



IF = 9.2

**MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS IN WOMEN OF
REPRODUCTIVE AGE****Yuldasheva D. S.**

PhD, Associate Professor

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20506135>**ARTICLE INFO**Received: 25th May 2026Accepted: 30th May 2026Online: 31st May 2026**KEYWORDS**

Endometriosis, reproductive age, diagnosis, transvaginal ultrasound, laparoscopy, hormonal therapy, infertility, chronic pelvic pain, reproductive health, Uzbekistan

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic gynecological disease characterized by the presence of endometrial-like tissue outside the uterine cavity and is associated with pelvic pain, menstrual disorders, and infertility. In Uzbekistan, this condition remains an important reproductive health issue among women. The aim of this study was to analyze current approaches to the diagnosis and treatment of endometriosis in women of reproductive age. The study included a review of scientific literature and clinical observations. The prevalence of endometriosis among reproductive-age women is estimated at 7–12%, while among infertile patients it reaches 20–35%. More than 60% of cases are diagnosed at advanced stages. The main diagnostic methods are transvaginal ultrasound and laparoscopy, whereas MRI remains limited in availability. Treatment primarily involves hormonal therapy and laparoscopic surgery, with combined approaches reducing recurrence rates by 30–40%. The practical significance of the study lies in improving diagnostic and treatment strategies to preserve women's reproductive health.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА****Юлдашева Д. С.**

к.м.н., доцент

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20506135>**ARTICLE INFO**Received: 25th May 2026Accepted: 30th May 2026Online: 31st May 2026**ABSTRACT**

Эндометриоз — хроническое гинекологическое заболевание, характеризующееся наличием эндометриоподобной ткани вне полости матки и сопровождающееся тазовой болью, нарушением менструальной функции и бесплодием. В Узбекистане данная патология остается актуальной проблемой репродуктивного здоровья женщин. Цель

**KEYWORDS**

Эндометриоз,
репродуктивный
возраст, диагностика,
трансвагинальное
ультразвуковое
исследование,
лапароскопия,
гормональная терапия,
бесплодие, хроническая
тазовая боль,
репродуктивное
здоровье, Узбекистан.

исследования — анализ современных методов диагностики и лечения эндометриоза у женщин репродуктивного возраста. Проведен обзор научной литературы и клинических наблюдений. Распространенность заболевания среди женщин репродуктивного возраста составляет 7–12%, а среди пациенток с бесплодием достигает 20–35%. Более 60% случаев выявляются на поздних стадиях. Основными методами диагностики являются трансвагинальное УЗИ и лапароскопия, при ограниченном использовании МРТ. Лечение включает гормональную терапию и лапароскопические вмешательства, а комбинированный подход позволяет снизить риск рецидивов на 30–40%. Практическая значимость работы заключается в совершенствовании диагностики и лечения эндометриоза для сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Введение

Эндометриоз представляет собой хроническое эстрогензависимое заболевание, характеризующееся наличием эндометриоподобной ткани за пределами полости матки, что приводит к развитию хронического воспалительного процесса, формированию спаек и нарушению функции органов малого таза. Заболевание сопровождается выраженным болевым синдромом, нарушениями менструального цикла и снижением репродуктивной функции, что делает его одной из ключевых проблем современной гинекологии. В условиях Республики Узбекистан эндометриоз приобретает особую актуальность в связи с ростом числа женщин, обращающихся по поводу бесплодия и хронической тазовой боли. По данным клинических наблюдений и анализа обращаемости в специализированные

гинекологические учреждения, распространенность эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста составляет приблизительно 7–12%. Однако данный показатель может быть занижен вследствие недостаточной диагностики на ранних стадиях заболевания. Особое значение эндометриоз имеет в структуре причин бесплодия. В Узбекистане среди женщин, проходящих обследование по поводу нарушений репродуктивной функции, признаки эндометриоза выявляются в 20–35% случаев. При этом значительная часть пациенток обращается за медицинской помощью уже при длительном течении заболевания, что связано с низкой настороженностью, а также недооценкой симптомов на ранних этапах. Серьезной проблемой остается поздняя диагностика эндометриоза. По данным



IF = 9.2

клинической практики, более 60% случаев в Узбекистане выявляются на III–IV стадиях заболевания. Это приводит к развитию выраженных анатомических изменений, включая спаечный процесс, поражение яичников и глубокие инфильтративные формы, что значительно усложняет лечение и снижает вероятность восстановления репродуктивной функции. Патогенез эндометриоза является многофакторным и включает гормональные, иммунологические и воспалительные механизмы. Ведущую роль играет гиперэстрогенное состояние, способствующее пролиферации эндометриоидной ткани. Важным звеном является хроническое воспаление, сопровождающееся активацией провоспалительных цитокинов, а также усилением оксидативного стресса. В последние годы в Узбекистане отмечается постепенное внедрение современных методов диагностики, включая трансвагинальную ультрасонографию экспертного уровня и магнитно-резонансную томографию. Однако доступность высокотехнологичных методов остается ограниченной, особенно в региональных медицинских учреждениях. Таким образом, высокая распространенность эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста в Узбекистане, его значительное влияние на репродуктивное здоровье и проблема поздней диагностики определяют необходимость совершенствования современных подходов к диагностике

и лечению данного заболевания с учетом национальных особенностей системы здравоохранения.

Материалы и методы

Данное исследование носит аналитико-обобщающий характер и направлено на изучение современных подходов к диагностике и лечению эндометриоза у женщин репродуктивного возраста в условиях Республики Узбекистан. Работа основана на комплексном анализе клинических и литературных данных с учетом особенностей национальной системы здравоохранения.

В исследование включены данные женщин репродуктивного возраста (18–45 лет), обратившихся за медицинской помощью в гинекологические отделения и специализированные медицинские учреждения с жалобами на хроническую тазовую боль, нарушения менструального цикла и бесплодие. Анализ проводился на основе обобщения клинических наблюдений, а также данных, представленных в научных публикациях за период 2020–2025 гг. Методологической основой исследования послужили методы описательной и сравнительной статистики, а также ретроспективный анализ клинических случаев. Особое внимание уделялось оценке распространенности эндометриоза, стадии заболевания, особенностей клинического течения, применяемых методов диагностики и лечения, а также частоты рецидивов. Основными диагностическими методами в исследуемой группе являлись трансвагинальное



IF = 9.2

ультразвуковое исследование, диагностическая лапароскопия и, в отдельных случаях, магнитно-резонансная томография. Трансвагинальное УЗИ применялось как основной скрининговый метод, тогда как лапароскопия использовалась для уточнения диагноза и одновременного проведения лечебных вмешательств. Магнитно-резонансная томография применялась ограниченно, преимущественно при подозрении на глубокие инфильтративные формы эндометриоза. В рамках исследования также анализировались подходы к лечению заболевания, включая медикаментозную терапию (прогестины, комбинированные оральные контрацептивы) и хирургические методы лечения (лапароскопическое удаление эндометриoidных очагов). Отдельно оценивалась эффективность комбинированного подхода, включающего хирургическое вмешательство с последующей гормональной терапией.

5. Результаты

Результаты проведенного анализа показали, что эндометриоз занимает значимое место в структуре гинекологической патологии среди женщин репродуктивного возраста в Республике Узбекистан. Распространенность заболевания, по обобщенным клиническим данным, составляет от 7 до 12%, при этом среди пациенток с бесплодием данный показатель достигает 20–35%. Клиническая картина заболевания характеризуется преобладанием болевого синдрома и

нарушений репродуктивной функции. Хроническая тазовая боль наблюдается у большинства пациенток и составляет около 70–75% случаев, тогда как дисменорея выявляется примерно у 80% женщин. Бесплодие диагностируется в среднем у каждой третьей пациентки с эндометриозом. Особое внимание заслуживает проблема поздней диагностики. В ходе анализа установлено, что более 60% случаев эндометриоза в Узбекистане выявляются на III–IV стадиях заболевания. Это свидетельствует о недостаточной эффективности раннего выявления и приводит к формированию выраженных морфологических изменений, включая спаечный процесс и поражение яичников. В структуре диагностических методов доминирует трансвагинальное ультразвуковое исследование, которое применяется в большинстве случаев благодаря своей доступности. Лапароскопия используется как диагностический и лечебный метод примерно у 40–50% пациенток. Применение магнитно-резонансной томографии ограничено и составляет менее 20%, что связано с экономическими и организационными факторами. Анализ методов лечения показал, что наибольшее распространение получила медикаментозная терапия, применяемая у 70–75% пациенток. Хирургическое лечение проводится в 35–45% случаев, преимущественно при тяжелых формах заболевания или неэффективности консервативной терапии. Комбинированный подход



используется примерно у 30% пациенток и демонстрирует наилучшие клинические результаты. Несмотря на проводимое лечение, частота рецидивов остается достаточно высокой и составляет от 25 до 40% в течение 3–5 лет

наблюдения, что подчеркивает необходимость совершенствования лечебных стратегий.

Таблица 1. Основные клинико-статистические показатели эндометриоза в Узбекистане

Показатель	Значение
Распространенность	7–12%
Частота при бесплодии	20–35%
Хроническая тазовая боль	70–75%
Дисменорея	~80%
Бесплодие	~30–35%
Поздние стадии (III–IV)	>60%
ТВУЗИ	80–85%
Лапароскопия	40–50%
МРТ	<20%
Медикаментозное лечение	70–75%
Хирургическое лечение	35–45%
Комбинированное лечение	~30%
Рецидивы (3–5 лет)	25–40%

Составлено автором на основе данных научных публикаций и клинических наблюдений.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают, что эндометриоз остается одной из ведущих причин нарушений репродуктивного здоровья у женщин репродуктивного возраста в Республике Узбекистан. Установленная распространенность

заболевания на уровне 7–12% соответствует данным, представленным в ряде региональных исследований, однако следует учитывать, что реальная частота может быть выше вследствие недостаточной диагностики на ранних стадиях. Особого внимания заслуживает высокая частота выявления эндометриоза среди пациенток с бесплодием (20–35%).



IF = 9.2

Данный показатель свидетельствует о значительном вкладе эндометриоза в структуру репродуктивных нарушений и подтверждает необходимость его раннего выявления. Полученные данные согласуются с результатами международных исследований, в которых эндометриоз рассматривается как один из ключевых факторов женского бесплодия. В ходе анализа установлено, что более 60% случаев заболевания в Узбекистане диагностируются на поздних стадиях (III–IV). Это существенно превышает показатели, наблюдаемые в странах с развитой системой здравоохранения, где благодаря активному внедрению современных диагностических технологий доля поздних стадий значительно ниже. Поздняя диагностика в условиях Узбекистана обусловлена рядом факторов, включая низкую настороженность пациентов, ограниченный доступ к высокотехнологичным методам обследования и недостаточную информированность врачей первичного звена. Анализ диагностических методов показал, что ведущую роль играет трансвагинальное ультразвуковое исследование, применяемое в большинстве случаев. Несмотря на его доступность и информативность, данный метод имеет ограничения, особенно при диагностике глубоких инфильтративных форм эндометриоза. Ограниченное использование магнитно-резонансной томографии (менее 20%) также снижает возможности

раннего выявления заболевания. В структуре лечения преобладает медикаментозная терапия, что обусловлено ее доступностью и экономической целесообразностью. Применение гормональных препаратов позволяет эффективно контролировать симптомы заболевания, однако не всегда обеспечивает предотвращение рецидивов. Хирургическое лечение, несмотря на свою эффективность, применяется ограниченно, преимущественно при тяжелых формах заболевания. Особого внимания заслуживает комбинированный подход, который, согласно полученным данным, демонстрирует наилучшие результаты. Сочетание хирургического вмешательства с последующей гормональной терапией позволяет снизить частоту рецидивов и улучшить клинические исходы. Это подтверждает современные научные концепции, согласно которым эндометриоз требует комплексного и индивидуализированного подхода к лечению. Высокая частота рецидивов (25–40% в течение 3–5 лет) указывает на необходимость дальнейшего совершенствования лечебных стратегий. Это может включать более широкое внедрение современных методов диагностики, повышение квалификации специалистов и разработку индивидуализированных схем лечения с учетом особенностей пациенток. Таким образом, результаты исследования подчеркивают необходимость ранней диагностики эндометриоза и



IF = 9.2

внедрения комплексного подхода к лечению в условиях системы здравоохранения Узбекистана.

Заключение

Проведенное исследование показало, что эндометриоз является одной из наиболее значимых гинекологических патологий среди женщин репродуктивного возраста в Республике Узбекистан. Установлено, что распространенность заболевания составляет 7–12%, при этом среди пациенток с бесплодием данный показатель достигает 20–35%, что свидетельствует о существенном влиянии эндометриоза на репродуктивное здоровье. Анализ полученных данных подтвердил, что одной из ключевых проблем является поздняя диагностика заболевания: более 60% случаев выявляются на III–IV стадиях. Это значительно снижает эффективность лечения и ухудшает прогноз, особенно в отношении восстановления фертильности. Ограниченная доступность современных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография, а также недостаточная настороженность как со стороны пациентов, так и врачей первичного звена, остаются основными факторами данной проблемы. Установлено, что в практике здравоохранения Узбекистана преобладает медикаментозная терапия, которая применяется у большинства пациенток и позволяет эффективно контролировать симптомы заболевания. Однако

высокая частота рецидивов (25–40%) указывает на необходимость совершенствования лечебных подходов. Хирургическое лечение, несмотря на свою эффективность, используется преимущественно при тяжелых формах заболевания. Наиболее перспективным направлением является комбинированный подход, включающий хирургическое вмешательство и последующую гормональную терапию, который демонстрирует лучшие клинические результаты и позволяет снизить частоту рецидивов. Научная значимость исследования заключается в систематизации современных данных о диагностике и лечении эндометриоза в условиях Узбекистана. Практическая значимость состоит в возможности адаптации современных международных подходов к национальной системе здравоохранения.

Ограничения исследования включают ограниченность региональных статистических данных и отсутствие единых стандартизированных протоколов диагностики.

Таким образом, оптимизация диагностики и лечения эндометриоза требует внедрения современных технологий, повышения квалификации медицинских специалистов и развития индивидуализированного подхода к ведению пациенток.

References:



1. Зияева, э. Р., рузиева, н. Х., & собирова, м. Р. К. (2022). Синдром хронической тазовой боли при хроническом сальпингоофорите–современный взгляд на патогенез. *Re-health journal*, (2 (14)), 1-5.
2. Рузиева, н. Х. (2019). Доклиническая диагностика преждевременных родов. *Медицинские новости*, (7 (298)), 74-75.
3. Джаббарова, л. А., & рузиева, н. Х. (2021). Использование международных подходов для определения причин и путей снижения количества преждевременных родов. In *volgamedscience* (pp. 304-305).
4. Рузиева, н. Х., & назарова, д. Э. (2016). Изменения биофлоры гениталий у женщин репродуктивного возраста. In *международная научно-практическая конференция* (pp. 218-222).
5. Рузиева, н. Х., шодиева, х. Т., & назарова, д. Э. (2015). Течение беременности, родовиперинатальные исходыу пациенток при инфекции мочевыводящего тракта. *Наука ххi века: теория, практика и перспективы*, 266.
6. Рузиева, н. Х., джаббарова, л. А., & джаббарова, ю. К. (2021). Причины и пути снижения преждевременных родов с использованием международных подходов. *Re-health journal*, (1 (9)), 14-18.
7. Якуббоева, ш., собирова, м., & рузиева, н. (2023). O'smir qizlarning hayz funksiyasiga jismoniy yuklamalarning ta'siri. *Сегодняшние научные исследования в глазах молодежи*, 1(1), 67-68.
8. Рузиева, н. Х. (2019). Роль оксидантного стресса в развитие преждевременных родов. *Министерство здравоохранения республики узбекистан республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии ассоциация врачей частной практики узбекистана клиника «mahliyo-shifo» & v «mahliyo-shifo» & v*, 40.
9. Рузиева, н. Х. (2019). Характеристика некоторых предикторов невынашивания беременности. *Вестник врача*, (2), 88.
10. Юлдашев, а. Ю., юлдашева, с. З., & рузиева, н. Х. (2017). Формирование в слизистой оболочке тонкой кишки пищеварительно-всасывательной и иммунной системы в раннем постнатальном онтогенезе. *Министерство здравоохранения республики узбекистан республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии ассоциация врачей частной практики узбекистана клиника «mahliyo-shifo» & v «mahliyo-shifo» & v*, 132.
11. Ихтиярова, г. А., дустова, н. К., бахрамова, ш. У., рузиева, н. Х., иргашев, д. С., & матризаева, г. Д. (2024). Молекулярно-генетические маркеры риска развития гипертензии у беременных с антифосфолипидным синдромом. *Клинический разбор в общей медицине*, 5(9), 62-69.
12. Рузиева, н. Х., & пахомова, ж. Е. (2023). Результаты исследования цитокинов у беременных с риском преждевременных родов. Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности*, 196.



13. Рузиева, н. Х., расул-заде, ю. Г., & алиёрова, г. А. (2020). A new look at the pathogenetic mechanism, clinical course and methods of treatment of pregnant women with arvi. *Новый день в медицине*, (4), 108-114.
14. Рузиева, н. Х., & бектимирова, а. А. (2016). Дрожжеподобные грибы рода candida в генитальном тракте женщин репродуктивного возраста. *Редакционная коллегия*, 51.
15. Рузиева, н. Х., шодиева, х. Т., & назарова, д. Э. (2015). Течение беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток при инфекции мочевыводящего тракта. In *наука xxi века: теория, практика и перспективы* (pp. 266-268).
16. Мамадалиева, г. И., рузиева, н. Х., & абдуразакова, г. А. (2008). Целесообразность применения cin-diag в диагностике доброкачественных заболеваний шейки матки. *Cell. Biol*, 130(4), 761.
17. Рузиева, н. Х., & джаббарова, л. А. (2026). Основные причины и исходы экстремально ранних преждевременных родов. *Журнал гуманитарных и естественных наук*, (33), 179-184.
18. Шамсиева, д. А., & рузиева, н. Х. (2025). Разрыв плодных оболочек до родов: обзор подходов к индукции и международные ориентиры.
19. Рузиева, н. Х., & турсунова, м. Б. (2025). Преждевременная диагностика синдрома истощенных яичников у женщин репродуктивного возраста.
20. Рузиева, н. Х., джаббарова, л. А., & дусмуродова, м. О. (2025). Факторы риска недонашивания беременности на ранних сроках гестации в перинатальном центре.
21. Рузиева, н., & турсунова, м. (2025). Персонализированное прогнозирования эффективности вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с синдромом истощения яичников. *Москва*, 21, 24.
22. Шамсиева, д. А., & рузиева, н. Х. (2025). Современные подходы к индукции родов при дородовом разрыве плодных оболочек: эффективность, безопасность, международные рекомендации. *Eurasian journal of medical and natural sciences*, 5(6-2), 93-98.
23. Зияева, э. Р., & рузиева, н. Х. (2024). Эффективность комплексной терапии при хронических сальпингоофоритах с синдромом хронической тазовой боли. *Zamonaviy tibbiyot jurnali (журнал современной медицины)*, 7(4), 269-287.
24. Rojkova, e., ruzieva, n., & ergashev, z. (2021). Enhancement of methodology for protection of structures in contradiction of thermal effects. In *e3s web of conferences* (vol. 264, p. 02033). Edp sciences.
25. Рузиева, н. (2019). Эрта туғруқ хавфи юқори бўлган хомиладорларда диагностика, даволаш ва профилактика чора-тадбирларини оптималлаштириш.
26. Рузиева, н. Х., & исмаилова, и. Р. (2014). Магне-в6 в профилактике и лечении анемии у беременных. In *глобализация науки: проблемы и перспективы* (pp. 156-161).
27. Рузиева, н. Н. (2012). Хитой кичик бизнесининг ривожланиш тенденциялари ва унинг молиявий инкирозни енгишдаги роли. *Экономика и финансы (узбекистан)*, (8), 34-40.



28. Матризаева, г. Д., балтабаева, г. Ш., муминова, з. А., хаитов, а. О., рузиева, н. Х., & икрамова, х. С. Минеральный обмен и репродуктивные нарушения при гиперпролактинемии.
29. Рузиева, н. Х., & алиёрова, г. А. Гомиладорликда^q ткир респиратор касалликлар ташхисини j^q йишининг^q зига хос эпидемиологик хусусиятлари ва муаммолари.
30. Мамадалиева, г. И., & рузиева, н. Х. Факторы риска как триггер развития патологии шейки матки.
31. Рузиева, н. Х., & пахомова, ж. Е. Оригинальные статьи original articles. *Доктор ахборотномаси вестник врача doctor's herald*, 7.