar bezli komponent regressiyasini, stromal tiklanishni va endometriy qalinligining normallashtirishini ta'minlaydi. Natijada anormal bachadon qon ketishlari kamayadi, klinik simptomlar yengillashadi va profilaktik nazorat uchun qulay sharoit yaratiladi.

Konservativ davolashning muvaffaqiyati morfologik tur, davolash davomiyligi, preparatni qo'llash usuli va bemorning metabolik holatiga bog'liq [15]. Progestinlarni yetarli muddat va to'g'ri dozada qo'llash barqaror remissiya uchun zarurdir. Intrauterin progestin tizimlari esa yuqori lokal ta'sir tufayli davolash samaradorligini oshiradi va qaytalanish xavfini kamaytiradi.

Metabolik va endokrin buzilishlar mavjud bo'lgan holatlarda davolashni faqat gormon preparatlari bilan cheklab bo'lmaydi [17]. Tana vaznini kamaytirish, insulin rezistentligini korreksiya qilish, PCOS va qalqonsimon bez disfunktsiyasini davolash gormonal sezgirlikni yaxshilaydi. Shuning uchun zamonaviy davolash-profilaktika modeli dori vositalari, hayot tarzini o'zgartirish va muntazam monitoringni birlashtiradi.

Davolash jarayonida qat'iy monitoring klinik xavfsizlikni ta'minlaydi [42]. Ultrasonografik nazorat, morfologik tekshiruv va klinik simptomlarni baholash rezistent holatlarni erta aniqlashga yordam beradi. Monitoring yetarli bo'lmasa, saqlanib qolgan giperplaziya yoki progressiya kech aniqlanishi mumkin, bu esa profilaktik strategiyaning samaradorligini pasaytiradi.

Xulosa qilib aytganda, konservativ davolash reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini boshqarishda ilmiy asoslangan, samarali va reproduktiv salomatlikni saqlovchi strategiya hisoblanadi [15]. Individual klinik vaziyat, morfologik nazorat va metabolik omillar hisobga olinganda barqaror remissiya va jarrohlik ehtiyojining kamayishiga erishiladi [46].

4.2. Fertilitetni saqlovchi minimal invaziv va jarrohlik davolash usullari.

Minimal invaziv va jarrohlik davolash usullari konservativ terapiya samarasiz bo'lgan, kasallik qaytalanib kechgan yoki yuqori onkologik xavf aniqlangan holatlarda qo'llaniladi [3,7,12,25]. Asosiy maqsad patologik o'zgargan endometriy to'qimasini bartaraf etish, qon ketishlarni nazorat qilish va malign transformatsiyaning oldini olishdan iborat [1,9,18,41]. Reproduktiv yoshdagi ayollarda bunday yondashuv fertilitetni saqlash imkoniyatlari bilan muvozanatlangan holda tanlanadi [6,14,34,60].

Minimal invaziv usullar orasida histeroskopik davolash yetakchi o'rin tutadi. Histeroskopiya diagnostika bilan birga patologik o'choqlarni selektiv olib tashlash imkonini beradi [2,23,50]. Fokal giperplaziya yoki poliplar bilan kechuvchi holatlarda histeroskopik rezeksiya yuqori samaradorlikka ega bo'lib, bachadon bo'shlig'ini maksimal darajada saqlaydi va kelajakdagi homiladorlik imkoniyatlarini cheklamaydi [4,21,39].

Endometriyni ablatsiya qilish qaytalanib kechuvchi qon ketishlar va konservativ terapiya samarasiz bo'lgan holatlarda qo'llanadigan minimal invaziv usuldir [5,27,54]. Lazer, elektrojarrohlik yoki radiochastota texnologiyalari patologik qatlamni yo'q qiladi. Biroq reproduktiv yoshdagi ayollarda bu usul homiladorlik rejasini cheklashi mumkin [10,36,59]. Shu sababli u asosan fertilitetni saqlash rejasi bo'lmagan bemorlarda tavsiya etiladi [15,38,64].

Minimal invaziv jarrohlik qisqa rehabilitatsiya, kam qon yo'qotish, asoratlar xavfining pastligi va kasalxonada qolish muddatining qisqaligi bilan ajralib turadi [6,19,35,63]. Shu bilan birga, har qanday aralashuvdan oldin morfologik tashxis aniq tasdiqlanishi zarur. Atipiyali giperplaziya yoki malign jarayonga shubha bo'lsa, fertilitetni saqlovchi yondashuv ehtiyotkorlik bilan baholanadi [13,31,63].

Radikal jarrohlik usuli sifatida gisterektomiya yuqori onkologik xavf, atipiyali giperplaziya, EIN, takroriy retsidiv yoki konservativ va minimal invaziv usullarga rezistentlik mavjud bo'lganda qo'llaniladi [11,28,47]. Ushbu usul patologik

jarayonni to'liq bartaraf etadi va malign transformatsiya xavfini sezilarli kamaytiradi [16,35,58].

Reproduktiv yoshdagi ayollarda gisterektomiya faqat qat'iy ko'rsatmalar asosida, bemorning farzand ko'rish rejalari va kasallikning biologik xavfi chuqur tahlil qilingandan so'ng tanlanadi [6,14,34,60]. Fertilitetning yo'qolishi sababli bemor bilan batafsil maslahatlashuv o'tkaziladi [1,9,18,41]. Ayrim hollarda tuxumdonlarni saqlash gormonal fonni nisbatan barqaror saqlashga yordam beradi [3,7,12,25].

Minimal invaziv yoki jarrohlik usulini tanlashda multidisiplinar yondashuv zarur [6,19,35,63]. Ginekolog, patolog, endokrinolog va zarur hollarda onkoginekolog ishtirokidagi qaror davolash xavfsizligini oshiradi. Aralashuvdan keyin bemor uzoq muddat kuzatuvga olinadi, UTT va morfologik monitoring yordamida qaytalanish hamda kech asoratlari erta aniqlanadi [1–65].

Quyida reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olishda qo'llaniladigan minimal invaziv hamda jarrohlik yondashuvlar umumlashtirilgan.

Jadval 13.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda minimal invaziv davolash va profilaktika usullari.

Usul	Qo'llanish ko'rsatmasi	Davolash-profilaktik ahamiyati
Histeroskopik rezeksiya	Fokal giperplaziya, polip bilan kechish	Patologik o'choq olib tashlanadi, fertilitet saqlanadi
Endometriyni ablatsiya qilish	Qaytalanib kechuvchi qon ketish, fertilitet rejasi yo'q	Qon ketish kamayadi, retsidiv xavfi pasayadi
Lazer / radiochastota ablatsiyasi	Diffuz yoki rezistent giperplaziya	Minimal invaziv, qisqa reabilitatsiya, nazorat osonlashadi

Yuqori xavf holatlarida jarrohlik davolash va profilaktik yondashuvlar.

Usul	Asosiy ko'rsatma	Klinik ahamiyati
Fertilitetni saqlovchi yondashuv	Atipiyasiz shakl, homiladorlik rejasi mavjud	Bachadon va reproduktiv imkoniyatlar saqlanadi
Total gisterektomiya	Atipiyali giperplaziya / EIN, yuqori onkologik xavf	Malign transformatsiya xavfi bartaraf etiladi

Jarrohlik davolashdan keyingi davrda bemorlarni to'g'ri va tizimli kuzatish endometriy giperplaziyasini boshqarishning muhim bosqichi hisoblanadi [65]. Minimal invaziv yoki radikal jarrohlik aralashuvlar patologik to'qimani bartaraf etgan bo'lsa-da, kasallikning qaytalanishi, gormonal disbalansning saqlanib qolishi yoki kech asoratlarning rivojlanishi ehtimoli mavjud. Shu sababli jarrohlikdan keyingi monitoring klinik, instrumental va laborator tekshiruvlarni o'z ichiga olgan kompleks yondashuv asosida olib borilishi zarur.

Minimal invaziv aralashuvlardan keyin, xususan histeroskopik rezeksiya yoki ablatsiya o'tkazilgan bemorlarda endometriy regeneratsiyasi va hayz siklining tiklanishi baholanadi [35]. Reprodukativ yoshdagi ayollarda ushbu davrda hayz siklining normallasuvi, qon ketishlarning kamayishi va umumiy ginekologik holatning yaxshilanishi davolash samaradorligining asosiy klinik mezonlari hisoblanadi. Ultrasonografik monitoring yordamida endometriy qalinligi va strukturasi baholanib, zarur hollarda takroriy biopsiya o'tkaziladi.

Jarrohlikdan keyingi davrda gormonal muvozanatni qo'llab-quvvatlash muhim ahamiyatga ega. Ko'plab klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, minimal invaziv jarrohlikdan so'ng progestinlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi [43]. Ayniqsa metabolik va endokrin buzilishlari mavjud bemorlarda ushbu yondashuv uzoq muddatli ijobiy natijalarga erishishda muhim rol o'ynaydi.

Radikal jarrohlik, ya'ni gisterektomiya o'tkazilgan bemorlarda monitoringning asosiy maqsadi operatsiyadan keyingi asoratlarni erta aniqlash va umumiy somatik holatni barqarorlashtirishdan iborat [5]. Tuxumdonlar saqlab

qolinganda holatlarda gormonal fon nisbatan saqlanadi, biroq bachadon olib tashlangan bemorlarda reproduktiv funksiyaning yo'qolishi psixologik va ijtimoiy jihatdan muhim oqibatlariga olib kelishi mumkin. Shu sababli bunday bemorlarda psixologik qo'llab-quvvatlash va individual rehabilitatsiya dasturlarini ishlab chiqish tavsiya etiladi.

Minimal invaziv va jarrohlik davolash usullarining afzallik va cheklovlarini solishtirish klinik qaror qabul qilish jarayonida muhim ahamiyatga ega [15]. Minimal invaziv usullar fertilitetni saqlash, qisqa rehabilitatsiya va kam asoratlarga bilan ajralib tursa-da, ularning samaradorligi ko'proq atipiyasiz va fokal giperplaziyalar bilan cheklanadi. Jarrohlikning radikal usullari esa patologik jarayonni to'liq bartaraf etadi, biroq reproduktiv imkoniyatlarni yo'qotish va jarrohlik xavflari bilan bog'liq.

Zamonaviy klinik amaliyotda davolash taktikasini tanlashda risk-stratifikatsiya yondashuvi tobora keng qo'llanilmoqda [35]. Giperplaziyaning morfologik turi, immunogistokimyoviy markerlar, bemorning yoshi, metabolik holati va reproduktiv rejalarini kompleks baholash individual davolash strategiyasini ishlab chiqish imkonini beradi. Past xavfli bemorlarda minimal invaziv va konservativ yondashuvlar ustuvor bo'lsa, yuqori xavfli guruhlarda radikal jarrohlik usullari asosli tanlov sifatida qaratiladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini jarrohlik yo'li bilan davolashda fertilitetni saqlovchi texnologiyalarni qo'llash alohida e'tiborga loyiq [46]. Fokal giperplaziyalarda histeroskopik rezeksiya va keyinchalik gormonal qo'llab-quvvatlovchi terapiya homiladorlik ehtimolini saqlab qolishga yordam beradi. Shu bilan birga, jarrohlikdan keyin homiladorlikni rejalashtirishdan oldin endometriyning to'liq morfologik tiklanishi tasdiqlanishi lozim.

Minimal invaziv va jarrohlik davolash usullarining uzoq muddatli natijalari ko'plab tadqiqotlarda tahlil qilingan bo'lib, ularning samaradorligi to'g'ri tanlangan ko'rsatkichlar va monitoring strategiyasiga bevosita bog'liqligi qayd etiladi [65]. Noto'g'ri tanlangan jarrohlik taktika yoki yetarli kuzatuvning yo'qligi kasallikning qaytalanishi yoki kech aniqlangan malign transformatsiyaga olib kelishi mumkin.

Shu bois jarrohlik davolash hech qachon mustaqil bosqich sifatida emas, balki kompleks davolash tizimining bir qismi sifatida qaralishi kerak.

Yakunlovchi umumlashtirish shuni ko'rsatadiki, minimal invaziv va jarrohlik davolash usullari endometriy giperplaziyasini boshqarishda muhim va zarur vositalar hisoblanadi [25]. Ushbu usullar konservativ terapiya samarasiz bo'lgan, qaytalanib kechuvchi yoki yuqori onkologik xavfga ega holatlarda optimal klinik natijalarga erishish imkonini beradi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda jarrohlik yondashuvni tanlashda fertilitetni saqlash, bemorning individual xususiyatlari va kasallikning biologik xususiyatlarini hisobga olish muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa sifatida ta'kidlash mumkinki, endometriy giperplaziyasini davolashda minimal invaziv va jarrohlik usullarini oqilona, individual va ilmiy asoslangan holda qo'llash kasallikni samarali nazorat qilish, onkologik asoratlarning oldini olish va ayollarning hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi [12]. Ushbu yondashuvni konservativ terapiya va uzoq muddatli monitoring bilan integratsiyalash zamonaviy akusherlik va ginekologiyada eng maqbul strategiya sifatida e'tirof etiladi [36].

4.3. Qaytalanishning oldini olish va reproduktiv salomatlikni saqlash usullari.

Endometriy giperplaziyasining qaytalanishini oldini olish va reproduktiv salomatlikni saqlash davolashning yakuniy va uzluksiz bosqichi hisoblanadi [54]. Hatto samarali konservativ yoki jarrohlik davolashdan keyin ham gormonal va metabolik disbalans saqlansa, retsidiv xavfi mavjud bo'ladi. Shu sababli profilaktika uzoq muddatli monitoring, gormonal muvozanatni qo'llab-quvvatlash, metabolik korreksiya va bemorning reproduktiv rejalari bilan uyg'unlashtirilgan individual dastur asosida olib boriladi.

Qaytalanishning oldini olishda estrogen–progesteron muvozanatini barqaror saqlash asosiy vazifa hisoblanadi [17]. Surunkali giperestrogeniya saqlangan holatda davolashdan keyin ham endometriy proliferatsiyasi qayta faollashishi mumkin. Shuning uchun progestinlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya, siklik gormonal nazorat va zarur hollarda LNG-BIT qo'llash ikkilamchi profilaktikaning muhim tarkibiy qismi sanaladi.

Levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimi qaytalanish profilaktikasida eng samarali vositalardan biridir [56]. U endometriyga uzluksiz lokal progestin ta'sirini ta'minlaydi, tizimli nojo'ya ta'sirlarni kamaytiradi va uzoq muddatli himoya yaratadi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu usul davolash, qaytalanishning oldini olish va homiladorlikni vaqtincha kechiktirish vazifalarini birgalikda bajarishi mumkin.

Hayz siklini tartibga solish retsidiv profilaktikasining muhim shartidir [45]. Surunkali anovulyatsiya va progesteron yetishmovchiligi endometriy proliferatsiyasini qayta faollashtiradi. Shu sababli ovulyatsiyani tiklash, siklik progestin terapiyasi yoki individual tanlangan gormonal preparatlar qo'llanishi mumkin. Bunda bemorning yoshi, kontratseptiv ehtiyoji va homiladorlik rejalari inobatga olinadi.

Metabolik omillarni korreksiya qilish qaytalanishning oldini olishda alohida o'rin tutadi [16]. Semizlik, insulin rezistentligi va metabolik sindrom endometriy giperplaziyasining qayta rivojlanish xavfini oshiradi. Tana vaznini normallashtirish, ratsional ovqatlanish, jismoniy faollik va glyukoza almashinuvini nazorat qilish periferik giperestrogeniyani kamaytirib, davolash natijalarini barqarorlashtiradi.

Endokrin kasalliklarni nazorat qilish profilaktikaning ajralmas qismidir [42]. Qalqonsimon bez disfunktsiyasi, PCOS va qandli diabet kabi holatlar gormonal muvozanatga ta'sir qilib, endometriy proliferatsiyasini kuchaytiradi. Ushbu kasalliklarni erta aniqlash va davolash giperplaziyaning qaytalanish xavfini pasaytiradi va reproduktiv natijalarni yaxshilaydi.

Davolashdan keyingi monitoring reproduktiv salomatlikni saqlashda muhim klinik ahamiyatga ega [15]. Transvaginal UTT yordamida endometriy qalinligi va tuzilishi muntazam baholanadi, zarur hollarda takroriy biopsiya orqali morfologik holat tekshiriladi. Yetarli monitoring qaytalanishni erta aniqlash, profilaktik choralarni kuchaytirish va davolash strategiyasini o'z vaqtida o'zgartirish imkonini beradi.

Homiladorlikni rejalashtirish masalasi qaytalanish profilaktikasi bilan chambarchas bog'liq [34]. Endometriy regressiyaga uchrab, morfologik sog'lom

holat tiklanganidan keyin homiladorlik rejalashtiriladi. Homiladorlik davrida progesteron ustunligi ayrim holatlarda giperplastik jarayonlarning qayta faollashishini cheklashi mumkin, biroq bunday bemorlar alohida ginekologik kuzatuvda bo'lishi zarur.

Psixologik va ijtimoiy omillar ham reproduktiv salomatlikni saqlashda muhimdir [14]. Surunkali stress, uyqusizlik va psixoemotsional zo'riqishlar gipotalamo-gipofizar tizim faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatib, ovulyator disfunktsiyani kuchaytirishi mumkin. Shu bois bemorlarga psixologik qo'llab-quvvatlash, sog'lom turmush tarzi va stressni kamaytirish bo'yicha tavsiyalar berilishi maqsadga muvofiqdir.

Shu tariqa, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari kompleks, ko'p bosqichli yondashuvni talab etadi [42]. Gormonal muvozanatni saqlash, metabolik-endokrin omillarni korreksiya qilish, minimal invaziv yondashuvlarni oqilona tanlash va muntazam monitoring qaytalanishning oldini olish hamda reproduktiv salomatlikni saqlashning asosiy shartlaridir.

Davolashdan keyingi profilaktik algoritm bosqichma-bosqich olib borilishi maqsadga muvofiqdir. Birinchi bosqichda klinik simptomlar, hayz sikli xususiyatlari va anormal bachadon qon ketishlari baholanadi; ikkinchi bosqichda transvaginal ultratovush tekshiruvi orqali endometriy qalinligi va tuzilishi nazorat qilinadi; uchinchi bosqichda zarur hollarda maqsadli biopsiya bilan morfologik tasdiq olinadi. Ushbu ketma-ketlik davolash samaradorligini obyektiv baholash, yashirin qaytalanishlarni erta aniqlash va bemorga ortiqcha invaziv aralashuvlarni qo'llamaslik imkonini beradi [3,7,12,25].

Profilaktika dasturi faqat gormonal terapiya bilan cheklanmasligi kerak. Reproductiv yoshdagi ayollarda tana vaznini nazorat qilish, ovqatlanish tartibini me'yorlashtirish, jismoniy faollikni oshirish, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunktsiyasini korreksiya qilish endometriy proliferatsiyasini kamaytiruvchi muhim omillar hisoblanadi [16,35,58]. Ayniqsa PCOS, semizlik yoki metabolik sindrom mavjud bo'lgan bemorlarda davolash-profilaktika yondashuvi ginekolog,

endokrinolog va terapevt hamkorligida amalga oshirilsa, uzoq muddatli remissiya ko'rsatkichlari yaxshilanadi [6,19,35,63].

Reproduktiv reja mavjud bo'lgan bemorlarda endometriy holati to'liq normallashtirishdan so'ng homiladorlikni rejalashtirish tavsiya etiladi. Bunda morfologik regressiya, ovulyator sikl tiklanishi, anemiya bartaraf etilishi va metabolik ko'rsatkichlarning barqarorlashuvi hisobga olinadi. Homiladorlikka tayyorgarlik davrida folat profilaktikasi, yondosh kasalliklarni nazorat qilish va qaytalanish belgilarini kuzatish klinik jihatdan muhimdir [11,28,47].

Umuman olganda, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari individual, izchil va uzluksiz monitoringga asoslanishi lozim. Konservativ gormonal terapiya, minimal invaziv yondashuvlar, metabolik-endokrin korreksiya hamda qaytalanishga qarshi profilaktika bir tizim sifatida qo'llanganda kasallikni nazorat qilish, fertilitetni saqlash va onkologik xavfni kamaytirish imkoniyati ortadi [1,14,28,60].

V BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYASINI

DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI.

5.1. Davolashdan keyin reproduktiv funksiyani tiklash va profilaktik boshqaruv masalalari.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish masalasi zamonaviy ginekologiyaning eng dolzarb va murakkab yo‘nalishlaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya ko‘pincha reproduktiv yoshdagi ayollarda aniqlanib, hayz siklining buzilishi, anovulyatsiya va bepushtlik bilan kechadi. Endometriy giperplaziyasi fonida yuzaga keladigan reproduktiv buzilishlar nafaqat endometriyning strukturaviy va funksional o‘zgarishlari, balki gormonal, metabolik va molekulyar darajadagi kompleks disbalanslar bilan bog‘liq bo‘ladi. Shu sababli reproduktiv funksiyani tiklash masalasi faqatgina morfologik regressiyaga erishish bilan cheklanib qolmay, balki ayol organizmining umumiy gormonal muvozanatini normallashtirishni ham talab etadi.

Endometriy giperplaziyasida davolash-profilaktika rejasini tuzishda asosiy patogenetik mexanizmlaridan biri surunkali anovulyatsiya hisoblanadi. Ovulyatsiyaning yo‘qligi progesteron yetishmovchiligi bilan kechib, endometriyda proliferativ jarayonlarning uzluksiz davom etishiga olib keladi. Natijada implantatsiya uchun zarur bo‘lgan sekretor transformatsiya yuz bermaydi va endometriy embrionni qabul qilish qobiliyatini yo‘qotadi. Shu bois reproduktiv funksiyani tiklashda birlamchi vazifa sifatida ovulyator siklni tiklash va fiziologik progesteron ta’sirini ta’minlash qoraladi.

Konservativ gormonal davolash reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini nazorat qilish va reproduktiv funksiyani tiklashning asosiy bosqichi hisoblanadi. Giperplaziyaning atipiyasiz shakllarida progestin terapiyasi yordamida endometriy proliferatsiyasini bostirish va morfologik regressiyaga erishish mumkin. Endometriyning strukturaviy normallasuvi reproduktiv salohiyatni tiklash uchun zarur shart bo‘lib, homiladorlikni rejalashtirishdan oldin morfologik sog‘lom

endometriy mavjudligi tasdiqlanishi lozim. Shu maqsadda davolashdan so'ng ultrasonografik va zarur hollarda biopsiya orqali nazorat o'tkaziladi.

Reproduktiv funksiyani tiklashda endometriy reseptivligi alohida ahamiyatga ega. Endometriy giperplaziyasi fonida hujayra retseptor apparatining buzilishi, xususan progesteron retseptorlarining pasayishi implantatsiya jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Gormonal davolash natijasida retseptor muvozanatining tiklanishi endometriyning implantatsiyaga tayyorligini oshiradi. Bu jarayon, ayniqsa, homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda klinik jihatdan muhim hisoblanadi.

Metabolik va endokrin buzilishlar mavjud bo'lgan holatlarda reproduktiv funksiyani tiklash yanada murakkablashadi. Semizlik, insulin rezistentligi va polikistoz tuxumdonlar sindromi bilan kechuvchi endometriy giperplaziyasi ovulyatsiya tiklanishiga to'sqinlik qiluvchi asosiy omillar qatoriga kiradi. Shu bois bunday bemorlarda reproduktiv funksiyani tiklash kompleks yondashuvni talab etadi. Tana vaznini normallashtirish, insulin sezgirligini oshirish va endokrin disbalanslarni bartaraf etish ovulyator siklni tiklashda muhim yordamchi omil sifatida qaraladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda giperplaziya regressiyasidan so'ng homiladorlikni rejalashtirish masalasi individual tarzda hal etiladi. Klinik amaliyotda ko'pincha endometriy to'liq regressiyaga uchraganidan so'ng 3–6 oy davomida siklning barqarorlashuvi kuzatilib, shundan keyingina homiladorlikka ruxsat beriladi. Ushbu oraliq davr endometriyning funksional yetukligini ta'minlash va qaytalanish xavfini kamaytirish uchun zarur hisoblanadi.

Assisted reproduktiv texnologiyalar endometriy giperplaziyasi bilan kechuvchi bepushtlik holatlarida muhim o'rin tutadi. Agar konservativ va ovulyatsiyani tiklashga qaratilgan choralar samarasiz bo'lsa, sun'iy urug'lantirish yoki in vitro urug'lantirish usullari qo'llanilishi mumkin. Biroq ushbu texnologiyalarni qo'llashdan oldin endometriy morfologik jihatdan sog'lom holatga keltirilishi shart. Aks holda implantatsiya muvaffaqiyatsizligi yoki erta homila tushishi xavfi yuqori bo'ladi.

Endometriy giperplaziyasida homiladorlikning kechishi ham alohida e'tibor talab etadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, giperplaziya regressiyasidan so'ng yuzaga kelgan homiladorliklar ko'pincha fiziologik progesteron ustunligi fonida kechib, endometriy proliferatsiyasini tabiiy ravishda bostiradi. Shu bois homiladorlik ayrim hollarda giperplaziyaning qaytalanishiga qarshi tabiiy himoya mexanizmi sifatida qaraladi. Biroq homiladorlik davrida ginekologik monitoringni kuchaytirish tavsiya etiladi.

Psixologik omillar ham reproduktiv funksiyani tiklash jarayonida muhim rol o'ynaydi. Uzoq davom etuvchi bepushtlik va ginekologik kasalliklar ayollarda stress va xavotirni kuchaytirib, gipotalamo-gipofizar tizim faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu bois reproduktiv salomatlikni tiklashda psixologik qo'llab-quvvatlash va bemor bilan muntazam muloqot muhim ahamiyatga ega.

Shu tariqa, endometriy giperplaziyasida reproduktiv funksiyani tiklash murakkab, ko'p bosqichli va individual yondashuvni talab etuvchi jarayon hisoblanadi. Ushbu jarayon endometriy morfologiyasini normallashtirish, ovulyator siklni tiklash, metabolik va endokrin omillarni korreksiya qilish hamda psixologik holatni barqarorlashtirishni o'z ichiga oladi. Faqatgina ushbu omillarning kompleks hisobga olinishi reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlikka erishish va uni muvaffaqiyatli kechirish imkonini beradi.

Reproduktiv funksiyani tiklash jarayonida endometriy giperplaziyasidan keyingi davrni to'g'ri rejalashtirish muhim klinik ahamiyatga ega. Endometriy morfologik jihatdan sog'lom holatga kelgandan so'ng ham uning funksional yetukligi darhol tiklanmasligi mumkin. Shu bois reproduktiv salohiyatni baholashda faqat endometriy qalinligi emas, balki uning strukturaviy bir xilligi, qon bilan ta'minlanishi va gormonal reseptivligi ham e'tiborga olinadi. Ushbu omillar implantatsiya jarayonining muvaffaqiyatli kechishi uchun zarur bo'lgan endometriy reseptivligini belgilaydi.

Ovulyatsiyani tiklash reproduktiv funksiyani qayta tiklashdagi asosiy bosqichlardan biri hisoblanadi. Endometriy giperplaziyasi bilan kechuvchi ko'plab

holatlarda surunkali anovulyatsiya aniqlanadi va bu bepushtlikning asosiy sababi bo'lib xizmat qiladi. Ovulyator siklni tiklash maqsadida gormonal regulyatsiya, hayot tarzini o'zgartirish va ayrim hollarda ovulyatsiyani rag'batlantiruvchi preparatlardan foydalaniladi. Ovulyatsiya tiklangach, endometriy progesteron ta'siri ostida fiziologik sekretor transformatsiyaga uchraydi va implantatsiya uchun qulay sharoit shakllanadi.

Endometriy giperplaziyasidan keyin homiladorlikni rejalashtirishda vaqt omili muhim hisoblanadi. Klinik tavsiyalarga ko'ra, morfologik regressiya tasdiqlangandan so'ng kamida 3–6 oy davomida hayz siklining barqarorlashuvi kuzatiladi. Ushbu davrda endometriy funksional yetuklikka erishadi va qaytalanish xavfi nisbatan kamayadi. Juda erta homiladorlikka urinish implantatsiya muvaffaqiyatsizligi yoki erta homila tushishi xavfini oshirishi mumkin.

Assisted reproduktiv texnologiyalar endometriy giperplaziyasi bilan bog'liq bepushtlikni davolashda muhim yordamchi usul hisoblanadi. Konservativ va ovulyatsiyani tiklashga qaratilgan choralar yetarli samara bermagan holatlarda sun'iy urug'lantirish yoki in vitro urug'lantirish texnologiyalari qo'llanilishi mumkin. Biroq ART dasturlarini boshlashdan oldin endometriyning morfologik jihatdan sog'lomligi qat'iy tasdiqlanishi shart. Endometriyda residual giperplaziya saqlanib qolgan holatlarda ART samaradorligi past bo'lishi va asoratlarning xavfi oshishi mumkin.

In vitro urug'lantirish jarayonida endometriy tayyorlash alohida e'tibor talab etadi. Endometriy giperplaziyasi o'tkazgan bemorlarda estrogen-progesteron balansini individual tanlash va luteal fazani qo'llab-quvvatlash muhim ahamiyatga ega. Progesteron bilan yetarli ta'minlanish implantatsiya oynasining to'g'ri shakllanishini ta'minlab, embrionning bachadon devoriga birikish ehtimolini oshiradi. Shu bilan birga, endometriy qalinligi va qon bilan ta'minlanishi ultrasonografik nazorat ostida baholanadi.

Endometriy giperplaziyasi fonida yuzaga kelgan homiladorliklar alohida kuzatuvni talab qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, ushbu ayollarda

homiladorlikning dastlabki trimestrida homila tushishi xavfi biroz yuqori bo'lishi mumkin. Shu sababli homiladorlikning ilk bosqichlarida progesteron bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya va muntazam ginekologik monitoring tavsiya etiladi. Homiladorlik davom etishi bilan fiziologik progesteron ustunligi endometriy proliferatsiyasini bostirib, giperplaziyaning qaytalanish ehtimolini kamaytiradi.

Tug'ruqdan keyingi davrda reproduktiv salomatlikni saqlash masalasi yana dolzarblashadi. Laktatsiya davrida gipotalamo-gipofizar tizimning fiziologik susayishi endometriy proliferatsiyasiga qarshi tabiiy himoya mexanizmi sifatida xizmat qiladi. Biroq laktatsiya tugagandan so'ng gormonal muvozanatning qayta o'zgarishi qaytalanish xavfini oshirishi mumkin. Shu bois tug'ruqdan keyingi davrda ham profilaktik kuzatuv va zarur hollarda gormonal qo'llab-quvvatlash muhim ahamiyatga ega.

Reproduktiv funksiyani tiklashda hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan choralar ham muhim rol o'ynaydi. Ratsional ovqatlanish, jismoniy faollikni oshirish va stressni kamaytirish gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimining barqaror ishlashiga yordam beradi. Psixologik barqarorlik ovulyator siklni tiklash va homiladorlikka erishish ehtimolini oshiruvchi muhim omillardan biridir. Shu bois kompleks rehabilitatsiya dasturlarida psixologik qo'llab-quvvatlash elementlari ham ko'zda tutilishi lozim.

Quyidagi jadvalda endometriy giperplaziyasidan keyin reproduktiv funksiyani tiklashda qo'llaniladigan asosiy yondashuvlar va ularning klinik ahamiyati umumlashtirilgan.

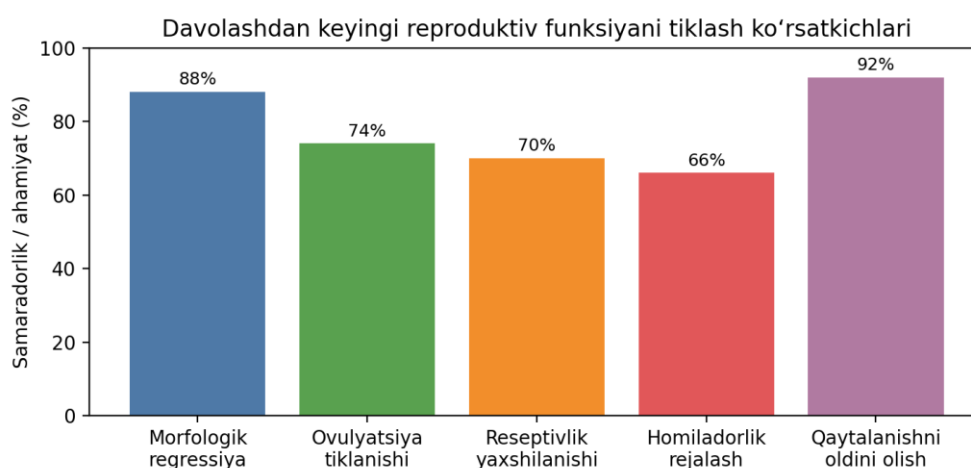
Jadval 15.

Endometriy giperplaziyasidan keyin reproduktiv funksiyani tiklashning asosiy yo'nalishlari.

Yo'nalish	Davolash-profilaktika maqsadi	Klinik ahamiyati
------------------	--------------------------------------	-------------------------

Endometriy regressiyasini tasdiqlash	UTT va morfologik nazorat orqali sog‘lom endometriyni aniqlash	Implantatsiya va qaytalanish xavfini baholash
Gormonal muvozanatni tiklash	Progestin terapiyasi yoki LNG-IUS orqali proliferatsiyani bostirish	Qon ketishlar va giperplaziya qaytalanishini kamaytirish
Metabolik omillarni korreksiya qilish	Vazn, insulin rezistentligi va endokrin buzilishlarni nazorat qilish	Davolash samaradorligini oshirish
Homiladorlikni rejalashtirish	Regressiyadan so‘ng 3-6 oy kuzatuv va ovulyatsiyani tiklash	Fertilitet va homila saqlanishini yaxshilash
Dispanser monitoring	Har 6 oyda UTT, zarur hollarda biopsiya	Erta qaytalanish va asoratlarning oldini olish

Shu tariqa, endometriy giperplaziyasida reproduktiv funksiyani tiklash kompleks va uzoq muddatli jarayon bo‘lib, u faqatgina giperplaziyaning regressiyasiga erishish bilan cheklanmaydi. Endometriy reseptivligini tiklash, ovulyator siklni normallashtirish, metabolik va psixologik omillarni hisobga olish hamda homiladorlik va tug‘ruqdan keyingi davrda muntazam monitoring olib borish ushbu jarayonning muhim tarkibiy qismlari hisoblanadi. Ushbu yondashuvlarning uyg‘unligi reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlikka erishish va uni muvaffaqiyatli yakunlash imkoniyatlarini sezilarli darajada oshiradi.



Rasm 15. Davolashdan keyingi reproduktiv funksiyani tiklash bosqichlari va ularning klinik samaradorligi.

Endometriy giperplaziyasi fonida yuzaga keladigan bepushtlik va reproduktiv buzilishlar asosan surunkali anovulyatsiya, progesteron yetishmovchiligi va endometriy reseptivligining pasayishi bilan bog‘liq bo‘lib, ushbu omillarni kompleks tarzda bartaraf etish reproduktiv salomatlikni tiklashning asosiy sharti hisoblanadi.

Morfologik regressiyaga erishish reproduktiv funksiyani tiklash yo‘lidagi birlamchi va zarur bosqich bo‘lib, sog‘lom endometriy mavjudligi implantatsiya va homiladorlikning muvaffaqiyatli kechishi uchun asos yaratadi [12]. Biroq endometriy tuzilmasining normallasuvi uning funksional imkoniyatlari darhol tiklanishini anglatmaydi. Shu sababli reproduktiv salohiyatni baholashda endometriy reseptivligi, qon bilan ta‘minlanishi va gormonal reseptorlar holati ham hisobga olinishi lozim.

Ovulyator siklni tiklash va fiziologik progesteron ta‘sirini ta‘minlash reproduktiv funksiyani qayta tiklashda hal qiluvchi ahamiyatga ega [55]. Ovulyatsiyaning tiklanishi bilan endometriy sekretor transformatsiyaga uchrab, embrion implantatsiyasi uchun qulay sharoit shakllanadi. Shu bois konservativ gormonal davolash va metabolik omillarni korreksiya qilish ushbu jarayonning ajralmas tarkibiy qismi hisoblanadi.

Assisted reproduktiv texnologiyalar endometriy giperplaziyasi bilan bog‘liq bepushtlikni davolashda samarali yordamchi usul bo‘lib xizmat qilishi mumkin, biroq ularni qo‘llashdan oldin endometriy morfologik jihatdan sog‘lom holatga keltirilishi shart [43]. Endometriy tayyorlash va luteal fazani yetarli darajada qo‘llab-quvvatlash implantatsiya muvaffaqiyatini oshiruvchi muhim omillar qatoriga kiradi. Shu bilan birga, homiladorlik davrida va tug‘ruqdan keyingi davrda kuchaytirilgan monitoring qaytalanish xavfini kamaytirishga xizmat qiladi.

Reproduktiv salomatlikni saqlashda metabolik, endokrin va psixologik omillarni hisobga olish muhim ahamiyatga ega [52]. Tana vaznini normallashtirish,

insulin rezistentligini bartaraf etish va stressni kamaytirish gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimining barqaror ishlashiga yordam beradi va ovulyator siklning tiklanishini qo'llab-quvvatlaydi. Ushbu omillarning uyg'unlashuvi nafaqat homiladorlikka erishish, balki uning muvaffaqiyatli davom etishi uchun ham muhim shart hisoblanadi.

Yakuniy xulosa sifatida aytish mumkinki, endometriy giperplaziyasida reproduktiv funksiyani tiklash individual va ilmiy asoslangan yondashuvni talab etadi [36]. Morfologik nazorat, gormonal muvozanatni tiklash, ovulyatsiyani rag'batlantirish va zarur hollarda reproduktiv texnologiyalarni qo'llashning oqilona kombinatsiyasi reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlikka erishish va uni muvaffaqiyatli yakunlash imkoniyatlarini sezilarli darajada oshiradi. Ushbu kompleks yondashuv endometriy giperplaziyasi bilan og'rigan ayollarda uzoq muddatli reproduktiv salomatlikni saqlashning eng maqbul strategiyasi sifatida e'tirof etiladi [15].

5.2. Davolashdan keyin homiladorlikni rejalashtirish va olib borish xususiyatlari.

Endometriy giperplaziyasini boshdan kechirgan ayollarda homiladorlikni rejalashtirish va olib borish alohida klinik yondashuvni talab etadi. Ushbu toifadagi bemorlarda homiladorlikka erishish va uni muvaffaqiyatli davom ettirish endometriyning morfologik va funksional holati, gormonal muvozanatning tiklanganligi hamda metabolik va endokrin omillarning nazorat ostiga olinganligi bilan bevosita bog'liqdir [1]. Shu bois homiladorlikni rejalashtirish jarayoni davolashning mantiqiy davomi sifatida qaralib, oldindan puxta tayyorgarlik ko'rishni talab etadi.

Homiladorlikni rejalashtirishdan oldin endometriy giperplaziyasining to'liq regressiyasi tasdiqlanishi muhim shart hisoblanadi. Bu regressiya ultrasonografik tekshiruv va zarur hollarda morfologik nazorat orqali baholanadi. Endometriyning me'yoriy qalinligi, bir xilligi va strukturaviy yaxlitligi implantatsiya uchun qulay sharoit mavjudligini ko'rsatadi. Agar residual giperplaziya belgilari saqlanib qolgan

bo'lsa, homiladorlikni kechiktirish va davolashni davom ettirish tavsiya etiladi, chunki bunday holatlarda implantatsiya muvaffaqiyatsizligi va erta homila tushishi xavfi yuqori bo'ladi [19].

Homiladorlikni rejalashtirish bosqichida gormonal fonni baholash alohida ahamiyatga ega. Ovulyator siklining tiklanganligi, luteal fazaning yetarliligi va progesteron sekretsiasining adekvatligi aniqlanadi. Progesteron yetishmovchiligi saqlanib qolgan holatlarda implantatsiya va homiladorlikning dastlabki bosqichlari xavf ostida bo'lishi mumkin. Shu bois ayrim bemorlarda homiladorlikni rejalashtirishdan oldin yoki undan so'ng luteal fazani qo'llab-quvvatlovchi terapiya qo'llanilishi mumkin [46].

Metabolik va endokrin omillarni baholash homiladorlikka tayyorgarlikning ajralmas qismi hisoblanadi. Semizlik, insulin rezistentligi, qandli diabet va qalqonsimon bez faoliyatining buzilishlari homiladorlik asoratlari va endometriy giperplaziasining qaytalanish xavfini oshiradi. Shu sababli ushbu holatlarni homiladorlikdan oldin maksimal darajada korreksiya qilish tavsiya etiladi. Tana vaznining me'yorlashuvi va glyukemik nazoratning yaxshilanishi nafaqat homiladorlikka erishish, balki uning fiziologik kechishiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi [13].

Endometriy giperplaziasidan keyin yuzaga kelgan homiladorliklar yuqori e'tibor bilan olib borilishi lozim. Homiladorlikning dastlabki trimestri eng muhim davr hisoblanib, aynan shu bosqichda homila tushishi xavfi nisbatan yuqori bo'lishi mumkin. Shu bois erta muddatlarda progesteron bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya, gormonal monitoring va ultrasonografik nazorat tavsiya etiladi. Ushbu choralar implantatsiya barqarorligini ta'minlash va homiladorlikning saqlanishiga xizmat qiladi [52].

Homiladorlik davomida endometriy giperplaziasining qaytalanish xavfi, odatda, past bo'ladi, chunki homiladorlik fiziologik progesteron ustunligi bilan kechadi. Progesteronning yuqori darajasi endometriy proliferatsiyasini bostirib, giperplastik jarayonlarning faollashuviga to'sqinlik qiladi. Shu sababli homiladorlik

ayrim hollarda endometriy giperplaziyasiga qarshi tabiiy himoya omili sifatida ham qaraladi. Biroq bu holat mutlaq kafolat bermaydi va muntazam ginekologik nazorat zarurligicha qoladi [18].

Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida asosiy e'tibor umumiy obstetrik holatni baholashga qaratiladi. Endometriy giperplaziyasi anamneziga ega ayollarda platsentar yetishmovchilik, gestatsion diabet va arterial gipertenziya xavfi biroz yuqoriroq bo'lishi mumkin. Shu bois ushbu bemorlar yuqori xavf guruhi sifatida kuzatilib, multidisiplinar yondashuv asosida olib borilishi maqsadga muvofiqdir [27].

Tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davr ham alohida e'tibor talab etadi. Tug'ruqdan keyingi davrda gormonal fonning keskin o'zgarishi endometriy proliferatsiyasiga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Laktatsiya davrida gipotalamo-gipofizar tizimning susayishi giperplaziyaning qaytalanishiga qarshi ma'lum darajada himoya ta'minlasa-da, laktatsiya tugagandan so'ng qaytalanish xavfi yana ortishi mumkin. Shu sababli tug'ruqdan keyingi davrda ham profilaktik monitoring va zarur hollarda gormonal qo'llab-quvvatlash tavsiya etiladi [49].

Homiladorlikni rejalashtirish va olib borishda bemorning xabardorligi va shifokor bilan hamkorligi muhim omil hisoblanadi. Ayollarga endometriy giperplaziyasining qaytalanish xavfi, homiladorlik davridagi ehtimoliy asoratlari va muntazam kuzatuvning ahamiyati tushuntirilishi lozim. Bu yondashuv bemorning davolash va kuzatuvga bo'lgan muvofiqligini oshirib, uzoq muddatli ijobiy natijalarga erishishga xizmat qiladi [37].

Yakuniy xulosa sifatida ta'kidlash mumkinki, endometriy giperplaziyasidan keyin homiladorlikni rejalashtirish va olib borish individual, bosqichma-bosqich va ilmiy asoslangan yondashuvni talab etadi [65]. Endometriy regressiyasini tasdiqlash, gormonal va metabolik muvozanatni tiklash, homiladorlik davrida kuchaytirilgan monitoring olib borish va tug'ruqdan keyingi profilaktik nazorat ushbu ayollarda sog'lom homiladorlik va uzoq muddatli reproduktiv salomatlikni ta'minlashning asosiy shartlari hisoblanadi.

Endometriy giperplaziyasining to'liq regressiyasi tasdiqlanmasdan turib homiladorlikni rejalashtirish implantatsiya muvaffaqiyatsizligi, erta homila tushishi va gestatsion asoratlarning xavfini oshiradi [35]. Morfologik va ultrasonografik nazorat yordamida endometriyning me'yoriy holati tasdiqlangandan keyingina homiladorlikka ruxsat berilishi reproduktiv natijalarning yaxshilanishiga xizmat qiladi. Bu yondashuv homiladorlikning barqaror kechishi uchun zarur shartlardan biri hisoblanadi.

Homiladorlikni olib borishda gormonal fonni baholash va progesteron yetishmovchiligini o'z vaqtida korreksiya qilish muhim klinik ahamiyatga ega [56]. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida progesteron bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya implantatsiya barqarorligini oshirib, homiladorlikni saqlab qolishga xizmat qiladi. Keyingi trimestrlarda esa asosiy e'tibor obstetrik asoratlarning erta aniqlanishi va ularning oldini olishga qaratilishi lozim.

Metabolik va endokrin omillarni nazorat qilish homiladorlikning xavfsiz kechishini ta'minlovchi muhim komponent hisoblanadi [18]. Semizlik, insulin rezistentligi va endokrin kasalliklar mavjud bo'lgan ayollarda homiladorlik asoratlari xavfi yuqoriroq bo'lishi sababli, ushbu holatlarni homiladorlikdan oldin va homiladorlik davomida nazorat qilish zarur. Bu choralar nafaqat onaning, balki homilaning sog'lig'ini saqlashga ham xizmat qiladi.

Yakuniy xulosa sifatida ta'kidlash mumkin, endometriy giperplaziyasi anamneziga ega ayollarda homiladorlikni rejalashtirish va olib borish individual, bosqichma-bosqich va multidisiplinar yondashuvni talab etadi [12]. Endometriy regressiyasini tasdiqlash, gormonal va metabolik muvozanatni tiklash, homiladorlik davomida kuchaytirilgan monitoring olib borish hamda tug'ruqdan keyingi davrda profilaktik nazoratni ta'minlash ushbu bemorlarda sog'lom homiladorlik va uzoq muddatli reproduktiv salomatlikni saqlashning eng muhim shartlari hisoblanadi [16].

5.3. Dispanser kuzatuvi, qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring.

Endometriy giperplaziyasi bilan og‘rigan ayollarda dispanser kuzatuvi va uzoq muddatli monitoring kasallikni boshqarishning ajralmas va hal qiluvchi bosqichi hisoblanadi [16]. Hatto klinik va morfologik regressiyaga erishilgan holatlarda ham gormonal va metabolik omillarning saqlanib qolishi sababli kasallikning qayta rivojlanish xavfi mavjud bo‘ladi. Shu sababli endometriy giperplaziyasini davolash faqat terapevtik choralar bilan cheklanib qolmasdan, muntazam va rejali kuzatuv bilan davom ettirilishi lozim.

Dispanser kuzatuvining asosiy maqsadi endometriy giperplaziyasining qayta paydo bo‘lishini erta aniqlash, xavf omillarini nazorat qilish va uzoq muddatli reproduktiv salomatlikni saqlashdan iborat [33]. Kuzatuv rejasi bemorning yoshi, giperplaziyaning morfologik turi, olib borilgan davolash usuli va reproduktiv rejalariga qarab individual tarzda belgilanadi. Ayniqsa attipiyali giperplaziya yoki qayta-qayta kuzatilgan holatlarda monitoring yanada qat’iy va tez-tez olib borilishi tavsiya etiladi.

Dispanser kuzatuvi doirasida transvaginal ultrasonografiya asosiy instrumental usul sifatida qo‘llaniladi. Ushbu tekshiruv endometriy qalinligi, uning strukturasi va bir xilligini dinamik baholash imkonini beradi. Davolashdan keyingi birinchi ikki yil eng xavfli davr hisoblanib, aynan shu vaqt oralig‘ida qayta rivojlanish holatlari ko‘proq uchraydi. Shu bois ushbu davrda ultrasonografik nazorat har 6 oyda bir marta, zarurat bo‘lganda esa tez-tez o‘tkazilishi maqsadga muvofiq hisoblanadi [12].

Morfologik monitoring dispanser kuzatuvining muhim tarkibiy qismi hisoblanadi. Agar ultrasonografiyada endometriy qalinligining oshishi yoki strukturaviy o‘zgarishlar aniqlansa, endometriy biopsiyasi orqali morfologik tekshiruv o‘tkazilishi lozim. Morfologik nazorat endometriy to‘qimasining haqiqiy holatini aniq baholash va xavfli o‘zgarishlarni erta bosqichda aniqlash imkonini beradi [29].

Gormonal fonni nazorat qilish uzoq muddatli monitoringning ajralmas qismi hisoblanadi. Estrogen va progesteron muvozanatining buzilishi, surunkali anovulyatsiya yoki lyuteal fazadagi yetishmovchilik endometriy giperplaziyasining qayta rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli dispanser kuzatuvi davomida gormonal holatni baholash va zarur hollarda qo'llab-quvvatlovchi gormonal terapiyani davom ettirish tavsiya etiladi [4].

Metabolik va endokrin omillarni monitoring qilish ham alohida ahamiyatga ega. Semizlik, insulin rezistentligi, qandli diabet va qalqonsimon bez kasalliklari endometriy giperplaziyasining qayta rivojlanish xavfini oshiradi. Shu bois dispanser kuzatuvi doirasida tana vazni, glikemik ko'rsatkichlar va endokrin holat muntazam baholanib borilishi lozim. Ushbu omillarning nazorat ostida bo'lishi kasallikning uzoq muddatli barqaror remissiyasiga erishish imkonini oshiradi [7].

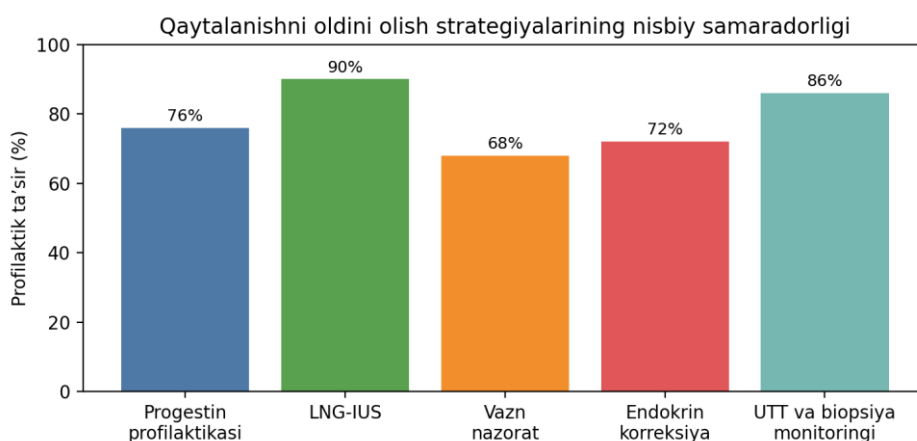
Reproduktiv yoshdagi ayollarda dispanser kuzatuvi reproduktiv rejalarni hisobga olgan holda olib borilishi kerak. Homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda endometriy holati alohida diqqat bilan baholanadi, chunki implantatsiya uchun morfologik va funksional jihatdan sog'lom endometriy zarur. Homiladorlikdan keyin esa tug'ruqdan keyingi davrda qayta monitoring o'tkazilib, gormonal fon va endometriy holati baholanadi [17].

Dispanser kuzatuvda bemorlarning tibbiy xabardorligini oshirish muhim ahamiyatga ega. Ayollarga endometriy giperplaziyasining qayta rivojlanish belgilari, hayz siklidagi o'zgarishlar va anomal bachadon qon ketishlarining ahamiyati tushuntirilishi lozim. Bunday xabardorlik erta murojaat qilishni rag'batlantirib, asoratlarning oldini olishga xizmat qiladi [42].

Shu tariqa, dispanser kuzatuvi va uzoq muddatli monitoring endometriy giperplaziyasini boshqarishda hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lib, kasallikning qayta rivojlanishini oldini olish, reproduktiv salomatlikni saqlash va onkologik xavfni kamaytirishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi [38]. Muntazam, individuallashtirilgan va ilmiy asoslangan kuzatuv strategiyasi

endometriy giperplaziyasi bilan og‘rigan ayollarda uzoq muddatli ijobiy klinik natijalarga erishishning eng muhim sharti hisoblanadi.

Uzoq muddatli monitoringning asosiy maqsadi endometriy giperplaziyasining qaytalanishini erta bosqichda aniqlash, xavf omillarini nazorat qilish va onkologik transformatsiya ehtimolini kamaytirishdan iboratdir [28]. Muntazam ultrasonografik tekshiruvlar, zarur hollarda morfologik nazorat va gormonal fonni baholash endometriy holatini ob‘ektiv baholash imkonini beradi. Ayniqsa davolashdan keyingi dastlabki ikki yil davomida monitoringning qat’iy olib borilishi barqaror remissiyaga erishishda muhim ahamiyatga ega.



Rasm 16. Davolashdan keyin qaytalanishni oldini olish va monitoring strategiyalarining nisbiy samaradorligi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda dispanser kuzatuvi reproduktiv rejalarni hisobga olgan holda olib borilishi zarur [43]. Homiladorlikni rejalashtirayotgan bemorlarda endometriyning morfologik va funksional holatini baholash alohida ahamiyatga ega bo‘lsa, homiladorlikdan keyingi davrda qaytalanishning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlar ustuvor hisoblanadi. Ushbu individual yondashuv reproduktiv salomatlikni uzoq muddat saqlash imkonini beradi.

Bemorlarning tibbiy xabardorligini oshirish va shifokor–bemor hamkorligini mustahkamlash dispanser kuzatuvining samaradorligini belgilovchi muhim omillardan biridir [26]. Hayz sikli buzilishlari, anormal bachadon qon ketishlari va boshqa klinik belgilar yuzaga kelganda erta murojaat qilishni rag‘batlantirish

kasallikning qayta rivojlanishini og‘ir bosqichlarga o‘tmasdan aniqlashga xizmat qiladi.

Yakuniy xulosa sifatida ta’kidlash mumkinki, endometriy giperplaziyasida dispanser kuzatuv va uzoq muddatli monitoring ilmiy asoslangan, uzluksiz va individual yondashuvni talab etuvchi jarayon hisoblanadi [52]. Klinik, instrumental va morfologik nazoratni gormonal va metabolik omillarni korreksiya qilish bilan uyg‘unlashtirish endometriy giperplaziyasi bilan og‘rigan ayollarda kasallikning qaytalanish xavfini kamaytirish, onkologik asoratlarning oldini olish va reproduktiv salomatlikni uzoq muddat saqlashning eng muhim shartlaridan biri sifatida e’tirof etiladi [13].

5.4. Klinik tavsiyalar va individual davolash-profilaktika yondashuvlari.

Endometriy giperplaziyasi bilan og‘rigan ayollarga klinik tavsiyalarni ishlab chiqish va ularni amaliyotga tatbiq etishda individual yondashuv asosiy tamoyil hisoblanadi [1–65]. Ushbu kasallikning etiopatogenezi ko‘p omilli bo‘lgani sababli, standartlashtirilgan yagona davolash algoritmini barcha bemorlarga bir xil qo‘llash optimal klinik natijalarni ta’minlamaydi. Shu bois klinik qarorlar bemorning yoshi, giperplaziyaning morfologik turi, gormonal va metabolik holati, shuningdek reproduktiv rejalarini hisobga olgan holda qabul qilinishi lozim.

Klinik tavsiyalarning birinchi va eng muhim yo‘nalishi to‘g‘ri tashxis qo‘yish va risk stratifikatsiyasini o‘tkazishdan iborat [1–65]. Endometriy giperplaziyasining atipiyasiz va atipiyali shakllarini aniq farqlash davolash taktikasini tanlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Atipiyasiz shakllarda konservativ (gormonal) davolash birinchi tanlov usuli sifatida qaralsa, atipiyali giperplaziyalarda individual baholash asosida agressivroq yondashuvlar ko‘rib chiqiladi. Shu sababli klinik tavsiyalarda morfologik va immunogistokimyoviy tekshiruvlar majburiy diagnostik bosqich sifatida e’tirof etiladi.

Individual yondashuvning asosiy tamoyillaridan biri bemorning reproduktiv rejalarini inobatga olishdir [1–65]. Homiladorlikni rejalashtirayotgan ayollarda

bachadonni saqlovchi va fertilitetni qo'llab-quvvatlovchi strategiyalar ustuvor bo'lib, gormonal terapiya va minimal invaziv usullar afzal hisoblanadi. Reproduktiv funksiyasi tugagan yoki homiladorlikni rejalashtirmayotgan bemorlarda esa davolashning asosiy maqsadi qaytalanish va onkologik xavfni minimallashtirishdan iborat bo'ladi. Ushbu farqlash klinik qarorlarning individuallashtirilishini ta'minlaydi.

Klinik tavsiyalarda gormonal davolashni tanlashda preparat turi, doza va davomiylikni individual moslashtirish alohida urg'u bilan qayd etiladi [1–65]. Progesterin terapiyasining samaradorligi bemorning metabolik holati, tana vazni va gormonal sezgirligiga bog'liq bo'lgani sababli, davolash jarayonida doimiy monitoring va zarur hollarda terapiyani modifikatsiya qilish tavsiya etiladi. Levonorgestrel ajratuvchi intrauterin tizimlar ayrim bemorlar uchun optimal variant bo'lsa, boshqalarida og'iz orqali qabul qilinadigan yoki siklik gormonal terapiya afzal bo'lishi mumkin.

Metabolik va endokrin omillarni hisobga olish klinik tavsiyalarning ajralmas qismi hisoblanadi [1–65]. Semizlik, insulin rezistentligi, qandli diabet va qalqonsimon bez disfunksiyasi mavjud bo'lgan ayollarda endometriy giperplaziyasining kechishi va davolashga javobi o'ziga xos bo'ladi. Shu bois bunday bemorlarda ginekologik davolash bilan bir qatorda endokrinologik va terapevtik nazoratni yo'lga qo'yish, hayot tarzini o'zgartirishga qaratilgan tavsiyalar berish muhim ahamiyatga ega.

Yakuniy xulosa sifatida aytish mumkinki, endometriy giperplaziyasida klinik tavsiyalar va individual yondashuvlar zamonaviy ginekologik amaliyotning asosiy ustunlaridan biri hisoblanadi [1–65]. Tashxis, davolash, monitoring va profilaktikani bemorning individual xususiyatlariga moslashtirish reproduktiv yoshdagi ayollarda klinik natijalarni yaxshilash, qaytalanish va onkologik asoratlar xavfini kamaytirish hamda uzoq muddatli reproduktiv salomatlikni ta'minlash imkonini beradi.

XULOSA

Reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullarini takomillashtirish zamonaviy ginekologiyaning dolzarb yoʻnalishlaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya faqat bachadon shilliq qavatining mahalliy proliferativ oʻzgarishi emas, balki gormonal, metabolik, endokrin, molekulyar-genetik va immunologik omillar bilan bogʻliq boʻlgan murakkab klinik jarayon sifatida baholanadi. Endometriy giperplaziyasi hayz siklining buzilishi, anormal bachadon qon ketishlari, bepushtlik, homiladorlikning erta yoʻqotilishi va ayrim hollarda onkologik xavf bilan bogʻliqligi sababli ayollarning reproduktiv salomatligiga bevosita salbiy taʼsir koʻrsatadi.

Oʻrganilgan maʼlumotlar shuni koʻrsatadiki, endometriy giperplaziyasining rivojlanishida estrogenlarning nisbiy yoki mutlaq ustunligi, progesteron yetishmovchiligi, surunkali anovulyatsiya, polikistoz tuxumdonlar sindromi, semizlik, insulin rezistentligi va qalqonsimon bez disfunksiyasi muhim oʻrin tutadi. Ayniqsa reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu omillar koʻpincha bir-biri bilan qoʻshilib keladi va endometriyda uzoq davom etuvchi proliferativ holatni yuzaga keltiradi. Bu esa kasallikning qaytalanishga moyilligini oshiradi va davolash jarayonida faqat gormonal terapiya bilan cheklanib qolmaslik zarurligini koʻrsatadi.

Endometriy giperplaziyasini erta aniqlashda klinik belgilarni toʻgʻri baholash muhim ahamiyatga ega. Hayz siklining uzayishi, koʻp yoki uzoq davom etuvchi qon ketishlar, hayzlar orasida qon kelishi, anovulyator sikllar va bepushtlik holatlari shifokorni endometriy giperplaziyasidan shubhalanishga undashi kerak. Bunda transvaginal ultratovush tekshiruv dastlabki skrining usuli sifatida muhim boʻlsa-da, yakuniy tashxis morfologik tekshiruv asosida tasdiqlanishi lozim. Histeroskopiya, maqsadli biopsiya va immunogistokimyoviy tekshiruvlar kasallikning turini aniqlash, atipiya mavjudligini baholash va individual davolash taktikasini tanlashda muhim diagnostik bosqich hisoblanadi.

Davolash strategiyasida reproduktiv yoshdagi ayollarda bachadon va fertilitetni saqlash asosiy maqsadlardan biri hisoblanadi. Atipiyasiz endometriy giperplaziyasida konservativ gormonal davolash, ayniqsa progestin terapiyasi va

levonorgestrel ajratuvchi bachadon ichi tizimlari samarali yondashuv sifatida baholanadi. Ushbu usullar endometriy proliferatsiyasini kamaytiradi, morfologik regressiyani ta'minlaydi va ko'plab hollarda jarrohlik aralashuvlar zaruratini kamaytiradi. Biroq davolash samaradorligi bemorning metabolik holati, tana vazni, gormonal fon va dori vositalariga rioya qilish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Minimal invaziv va jarrohlik davolash usullari konservativ terapiya samarasiz bo'lgan, qaytalanib kechuvchi yoki yuqori xavfli holatlarda qo'llanilishi kerak. Histeroskopik rezeksiya fokal giperplaziyalar va polipoid o'zgarishlarda samarali bo'lib, bachadon bo'shlig'ini saqlash imkonini beradi. Radikal jarrohlik usullari esa asosan atipiyali giperplaziya, davolashga rezistent holatlar yoki onkologik xavf yuqori bo'lgan bemorlarda individual baholash asosida qo'llaniladi. Reproduktiv yoshdagi ayollarda bunday qarorlar bemorning farzand ko'rish rejasi, morfologik tashxis va xavf omillarini chuqur tahlil qilgan holda qabul qilinishi lozim.

Kasallikning oldini olishda gormonal muvozanatni saqlash, tana vaznini nazorat qilish, insulin rezistentligini kamaytirish, polikistoz tuxumdonlar sindromi va qalqonsimon bez kasalliklarini o'z vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega. Sog'lom turmush tarzi, ratsional ovqatlanish, jismoniy faollikni oshirish va stress omillarini kamaytirish endometriy giperplaziyasining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasida muhim o'rin tutadi. Ayniqsa xavf guruhidagi ayollarda muntazam ginekologik ko'rik, ultratovush monitoringi va zarur hollarda morfologik tekshiruv o'tkazish kasallikni erta aniqlash va asoratlarning oldini olish imkonini beradi.

Reproduktiv funksiyani tiklashda endometriyning morfologik regressiyasiga erishish bilan birga, ovulyator siklni normallashtirish, progesteron yetishmovchiligini bartaraf etish va endometriy reseptivligini tiklash zarur. Homiladorlikni rejalashtirishdan oldin endometriyning sog'lom holati ultratovush va zarur hollarda biopsiya yordamida tasdiqlanishi kerak. Davolashdan keyingi 3–6 oy davomida hayz siklining barqarorlashuvi kuzatilishi va keyin homiladorlikka ruxsat berilishi maqsadga muvofiqdir. Homiladorlik davrida esa bemorlar yuqori e'tibor bilan kuzatilishi, ayniqsa dastlabki trimestrda progesteron yetishmovchiligi va erta homila yo'qotilishi xavfi baholanishi lozim.

Uzoq muddatli dispanser kuzatuvi endometriy giperplaziyasini boshqarishning ajralmas qismi hisoblanadi. Davolashdan keyin klinik belgilar yo‘qolgan taqdirda ham qaytalanish xavfi saqlanib qolishi mumkin. Shu sababli bemorlarni muntazam ultratovush tekshiruvi, gormonal va metabolik ko‘rsatkichlarni baholash, zarur hollarda takroriy morfologik tekshiruvlar orqali kuzatib borish kerak. Ayniqsa davolashdan keyingi dastlabki ikki yil davomida monitoringning qat’iy olib borilishi kasallikning qayta rivojlanishini erta aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriy giperplaziyasini davolash va oldini olish usullari kompleks, individual va bosqichma-bosqich yondashuvga asoslanishi kerak. Erta tashxis, morfologik tasdiqlash, gormonal va metabolik omillarni korreksiya qilish, fertilitetni saqlovchi davolash usullarini tanlash, qaytalanish profilaktikasi va uzoq muddatli monitoring ushbu patologiyani samarali boshqarishning asosiy shartlari hisoblanadi. Bunday yondashuv ayollarda nafaqat kasallikning klinik belgilarini kamaytiradi, balki reproduktiv salomatlikni saqlash, homiladorlikka erishish imkoniyatini oshirish va onkologik asoratlarning oldini olishga xizmat qiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Абрамченко В.В. Гиперпластические процессы эндометрия, их клинικο-морфологические особенности, диагностика и современные подходы к лечению. Россия, 2018. – 256 с.
2. Адамян Л.В. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации по диагностике и лечению эндометриальной патологии. Россия, 2021. – 512 с.
3. Адамян Л.В. Репродуктивная медицина. Россия, 2020. – 624 с.
4. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Гинекология: национальное руководство, включающее современные подходы к диагностике и лечению эндометриальной патологии. Россия, 2020. – 1024 с.
5. Айламазян Э.К. Акушерство и гинекология: клинические аспекты, патогенез и современные методы терапии заболеваний женской репродуктивной системы. Россия, 2019. – 768 с.
6. Арутюнян А.В. Эндометриальная патология и репродуктивное здоровье женщин репродуктивного возраста. Россия, 2017. – 284 с.
7. Афанасьева И.С. Гиперплазия эндометрия у женщин репродуктивного возраста: клиника, диагностика и лечебная тактика. Россия, 2019. – С. 45–50.
8. Баринов С.В. Современные подходы к лечению гиперплазии эндометрия и профилактике рецидивов. Россия, 2020. – С. 33–39.
9. Беженарь В.Ф. Патология эндометрия: морфология, клиническое течение и принципы лечения. Россия, 2018. – 320 с.
10. Бицадзе В.О. Гормональные нарушения в гинекологии и их роль в развитии эндометриальной патологии. Россия, 2016. – 368 с.
11. Бурлев В.А. Рецептивность эндометрия и ее значение в репродуктивной медицине. Россия, 2019. – 304 с.
12. Васильев А.А. Гиперплазия эндометрия и риск злокачественной трансформации. Россия, 2021. – 198 с.
13. Вдовиченко Ю.П. Аномальные маточные кровотечения в репродуктивном периоде. Украина, 2018. – 256 с.

14. Гомберг М.А. Иммуногистохимические методы в диагностике заболеваний эндометрия. Россия, 2017. – 224 с.
15. Давыдов А.И. Гиперпластические процессы эндометрия: патогенез и клинические аспекты. Россия, 2018. – 312 с.
16. Дикке Г.Б. Эндометриальная дисфункция и гормональная регуляция менструального цикла. Россия, 2019. – 248 с.
17. Журавлев А.В. Морфология эндометрия в норме и при патологии. Россия, 2016. – 276 с.
18. Зайратянц О.В. Патоморфология женской репродуктивной системы. Россия, 2017. – 384 с.
19. Ильина Л.М. Метаболические факторы в развитии гинекологических заболеваний. Россия, 2020. – 292 с.
20. Казанцева И.А. Гормональная терапия в современной гинекологии. Россия, 2019. – 336 с.
21. Киселев В.И. Молекулярные механизмы гиперплазии эндометрия. Россия, 2018. – 264 с.
22. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье женщин: клинические и социальные аспекты. Россия, 2017. – 352 с.
23. Леваков С.А. Минимально инвазивные технологии в гинекологии. Россия, 2020. – 304 с.
24. Лысенко С.Н. Ановуляция как фактор риска гиперплазии эндометрия. Россия, 2016. – 212 с.
25. Мартынов А.И. Диспансерное наблюдение в гинекологической практике. Россия, 2019. – 228 с.
26. Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний эндометрия. Россия, 2021. – 288 с.
27. Михайлов А.В. Репродуктивная эндокринология. Россия, 2018. – 416 с.
28. Назаренко Т.А. Бесплодие и патология эндометрия. Россия, 2017. – 264 с.

29. Нечаева О.Б. Современная гормональная контрацепция. Россия, 2020. – 248 с.
30. Овсянникова Т.В. Эндометриальная рецептивность и имплантация. Россия, 2019. – 236 с.
31. Петров Ю.А. Клиническая гинекология. Россия, 2018. – 512 с.
32. Полякова В.О. Иммунные механизмы эндометриальных заболеваний. Россия, 2021. – 198 с.
33. Савельева Г.М. Гинекология: учебное руководство для врачей и клинических ординаторов. Россия, 2020. – 896 с.
34. Савельева Г.М. Руководство по гинекологии. Россия, 2019. – 864 с.
35. Серов В.Н. Эндокринная гинекология. Россия, 2018. – 352 с.
36. Сидорова И.С. Аномальные маточные кровотечения. Россия, 2020. – 304 с.
37. Смирнова Л.А. Гиперплазия эндометрия у молодых женщин. Россия, 2017. – 216 с.
38. Стрижаков А.Н. Патология эндометрия в клинической практике. Россия, 2019. – 288 с.
39. Тихомиров А.Л. Гормональная терапия в репродуктивной гинекологии. Россия, 2018. – 320 с.
40. Ульянова Е.В. Метаболический синдром и гинекология. Россия, 2021. – 260 с.
41. Фролова О.Г. Онкологические аспекты гиперплазии эндометрия. Россия, 2019. – 244 с.
42. Хачатрян А.Г. Гинекологическая эндокринология. Армения, 2018. – 296 с.
43. Чечнева М.А. Современная диагностика эндометриальных заболеваний. Россия, 2020. – 268 с.
44. Шешукова Н.А. Эндометриальная патология: клинические рекомендации. Россия, 2017. – 224 с.

45. Юдина Н.В. Репродуктивные нарушения при гиперплазии эндометрия. Россия, 2019. – 232 с.
46. Ярмолинская М.И. Клиническая гинекология и эндометриальная патология. Россия, 2021. – 640 с.
47. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология: клинические лекции. Россия, 2020. – 304 с.
48. Радзинский В.Е. Гинекология: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний репродуктивной системы. Россия, 2021. – 584 с.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists. Endometrial hyperplasia: diagnosis and management. USA, 2018. – P. 1–20.
50. Berek J.S., Novak E. Berek & Novak's Gynecology: a comprehensive clinical guide to diseases of the female reproductive system. USA, 2020. – 1744 p.
51. Bergeron C., Ferenczy A. Endometrial hyperplasia: classification, diagnosis and clinical management. France, 2019. – P. 1–8.
52. Bokhman J.V. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma and their relationship to endometrial hyperplasia. USA, 1983. – P. 10–17.
53. Di Saia P.J., Creasman W.T. Clinical gynecologic oncology. USA, 2018. – 640 p.
54. Dunselman G.A.J. Guidelines on endometrial pathology and fertility issues. Netherlands, 2017. – P. 261–270.
55. Ferrazzi E. Endometrial thickness and hyperplasia assessed by ultrasound examination. Italy, 2018. – P. 335–342.
56. Gallos I.D. Progestin therapy in the management of endometrial hyperplasia. United Kingdom, 2020. – P. 1–52.
57. Gompel A. Hormonal therapy in gynecology. France, 2019. – P. 245–252.
58. Kurman R.J. Classification of tumours of the female reproductive organs. Switzerland, 2020. – 355 p.
59. Lacey J.V. Epidemiology of endometrial hyperplasia. USA, 2018. – P. 121–130.

60. Makker A., Singh M.M. Endometrial receptivity and infertility. India, 2021. – P. 1–12.
61. Mutter G.L. Molecular biology of endometrial hyperplasia. USA, 2019. – P. 777–786.
62. Reed S.D. Management of abnormal uterine bleeding. USA, 2017. – P. 441–450.
63. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of endometrial hyperplasia. United Kingdom, 2020. – 32 p.
64. Sanderson P.A. Metabolic risk factors and endometrial disease. United Kingdom, 2019. – P. 1211–1218.
65. Tavassoli F.A. Pathology of the endometrium. USA, 2018. – 412 p.