

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
2-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА САЛОМАТ-  
ЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"МЕНОПАУЗАЛ  
ВА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛ БУЗИЛИШЛАР"  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

«КЕЛИШИЛГАН»  
РИО ва БСИАТМ директори  
Н.С. Нодирханова

*Handwritten signature*



**"МЕНОПАУЗАЛ  
ВА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛ БУЗИЛИШЛАР"  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

**ТОШКЕНТ 2025**

**"МЕНОПАУЗАЛ  
ВА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛ БУЗИЛИШЛАР"  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

**ТОШКЕНТ 2025**

## **Мундарижа**

Кириш қисми.....	5
Асосий қисми.....	8
Иловалар.....	20
Адабиётлар рўйхати.....	21

## 1. Кириш қисми

### ХКТ-10 бўйича кодлар:

Код	Номи
N95	Менопауза бузилишлари ва перименопауза давридаги бошқа бузилишлар:
N95.1.	Аёлларда менопауза ва климактерик ҳолат
N95.2.	II остменопаузал атрофик вагинит
N95.3.	Сунъий менопауза билан боғлиқ ҳолат
N95.8	Менопауза ва перименопауза даврнинг бошқа аниқланган бузилишлари
N95.9.	Аниқланмаган менопауза ва перименопауза бузилишлар

<https://mkb-10.com/index.php?pid=13490>

### ХКТ-11 бўйича кодлар:

GA30	Менопаузал ёки баъзи аниқланган перименопаузал бузилишлар
GA30.0	Менопауза
GA30.00	Аёлларда менопауза ёки климактерик ҳолатлар
GA30.01	Менопаузага ўтиш
QA4B	Менопауза бўйича маслаҳат олиш учун тиббий ташкилотларга мурожаат қилиш
GA30.0Y	Бошқа аниқланган менопауза
GA30.03	Аниқланмаган менопауза
GA30.2.	Менопаузадан кейинги атрофик вагинит
GA30.3	Сунъий менопауза билан боғлиқ ҳолатлар
GA30.4.	Менопауза қизишлари
GA30.5	Менопаузал остеопороз
GA30.6	Тухумдоннинг эрта етишмовчилиги
MF32	Менопауза даври билан боғлиқ симптом ёки шикоят
5D44	Тиббий муолажалардан кейин келиб чиққан тухумдонлар фаолиятининг бузилиши
GA30.Y	Бошқа аниқланган менопауза ва перименопауза бузилишлари
GA30.3	Менопауза ва перименопауза аниқланмаган бузилишлари

<https://icd11.ru/zhenskoi-polovoi-sistemy-mkb11/>

**Баённома ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана:** 2025-йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2030-йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази.

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

№	Ф.И.О.	Лавозим	Иш жойи
1.	Надирханова Н.С.	Директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2.	Абдуллаева Л.М.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош акушер-гинекологи, т.ф.д., про- фессор	ТМА

### Асосий муаллифлар рўйхати:

№	Ф.И.О.	Лавозим	Иш жойи
---	--------	---------	---------

1.	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
2.	Юсупов У.Й.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
3.	Юсупбаев Р.Б.	акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИОваБСИАТМ
4.	Нишонова Ф.П.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
5.	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
6.	Шерматова С.Е.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
7.	Алиева М.М.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
8.	Шукурова М.Р.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
9.	Каюмова Д.Т.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	ТТА
10.	Давронова Й.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ

### Тақризчилар:

№	Ф.И.О.	Лавозим	Иш жойи
1.	Алиева Д.А.	т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ, маслаҳат поликлиникаси мудири
2.	Нажмутдинова Д.К.	т.ф.д., профессор.	ТТА Оилавий тиббиётида акушерлик ва гинекология кафедраси мудири

РИОваБСИАТМ – Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

Клиник протокол ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят туғруққа кўмаклашиш муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2025 йил 1 феврал 1-сонли баённомаси билан тасдиқланди. Ишчи гуруҳ раҳбарлари Надирханова Н.С., РИОваБСИАТМ ДМ директори.

Клиник протокол РИОваБСИАТМ Илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2025 йил 11 февралдаги 2-сонли баённомаси билан тасдиқланди.

Илмий кенгаш раиси - т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

### Ташқи эксперт баҳоси:

№	Ф.И.О.	Лавозим	Иш жойи
1.	Зазерская И.Е.	т.ф.д., профессор	Алмазов номидаги Федерал давлат тиббиёт университети Тиббий таълим институти-нинг акушерлик ва гинекология кафедраси мудири (Санкт-Петербург шаҳри, Россия)

### Қисқартмалар рўйхати:

<b>АМГ</b>	Антимюллер гормони
<b>ЛНГ-БИБ</b>	Левоноргестрел сакловчи бачадон ичи тизими
<b>ВТЭ</b>	Веноз тромбоземболия
<b>ГнРГ</b>	Гонадотропин-рилизинг гормони
<b>ГУМС</b>	Генитоуринар менопауза синдроми
<b>ИЭРА</b>	Икки энергияли рентген абсорбсиометрияси
<b>СТТ</b>	Соғлом турмуш тарзи
<b>ЮИК</b>	Йурак ишемик касаллиги
<b>ТВИ</b>	Тана вазни индекси.
<b>КОК</b>	Комбинацияланган орал контрацептивлари
<b>КХ-АТ</b>	Когнитив хулқ-атвор терапияси
<b>КС</b>	Климактерик синдром
<b>МГТ</b>	Менопаузал гормон терапияси
<b>СТМЗ</b>	Суяк тўқимасининг минерал зичлиги
<b>БА</b>	Бел айланаси
<b>КБС</b>	Кўкрак беги саратони
<b>ББС</b>	Бачадон бўйни саратони
<b>СҚУҚСИ</b>	Серотонин қайта ушланиб қолинишининг селектив ингибиторлари
<b>СНҚУҚСИ</b>	Серотонин ва норадреналинни қайта ушланиб қолишнинг селектив ингибиторлари
<b>ТТГ</b>	Тиреотроп гормон
<b>ФСГ</b>	Фолликулаларни стимулловчи гормон
<b>ЮТ</b>	Юрак уриши тезлиги

**Баённоманинг мақсади:** мавжуд энг яхши далилларни кўриб чиқиш, аёлларда климактерик давр билан боғлиқ касалликлар ва ҳолатларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича тизим ва ягона ёндашувни жорий этиш ва ташкил этиш.

**Беморлар тоифалари:** пери- ва постменопаузал ёшдаги беморлар.

**Клиник протокол фойдаланувчилари:** акушер-гинекологлар, оилавий шифокорлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлири ўқитувчилари.

#### **Протокол тавсияларига риоя қилиш:**

Баённомада эълон қилиш пайтида мавжуд бўлган далиллар асосида ишлаб чиқилган умумий тавсиялар келтирилган.

Агар амалий фаолиятда ушбу протокол тавсияларидан четга чиқишга қарор қилинса, шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихи/амбулатор картасида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари керак:

- бундай қарор ким томонидан қабул қилинган;
- протоколдан воз кечиш қарорининг батафсил асосланиши;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, бу шуни англатадики, шифокорлар беморлар билан индивидуал даволаш тактикасини муҳокама қилишлари, беморнинг эҳтиёжларини ҳисобга олишлари, ҳурматли махфий мулоқот тамойилига риоя қилишлари керак. Бунга қуйидагилар қиради:

- зарурат туғилганда таржимон хизматларидан фойдаланиш;
- беморга маслаҳат бериш ва у ёки бу муолажани бажаришга ёки олиб бориш тактикаси учун хабардор қилинган розиликни олиш;
- қонунчилик талаблари доирасида парваришлаш ва касбий хулқ-атвор стандартларига риоя этилишини таъминлаш;

- умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай парваришlash ва олиб бориш тактикасини ҳужжатлаштириш.

**Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактика, диагностика, даволаш, реабилитация аралашувлари) учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи:**

ТИД	Тавсифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатга оид далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

## 2. Асосий қисм

### 2.1. Атамалар ва таърифлар.

**Аёлларнинг репродуктив қариш босқичлари** – репродуктив тизим қариш босқичларининг клиник ва гормонал тавсифи (Stages of Reproductive aging workshop - STRAW) 2001-йилда ишлаб чиқилган ва 2011-йилда қайта кўриб чиқилган (STRAW+10).

**Вазомотор бузилишлар** – вегетатив бошқарув бузилишларининг барча шакллариининг намоён бўлиши (иссиқлик қуйилиши, тунги терлаш, титроқ ва бошқалар).

**Иссиқлик қуйилиши** – юз ва тананинг юқори қисмига (бўйин, қўллар, кўкрак) иссиқликнинг кэскин оқиб келиши, бу терлаш ва титроқ билан бирга кузатилиши мумкин.

**Руҳий-ҳиссий менопауза бузилишлари** кайфият ўзгарувчанлиги, уйқу бузилиши, тушкунлик ҳолати, хавотир, йиғлоқилик, юқори қўзғалувчанлик, тажовузкорлик, ваҳима хуружларини ўз ичига олади.

**Генитоуринар менопаузал синдром (ГУМС)** – эстрогенлар ва бошқа жинсий стероидлар даражасининг пасайиши билан боғлиқ симптомлар мажмуаси бўлиб, ташқи жинсий аъзолар, оралик, қин, уретра ва сийдик пуфагидаги ўзгаришларни ўз ичига олади.

**Вулвовагинал атрофия (ВВА)** кўпинча ГУМС билан бирга келади. ВВАнинг энг кўп учрайдиган белгилари қин қуруқлиги, диспареуния, ачишиш ва кичишишдир.

**Сийдик тута олмаслик** – назорациз сийдик чиқаришнинг обектив кўринишлари мавжуд бўлганда ижтимоий ёки гигиеник муаммо бўлган ихтиёрсиз сийдик ажралиши.

**Постменопаузадаги остеопороз** – суяк массасининг камайиши, суяк тўқимаси микроархитектоникасининг бузилиши ва натижада минимал шикастланиш билан синишлар билан кечадиган скелетнинг метаболик касаллиги.

**Климактерик синдром** – тухумдонларнинг гормонал функциясининг пасайиши ва организмнинг умумий қариши фонида аёлларда юзага келадиган вегетатив-қон томир, руҳий ва алмашинув-ендокрин бузилишлар мажмуаси.

### 2.2 Этиологияси ва патогенези.

Аёл организмида ёш ўтиши билан гипоталамусда инволюцион ўзгаришлар юзага келади, бу унинг эстрогенлар таъсирига сезгирлик чегарасининг ошиши ва гонадотроп гормонлар ишлаб чиқарилишининг кўпайиши билан намоён бўлади. Климактерик синдромнинг патогенези турлича. Касалликнинг бошланиши стероидогенезнинг бирламчи бузилиши ва эстрогенларнинг тўлқинсимон даражаси ёки гипоталамус ёки гипофиздаги бирламчи патология билан боғлиқ бўлиб, бу гонадотропинлар, биринчи навбатда ФСГ даражасининг ошиши билан ГнРГ чиқарилишининг десинхронизациясига олиб келади.

Иссиқлик ҳисси пароксизмал вегетатив симпатикотоник кўринишларнинг натижасидир. Характерли вегетатив-томир сезги бузилишлари марказий гипертермия туфайли юзага келади ва капиллярларнинг спастик ҳолати ва веноз димланиш ривожланишидан 30-50 дақиқа ўтгач намоён бўлади. Тухумдонларда эстрогенлар биосинтезининг пасайиши буйрак усти безларида андрогенлар (андростендион ва тестостерон) ишлаб чиқарилишининг сақланиб қолиши билан кечмайди, бу эса нисбий гиперандрогенияга сабаб бўлади. Климактерик даврда қалқонсимон безнинг парафолликуляр хужайралари томонидан ишлаб чиқариладиган, суяк массасининг резорбциясини ва ундан калсий ва фосфорнинг чиқарилишини тормозлайдиган пептид тузилишли гормон - калцитонин концентрацияси пасаяди. Калцитонин биосинтези эстрогенларга боғлиқ бўлиб, уларнинг этишмаслиги остеопороз ривожланишига олиб келади. Юрак-томир касалликларининг келиб чиқишида бир-бирига боғлиқ бўлган учта компонент: липидлар алмашинуви, томир деворининг хусусиятлари ва гемостаз тизимидаги ўзгаришлар муҳим рол ўйнайди. Асосий вазифаси томир деворларидан холестеринни чиқариб ташлашдан иборат бўлган юқори зичликдаги липопротеидларнинг антиатероген зарралари фракциясининг таркиби менопаузадан кейин ўртача 25% га камаяди. Бир вақтнинг ўзида паст зичликдаги липопротеидлар микдори ортади, бу ЮИК ва инсулт хавфининг биокимёвий белгиси ҳисобланади. Эстроген танқислиги шароитида гемостаз тизимидаги ўзгаришлар прокоагулянт ва антифибринолитик йўналиш билан тавсифланади. Тухумдонларнинг стероид ишлаб чиқариш функциясининг пасайиши охир-оқибат бир қатор метаболик бузилишлар ва патологик ҳолатларга олиб келади.

<https://www.racgp.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

### **2.3 Эпидемиологияси.**

Дунёда менопауза бошланишининг ортача ёши 48,8 ёшни (95% СИ 48,3-49,2) ташкил этади, бу кўрсаткич аёллар яшайдиган географик минтагага қараб сезиларли даражада оғариб туради. Турли мамлакатларда менопауза бошланишининг ўртача ёшидаги фарқлар кўпинча этник, ижтимоий-иқти-содий ва маданий омилларнинг уйғунлиги билан боғлиқ. Аёлнинг этник келиб чиқиши унинг охир-оқибат менопаузага етадиган ёшига та сир қилиши мумкин. Масалан, осийлик аёлларда менопауза жараёни одатда Европа этник гуруҳларидаги аёлларга нисбатан ҳаётда эртароқ бошланади. Климактерик синдромнинг намоён болишига перименопауза давридаги аёлларнинг 60-85% шикоят гилади. 45 ёшдан 55 ёшгача бўлган аёлларнинг тахминан 75% иссиқлик қуйилишига шикоят гилади, шу билан бирга 25-30%гача ҳолатларда — ўртача ёки оғир даражада ифодаланган. Вазомотор симптомлар кўпинча менопаузага отишнинг кечки фазасида юзага келади ва айниқса постменопаузанинг дастлабки йилларида яггол намоён бўлади. Перименопаузадаги аёлларда уйқу бузилишининг тарғалиши 39 дан 47% гача, постменопаузадаги аёлларда 35 дан 60%гача. ГУМС белгилари перименопаузадаги аёлларнинг 15-20%да ва постменопаузадаги аёлларнинг 80%да кузатилади.

<https://www.racep.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

### **2.4. Таснифи.**

Ҳозирги вақтда репродуктив тизимнинг қариш босқичларини клиник-гормонал тавсифлаш учун (Stages of Reproductive aging workshop ) STRAW+10 шкаласи қўлланилади.

Климактерик давр қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

**Менопаузага эрта ўтиш.** 40 ёшдан кейин бошланади, ҳайз даврлари даврийлигининг ўзгариши ва ФСГнинг ўзгарувчан қийматлари билан тавсифланади.

**Менопаузага кеч ўтиши.** Сикл узунлигининг сезиларли ўзгариши (60 кундан ортиқ аменорея), ФСГнинг юқори даражаси (> 25МЕ/л), вазомотор симптомларнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Охириги ҳайзгача бўлган даврни ўз ичига олади.

**Менопауза** – 1 йилдан кейин ретроспектив тарзда аниқланадиган охириги ҳайздир.

**Перименопауза.** Менопаузага ўтиш даври ва охириги ҳайздан кейин 12 ойни ўз ичига олади.

**Эрта постменопауза.** Охириги ҳайздан кейин 3-4-йилни қамраб олади, ФСГнинг юқори кўрсаткичлари қайд этилади, вазомотор аломатлар энг яққол намоён бўлади.

**Кечки постменопауза** – ҳаётнинг қолган даври, ФСГнинг барқарор юқори кўрсаткичлари, генитоуринар атрофия белгиларининг кучайиши, КМКТнинг йўқолиши билан тавсифланади.

Менопаузанинг қуйидаги турлари мавжуд:

**Бошланиш вақти бўйича:**

- муддатдан олдинги тухумдон етишмовчилиги (40 ёшгача);
- эрта (40-44 ёш);
- ўз вақтида (45-55 ёш);
- кечки (55 ёшдан катта).

**Келиб чиқиш сабаби:**

- табиий менопауза;
- икки томонлама овариоэктомиа (жарроҳлик менопаузаси) ёки кимёвий/нур терапияси натижасида юзага келган менопауза.

КС оғирлик даражасини баҳолаш қўлланиладиган баҳолаш шкаласига боғлиқ (диагностика бўлимига қаранг).

[https://www.endo.theclinics.com/article/S0889-8529\(22\)00037-8/abstract](https://www.endo.theclinics.com/article/S0889-8529(22)00037-8/abstract)

[https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza\\_i\\_klimaktericheskoe\\_sostoyanie\\_u\\_zhenshchiny\\_versiya\\_2024\\_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023](https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza_i_klimaktericheskoe_sostoyanie_u_zhenshchiny_versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023)

**Ташхисни шакллантириш принципи.**

Менопауза синдроми ташхисини шакллантириш ХКТ-10/11 каби халқаро таснифларга асосланади ва унинг асосий хусусиятларини акс эттириши керак:

1. Асосий касаллик: менопауза синдроми.
2. Оқимнинг шакли:
  - Осон
  - Ўртача оғир
  - Оғир
3. Мавжуд аломатлар:
  - Нейровегетатив (иссиқ чакнашлар, терлаш, тахикардия)
  - Психоемоционал (асабийлашиш, депрессия, уйқусизлик)
  - Метаболик-ендокрин (семизлик, остеопороз, гипертония)
4. Биргаликда касалликлар (агар мавжуд бўлса).

**Ташхисни шакллантириш намунаси:**

"Нейровегетатив ва психоемоционал бузилишлар устунлик қиладиган ўртача оғирликдаги климактерик синдром. I даражали семириш. II даражали артериал гипертензия".

## 2.5. Ташхис.

Беморнинг аҳволи, климактерик даври ва КС ташхиси шикоятлар таҳлили, анамнез, физикал кўрик ва кўшимча клиник текширувлар асосида қўйилади.

### Анамнез.

Анамнез йиғишда ва шикоятларни аниқлашда қуйидагиларни сўраш керак:

- Ҳайз кўриш ёши, ҳайз циклининг табиати ва охириги ҳайз кўриш санаси.
- Репродуктив анамнез, гинекологик касалликлар ва операциялар.
- Соматик ва тизимли касалликлар, эндокринопатиялар.
- Ирсий патология (саратон касалликлари мавжудлиги: кўкрак беши, эндометрий, тухумдонлар, ичак саратони; қандли диабет; юрак-қон томир касалликлари - инсултлар, 50 ёшгача бўлган инфарктлар; остеопороз, шу жумладан синишлар)

Боғлиқ аломатларнинг мавжудлиги:

- вазомотор (қизишлар, тунги терлашнинг кучайиши, титрок);
- психоемоционал - депрессия, асабийлашиш, қўзғалувчанлик, уйқунинг бузилиши, ҳолсизлик, хотира ва диққатни жамлашнинг пасайиши;
- урогенитал ва сексуал - қиндаги қичишиш, ачишиш, қуруқлик, диспареуния, дизурия;
- скелет-мушак - миалгиялар, артралгиялар.

С

Барча беморларга ташхис қўйиш босқичида репродуктив қариш босқичини аниқлаш учун STRAW +10 мезонлар тизимидан фойдаланиш тавсия этилади

STRAW +10 мезонлари тизими (1-илова) тухумдонлар поликистози синдроми, тухумдонларнинг эрта етишмовчилиги, гистеректомия, эндометрий абляциясидан кейин ёки ҳозирда БИВ-ЛНГ, КОКлардан фойдаланаётган беморларга қўлланилмайди. Бундай аёлларни текшириш ва аҳволини баҳолашда вазомотор ва психоемоционал симптомларнинг юзага келишга эътибор бериш керак.

С

Менопауза белгилари мавжуд бўлган беморларга уларнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун Грин шкаласи бўйича сўровнома ўтказиш ёки Куперман индексидан фойдаланиш тавсия этилади \*

\*Кўрсатилган сўровномалар ва ҳисоблаш методикалари 2,3-иловаларда келтирилган.

### Физикал текширув

Физикал кўриқда умумий ҳолатни баҳолаш, антропометрия билан умумий кўриқ, юрак уриш тезлигини ўлчаш, қон босимини ўлчашни ўз ичига олган стандарт асосий текширувлар ўтказилиши керак.

С

Барча беморларга ортиқча тана вазни ва семизликни ташхислаш учун тана вазни индексини (ТВИ) ҳисоблаш орқали бўй ва вазни аниқлаш тавсия этилади

С

Барча беморларга абдоминал/виссерал семизликни аниқлаш учун бел айланасини (БА) ўлчаш тавсия этилади

С

Барча беморларга сут беши патологиясини ташхислаш учун сут безларини визуал текшириш ва палпация қилиш тавсия этилади

Вулва, қин, бачадон бўйни ва кичик чаноқ аъзоларининг ҳолатини баҳолаш ва мумкин бўлган патологияни ташхислаш учун гинекологик текширув ўтказиш керак.

С

Барча беморларга ташқи жинсий аъзоларни, қинни, бачадон бўйнини визуал кўриқдан ўтказиш ва бимануал қин текшируви тавсия этилади

### Лаборатория ва инструментал текширув усуллари.

<b>C</b>	Менопауза белгилари кузатилган 45 ёшдан ошган аёлларга "перименопауза" ёки "менопауза" ташхисини фақат ушбу белгилар асосида, тасдиқловчи лаборатория текширувларисиз қўйиш тавсия этилади
----------	--

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

<b>C</b>	45 ёшгача қон зардобдаги ФСГ даражасини текшириш тавсия этилади: - аменорея ёки тартибсиз ҳайз кўриш каби менопауза белгилари бўлган аёлларда, - тухумдонлар поликистоз синдроми, эндометрий абляцияси бўлган аёлларда ёки аменореянинг дифференциал диагностикасига муҳтож бўлган аёлларда, - бачадон ортиқларсиз гистеректомия ўтказган аёлларда.
----------	--

<b>C</b>	Муддатдан олдинги менопауза ташхисини тасдиқлаш ФСГ юқори даражаси (25 МЕ/л) камида иккита натижалари олингандан кейингина камида 4-6 ҳафталик интервал билан тавсия этилади
----------	--

<b>C</b>	45 ёшдан ошган аёлларда менопаузани ташхислаш учун зардобдаги АМГ, ингибин А, ингибин В, эстрадиол, шунингдек, ултратовуш текширувида тухумдонлар ҳажмини аниқлаш тавсия этилмайди
----------	--

<b>C</b>	Комбинацияланган эстроген-прогестаген контрацепцияси ёки прогестагенларнинг юқори дозаларидан фойдаланадиган одамларда менопаузани аниқлаш учун зардобдаги ФСГни аниқлаш тавсия этилмайди
----------	---

<b>C</b>	Атипик вазомотор аломатлар, вазн ўзгариши, уйқу бузилиши ва тез чарчаш сабабларини қиёсий ташхислаш учун зардобдаги ТТГ даражасини текшириш тавсия этилади
----------	--

<b>A</b>	Постменопаузадаги аёлларга синишларнинг индивидуал 10 йиллик эҳтимолини баҳолаш тавсия этилади (FRAX алгоритмидан фойдаланган ҳолда)
----------	--

<b>C</b>	Остеопороз хавф омиллари мавжуд бўлганда қондаги 25-ОН витамин Д даражасини текшириш тавсия этилади
----------	---

<b>C</b>	Пери- ва постменопаузадаги аёлларга бачадон бўйни саратони ва кўкрак беши саратони скринингидан ўтиш тавсия этилади
----------	---

<b>A</b>	Суякларнинг минерал зичлигини аниқлаш мақсадида анамнезда синишлар, остеопороз хавфи омиллари ёки аниқланган остеопоротик синишнинг ўртача (оралиқ) индивидуал 10-йиллик хавфи мавжуд бўлганда (FRAX алгоритми бўйича) румуртқа поғонасининг бел қисми ва сон суягининг проксимал қисмида иккиэнергетик рентген абсорбсиометриясини (ИЭРА) ўтказиш тавсия этилади
----------	---

<b>A</b>	Барча муддатдан олдинги менопаузали аёлларга суякларнинг минерал зичлигини баҳолаш мақсадида умуртқа поғонасининг бел қисми ва сон суягининг проксимал қисмида икки энергияли рентген абсорбсиометриясини (ИЭРА) ўтказиш тавсия этилади
----------	---

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

МГТ тайинлашдан олдин қарши кўрсатмаларни ва/ёки мумкин бўлган ножўя таъсирлар хавфини аниқлаш учун қуйидаги текширувлар тавсия этилади:

<b>C</b>	чаноқ аъзоларининг органик патологиясини истисно қилиш мақсадида чаноқ аъзоларини ултратовуш текшируви
----------	--

С	сут безлари патологиясини истисно қилиш мақсадида икки проексияда рентген маммографияси, сут безларининг ултратовуш текшируви
---	---

С	бачадон бўйни микропрепаратини ситологик текшириш
---	---

С	оч қоринга глюкоза даражасини, умумий холестеринни аниқлаш
---	--

Маммография 40 ёшдан бошлаб тавсия этилади, сут безларининг ултратовуш текшируви – 40 ёшгача BI-RADS шкаласи бўйича баҳолаш ва АСР бўйича маммографик зичлик таснифи билан тавсия этилади.

<https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2023/12/The-2023-Practitioner-s-Toolkit-for-Managing-Menopause.pdf>

А	Тегишли анамнез маълумотлари ва кўрсатмаларга эга бўлган аёлларга МГТ тайинлашдан олдин бир қатор қўшимча текширувлар ўтказиш тавсия этилади
---	--

Қўшимча текширувлар рўйхати анамнез маълумотлари, субектив клиник кўрсаткичлар ва беморнинг соғлиғи ҳолатига қараб фарқ қилиши мумкин.

Қўшимча кўрсатмалар асосида бажарилиши мумкин:

- қорин бўшлиғи аъзоларининг ултратовуш текшируви,
- қонда билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ фаоллигини аниқлаш,
- коагулограмма,
- липид спектри,
- НОМА индекси, глюкозага толерантлик тести,
- қон ивишининг ИИ омили генидаги G20210Апротромбин полиморфизмини аниқлаш; В омили генидаги G1691А мутациясини молекуляр-генетик жиҳатдан ўрганиш (В ивиш омилидаги Лейден мутацияси),
- колоноскопия,
- оёқ томирларининг ултратовуш доплерографияси.

А	МГТ қабул қилаётган аёллар даволаниш бошланганидан 3 ой ўтгач кўрикдан ўтишлари, сўнгра камида ҳар йили тиббий кўрик, касаллик тарихи ва оилавий тарихни янгилаш, тегишли лаборатория ва визуализация текширувлари, турмуш тарзи ва сурункали касалликларнинг олдини олиш ёки камайтириш стратегияларини муҳокама қилишни ўз ичига олган маслаҳатдан ўтишлари керак
---	---

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

## 2.6. Даволаш

### Турмуш тарзи, овқатланиш ва жисмоний машқлар.

Менопауза симптомларини бошқариш дори-дармонсиз таъсир усуллари, гормонал бўлмаган ва гормонал терапияни ўз ичига олади. Биринчи навбатда овқатланиш, жисмоний фаолликни меъёрлаштириш бўйича тавсияларни ўз ичига олган умумий стратегияга амал қилиш лозим. Бемор ва унинг қариндошлари билан СТТ тамойилларини муҳокама қилинг, аниқ тавсиялар беринг. Шуни таъкидлаш керакки, турмуш тарзидаги ўзгаришлар мулоқот ва ақлий фаолиятни ўз ичига олади.

А	КС белгилари бўлган аёлларга, биринчи навбатда, турмуш тарзини ўзгартириш, жумладан, стрессни камайтириш, мунтазам жисмоний машқлар, вазни оптимал назорат қилиш, тегишли парҳез, чекишни ташлаш ҳамда спиртли ичимликлар ва кофеинни ортиқча истеъмол қилиш бўйича тавсиялар берилиши лозим
---	--

А	Мунтазам жисмоний машқлар ҳаёт сифатини яхшилаш ҳамда юрак-қон томир ва умумий ўлимни камайтириш учун тавсия этилади
---	--

<b>Б</b>	Ҳафтасига камида 150 дақиқа ўртача интенсивликдаги машқлар тавсия этилади. Ҳафтада икки мартаба қўшимча куч машқлари қўшимча фойда келтириши мумкин
----------	---

Менопаузани бошдан кечираётган аёлга жисмоний фаоллик ёрдамида мушак массаси ва суяклар саломатлигини сақлаш муҳимлигини тушунтириш керак.

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

### Дори-дармонлар билан даволаш.

<b>А</b>	КСни даволаш тактикасини танлашда ҳар бир беморга индивидуал ёндашувдан фойдаланиш устувор ҳисобланади
----------	--

### Тизимли МГТ

<b>А</b>	МГТ вазомотор симптомлар ва генитоуринар атрофияда энг самарали терапия ҳисобланади
----------	---

<b>С</b>	МГТни қўллаш учун аниқ кўрсатмаларсиз, яъни эстроген этишмовчилигининг аломатлари ёки жисмоний оқибатларисиз тавсия этмаслик керак
----------	--

Вазомотор симптомлари ва ГУМС бўлган аёлга биринчи қатор терапияси сифатида қарши кўрсатмалар бўлмаганда МГТ тавсия этинг.

Агар беморда ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтирадиган эстроген этишмовчилиги билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган клиник аломатлар (артралгия, мушак оғриғи, хотира пасайиши, уйку бузилиши ва психо-эмоционал бузилишлар) мавжуд бўлса, МГТ тайинлаш масаласини бошқа мутахассислар билан муҳокама қилиш орқали ҳал қилиш керак.

<b>С</b>	МГТ шахсий танлов тамойилларига мувофиқ, шу жумладан аломатлар ва профилактика зарурати, шунингдек, аёлнинг шахсий ва оилавий тарихи, тегишли тадқиқотлар натижалари, афзалликлари ва кутилмаларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилиши лозим
----------	--

### МГТнинг замонавий персоналлаштириш (индивидуал танлаш) концепсияси тамойиллари:

- Тизимли МГТнинг бошланиши 60 ёшдан кичик ва постменопауза давомийлиги 10-йилдан кам бўлган аёлларда кўриб чиқилиши керак (терапевтик имкониятлар ойнаси).
- ГУМС симптомларининг эстрогенлар (естриол) билан маҳаллий терапиясини тайинлашда ёшга оид чекловлар мавжуд эмас.
- Даволаш мақсадларига мувофиқ, МГТнинг минимал самарали дозаларидан фойдаланиш керак.
- МГТни индивидуаллаштириш (дозани, дори шаклини, унинг таркибини, фойдаланиш режимини танлаш) беморнинг ёши, репродуктив қариш босқичи, гинекологик касалликлар, коморбид ҳолатлар, аёлнинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади.
- МГТни қўллаш репродуктив қариш босқичи, ёш, даволаш самарадорлиги ва чидамлилигига қараб дозаларни вақти-вақти билан ўзгартиришни талаб қилади. Беморнинг ёши ва постменопауза давомийлиги ошиши билан МГТ дозасини камайтириш мақсадга мувофиқ.

<b>А</b>	Муддатдан олдинги тухумдон этишмовчилиги ва эрта менопаузада, шу жумладан кимётерапия/нур терапияси, икки томонлама овариоэктомиядан сўнг эстроген сақловчи дори воситаларини тайинлаш тавсия этилади
----------	---

45 ёшгача ва айниқса 40 ёшгача спонтан ёки ятроген менопауза бўлган аёлларда юрак-қон томир касалликлари ва остеопороз хавфи юқори, шунингдек, аффектив бузилишлар ва ақлий заифлик хавфи юқори бўлиши мумкин. Бундай беморларга жинсий стероидлар билан даволашни иложи борича эртароқ бошлаш ва ҳеч бўлмаганда физиологик менопауза ёшигача (қарши кўрсатмалар бўлмаганда) ўтказиш керак.

<b>С</b>	Тухумдонларнинг муддатдан олдинги этишмовчилиги ва эрта менопаузада МГТ ёки комбинацияланган орал контрацептивларидан фойдаланиш тавсия этилади
----------	---

МГТга қарши кўрсатмалар (мутлақ ва нисбий) – 6-иловага қаранг.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

<https://www.racgp.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

### МГТ режимлари ва турлари:

МГТ тури ва дозасини танлашда қуйидаги омилларга эътибор қаратиш лозим:

- беморнинг истак-талаблари;
- бачадон бор ёки йўқлиги;
- ҳомиладорликка қарши воситаларга бўлган эҳтиёж;
- симптомларнинг тури ва оғирлиги;
- репродуктив қариш босқичи;
- йўлдош касалликлар.

**С**

Менопауза билан боғлиқ симптомларни даволашнинг мумкин бўлган усули сифатида МГТни муҳокама қилишда эстрогенлар билан комбинацияланган ёки монотерапия билан боғлиқ афзалликлар ва хавфларни, юбориш йўллари, эстроген ёки прогестагенни танлашни, даволашнинг мумкин бўлган давомийлигини тушунтириш тавсия этилади

Ёш ва индивидуал кўрсаткичлар бўйича МГТнинг афзалликлари ва хавфлари ҳақидаги мослаштирилган маълумотларни ва аёл билан тушунарли шаклда муҳокама қилинг. Менопауза белгиларини камайтириш ва 40 ёшдан ошган аёлларда МГТнинг аниқ соғлиқ кўрсаткичларига таъсири ҳақидаги маълумотлардан фойдаланинг.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

**С**

Тотал гистеректомия ўтказган аёлларга климактерик симптомларни даволаш ва/ёки остеопорознинг олдини олиш учун, климактерик босқичдан қатъи назар, эстрогенлар билан узлуксиз монотерапия буюриш тавсия этилади

Гистеректомия ўтказган аёллар учун комбинацияланган терапияга зарурати йўқ, чунки гестагенларни қўллашга эҳтиёж йўқ: эстрогенлар билан монотерапия эндометрийнинг назоратиз гиперплазияси ва потенциал малигнизацияси билан боғлиқ. Таркибида эстрадиол бўлган препаратлардан фойдаланиш тавсия этилади. Юбориш йўллари: перорал (таблеткалар) ёки парентерал (тери устига - геллар, спрейлар, пластырлар).

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(22\)00090-1/pdf](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf)

**С**

Бачадони интакт бўлган аёлларга климактерик симптомларни даволаш ва/ёки остеопорознинг олдини олиш учун комбинацияланган эстроген-гестаген терапиясини тайинлаш тавсия этилади

Эстроген-гестаген терапияни тайинлашда синтетик прогестагенларга нисбатан КБС хавфига нисбатан қулайроқ профилга эга бўлиши мумкин бўлган дидрогестерон ёки микронизацияланган прогестерон афзал ҳисобланади.

- Перименопаузада эстроген-гестаген препаратларини циклик режимда қўллаш тавсия этилади: прогестаген билан узлуксиз эстроген циклик равишда киритилади).
- Эстрогенларнинг стандарт ва паст дозалари қўлланилади (эстрадиол 2-1 мг/кун). Ушбу ҳолатда гестагенларнинг дозалари 200 мг микронизацияланган прогестерон/10 мг дидрогестеронни календар ойининг 12-14 узлуксиз кунлари давомида ташкил қилади.
- Постменопаузада эстроген-гестаген препаратларни комбинацияланган узлуксиз режимда қўллаш тавсия этилади. Эстрогенлар паст ва ўта паст дозаларгача камайтирилиши керак (эстрадиол 1-0,5 мг/кун). Гестагенлар дозаси – 100 мг прогестерон/5-2,5 мг дидрогестерон.
- Муддатдан олдинги ёки эрта менопаузани бошдан кечираётган аёллар табиий менопаузали аёлларга қараганда эстрогенларнинг юқори дозаларини олишлари керак.. Ушбу ҳолатда эстрогенларнинг тавсия этилган дозалари: эстрадиол пер ос 2 мг/кун ёки трансдермал эстрадиол 75-150 мкг/кун. Бу ҳолатда гестагенларнинг дозалари 200 мг микронизацияланган прогестерон/10 мг дидрогестеронни ташкил қилади.

- ЛНГ-БИВ яна бир мумкин бўлган вариант бўлиб, агар комбинацияланган терапия талаб этилса, уни эстроген билан биргаликда қўллаш мумкин.

**Циклик комбинацияланган МГТ қўлланилганда МГТнинг монофазали комбинацияланган режимга ўтиш қуйидаги ҳолларда мумкин:**

- Даволаш бошланган вақтда 50 ёшдан ошган аёлларда паст дозали МГТни циклик режимда 1-2-йил қабул қилгандан сўнг.
- Бемор менопаузанинг ўрта ёшига етганда (51-52 ёш), МГТ қўллашни бошлаганда 50 ёшгача.
- Ҳайз кўришга ўхшаш реакция табиати ўзгарганда: оз миқдорда суртма ажралма/кетма-кет 2 дан ортиқ цикл давомида умуман йўқ

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

<https://aig-journal.ru/articles/Algoritmy-primeneniya-menopauzalnoi-gormonalnoi-terapii-u-jenshin-v-period-peri-i-postmenopauzy-Sovmestnaya-poziciya-ekspertov-ROAG-RAM-AGE-RAOP.html>

**МГТ таркибий қисмларини киритишнинг турли йўллари мавжуд:**

- эстрогенни ичишга (таблеткалар) ёки трансдермал усулда гел, спрей ёки пластир кўринишида тавсия этиш мумкин.
- прогестагенни оғиз орқали, кин орқали ёки бачадон ичи тизими орқали тавсия этиш мумкин.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

Аёлни МГТ препаратлари контрацептив таъсирга эга эмаслиги ҳақида хабардор қилиш керак.

**С**

Контрацепсияга муҳтож бўлган перименопаузадаги аёлларга климактерик симптомларни даволаш ва/ёки остеопорознинг олдини олиш учун комбинацияланган перорал контрацептивлар тавсия этилиши мумкин (қарши кўрсатмалар бўлмаганда)

Етинилэстрадиол асосидаги микродозаланган ёки ултрамикродозаланган КОКларни ёки эстрадиол ёки эстетрол асосидаги замонавий КОКларни буюриш мумкин.

**Б**

Эндо метрийнинг гиперпластик жараёнларини олдини олиш ва ҳайз даврини тартибга солиш учун менопаузага ўтиш давридаги аёлларга прогестагенлар билан монотерапия тайинлаш тавсия этилади

Прогестерон ва унинг ҳосилаларини тайинлаш бўйича тавсиялар - "Эндо метрийнинг гиперпластик жараёнлари" баённомасига қаранг

**С**

Аденомиоз туфайли гистеректомиядан сўнг, анамнезида кенг тарқалган ташқи генитал эндометриоз бўлган аёлларга МГТ сифатида комбинацияланган эстроген-гестаген терапия ёки тиболон буюриш тавсия этилади

Тиболон эстроген-гестаген терапиясининг муқобили ҳисобланади. Тиболонни охириги табиий ҳайздан 12 ойдан олдин қабул қилишни бошламаслик керак. Гистеректомия бўлган аёллар учун даволанишни безовта қилувчи аломатлар юзага келиши билан бошлаш мумкин. Тиболон эндо метрийни рағбатлантирмагани учун прогестаген билан бир вақтда даволашни талаб қилмайди. Тиболон остеопороз хавфи юқори бўлган аёлларга, шунингдек, жинсий майл/либидо пасайганда тавсия этилиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37902335/>

Кичик ўлчамдаги бачадон миомаси (мушаклараро ёки субсероз жойлашган) мавжуд бўлганда, бачадон ва унинг ортиқларини ултратовуш текшируви 6 ойда камида 1 марта ўтказилганда МГТ фониди буюрилиши мумкин. Миоматоз тугунларнинг ўсиши/кўпайиши ёки тузилишидаги ўзгаришлар аниқланганда, МГТни бекор қилиш керак

[https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza\\_i\\_klimaktericheskoe\\_sostoyani\\_e\\_u\\_zhenshchiny\\_-versiya\\_2024\\_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023](https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza_i_klimaktericheskoe_sostoyani_e_u_zhenshchiny_-versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023)

**С**

Климактерик симптомларни даволаш ва/ёки остеопорознинг олдини олиш учун МГТни муҳокама қилишда юрак-қон томир хавфининг табақаланишини ҳисобга олиш керак

Юрак-қон томир касалликлари хавфини Фрамингхам (АҚШ) шкаласи ёки Европа кардиологлар жамияти (ESC) SCORE шкаласи каби электрон алгоритмлар ёрдамида табақалаштириш мумкин. SCORE шкаласидан фойдаланишда юрак-қон томир хавфи тоифаларига кўра қуйидаги тамойилларга амал қилиш тавсия этилади:

- Юрак-қон томир касалликлари хавфи жуда юқори бўлган аёллар (10% дан ортиқ) юрак-қон томир хавф омилларини бошқариш учун фақат эстрогенлар билан маҳаллий даволашни (вагинал) иккиламчи профилактика билан биргаликда олишлари керак.
- Юрак-қон томир касалликлари хавфи юқори бўлган аёллар (5 дан 9% гача) маҳаллий ўринбосар гормон терапиясини юрак-қон томир хавф омилларининг бирламчи ёки иккиламчи профилактика стратегиялари билан биргаликда олишлари мумкин. Агар тизимли МГТ зарур бўлса, трансдермал режимлар индивидуал асосда таклиф этилиши мумкин.
- Ўртача юрак-қон томир хавфи (1 дан 4% гача) бўлган аёлларга юрак-қон томир хавф омилларини даволаш учун бирламчи профилактика стратегиялари билан ёки уларсиз ҳар қандай турдаги тизимли МГТ таклиф қилиниши мумкин.
- Юрак-қон томир хавфи паст (<1%) бўлган аёлларга ҳар қандай турдаги МГТ таклиф этилиши мумкин.

Юрак-қон томир хавфини табақалаштиришнинг кенг қўлланиладиган алгоритмларидан ташқари, аёлларга хос бўлган хавф омилларини ҳам ҳисобга олиш керак, масалан, ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг мавжудлиги ёки КБСда нур терапияси.

[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(22\)00090-1/pdf](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf)

**С**

Тизимли МГТ ЮИК билан оғриган, шунингдек бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши ёки транзитор ишемик хужум билан оғриган беморларга тавсия этилмайди. Ушбу беморларда вазомотор симптомларни даволаш учун ногормонал терапия қўлланилиши керак

<https://www.probl-endojournals.ru/jour/article/view/13394>.

**А**

Шахсий анамнезида веноз тромбоземболия (ВТЭ) бўлган аёлларга перорал МГТ тавсия этилмайди

Эстрогенларнинг трансдермал шакллари ВТЭ асоратлари ва гепатобилиар тизим касалликларининг юқори хавфи учун қулай хавфсизлик профилига эга.

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

**С**

Климактерик белгилари бўлган аёлларда сўрилиш бузилиши билан боғлиқ ошқозон-ичак тракти касалликлари мавжуд бўлса, эстрогенларни юборишнинг трансдермал йўлига устунлик бериш тавсия этилади

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

<https://mz.mosreg.ru/dokumenty/informaciya/klinicheskie-rekomendacii/02-08-2021-11-15-50-menopauza-i-klimaktericheskoe-sostoyanie-u-zhenshch>

**С**

Табиий ёки жарроҳлик менопаузаси бўлган аёлларда эстроген терапияси билан биргаликда ёки усиз трансдермал тестостерон ишлатиш жинсий майлни яхшилайти ва жинсий дисфункция белгиларини камайтиради

Трансдермал тестостерон препаратлари мунтазам равишда буюрилмаслиги керак.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37902335/>

МХТни бекор қилишнинг мажбурий муддатлари ҳақида кўрсатма йўқ. Шунга қарамай, МГМни 5-7 йилдан ортиқ давом эттириш аёлнинг индивидуал эҳтиёжларига асосланган бўлиши керак.

<b>С</b>	МГТни >45 ёшдан бошлаган ва давом этаётган қизишлар, ҳаёт сифати билан боғлиқ муаммолар ёки остеопорознинг олдини олиш зарурати туфайли терапияни давом эттириш имкониятини кўриб чиқмоқчи бўлган аёллар учун МГТнинг афзалликлари ва хавфларини тегишли индивидуал баҳолагандан сўнг қарор қабул қилиш лозим
----------	---

Алоҳида аёлларда симптомларнинг давомийлигини олдиндан айтиб бўлмаслиги сабабли, дозани босқичма-босқич камайтириш ёки зарур бўлса, препаратни бир вақтнинг ўзида тўхтатиш орқали МГТни бекор қилиш тестини ўтказиш мумкин. Беморга препарат дозасини босқичма-босқич камайтириш қисқа муддатда симптомларнинг такрорланишини камайтириши мумкинлигини тушунтириш керак. МГТ тўхтатилгандан сўнг, остеопоротик синишлар хавфи юқори бўлган аёлларга суяк саломатлиги учун гормонал бўлмаган дориларни таклиф қилиш керак.

[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(22\)00090-1/pdf](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf)

### Маҳаллий гормон терапияси

<b>А</b>	Генитоуринар менопауза синдроми кўринишларини бартараф этиш учун перименопауза ва постменопауза давридаги аёлларга 0,5 мг эстриолнинг стандарт дозасини ўз ичига олган маҳаллий гормон терапиясини тайинлаш тавсия этилди
----------	---

ГУМСнинг алоҳида белгилари (қин қуруқлиги, диспареуния ёки жинсий ҳаётдаги ноқулайлик) маҳаллий МГТга кўрсатма ҳисобланади. ГУМСни эстрогенлар билан даволашни узоқ муддатли терапия сифатида кўриб чиқиш керак, чунки бу дориларни қабул қилишни тўхтатиш ва қайта бошлаш учун ҳеч қандай чекловлар йўқ.

Маҳаллий МГТ учун препаратлар қин шамчалари, қин кремлари кўринишида тақдим этилган. Вагинал атрофия белгилари бўлган беморга вагинал эстрогенни алоҳида ёки гормонал бўлмаган намлантирувчилар билан биргаликда ишлатиш мумкинлигини айтиш керак.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

### Даволашнинг бошқа усуллари

<b>С</b>	Менопаузага ҳос когнитив-хулқ-атвор терапиясини (КХТ) қўшимча равишда вазомотор симптомларни даволаш варианты сифатида ёки бемор МГТни қабул қилишни истамаса ёки қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, мустақил терапия сифатида кўриб чиқиш тавсия этилади
----------	--

КХТ учун аёлни психотерапевтга юбориш керак.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

<b>С</b>	Серотонин қайта ушланиб қолиш селектив ингибиторлари (СҚУҚСИ) ва серотонин ва норадреналин қайта ушланиб қолиш селектив ингибиторларини (СНҚУҚСИ) КС билан оғриган, МГТга қарши кўрсатмаларга эга бўлган аёлларга, шу жумладан гормонга боғлиқ ёмон сифатли ўсмалари бўлган ёки МГТдан фойдаланишни истамайдиган беморларга вазомотор ва рухий-ҳиссий аломатларни бартараф этиш ҳамда уйқуни яхшилаш мақсадида қўллаш тавсия этилади
----------	--

СҚУҚСИга пароксетин (ишлатиладиган дозалар 10-20 мг/сут), флуоксетин (ишлатиладиган дозалар 10 мг/сут) препаратлари киради. СНҚУҚСИга - венлафаксин (фойдаланиладиган дозалар 37,5-150 мг/сут). СҚУҚСИ, СНҚУҚСИ мунтазам равишда, фақат вазомотор симптомларда биринчи қатор терапияси сифатида буюриш керак эмас. Бу препаратлар психоемоционал бузилишлар билан бирга қўшилганда афзал кўрилади. Тамоксифен метаболизмига таъсир кўрсатиши сабабли, уни қабул қилаётган аёлларга СҚУҚСИ тайинлаш тавсия этилмайди.

<b>С</b>	Вазомотор белгилари бўлган аёлларда МГТга қарши кўрсатмалар ёки МГТ тайинланишига тўсқинлик қилувчи бошқа омиллар мавжуд бўлса, бета-аланин препаратларини тайинлаш тавсия этилади
----------	--

<b>С</b>	Енгил ва ўртача оғирликдаги вазомотор симптомларни даволаш учун аёлларда МГТга қарши кўрсатмалар ёки уни қўллашга тўсқинлик қилувчи бошқа омиллар мавжуд бўлса, фитоэстрогенларни қўллаш тавсия этилади
----------	---

Фитоэстрогенлар (изофлавонолар, лигнанлар, куместрол ва б.) - эстрогенларга ўхшаш хусусиятларга эга бўлган табиий ўсимлик бирикмалари. Асосан озиқ-овқат кўшимчаси сифатида ишлатилади. Беморга узоқ муддат қабул қилиш хавфсизлиги, тартибга солинмайдиган дорилар (фитоэстрогенлар) таркибий қисмларининг сифати ва тозаллиги номаълум бўлиши мумкинлигини тушунтириш лозим.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

**С** Кўкрак беши саратони билан оғриган аёлларда вазомотор симптомларни даволаш учун фитоэстрогенлар, е витамини ёки магнитли қурилмаларни тайинлаш тавсия этилмайди  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng101>

## 2.7. Профилактика

Пери- ва постменопаузадаги беморларга нисбатан махсус профилактика чоралари ишлаб чиқилмаган. Носпецифик профилактика жисмоний фаоллик, тўғри овқатланиш ва соғлом турмуш тарзини олиб боришни назарда тутати.

Пери- ва аостменопаузадаги барча аёлларга етарли миқдорда оқсил истеъмол қилган ҳолда мувозанатли овқатланиш, магний ва рух етишмовчилигини истисно қилиш тавсия этилади. Постменопаузадаги аёллар учун суяк массаси йўқотилишини камайтириш мақсадида кунига 800 ХБ дозада Д витамини ва кунига 1200 мг калсий қабул қилишнинг аниқ фойдаси исботланган. Калсий кўшимчаларини узоқ вақт қабул қилиш билан боғлиқ ножўя таъсирлар озиқ-овқат маҳсулотлари билан етарли миқдорда калсий истеъмол қилишни афзал кўради.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

## 2.8. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Бажарилишини баҳолаш
1.	Анамнез маълумотлари тўпланди	Ҳа/Йўқ
2.	Репродуктив қариш босқичини аниқлаш амалга оширилди STRAW+10 бўйича қариш	Ҳа/Йўқ
3.	БА ўлчанди, ТВИ ҳисобланди	Ҳа/Йўқ
4.	Ташқи жинсий аъзолар визуал текшируви ва бимануал қин текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
5.	Кўкрак безлари визуал текшируви ва палпацияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
6.	Менопауза белгилари бўлган аменорея ёки тартибсиз ҳайз кўрган 45 ёшгача бўлган аёлларнинг қонида ФСГ даражаси аниқланди	Ҳа/Йўқ
7.	Репродуктив қариш босқичини аниқлашда қийинчиликлар мавжуд бўлганда ва олигоменорея/аменорея, атипик вазомотор аломатлар, уйку бузилиши, тез чарчаш, вазн ўзгариши сабабларини қиёсий ташхислаш учун қондаги ТТГ даражаси аниқланди	Ҳа/Йўқ
8.	Бачадон ва ортиқларнинг ултратовуш текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
9.	40 ва ундан катта ёшдаги аёлларда BI-RADS ва АСР тизими бўйича баҳоланган ҳолда 2 проекцияда рентген маммография, шунингдек, кўрсатмалар бўйича – сут безлари УТТ	Ҳа/Йўқ
10.	Бачадон бўйни микропрепаратининг ситологик текшируви ва ПЗР усули билан бачадон бўйни каналдан ажралмада (қирмада) юқори кансероген хавфга эга бўлган одам папиллома вируслари (Папиллома вирус) ДНК-сини аниқлаш, бачадон бўйни шикастланишларини скрининг қилиш учун миқдорий тадқиқот ўтказилди	Ҳа/Йўқ
11.	Постменопаузал даврдаги аёлларда FRAX бўйича синишлар хавфини аниқлаш амалга оширилди	Ҳа/Йўқ
12.	Анамнезда синишлар мавжуд бўлганда/остеопороз учун хавф омиллари мавжуд бўлганда/ FRAX бўйича остеопоротик синишларнинг ўртача (оралиқ) хавфи мавжуд бўлганда ИЭРА ёрдамида бел умуртқа поғонаси	Ҳа/Йўқ

	ва сон суяги проксимал қисмининг рентгеноденситометрияси ёрдамида СТМЗ аниқланди	
13.	Тухумдоннинг эрта етишмовчилиги ташхиси қўйилган беморларда ИЭРА ёрдамида умуртқа поғ‘онасининг бел қисми ва сон суяги проксимал қисмининг рентгеноденситометрияси ёрдамида СТМЗ аниқланди	Ҳа/Йўқ
14.	Анамнезда синишлар/остеопороз учун хавф омиллари мавжуд бўлганда ва семизликда 25-ОН витамин Д даражасини аниқлаш амалга оширилди	Ҳа/Йўқ
15.	МГТ тайинлашдан олдин қўшимча текширув ўтказилди: юрак уриши, қон босими, глюкоза даражаси, умумий холестерин даражаси ўлчанди	Ҳа/Йўқ
16.	Анамнез маълумотлари ва кўрсатмаларга мувофиқ аёлларга МГТ тайинлашдан олдин қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви ва қон таҳлили, биокимёвий, умумий терапевтик (АЛТ, АСТ, ГГТ, умумий билирубин), ХС-ПЗЛП, ЮЗЛП ХС, триглицеридлар ўтказилди	Ҳа/Йўқ
17.	Анамнез маълумотлари ва кўрсатмаларга кўра, аёлларга МГТ тайинлашдан олдин колоноскопия ўтказилди, тегишли анамнез маълумотлари ва УТ кўрсаткичлари бўлган аёлларга МГТ тайинлашдан олдин оёқ томирларининг доплерографияси	Ҳа/Йўқ
18.	Анамнез маълумотлари ва кўрсатмаларга кўра, аёлларга МГТ тайинлашдан олдин қонда коагулограмма (гемостаз тизимини тахминий текшириш) ўтказилди	Ҳа/Йўқ
19.	Анамнез маълумотлари ва кўрсатмаларга мувофиқ аёлларга МГТ тайинлашдан олдин қон ивишининг ИИ омили генидаги G20210А протромбин полиморфизми аниқланди; В омили генидаги G1691А мутацияси (В ивиш омилидаги Лейден мутацияси) молекуляр-генетик жиҳатдан ўрганилди	Ҳа/Йўқ
20.	МГТ тайинлашга аниқ кўрсатмалар/қарши кўрсатмалар, МГТнинг минимал самарали дозасини танлаш аниқланди. Бемор билан МГТнинг фойдаси ва потенциал хавфи ҳақида суҳбат ўтказилди	Ҳа/Йўқ
21.	МГТ қабул қилишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, беморга климактерик бузилишлар ва ГУМС белгиларини коррекциялашнинг муқобил усуллари таклиф этилди	Ҳа/Йўқ
22.	Даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш ва МГТ фонида ножўя таъсирларни аниқлаш даволаш бошланганидан 3 ой ўтгач ва кейинчалик йилига 1 марта амалга оширилди	Ҳа/Йўқ

### 3. Адабиётлар рўйхати

1. British Gynaecological Cancer Society and British Menopause Society guidelines. Ginekologik saratonni davolashdan keyingi menopauza simptomlarini boshqarish, 2024-yil avgust
2. Davis SR, Taylor S, Hemachandra c va boshqalar. Menopauzani boshqarish bo'yicha 2023-yilgi amaliyotchi vositalar to'plami. Klimakterik. 2023;26 (6):517-536. doi: 10.1080/13697137.2023.2258783.
3. Davis, S.R., Baber, R.J. Treating menopause - MHT and beyond. Nat Rev Endocrinol 18, 490-502 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00685-4>
4. Erta va mahalliy rivojlangan ko'krak bezi saratoni: tashxislash va boshqarish/NICE qo'llanmasi, 2018-yil
5. Lambrinoudaki, Irene va boshqalar. Menopauza, farovonlik va salomatlik: Yevropa Menopauza va Andropauza Jamiyatidan parvarish yo'li, Maturitas, 2022-yil, 163-jild, 1-14
6. Magraith K, Jang C. Menopauza boshqaruvi. Aust Prescr 2023;46:48-53. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2023.014>
7. Menopauza: identifikatsiya va boshqaruv. NICE yo'riqnomasi, 2024
8. NICE: Menopauza, diagnostika va boshqaruv - Qo'llanmadan amaliyotga qo'llanma xulosasi, 2024-yil

9. R. J. Baber, N. Panay & A. Fenton IMS Yozuvchilar guruhi (2016) 2016 IMS Ayollarning o'rtayoshdagi salomatligi va menopauza gormon terapiyasi bo'yicha tavsiyalar, Climacteric, 19:2, 109-150, DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
10. RACGP menopauza va perimenopauza bilan bog'liq masalalarni tekshirishga yuborish, 2024-yil
11. RANZCOG klinik qo'llanmasi: Menopauza belgilarini boshqarish, 2023-yil
12. L.A. Ashrafyan, V.Ye. Balan i soavt. Peri- va postmenopauza davrida ayollarda menopauza gormonal terapiyasini qo'llash algoritmlari. ROAG, RAM, AGE, RAOP, Akusherlik va ginekologiya ekspertlarining qo'shma pozitsiyasi, 2021-yil, No3, 210-221
13. Ayollarda menopauza va klimakterik holat. Klinicheskiye rekomendatsii, 2024, RF.
14. Shlyaxto Ye.V., Suxix G.T., Serov V.N., Dedov I.I., Arutyunov G.P., Suchkov I.A., Orlova Ya.A., Andreeva Ye.N., Yureneva S.V., Yavelov I.S., Yarmolinskaya M.I., Villevalda S.V., Grigoryan O.R., Dudinskaya Ye.N., Ilyuxin Ye.A., Koziolova N.A., Sergiyenko I.V., Smetnik A.A., Tapilskaya N.I. Rossiyskiye kriterii priyemlemosti naznacheniya menopauzalnoy gormonalnoy terapii patsiyentkam s serdechno-sosudistimi i metabolicheskimi zabolevaniyami. RKO, ROAG, RAE, YAT, RAF kelishuv hujjati. Endokrinologiya muammolari. 2023;69 (5):115-136. <https://doi.org/10.14341/probl13394>.

## 4. ИЛОВАЛАР

### 4.1. Баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 7-декабрдаги 5590-сонли "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги фармони ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024-йил 23-февралдаги 52-сонли "Миллий/маҳаллий клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ва тиббиёт амалиётига жорий этиш методологиясини тасдиқлаш тўғрисида"ги буйруғи талабларига мувофиқ ишлаб чиқилган.

Баённомани ишлаб чиқишда "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" ДМ ва Тошкент шаҳар филиали, Тошкент тиббиёт академияси акушер-гинеколог мутахассислари иштирок этди.

Ушбу протоколнинг яратилиши муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар, аралашувлар самарадорлигини исботловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

**Манфаатлар тўқнашуви:** Ушбу протоколни яратиш бўйича ишни бошлашдан олдин ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисидаги ёзма билдиришномани тўлдирдилар. Муаллифлар жамоаси аъзоларининг ҳеч бири ушбу протокол мавзуси бўйича клиник амалиётда қўллаш учун махсулот ишлаб чиқарувчи фармацевтика компаниялари ёки бошқа ташкилотлар билан тижорий манфаатдорликка ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга бўлмаган.

**Манфаатдор томонларни жалб қилиш:** Баённома ва тавсияларнинг кўрсатмаларини ишлаб чиқишда аҳолининг мақсадли гуруҳи (беморлар ва уларнинг оила аъзолари) нинг фикрлари, жумладан тиббий (саломатлик учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашувлар хавфи), ахлоқий, маданий ва диний жиҳатлар сўралган ва ҳисобга олинган. Фикр-мулоҳазалар сўрови РИОваБСИАТМ бош бошқармасининг ихтисослашган бўлимларида аёллардан норасмий интервью олиш орқали амалга оширилди.

**Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш.**

**Далилларни тўплаш учун фойдаланилган усуллар:** электрон маълумотлар базаларидан қидириш, кутубхона ресурслари. Асосий маълумот манбалари сифатида 2014-2024-йиллар давомида турли мамлакатларнинг тиббиёт ҳамжамиятлари ва бошқа ихтисослашган ташкилотларининг инглиз ва рус тилларидаги клиник қўлланмаларидан фойдаланилган, протоколни ишлаб чиқишда сўнгги 5-йиллик (2019-йилдан) маълумотлар устувор аҳамиятга эга бўлган. Баённомани ишлаб чиқиш жараёнида далиллар сифати паст ёки мавжуд бўлмаган манбалар сифатида дарсликлар ва монографиялардан фойдаланилмаган. Асосий маълумотлар манбаларини мунтазам қидириш куйидаги маълумотлар базаларини ўз ичига олади:

- Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти - <https://www.who.int/ru>
- Канада акушерлар ва гинекологлар жамияти (SOGS) - <http://sogc.medical.org>

- Клиник мукамаллик миллий институти (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Қироллик акушерлар ва гинекологлар коллежи (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Австралия Миллий соғлиқни сақлаш ва тиббий тадқиқотлар кенгаши (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- Янги Зеландия йўриқномалар гуруҳи (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Квинсленддаги давлат ва хусусий туғруқ ва неонатал хизматлар соҳасидаги соғлиқни сақлаш мутахассислари - [Guidelines@health.qld.gov.au](mailto:Guidelines@health.qld.gov.au)
- Халқаро гинекология ва акушерлик федерацияси - <https://www.figo.org/>
- Россия акушер-гинекологлар жамияти (РОАГ) - [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)
- Тавсияларни ўзлаштириш ва мослаштириш учун бирламчи ҳужжат сифатида турли мамлакатларнинг бир нечта клиник қўлланмаларидан фойдаланилди.

Топилган ва баҳоланган клиник қўлланмаларда талаб қилинадиган тавсиялар мавжуд бўлмаган ёки улар етарлича/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан мустаҳкамланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитларда қўллаб бўлмайдиган ёки эскирган ҳолларда, маълумотлар базаларида тасодифий назорат қилинадиган синовлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар, когорт тадқиқотлари учун қўшимча қидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>.

Клиник қўлланмаларнинг замонавийлигини, уларни ишлаб чиқиш методологиясини, далилларнинг ишончлилиги ва ишончлилиги/кучи, тиббий ёрдам кўрсатишнинг маҳаллий шароитларига қўлланилиши даражалари бўйича тавсияларни тартиблашни ҳисобга олган ҳолда топилган манбаларнинг сифати танқидий баҳоланди.

**Тавсияларни шакллантириш усуллари ва тавсифи.** Баённоманинг якуний тавсиялари бир нечта клиник қўлланмалардан тавсияларнинг бир қисмини асл таҳрирда ўзгаришсиз олиш, клиник қўлланмалар тавсияларининг бир қисмини маҳаллий шароитларга мослаштириш, қўшимча адабиётларни қидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш орқали шакллантирилди. Далилларнинг сифати паст бўлган ва маҳаллий шароитларда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник қўлланмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган даражадаги далиллар билан қабул қилинди. Агар хорижий клиник қўлланмалар муаллифлари томонидан исботланганлик даражаларининг бошқа шкалаларидан фойдаланилган бўлса, улар (агар бу мумкин бўлса) GRADE тизимига ўтказилган. Турли клиник қўлланмаларда бир хил тавсиялар мавжуд бўлган, аммо далиллар даражаси турлича бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ протоколга янада ишончли илмий маълумотларга асосланган тавсияларни киритди.

Баённома ички ва ташқи экспертлар томонидан ҳужжатли экспертизадан ўтказилган. Агар тавсияларнинг далиллар базаси тақризчи/экспертнинг фикридан кўра салмоқлироқ бўлса ёки соғлиқни сақлашнинг мақсадли бўлиши шароитида қўллаш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари тақризчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини ўзларида сақлаб қолдилар.

Баённоманинг якуний таҳририни шакллантиришда баённома лойиҳаси олий ўқув юртларининг профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар уюшмаси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ худудий филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), туғруққа ёрдам кўрсатиш тизимининг худудий муассасалари шифокорлари орасидан кенг доирадаги мутахассислар муҳокамасига тақдим этилди. Муҳокама учун протокол лойиҳаси РИОваБСИАТМнинг расмий веб-сайтида мавжуд эди <https://akusherstvo.uz/> Фикр-мулоҳазалар электрон почта орқали қабул қилиниб, стандарт фикр-мулоҳазалар варақаси тўлдирилди. Баённома лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний таҳририни шакллантириш ишчи гуруҳ, тақризчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу клиник протоколнинг тавсияларида барча маълумотлар ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб тавсияларнинг ишончлилиги даражаси (ТРД) бўйича тартибга солинган.

## 4.2. STRAW+10 репродуктив қариш шкаласи

Менархе					Последняя менструация (0)					
Стадия	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Терминология	Репродуктивный период				Менопаузальный переход		Постменопауза			
	Ранний	Расцвет	Поздний		Ранний	Поздний	Ранний		Поздний	
					Перименопауза					
Продолжительность	Различная				Различная	1–3 года	2 года (1+1)	3–6 лет	Остальной период жизни	
<i>Основные критерии</i>										
Менструальный цикл	Различный или регулярный	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения обильности/продолжительности	Различная продолжительность, стабильные колебания длительности последовательных циклов $\geq 7$ дней	Период аменореи $\geq 60$ дней				
<i>Подтверждающие критерии</i>										
<i>Эндокринные</i>										
ФСГ			Низкий	Различный*	↑ Различный*	↑ >25 МЕ/л**	↑ Различный*	Стабильный		
Антимюллеров гормон			Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий		
Ингибин В				Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий		
Количество антральных фолликулов			Низкое	Низкое	Низкое	Низкое	Очень низкое	Очень низкое		
<i>Описательные характеристики</i>										
Симптомы						Вазомоторные симптомы Вероятно	Вазомоторные симптомы Весьма вероятно			Усугубление симптомов урогенитальной атрофии

### Репродуктив давр (менопаузагача):

- **-5** (эрта репродуктив босқич): мунтазам сикллар, нормал ФСГ даражаси.
- **-4** (енг юқори репродуктив босқич): барқарор сикллар, максимал фертиллик.
- **-3** (кечки репродуктив босқич): сикл узунлигида кичик ўзгаришлар бўлиши мумкин.

### Менопаузага ўтиш (перименопауза):

- **-2** (менопаузага эрта ўтиш): сикллар тартибсиз бўлиб қолади, ФСГ ўзгариши мумкин.
- **-1** (менопаузага кеч ўтиш): сикл узунлигининг сезиларли ўзгариши, юқори ФСГ.

### Постменопауза:

- **+1a** (эрта постменопауза, охирги ҳайздан 0-3 йил ўтгач): гормонал ўзгаришлар, ФСГнинг ошиши, эстрогеннинг пасайиши.
- **+1b** (ўртача менопауза, охирги ҳайздан 3-7 йил ўтгач): ФСГ даражасининг барқарорлашуви.
- **+1c** (кечки постменопауза, 7+ ёш): барқарор ўзгаришлар, аломатлар хавфининг пасайиши, аммо ёшга боғлиқ касалликлар намоён бўлиши мумкин.

## 4.3. Климактерик синдром белгиларини баҳолаш Грин шкаласи

Климактерик синдром даражасини аниқлаш учун Грин шкаласи ҳиссий-руҳий ҳолатни баҳолаш учун 21 та симптом-саволни (1-11 та савол), соматик кўринишларни (12 дан 18 та саволгача), вазомотор ҳолатни (19 ва 20 та савол) ва жинсий ҳолатни (21 та савол) ўз ичига олади.

**Куперман индексини баҳолашда бўлгани каби, ҳар бир саволга 4 та жавоб варианты мавжуд:**

- симптомлар умуман безовта қилмайди – 0 балл,
- биров безовта қилади – 1 балл,
- етарлича кучли безовта қилади – 2 балл,
- ўта ифодаланган – 3 балл.

**Симптом-саволлар рўйхати (уларнинг мавжудлиги ва ифодаланиш даражасини баҳолаш талаб этилади):**

<b>АЛОМАТЛАР</b>	<b>ЙЎҚ</b>	<b>КУЧСИЗ</b>	<b>ЎРТАЧА</b>	<b>ОҒИР</b>
1. Юрак уришининг тезлашиши ёки кучайиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Зўриқиш ва асабийлашиш ҳисси	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Уйқунинг бузилиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Қўзғалувчанликнинг ошиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Ваҳима хуружлари	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Диққатни жамлашда қийинчилик	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Чарчоқ ёки қуввацизлик ҳисси	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Кўп нарсаларга қизиқишнинг йўқолиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Қайғу ёки тушкунлик ҳисси	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Кўз ёши хуружлари	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Таъсирчанлик	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Бош айланиши ёки ҳушдан кетиш ҳолати	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Бош ёки бошқа аъзоларда босим ёки сиқилиш ҳисси	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Турли аъзоларнинг увишиши ёки санчиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Бош оғриғи	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. Мушак ва бўғимлардаги оғриқлар	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Оёқ панжалари ёки умуман оёқларнинг увишиши	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. Нафас олишдаги оғирлик	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. Қизиш/қуйилиш	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. Тунги терлаш	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
21. Жинсий фаолликнинг пасайиши ёки йўқлиги	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Хавотир ёки депрессия мавжудлигига хос кўрсаткичлар** – дастлабки 11 та саволда тўпланган 10 ёки ундан юқори балл.

Соматик бузилишлар мавжудлиги – 12-18 та савол учун 6 ва ундан юқори балл.  
 Вазомотор функциянинг бузилиши – 19 ва 20 та савол бўйича 4 ёки ундан юқори балл.

#### 4.4. Климактерик синдром белгиларини баҳолаш. Купперман менопауза индекси

Аломат	0 дан 3 гача	Коеффициент	Максимал балл
Исиклик қуйилишлари	0-3	×4	12
Парестезиялар (карахтлик, санчик)	0-3	×2	6
Уйқусизлик	0-3	×2	6
Таъсирчанлик	0-3	×2	6
Депрессия	0-3	×1	3
Бош айланиши	0-3	×1	3
Чарчаш	0-3	×1	3
Бош оғриғи	0-3	×1	3
Юрак уриши	0-3	×2	6
Бўғим ва мушаклардаги оғриқлар	0-3	×1	3
Жинсий мойилликнинг пасайиши	0-3	×1	3

#### Натижани расшифровка қилиш

- 15 баллдан кам – климактерик синдромнинг енгил даражаси
- 15-30 балл – ўртача даража
- 30 баллдан юқори – оғир даража

#### 4.5. Суяк синиш хавфини аниқлаш учун FRAX шкаласи

Асосий остеопоротик синишларнинг 10-йиллик эҳтимолини ҳисоблаш учун ишлатилади (суякнинг минерал зичлигидан фойдаланган ҳолда): сон суяги проксимал қисми, умуртқа, елка суяги ёки билак.

Ишлаб чиқувчиларнинг расмий сайти манбаси: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>

Юқори панелдаги "Ҳисоблаш воситаси" бўлимида "Европа"- "Россия" танланади ва керакли майдонлар тўлдирилади.

#### Сўровнома:

1. Ёши (40 дан 90 ёшгача) ёки туғилган санаси  
Ёши: Туғилган санаси: йил: ой: кун:
2. Жинс: эркак, аёл
3. Оғирлиги (кг)
4. Бўй (см)
5. Олдинги синиш: йўқ, ҳа
6. Ота-онанинг сон суяги синиши: йўқ, ҳа
7. Ҳозирда чекиш: йўқ, ҳа
8. Глюкокортикостероидлар: йўқ, ҳа
9. Ревматоид артрит: йўқ, ҳа
10. Иккиламчи остеопороз: йўқ, ҳа
11. Кунига 3 бирлик ва ундан ортиқ алкоголь: йўқ, ҳа
12. Суякнинг минерал зичлиги

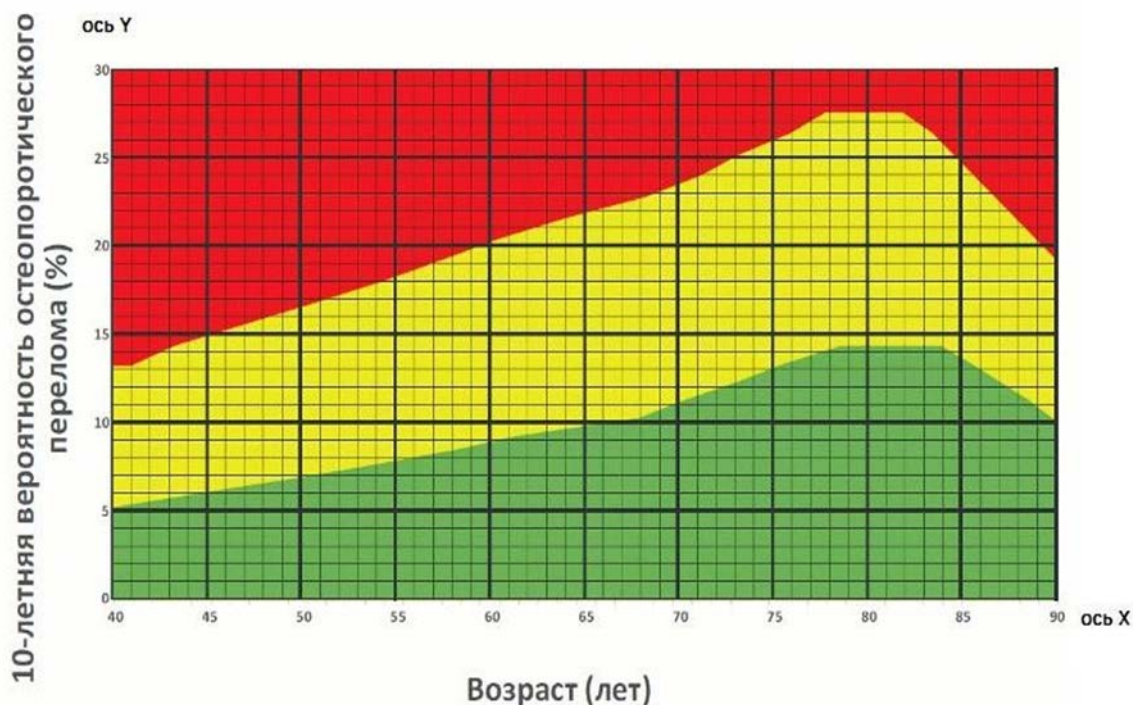
#### Калит (талқин):

Тўқ сариқ зонада синиш хавфини баҳолаш натижаси: Умуртқа поғонасининг бел қисми ва сон суяги проксимал қисмининг икки абсорбцион рентген денситометриясини ўтказиш тавсия этилади. Остеопороз аниқланганда (Т-мезон < -2,5) синиш хавфини қайта баҳоламасдан антиостеопоротик терапия буюриш кўрсатилган.

Қизил соҳада синиш хавфини баҳолаш натижаси: умуртқа поғонасининг бел қисми ва сон суягининг проксимал қисмида икки абсорбцион рентген денситометриясини ўтказиш кўрсатилмаган, бемор, шубҳасиз, антиостеопоротик терапияни тайинлашга муҳтож.

Яшил зонада хавфни баҳолаш натижаси: умуртқа поғонасининг бел қисми ва сон суягининг проксимал қисмида икки абсорбцион рентген денситометриясини ўтказиш кўрсатилмаган, беморга антиостеопоротик терапия буюриш талаб этилмайди.

### FRAX шкаласи бўйича сўров натижаларини баҳолаш жадвали



### Изоҳлар.

Клиник хавф омиллари учун "ҳа" ёки "йўқ". Агар майдон тўлдирилмаган бўлса, "йўқ" жавоби назарда тутилади.

<b>Ёш</b>	Модел 40 ёшдан 90 ёшгача бўлганлар учун ишлайди. Агар киритилса кичик ёки катта қийматлар, дастур мос равишда 40 ёки 90 йил учун эҳтимоликни ҳисоблайди.
<b>Жинс</b>	Еркак ёки аёл. Мосини белгиланг.
<b>Тана вазни</b>	Кг ҳисобида киритилиши керак.
<b>Бўйи</b>	Санасида киритилиши керак.
<b>Олдинги синишлар</b>	Олдинги синиш деганда, катта ёшли одамда илгари бўлган, ўз-ўзидан ёки соғлом одамда синиш юзага келмайдиган жароҳат натижасида юзага келган синиш тушунилади. "Ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беринг (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
<b>Ота-онанинг сон суяги синиши</b>	Отаси ёки онасидан сон суяги синиши анамнезини сўраш. Жавоб беринг "ҳа" ёки "йўқ."
<b>Ҳозирда чекиш</b>	Беморнинг ҳозирда чекувчи эканлигига қараб "ҳа" ёки "йўқ" деб жавоб беринг (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).

<b>Глюкокортикоидлар</b>	Агар бемор ҳозирда рег оз глюкокортикоидларини қабул қилаётган бўлса ёки рег оз глюкокортикоидларини 3 ойдан ортиқ муддат давомида преднизолон** бўйича 5 мг ва ундан ортиқ дозада (ёки бошқа глюкокортикоидларнинг эквивалент дозалари) қабул қилган бўлса, "ҳа" деб ёзинг (шунингдек, хавф омиллари тавсифига қаранг).
<b>ревматоид артрит</b>	Агар беморда тасдиқланган ташхис бўлса, "ҳа" деб жавоб беринг "ревматоид артрит." Акс ҳолда, "йўқ" деб жавоб беринг (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
<b>Иккиламчи остеопо-роз</b>	Агар беморда остеопороз билан боғлиқлиги исботланган касаллик бўлса, "ҳа" деб ёзинг. Булар II турдаги қандли диабет (инсулинга боғлиқ қандли диабет), катталардаги номукаммал остеогенез, узоқ вақт даволанмаган гипертиреоз, гипогонадизм ёки эрта менопауза (<45 ёш), сурункали тўйиб овқатланмаслик ёки малабсорбция ва сурункали жигар касаллиги бўлиши мумкин.
<b>қунига 3 бирлик ва ундан ортиқ алко-гол</b>	Агар бемор қунига 3 ёки ундан ортиқ алкохол истеъмол қилса, "ҳа" деб жавоб беринг. Алкохол бирлиги турли мамлакатларда 8 дан 10 г гача ўзгаради. Бу стандарт бир стакан пиво (285 мл), бир стандарт кучли спиртли ичимлик (30 мл), ўрта ўлчамдаги бир стакан вино (120 мл) ёки бир порция аперитивга (60 мл) тўғри келади (шунингдек, хавф омиллари ҳақидаги эслатмаларга қаранг).
<b>Суякнинг минерал зичлиги</b>	Денситометрнинг ЕҲА маркасини танланг, шундан сўнг сон суяги бўйинчасининг КМИ ни г/см <sup>2</sup> да киритинг. Агар МПК ўрганилмаган бўлса, майдонни бўш қолдириш керак.

#### Хавф омиллари ҳақида эслатмалар

- **Олдинги синиш.** Олдинги умуртқа поғонаси синишида алоҳида ҳолат. Агар синиш фақат рентгенологик текширувда аниқланган бўлса (умуртқанинг морфометрик синиши), унда у олдинги синиш деб қабул қилинади. Шу билан бирга, айниқса кучли хавф омили бўлиб, сон суяги бўйинчасининг синиши билан бир қаторда, олдинги клиник жиҳатдан яққол намоён бўлган умуртқа поғонасининг синиши ҳисобланади. Шунинг учун ушбу ҳолатда синишнинг ҳисобланган эҳтимоллиги сунъий равишда камайтирилиши мумкин. Бундан ташқари, илгари ўтказилган кўп сонли синишларда синиш эҳтимоли сунъий равишда камайтиради.
- **Чекиш, алкохол, глюкокортикоидлар.** Бу хавф омиллари дозага боғлиқ бўлиши мумкин. Ушбу моделда бу ҳисобга олинмайди ва ҳисоблашда ўртача қийматлар қабул қилинади. Кичик ва катта дозаларда клиник баҳолашга мурожаат қилиш лозим.
- **Ревматоид артрит.** Ревматоид артритнинг ҳужжатлаштирилган ташхиси ҳисобга олинади.
- **Суякнинг минерал зичлиги.** Сон бўйнидаги эхо денситометрияси маълумотларидан фойдаланилади.

#### 4.6. МГТга қарши кўрсатмалар

##### МГТ учун мутлақ қарши кўрсатмалар:

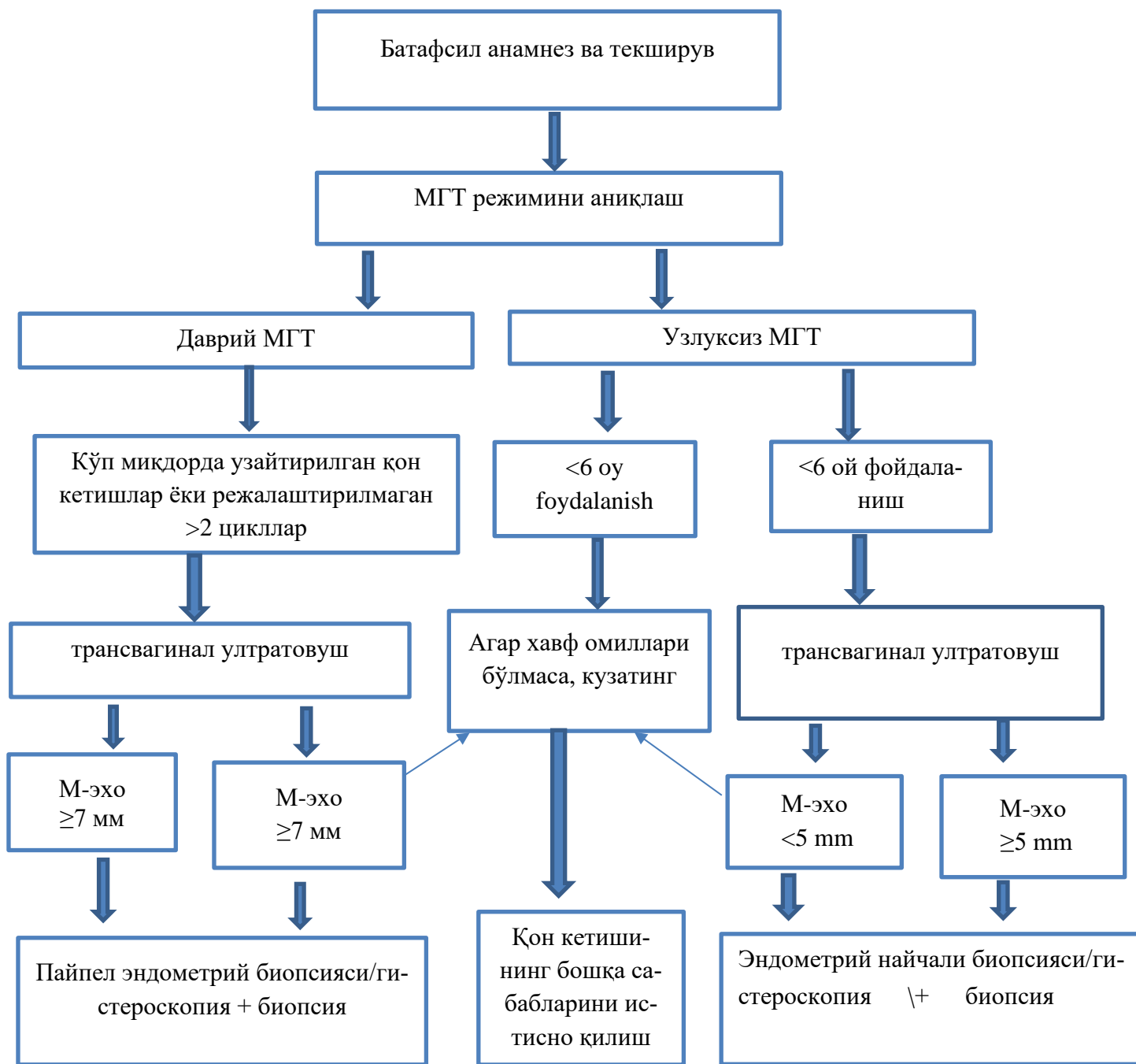
- номаълум генезли жинсий йўллардан қон кетиши (қўшимча текширув ва даволашни талаб қилади, МГТ га қарши кўрсатмаларни аниқлаш ёки уларнинг йўқлиги);
- кўкрак беши саратони (ташхис қўйилган, гумон қилинган ёки анамнезда);
- ташхис қўйилган ёки шубҳа қилинган эстрогенга боғлиқ ёмон сифатли неоплазмалар (ендометрий, тухумдонлар, бачадон);
- ҳозирги вақтда ёки анамнезда (жигарнинг функционал синамалари нормаллашгунга қадар) ўткир ва сурункали жигар касалликлари;
- жигарнинг хавфли ўсмалари;
- ҳозирги вақтда ёки анамнезда тромбозлар (артериал ва веноз) ва тромбоэмболиялар (шу жумладан чуқур веналар тромбози);

- ўпка артерияси тромбозми, миокард инфаркти, ишемик ёки геморрагик цереброваскуляр бузилишлар);
- юқори хавфли генетик тромбофилиялар (антитромбин III етишмовчилиги, протеин C етишмовчилиги, протеин S етишмовчилиги), антифосфолипид синдроми, тугуннинг субмукоз жойлашуви билан бачадон миомасининг мавжудлиги;
- эндометрий полипнинг мавжудлиги;
- тери порфирияси;
- прогестагенга боғлиқ ўсмалар (масалан, менингиома) (гестагенлар учун)

#### **МГТ учун нисбий қарши кўрсатмалар:**

- постменопауза давомийлиги (МГТ бошланишида 10-йилдан ортиқ);
- чекиш;
- ТВИ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>;
- веноз тромбозмилар (ВТЭ) бўйича оғирлашган оилавий анамнез;
- кўкрак беги саратони хавфининг ортиши;
- оғирлашган акушерлик анамнези (артериал гипертензия, преэклампсия, ҳомиладорлик диабетининг мавжудлиги, нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдин кўчиши);
- мигрен;
- назоратсиз артериал гипертензия;
- коллагенозлар;
- epilepsia, бачадон миомаси, эндометриоз мавжудлиги.

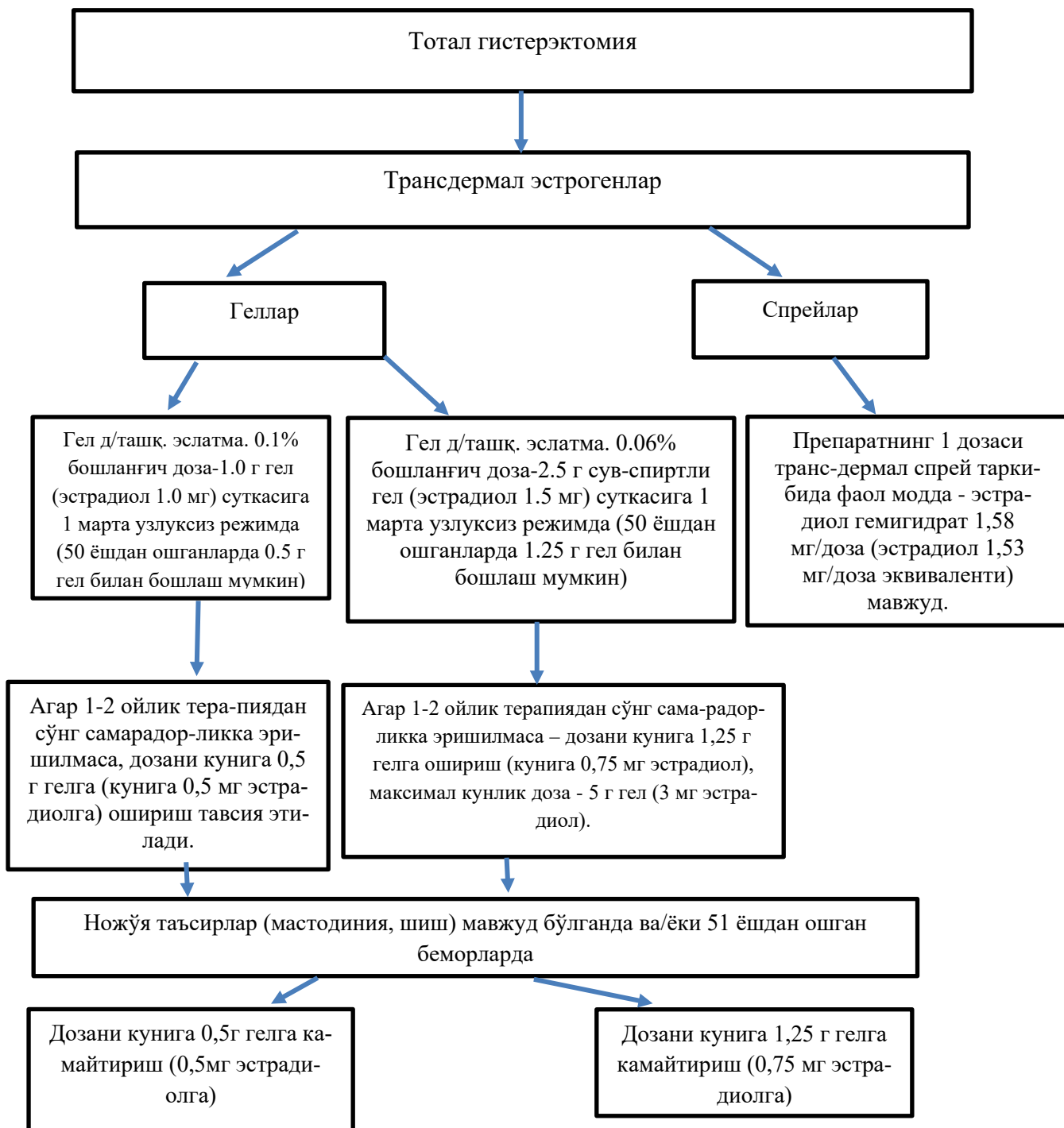
#### 4.7. МГТ фонида қон кетиши бўлган аёлларда диагностик қидирув алгоритми



#### 4.8. Комбинацияланган эстроген-гестаген препаратлар билан даволаш схемаси (оғиз орқали)

ДВ номи	Дори воситаларининг дозалари ва такрорийлиги	Қўллаш давомийлиги
<b>Циклик тартибдаги эстроген-гестаген терапияси</b>		
Эстрадиол 2мг/дидрогестерон 10 мг	Кунига 1 таблеткадан 28 кун давомида	1 йил мобайнида, кейинчалик кўрсатмалар бўйича
Эстрадиол 1мг/дидрогестерон 10 мг	Кунига 1 таблеткадан 28 кун давомида	1 йил мобайнида, кейинчалик кўрсатмалар бўйича
<b>Узлуксиз эстроген-гестаген терапияси (постменопаузада)</b>		
Эстрадиол 0,5 мг/дидрогестерон 2,5 мг	Кунига 1 таблеткадан 28 кун давомида узлуксиз	1 йил мобайнида, кейинчалик кўрсатмалар бўйича
Эстрадиол 1мг/дидрогестерон 5 мг	Кунига 1 таблеткадан 28 кун давомида узлуксиз	1 йил мобайнида, кейинчалик кўрсатмалар бўйича
Эстрадиол 0,06% -тери гели/ Эстрадиол 0,1% тери гели/ Эстрадиол гемигидрат 1.58 спрей + микронизацияланган прогестерон (оғиз ёки қин орқали) / дидрогестерон оғиз орқали	Эстрогенларнинг трансдермал шакллари стандарт ёки паст дозада буюрилади. Прогестерон суткасига 100 мг дозада перорал ёки вагинал қўлланилади / вагинал гел 90 мг дозада ҳафтасига 2 марта; дидрогестерон 10 мг дозада ҳар куни узлуксиз, бачадон ичи тизими билан левоноргестрел (ЛНГ-БИВ) 52 мг ишлатилиши мумкин.	1 йил давомида, кейинчалик кўрсатмалар бўйича

#### 4.9. Тотал гистеректомия / пангистеректомиядан кейин МГТ тайинлаш



#### 4.10. Менопаузал ва перименопаузал бузилишларни бошқариш бўйича амалий кўникмалар компетенциялари (таск шифтинг)

	Ҳамшира / доя	КТОП оилавий шифокори (бакалавр дара- жаси)	Акушер-гинеколог/ бошқа турдош му- тахассислар
<b>Шикоятлар ва анамнез</b>			
Бемордан шикоят йиғиш қобилия- тини кўрсатиш	+	+	+
Бемор анамнезини тўплашда мено- паузал ва перименопаузал бузили- шлар белгилари тўғрисидаги би- лимларни қўллаш	+	+	+
Менопаузал ва перименопаузал бузилишлари бўлган беморлар- нинг тўлиқ тарихини шаклланти- риш		+	+
Хавф омилларини баҳолаш	+	+	+
<b>Физикал кўрик</b>			
Антропометрик маълумотларни ўлчашда компетенцияни намоёиш этиш	+	+	+
Ҳаётий белгиларни ўлчаш қобили- ятини намоёиш этиш (пулс, қон босими, онг, нафас олиш, ҳарорат)	+	+	+
Протокол тавсияларига мувофиқ беморни ҳар томонлама физикал текширувдан ўтказишда компетен- цияни намоёиш этиш		+	+
Менопауза ва перименопаузал бу- зилишлари бўлган беморларни текширишда компетенцияни намоёиш этиш		+	+
<b>Ташхис қўйиш</b>			
ХКТ 10/11 асосида менопауза ва перименопаузал бузилишлар ташхисини қўйиш	+	+	+
<b>Лаборатор диагностикаси</b>			
Базавий лаборатор таҳлилларини тайинлаш:	+	+	+
Базавий лаборатор таҳлиллари натижаларини талқин қилиш		+	+
Қўшимча лаборатор таҳлилларини тайинлаш:		+	+
Қўшимча лаборатор таҳлиллари натижаларини талқин қилиш		+	+
<b>Инструментал диагностика</b>			
Базавий инструментал тадқиқот- ларни тайинлаш	+	+	+
Базавий инструментал тадқиқот- лар натижаларини талқин қилиш		+	+

Кўшимча инструментал тадқиқотлар тайинлаш		+	+
Кўшимча инструментал тадқиқотлар натижаларини талқин қилиш		+	+
<b>Даволаш</b>			
Дори-дармонсиз даволаш ҳажмини аниқлаш	+	+	+
Протокол тавсияларига мувофиқ дори-дармон билан даволанишни тайинлаш		+	+
Жарроҳлик аралашувлари ҳажмини аниқлаш			+
Протоколга мувофиқ жарроҳлик аралашувларини ўтказишдаги компетенциялар			+
<b>Профилактика</b>			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича ваколатлар	+	+	+
Дори-дармонларни даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

#### 4.11. Менопаузал ва перименопаузал бузилишларни бошқариш бўйича билим компетенциялари (таск шифтинг)

	Ҳамшира / доя	КТОП оилавий шифокори (бакалавр даражаси)	Акушер-гинеколог/ бошқа турдош мутахассислар
Менопаузал ва перименопаузал бузилишларни аниқлаш	+	+	+
Менопаузал ва перименопаузал бузилишларда шикоятлар, хавф омиллари, аломатларни тавсифлаш	+	+	+
Менопаузал ва перименопаузал касалликлар билан боғлиқ терминологияни тавсифлаш		+	+
ХКТ 10/11 асосида менопаузал ва перименопаузал бузилишларни таснифлаш	+	+	+
Менопаузал ва перименопаузал бузилишларнинг патофизиологик механизмларини тавсифлаш		+	+
Менопаузал ва перименопаузал касалликларнинг ривожланиш хавфи омилларини тавсифлаш		+	+
Менопаузал ва перименопаузал касалликларда анамнезни йиғиш схемасини тавсифлаш	+	+	+
Менопаузал ва перименопаузал бузилишларда физик тадқиқотга ёндашувларни тавсифлаш	+	+	+

Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар асосида менопаузал ва перименопаузал касалликларни ташхислаш ёндашувини яратиш	+	+	+
Базавий таҳлиллар ва инструментал тадқиқотларни талқин қилиш		+	+
Терапияга ёндашувни яратиш		+	+
Дори дармонсиз терапияни тавсифлаш	+	+	+
Дори терапиясини тавсифлаш		+	+
Менопаузал ва перименопаузал касалликларда қўлланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизми, кўрсаткичлари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилиш		+	+
Менопаузал ва перименопаузал касалликлардаги патофизиологик ўзгаришларни муҳокама қилиш		+	+
Менопаузал ва перименопаузал бузилишлар профилактикаси чора-тадбирларини билиш	+	+	+