

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
2-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"MENOPAUZAL
VA PERIMENOPAUZAL BUZILISHLAR"
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

«KELISHILGAN»
RIOvaBSIATM direktori
N.S. Nadirova

"
" *N.S. Nadirova*



**"MENOPAUZAL
VA PERIMENOPAUZAL BUZILISHLAR"
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

**"MENOPAUZAL
VA PERIMENOPAUZAL BUZILISHLAR"
MILLIY KLINIK BAYONNOMA**

TOSHKENT 2025

Mundarija

Kirish qismi.....	5
Asosiy qismi.....	8
Ilovalar.....	25
Adabiyotlar ro‘yxati.....	25

1. Kirish qismi

XKT-10 bo'yicha kodlar:

Kod	Nomi
N95	Menopauza buzilishlari va perimenopauza davridagi boshqa buzilishlar:
N95.1.	Ayollarda menopauza va klimakterik holat
N95.2.	P ostmenopauzal atrofik vaginit
N95.3.	Sun'iy menopauza bilan bog'liq holat
N95.8	Menopauza va perimenopauza davrining boshqa aniqlangan buzilishlari
N95.9.	Aniqlanmagan menopauza va perimenopauza buzilishlar

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

XKT-11 bo'yicha kodlar:

GA30	Menopauzal yoki ba'zi aniqlangan perimenopauzal buzilishlar
GA30.0	Menopauza
GA30.00	Ayollarda menopauza yoki klimakterik holatlar
GA30.01	Menopauzaga o'tish
QA4B	Menopauza bo'yicha maslahat olish uchun tibbiy tashkilotlarga murojaat qilish
GA30.0Y	Boshqa aniqlangan menopauza
GA30.0Z	Aniqlanmagan menopauza
GA30.2.	Menopauzadan keyingi atrofik vaginit
GA30.3	Sun'iy menopauza bilan bog'liq holatlar
GA30.4.	Menopauza qizishlari
GA30.5	Menopauzal osteoporoz
GA30.6	Tuxumdonning erta yetishmovchiligi
MF32	Menopauza davri bilan bog'liq simptom yoki shikoyat
5D44	Tibbiy muolajalardan keyin kelib chiqqan tuxumdonlar faoliyatining buzilishi
GA30.Y	Boshqa aniqlangan menopauza va perimenopauza buzilishlari
GA30.Z	Menopauza va perimenopauza aniqlanmagan buzilishlari

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

Bayonnoma ishlab chiqilgan va qayta ko'rib chiqilgan sana: 2025-yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

Ishchi guruh rahbarlari:

№	F.I.O.	Lavozim	Ish joyi
1.	Nadirxanova N.S.	Direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM
2.	Abdullayeva L.M.	O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TMA

Asosiy mualliflar ro'yxati:

№	F.I.O.	Lavozim	Ish joyi
1.	Irgasheva S.U.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
2.	Yusupov U.Y.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RIOvaBSIATM

3.	Yusupbayev R.B.	akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIOvaBSIATM
4.	Nishonova F.P.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
5.	Abduraimov T.F.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
6.	Shermatova S.E.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
7.	Aliyeva M.M.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
8.	Shukurova M.R.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
9.	Kayumova D.T.	akusher-ginekolog, t.f.d.	TTA Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
10	Davronova Y.A.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM

Taqrizchilar:

№	F.I.O.	Lavozim	Ish joyi
1.	Aliyeva D.A.	t.f.d., professor	RIOvaBSIATM, maslahat poliklinikasi mudiri
2.	Najmutdinova D.K.	t.f.d., professor.	TTA Oilaviy tibbiyotida akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri

RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

TTA – Toshkent tibbiyot akademiyasi

Klinik protokol OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2025 yil 1 fevral 1-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi. Ishchi guruh rahbarlari Nadirxanova N.S., RIOvaBSIATM DM direktori.

Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va 2025 yil 11 fevraldagi 2-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Ilmiy kengash raisi - t.f.d., professor Asatova M.M.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Tashqi ekspert bahosi:

№	F.I.O.	Lavozim	Ish joyi
1.	Zazerskaya I.Ye.	t.f.d., professor	Almazov nomidagi Federal davlat tibbiyot universiteti Tibbiy ta‘lim institutining akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri (Sankt-Peterburg shahri, Rossiya)

Qisqartmalar ro‘yxati:

AMG	Antimyuller gormoni
LNG-BIV	Levonorgestrel saqlovchi bachadon ichi tizimi
VTE	Venoz tromboemboliya
GnRG	Gonadotropin-rilizing gormoni

GUMS	Genitourinar menopauza sindromi
IERA	Ikki energiyali rentgen absorbsiometriyasi
STT	Sogʻlom turmush tarzi
YUIK	Yurak ishemik kasalligi
TVI	Tana vazni indeksi.
KOK	Kombinatsiyalangan oral kontratseptivlari
KX-AT	Kognitiv xulq-atvor terapiyasi
KS	Klimakterik sindrom
MGT	Menopauzal gormon terapiyasi
STMZ	Suyak toʻqimasining mineral zichligi
BA	Bel aylanasi
KBS	Koʻkrak bezi saratoni
BBS	Bachadon boʻyni saratoni
SQUQSI	Serotonin qayta ushlanib qolinishining selektiv ingibitorlari
SNQUOSI	Serotonin va noradrenalinni qayta ushlanib qolishning selektiv ingibitorlari
TTG	Tireotrop gormon
FSG	Folikulalarni stimullovchi gormon
YUT	Yurak urishi tezligi

Bayonnomaning maqsadi: mavjud eng yaxshi dalillarni koʻrib chiqish, ayollarda klimakterik davr bilan bogʻliq kasalliklar va holatlarni tashxislash, davolash va oldini olish boʻyicha tizim va yagona yondashuvni joriy etish va tashkil etish.

Bemorlar toifalari: peri- va postmenopauzal yoshdagi bemorlar.

Klinik protokol foydalanuvchilari: akusher-ginekologlar, oilaviy shifokorlar, laborantlar, sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrlar, aspirantlar, tibbiyot oliy oʻquv yurtlari oʻqituvchilari.

Protokol tavsiyalariga rioya qilish:

Bayonnomada eʼlon qilish paytida mavjud boʻlgan dalillar asosida ishlab chiqilgan umumiy tavsiyalar keltirilgan.

Agar amaliy faoliyatda ushbu protokol tavsiyalaridan chetga chiqishga qaror qilinsa, shifokor-klinitsistlar bemorning kasallik tarixi/ambulator kartasida quyidagi maʼlumotlarni qayd etishlari kerak:

- bunday qaror kim tomonidan qabul qilingan;
- protokoldan voz kechish qarorining batafsil asoslanishi;
- bemorni olib borish boʻyicha qanday tavsiyalar qabul qilingan.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, bu shuni anglatadiki, shifokorlar bemorlar bilan individual davolash taktikasini muhokama qilishlari, bemorning ehtiyojlarini hisobga olishlari, hurmatli maxfiy muloqot tamoyiliga rioya qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

- zarurat tugʻilganda tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- bemorga maslahat berish va u yoki bu muolajani bajarishga yoki olib borish taktikasi uchun xabardor qilingan rozilikni olish;
- qonunchilik talablari doirasida parvarishlash va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya etilishini taʼminlash;
- umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday parvarishlash va olib borish taktikasini hujjatlashtirish.

Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolash, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun tavsiyalarining ishonchlilik darajasini (TID) baholash shkalasi:

TID	Tavsifi
-----	---------

A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatga oid dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

2. Asosiy qism

2.1. Atamalar va ta’riflar.

Ayollarning reproduktiv qarish bosqichlari – reproduktiv tizim qarish bosqichlarining klinik va gormonal tavsifi (Stages of Reproductive Aging Workshop - STRAW) 2001-yilda ishlab chiqilgan va 2011-yilda qayta ko‘rib chiqilgan (STRAW+10).

Vazomotor buzilishlar – vegetativ boshqaruv buzilishlarining barcha shakllarining namoyon bo‘lishi (issiqlik quyilishi, tungi terlash, titroq va boshqalar).

Issiqlik quyilishi – yuz va tananing yuqori qismiga (bo‘yin, qo‘llar, ko‘krak) issiqlikning keskin oqib kelishi, bu terlash va titroq bilan birga kuzatilishi mumkin.

Ruhiiy-hissiy menopauza buzilishlari kayfiyat o‘zgaruvchanligi, uyqu buzilishi, tushkunlik holati, xavotir, yig‘loqlik, yuqori qo‘zg‘aluvchanlik, tajovuzkorlik, vahima xurujlarini o‘z ichiga oladi.

Genitourinar menopauzal sindrom (GUMS) – estrogenlar va boshqa jinsiy steroidlar darajasining pasayishi bilan bog‘liq simptomlar majmuasi bo‘lib, tashqi jinsiy a‘zolar, oraliq, qin, uretra va siydik pufagidagi o‘zgarishlarni o‘z ichiga oladi.

Vulvovaginal atrofiya (VVA) ko‘pincha GUMS bilan birga keladi. VVAning eng ko‘p uchraydigan belgilari qin quruqligi, dispareuniya, achishish va qichishishdir.

Siydik tuta olmaslik – nazoratsiz siydik chiqarishning obyektiv ko‘rinishlari mavjud bo‘lganda ijtimoiy yoki gigiyenik muammo bo‘lgan ixtiyorsiz siydik ajralishi.

Postmenopauzadagi osteoporoz – suyak massasining kamayishi, suyak to‘qimasi mikroarxitektonikasining buzilishi va natijada minimal shikastlanish bilan sinishlar bilan kechadigan skeletning metabolik kasalligi.

Klimakterik sindrom – tuxumdonlarning gormonal funksiyasining pasayishi va organizmning umumiy qarishi fonida ayollarda yuzaga keladigan vegetativ-qon tomir, ruhiy va almashinuv-endokrin buzilishlar majmuasi.

2.2 Etiologiyasi va patogenezi.

Ayol organizmida yosh o‘tishi bilan gipotalamusda involyutsion o‘zgarishlar yuzaga keladi, bu uning estrogenlar ta’siriga sezgirlik chegarasining oshishi va gonadotrop gormonlar ishlab chiqarilishining ko‘payishi bilan namoyon bo‘ladi. Klimakterik sindromning patogenezi turlicha. Kasallikning boshlanishi steroidogenezning birlamchi buzilishi va estrogenlarning to‘lqinsimon darajasi yoki gipotalamus yoki gipofizdagi birlamchi patologiya bilan bog‘liq bo‘lib, bu gonadotropinlar, birinchi navbatda FSG darajasining oshishi bilan GnRG chiqarilishining desinxronizatsiyasiga olib keladi.

Issiqlik hissi paroksizmal vegetativ simpatikotonik ko‘rinishlarning natijasidir. Xarakterli vegetativ-tomir sezgi buzilishlari markaziy gipertermiya tufayli yuzaga keladi va kapillyarlarning spastik holati va venoz dimlanish rivojlanishidan 30-50 daqiqa o‘tgach namoyon bo‘ladi. Tuxumdonlarda estrogenlar biosintezining pasayishi buyrak usti bezlarida androgenlar (androstendion va testosteron) ishlab chiqarilishining

saqlanib qolishi bilan kechmaydi, bu esa nisbiy giperandrogeniyaga sabab bo‘ladi. Klimakterik davrda qalqonsimon bezning parafolikulyar hujayralari tomonidan ishlab chiqariladigan, suyak massasining rezorbsiyasini va undan kalsiy va fosforning chiqarilishini tormozlaydigan peptid tuzilishli gormon - kalsitonin konsentratsiyasi pasayadi. Kalsitonin biosintezi estrogenlarga bog‘liq bo‘lib, ularning yetishmasligi osteoporoz rivojlanishiga olib keladi. Yurak-tomir kasalliklarining kelib chiqishida bir-biriga bog‘liq bo‘lgan uchta komponent: lipidlar almashinuvi, tomir devorining xususiyatlari va gemostaz tizimidagi o‘zgarishlar muhim rol o‘ynaydi. Asosiy vazifasi tomir devorlaridan xolesterinni chiqarib tashlashdan iborat bo‘lgan yuqori zichlikdagi lipoproteidlarning antiaterogen zarralari fraksiyasining tarkibi menopauzadan keyin o‘rtacha 25% ga kamayadi. Bir vaqtning o‘zida past zichlikdagi lipoproteidlar miqdori ortadi, bu YUIK va insult xavfining biokimyoviy belgisi hisoblanadi. Estrogen tanqisligi sharoitida gemostaz tizimidagi o‘zgarishlar prokoagulyant va antifibrinolitik yo‘nalish bilan tavsiflanadi. Tuxumdonlarning steroid ishlab chiqarish funksiyasining pasayishi oxir-oqibat bir qator metabolik buzilishlar va patologik holatlarga olib keladi.

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

2.3 Epidemiologiyasi.

Dunyoda menopauza boshlanishining o‘rtacha yoshi 48,8 yoshni (95% CI 48,3-49,2) tashkil etadi, bu ko‘rsatkich ayollar yashaydigan geografik mintagaga qarab sezilarli darajada o‘zgarib turadi. Turli mamlakatlarda menopauza boshlanishining o‘rtacha yoshidagi farqlar ko‘pincha etnik, ijtimoiy-iqti-sodiy va madaniy omillarning uyg‘unligi bilan bog‘liq. Ayolning etnik kelib chiqishi uning oxir-ogibat menopauzaga yetadigan yoshiga ta’sir qilishi mumkin. Masalan, osiyolik ayollarda menopauza jarayoni odatda Yevropa etnik guruhlaridagi ayollarga nisbatan hayotda ertaroq boshlanadi.

Klimakterik sindromning namoyon bo‘lishiga peri- va postmenopauza davridagi ayollarning 60-85% shikoyat qiladi. 45 yoshdan 55 yoshgacha bo‘lgan ayollarning taxminan 75% issiqlik quyilishiga shikoyat qiladi, shu bilan birga 25-30% gacha holatlarda — o‘rtacha yoki og‘ir darajada ifodalangan.

Vazomotor simptomlar ko‘pincha menopauzaga o‘tishning kechki fazasida yuzaga keladi va aynigsa postmenopauzaning dastlabki yillarida yag‘gol namoyon bo‘ladi. Perimenopauzadagi ayollarda uyqu buzilishining targalishi 39 dan 47% gacha, postmenopauzadagi ayollarda 35 dan 60% gacha. GUMS belgilari perimenopauzadagi ayollarning 15-20% da va postmenopauzadagi ayollarning 80% da kuza-tiladi.

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

2.4. Tasnifi.

Hozirgi vaqtda reproduktiv tizimning qarish bosqichlarini klinik-gormonal tavsiflash uchun (Stages of Reproductive Aging Workshop) STRAW+10 shkalasi qo‘llaniladi.

Klimakterik davr quyidagi bosqichlarni o‘z ichiga oladi:

Menopauzaga erta o‘tish. 40 yoshdan keyin boshlanadi, hayz davrlari davriyligining o‘zgarishi va FSGning o‘zgaruvchan qiymatlari bilan tavsiflanadi.

Menopauzaga kech o‘tishi. Sikl uzunligining sezilarli o‘zgarishi (60 kundan ortiq amenoreya), FSGning yuqori darajasi (> 25ME/l), vazomotor simptomlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Oxirgi hayzgacha bo‘lgan davrni o‘z ichiga oladi.

Menopauza – 1 yildan keyin retrospektiv tarzda aniqlanadigan oxirgi hayzdir.

Perimenopauza. Menopauzaga o‘tish davri va oxirgi hayzdan keyin 12 oyni o‘z ichiga oladi.

Erta postmenopauza. Oxirgi hayzdan keyin 3-4-yilni qamrab oladi, FSGning yuqori ko‘rsatkichlari qayd etiladi, vazomotor alomatlar eng yaqqol namoyon bo‘ladi.

Kechki postmenopauza – hayotning qolgan davri, FSGning barqaror yuqori ko‘rsatkichlari, genitourinar atrofiya belgilarining kuchayishi, KMKTning yo‘qolishi bilan tavsiflanadi.

Menopauzaning quyidagi turlari mavjud:

Boshlanish vaqti bo‘yicha:

- muddatdan oldingi tuxumdon yetishmovchiligi (40 yoshgacha);
- erta (40-44 yosh);
- o‘z vaqtida (45-55 yosh);
- kechki (55 yoshdan katta).

Kelib chiqish sababi:

- tabiiy menopauza;
- ikki tomonlama ovarioektomiya (jarrohlik menopauzasi) yoki kimyoviy/nur terapiyasi natijasida yuzaga kelgan menopauza.

KS og‘irlik darajasini baholash qo‘llaniladigan baholash shkalasiga bog‘liq (diagnostika bo‘limiga qarang).
[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_sos-toyanie_u_zhenshchiny_versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023

Tashxisni shakllantirish prinsipi.

Menopauza sindromi tashxisini shakllantirish XKT-10/11 kabi xalqaro tasniflarga asoslanadi va uning asosiy xususiyatlarini aks ettirishi kerak:

1. Asosiy kasallik: menopauza sindromi.
2. Oqimning shakli:
 - Oson
 - O‘rtacha og‘ir
 - Og‘ir
3. Mavjud alomatlar:
 - Neyrovegetativ (issiq chaqnashlar, terlash, taxikardiya)
 - Psixoemosional (asabiylashish, depressiya, uyqusizlik)
 - Metabolik-endokrin (semizlik, osteoporoz, gipertoniya)
4. Birgalikda kasalliklar (agar mavjud bo‘lsa).

Tashxisni shakllantirish namunasi:

"Neyrovegetativ va psixoemotsional buzilishlar ustunlik qiladigan o‘rtacha og‘irlikdagi klimakterik sindrom. I darajali semirish. II darajali arterial gipertenziya".

2.5. Tashxis.

Bemorning ahvoli, klimakterik davri va KS tashxisi shikoyatlar tahlili, anamnez, fizikal ko‘rik va qo‘shimcha klinik tekshiruvlar asosida qo‘yiladi.

Anamnez.

Anamnez yig‘ishda va shikoyatlarni aniqlashda quyidagilarni so‘rash kerak:

- Hayz ko‘rish yoshi, hayz siklining tabiati va oxirgi hayz ko‘rish sanasi.
- Reproktiv anamnez, ginekologik kasalliklar va operatsiyalar.
- Somatik va tizimli kasalliklar, endokrinopatiyalar.
- Irsiy patologiya (saron kasalliklari mavjudligi: ko‘krak bezi, endometriy, tuxumdonlar, ichak saratoni; qandli diabet; yurak-qon tomir kasalliklari - insultlar, 50 yoshgacha bo‘lgan infarktlar; osteoporoz, shu jumladan sinishlar)

Bog‘liq alomatlarining mavjudligi:

- vazomotor (qizishlar, tungi terlashning kuchayishi, titroq);
- psixoemotsional - depressiya, asabiylashish, qo'zg'aluvchanlik, uyquning buzilishi, holsizlik, xotira va diqqatni jamlashning pasayishi;
- urogenital va seksual - qindagi qichishish, achishish, quruqlik, disparyuniya, dizuriya;
- skelet-mushak - mialgiyalar, artralgiyalar.

C Barcha bemorlarga tashxis qo'yish bosqichida reproduktiv qarish bosqichini aniqlash uchun STRAW +10 mezonlar tizimidan foydalanish tavsiya etiladi

STRAW +10 mezonlari tizimi (1-ilova) tuxumdonlar polikistozi sindromi, tuxumdonlarning erta yetishmovchiligi, gisterektomiya, endometriy ablyatsiyasidan keyin yoki hozirda BIV-LNG, KOKlardan foydalanayotgan bemorlarga qo'llanilmaydi. Bunday ayollarni tekshirish va ahvolini baholashda vazomotor va psixoemotsional simptomlarning yuzaga kelishga e'tibor berish kerak.

C Menopauza belgilari mavjud bo'lgan bemorlarga ularning og'irlik darajasini aniqlash uchun Grin shkalasi bo'yicha so'rovnoma o'tkazish yoki Kuperman indeksidan foydalanish tavsiya etiladi *

*Ko'rsatilgan so'rovnomalar va hisoblash metodikalari 2,3-illovalarda keltirilgan.

Fizikal tekshiruv

Fizikal ko'rikda umumiy holatni baholash, antropometriya bilan umumiy ko'rik, yurak urish tezligini o'lchash, qon bosimini o'lchashni o'z ichiga olgan standart asosiy tekshiruvlar o'tkazilishi kerak.

C Barcha bemorlarga ortiqcha tana vazni va semizlikni tashxislash uchun tana vazni indeksini (TVI) hisoblash orqali bo'y va vazni aniqlash tavsiya etiladi

C Barcha bemorlarga abdominal/visseral semizlikni aniqlash uchun bel aylanasini (BA) o'lchash tavsiya etiladi

C Barcha bemorlarga sut bezi patologiyasini tashxislash uchun sut bezlarini vizual tekshirish va palpatsiya qilish tavsiya etiladi

Vulva, qin, bachadon bo'yni va kichik chanoq a'zolarining holatini baholash va mumkin bo'lgan patologiyani tashxislash uchun ginekologik tekshiruv o'tkazish kerak.

C Barcha bemorlarga tashqi jinsiy a'zolari, qinni, bachadon bo'ynini vizual ko'rikdan o'tkazish va bimanual qin tekshiruvini tavsiya etiladi

Laboratoriya va instrumental tekshiruv usullari.

C Menopauza belgilari kuzatilgan 45 yoshdan oshgan ayollarga "perimenopauza" yoki "menopauza" tashxisini faqat ushbu belgilar asosida, tasdiqlovchi laboratoriya tekshiruvlarisiz qo'yish tavsiya etiladi

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

C 45 yoshgacha qon zardobidagi FSG darajasini tekshirish tavsiya etiladi:
 - amenoreya yoki tartibsiz hayz ko'rish kabi menopauza belgilari bo'lgan ayollarda,
 - tuxumdonlar polikistozi sindromi, endometriy ablyatsiyasi bo'lgan ayollarda yoki amenoreyaning differensial diagnostikasiga muhtoj bo'lgan ayollarda,
 - bachadon ortiqlarsiz gisterektomiya o'tqazgan ayollarda.

C Muddatdan oldingi menopauza tashxisini tasdiqlash FSG yuqori darajasi (25 ME/l) kamida ikkita natijalari olingandan keyingina kamida 4-6 haftalik interval bilan tavsiya etiladi

C	45 yoshdan oshgan ayollarda menopauzani tashxislash uchun zardobdagi AMG, ingibin A, ingibin B, estradiol, shuningdek, ultratovush tekshiruvda tuxumdonlar hajmini aniqlash tavsiya etilmaydi
C	Kombinatsiyalangan estrogen-progestagen kontratsepsiyasi yoki progestagenlarning yuqori dozalaridan foydalanadigan odamlarda menopauzani aniqlash uchun zardobdagi FSGni aniqlash tavsiya etilmaydi
C	Atipik vazomotor alomatlar, vazn o'zgarishi, uyqu buzilishi va tez charchash sabablarini qiyosiy tashxislash uchun zardobdagi TTG darajasini tekshirish tavsiya etiladi
A	Postmenopauzadagi ayollarga sinishlarning individual 10 yillik ehtimolini baholash tavsiya etiladi (FRAX algoritmidan foydalangan holda)
C	Osteoporoz xavf omillari mavjud bo'lganda qondagi 25-OH vitamin D darajasini tekshirish tavsiya etiladi
C	Peri- va postmenopauzadagi ayollarga bachadon bo'yni saratoni va ko'krak bezi saratoni skriningidan o'tish tavsiya etiladi
A	Suyaklarning mineral zichligini aniqlash maqsadida anamnezda sinishlar, osteoporoz xavfi omillari yoki aniqlangan osteoporotik sinishning o'rtacha (oraliq) individual 10-yillik xavfi mavjud bo'lganda (FRAX algoritmi bo'yicha) rumurtqa pog'onasining bel qismi va son suyagining proksimal qismida ikkienergetik rentgen absorbsiometriyasini (IERA) o'tkazish tavsiya etiladi
A	Barcha muddatdan oldingi menopauzali ayollarga suyaklarning mineral zichligini baholash maqsadida umurtqa pog'onasining bel qismi va son suyagining proksimal qismida ikki energiyali rentgen absorbsiometriyasini (IERA) o'tkazish tavsiya etiladi

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

MGT tayinlashdan oldin qarshi ko'rsatmalarni va/yoki mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar xavfini aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlar tavsiya etiladi:

C	chanoq a'zolarining organik patologiyasini istisno qilish maqsadida chanoq a'zolarini ultratovush tekshiruvi
C	sut bezlari patologiyasini istisno qilish maqsadida ikki proyeksiyada rentgen mammografiyasi, sut bezlarining ultratovush tekshiruvi
C	bachadon bo'yni mikropreparatini sitologik tekshirish
C	och qoringa glyukoza darajasini, umumiy xolesterinni aniqlash

Mammografiya 40 yoshdan boshlab tavsiya etiladi, sut bezlarining ultratovush tekshiruvi – 40 yoshgacha BI-RADS shkalasi bo'yicha baholash va ACR bo'yicha mammografik zichlik tasnifi bilan tavsiya etiladi.
<https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2023/12/The-2023-Practitioner-s-Toolkit-for-Managing-Menopause.pdf>

A	Tegishli anamnez ma'lumotlari va ko'rsatmalarga ega bo'lgan ayollarga MGT tayinlashdan oldin bir qator qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi
---	--

Qo'shimcha tekshiruvlar ro'yxati anamnez ma'lumotlari, subyektiv klinik ko'rsatkichlar va bemorning sog'lig'i holatiga qarab farq qilishi mumkin.

Qo'shimcha ko'rsatmalar asosida bajarilishi mumkin

- qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi,
- qonda bilirubin, ALT, AST, GGT faolligini aniqlash,
- koagulogramma,
- lipid spektri,
- HOMA indeksi, glyukozaga tolerantlik testi,
- qon ivishining II omili genidagi G20210A protrombin polimorfizmini aniqlash; V omil genidagi G1691A mutatsiyasini molekulyar-genetik jihatdan o'rganish (V ivish omilidagi Leyden mutatsiyasi),
- kolonoskopiya,
- oyoq tomirlarining ultratovush dopplerografiyasi.

A

MGT qabul qilayotgan ayollar davolanish boshlanganidan 3 oy o'tgach ko'rikdan o'tishlari, so'ngra kamida har yili tibbiy ko'rik, kasallik tarixi va oilaviy tarixni yangilash, tegishli laboratoriya va vizualizatsiya tekshiruvlari, turmush tarzi va surunkali kasalliklarning oldini olish yoki kamaytirish strategiyalarini muhokama qilishni o'z ichiga olgan maslahatdan o'tishlari kerak

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

2.6. Davolash

Turmush tarzi, ovqatlanish va jismoniy mashqlar.

Menopauza simptomlarini boshqarish dori-darmonsiz ta'sir usullari, gormonal bo'lmagan va gormonal terapiyani o'z ichiga oladi. Birinchi navbatda ovqatlanish, jismoniy faollikni me'yorlashtirish bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga olgan umumiy strategiyaga amal qilish lozim. Bemor va uning qarindoshlari bilan STT tamoyillarini muhokama qiling, aniq tavsiyalar bering. Shuni ta'kidlash kerakki, turmush tarzidagi o'zgarishlar muloqot va aqliy faoliyatni o'z ichiga oladi.

A

KS belgilari bo'lgan ayollarga, birinchi navbatda, turmush tarzini o'zgartirish, jumladan, stressni kamaytirish, muntazam jismoniy mashqlar, vaznni optimal nazorat qilish, tegishli parhez, chekishni tashlash hamda spirtli ichimliklar va kofeinni ortiqcha iste'mol qilish bo'yicha tavsiyalar berilishi lozim

A

Muntazam jismoniy mashqlar hayot sifatini yaxshilash hamda yurak-qon tomir va umumiy o'limni kamaytirish uchun tavsiya etiladi

B

Haftasiga kamida 150 daqiqa o'rtacha intensivlikdagi mashqlar tavsiya etiladi. Haftada ikki marotaba qo'shimcha kuch mashqlari qo'shimcha foyda keltirishi mumkin

Menopauzani boshdan kechirayotgan ayolga jismoniy faollik yordamida mushak massasi va suyaklar salomatligini saqlash muhimligini tushuntirish kerak.

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

Dori-darmonlar bilan davolash.

A

KSni davolash taktikasini tanlashda har bir bemorga individual yondashuvdan foydalanish ustuvor hisoblanadi

Tizimli MGT

A

MGT vazomotor simptomlar va genitourinar atrofiyada eng samarali terapiya hisoblanadi

C

MGTni qo'llash uchun aniq ko'rsatmalarsiz, ya'ni estrogen yetishmovchiligining alomatlari yoki jismoniy oqibatlarisiz tavsiya etmaslik kerak

Vazomotor simptomlari va GUMS bo'lgan ayolga birinchi qator terapiyasi sifatida qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda MGT tavsiya eting.

Agar bemorda hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradigan estrogen yetishmovchiligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin bo‘lgan klinik alomatlar (artralgiya, mushak og‘rig‘i, xotira pasayishi, uyqu buzilishi va psixo-emotsional buzilishlar) mavjud bo‘lsa, MGT tayinlash masalasini boshqa mutaxassislar bilan muhokama qilish orqali hal qilish kerak.

C	MGT shaxsiy tanlov tamoyillariga muvofiq, shu jumladan alomatlar va profilaktika zarurati, shuningdek, ayolning shaxsiy va oilaviy tarixi, tegishli tadqiqotlar natijalari, afzalliklari va kutilmalarini hisobga olgan holda tavsiya etilishi lozim
---	--

MGTning zamonaviy personallashtirish (individual tanlash) konsepsiyasi tamoyillari:

- Tizimli MGTning boshlanishi 60 yoshdan kichik va postmenopauza davomiyligi 10-yildan kam bo‘lgan ayollarda ko‘rib chiqilishi kerak (terapevtik imkoniyatlar oynasi).
- GUMS simptomlarining estrogenlar (estriol) bilan mahalliy terapiyasini tayinlashda yoshga oid cheklolar mavjud emas.
- Davolash maqsadlariga muvofiq, MGTning minimal samarali dozalaridan foydalanish kerak.
- MGTni individuallashtirish (dozani, dori shaklini, uning tarkibini, foydalanish rejimini tanlash) bemorning yoshi, reproduktiv qarish bosqichi, ginekologik kasalliklar, komorbid holatlar, ayolning afzalliklarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi.
- MGTni qo‘llash reproduktiv qarish bosqichi, yosh, davolash samaradorligi va chidamliligiga qarab dozalarni vaqti-vaqti bilan o‘zgartirishni talab qiladi. Bemorning yoshi va postmenopauza davomiyligi oshishi bilan MGT dozasi kamaytirish maqsadga muvofiq.

A	Muddatdan oldingi tuxumdon yetishmovchiligi va erta menopauzada, shu jumladan kimyoterapiya/nur terapiyasi, ikki tomonlama ovarioektomiyadan so‘ng estrogen saqlovchi dori vositalarini tayinlash tavsiya etiladi
---	---

45 yoshgacha va ayniqsa 40 yoshgacha spontan yoki yatrogen menopauza bo‘lgan ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari va osteoporoz xavfi yuqori, shuningdek, affektiv buzilishlar va aqliy zaiflik xavfi yuqori bo‘lishi mumkin. Bunday bemorlarga jinsiy steroidlar bilan davolashni iloji boricha ertaroq boshlash va hech bo‘lmaganda fiziologik menopauza yoshigacha (qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda) o‘tkazish kerak.

C	Tuxumdonlarning muddatdan oldingi yetishmovchiligi va erta menopauzada MGT yoki kombinatsiyalangan oral kontratseptivlaridan foydalanish tavsiya etiladi
---	--

MGTga qarshi ko‘rsatmalar (mutlaq va nisbiy) – 6-ilovaga qarang.

<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>

MGT rejimlari va turlari:

MGT turi va dozasi tanlashda quyidagi omillarga e‘tibor qaratish lozim:

- bemorning istak-talablari;
- bachadon bor yoki yo‘qligi;
- homiladorlikka qarshi vositalarga bo‘lgan ehtiyoj;
- simptomlarning turi va og‘irligi;
- reproduktiv qarish bosqichi;
- yo‘ldosh kasalliklar.

C	Menopauza bilan bog‘liq simptomlarni davolashning mumkin bo‘lgan usuli sifatida MGTni muhokama qilishda estrogenlar bilan kombinatsiyalangan yoki monoterapiya bilan bog‘liq afzalliklar va xavflarni, yuborish yo‘llarini, estrogen yoki progestageni tanlashni, davolashning mumkin bo‘lgan davomiyligini tushuntirish tavsiya etiladi
---	--

Yosh va individual ko‘rsatkichlar bo‘yicha MGTning afzalliklari va xavflari haqidagi moslashtirilgan ma‘lumotlarni va ayol bilan tushunarli shaklda muhokama qiling. Menopauza belgilarini kamaytirish va 40

yoshdan oshgan ayollarda MGTning aniq sog'liq ko'rsatkichlariga ta'siri haqidagi ma'lumotlardan foydalaning.

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

C Total gisterektomiya o'tkazgan ayollarga klimakterik simptomlarni davolash va/yoki osteoporozning oldini olish uchun, klimakterik bosqichdan qat'i nazar, estrogenlar bilan uzluksiz monoterapiya buyurish tavsiya etiladi

Gisterektomiya o'tkazgan ayollar uchun kombinatsiyalangan terapiyaga zarurati yo'q, chunki gestagenlarni qo'llashga ehtiyoj yo'q: estrogenlar bilan monoterapiya endometriyning nazoratsiz giperplaziyasi va potensial malignizatsiyasi bilan bog'liq. Tarkibida estradiol bo'lgan preparatlardan foydalanish tavsiya etiladi. Yuborish yo'llari: peroral (tabletkalar) yoki parenteral (teri ustiga - gellar, spreylar, plastirlar).

<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)

C Bachadoni intakt bo'lgan ayollarga klimakterik simptomlarni davolash va/yoki osteoporozning oldini olish uchun kombinatsiyalangan estrogen-gestagen terapiyasini tayinlash tavsiya etiladi

Estrogen-gestagen terapiyani tayinlashda sintetik progestagenlarga nisbatan KBS xavfiga nisbatan qulayroq profilga ega bo'lishi mumkin bo'lgan didrogesteron yoki mikronizatsiyalangan progesteron afzal hisoblanadi.

- Perimenopauzada estrogen-gestagen preparatlarini siklik rejimda qo'llash tavsiya etiladi: progestagen bilan uzluksiz estrogen siklik ravishda kiritiladi).
- Estrogenlarning standart va past dozalari qo'llaniladi (estradiol 2-1 mg/kun). Ushbu holatda gestagenlarning dozalari 200 mg mikronizatsiyalangan progesteron/10 mg didrogesteronni kalendar oyining 12-14 uzluksiz kunlari davomida tashkil qiladi.
- Postmenopauzada estrogen-gestagen preparatlarni kombinatsiyalangan uzluksiz rejimda qo'llash tavsiya etiladi. Estrogenlar past va o'ta past dozalgacha kamaytirilishi kerak (estradiol 1-0,5 mg/kun). Gestagenlar dozasi – 100 mg progesteron/5-2,5 mg didrogesteron.
- Muddatdan oldingi yoki erta menopauzani boshdan kechirayotgan ayollar tabiiy menopauzali ayollarga qaraganda estrogenlarning yuqori dozalarini olishlari kerak.. Ushbu holatda estrogenlarning tavsiya etilgan dozalari: estradiol per os 2 mg/kun yoki transdermal estradiol 75-150 mkg/kun. Bu holatda gestagenlarning dozalari 200 mg mikronizatsiyalangan progesteron/10 mg didrogesteronni tashkil qiladi.
- LNG-BIV yana bir mumkin bo'lgan variant bo'lib, agar kombinatsiyalangan terapiya talab etilsa, uni estrogen bilan birgalikda qo'llash mumkin.

Siklik kombinatsiyalangan MGT qo'llanilganda MGTning monofazali kombinatsiyalangan rejimiga o'tish quyidagi hollarda mumkin:

- Davolash boshlangan vaqtda 50 yoshdan oshgan ayollarda past dozali MGTni siklik rejimda 1-2-yil qabul qilgandan so'ng.
- Bemor menopauzaning o'rta yoshiga yetganda (51-52 yosh), MGT qo'llashni boshlaganda 50 yoshgacha.
- Hayz ko'rishga o'xshash reaksiya tabiati o'zgarganda: oz miqdorda surtma ajralma/ketma-ket 2 dan ortiq sikl davomida umuman yo'q

<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>

MGT tarkibiy qismlarini kiritishning turli yo'llari mavjud:

- estrogeni ichishga (tabletkalar) yoki transdermal usulda gel, sprej yoki plastir ko'rinishida tavsiya etish mumkin.
- progestageni og'iz orqali, qin orqali yoki bachadon ichi tizimi orqali tavsiya etish mumkin.

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

Ayolni MGT preparatlari kontratseptiv ta'sirga ega emasligi haqida xabardor qilish kerak.

C	Kontratsepsiyaga muhtoj bo'lgan perimenopauzadagi ayollarga klimakterik simptomlarni davolash va/yoki osteoporozning oldini olish uchun kombinatsiyalangan peroral kontratseptivlar tavsiya etilishi mumkin (qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda)
----------	---

Etinilestradiol asosidagi mikrodozalangan yoki ultramikrodozalangan KOKlarni yoki estradiol yoki estetrol asosidagi zamonaviy KOKlarni buyurish mumkin.

B	Endometriyning giperplastik jarayonlarini oldini olish va hayz davrini tartibga solish uchun menopauzaga o'tish davridagi ayollarga progestagenlar bilan monoterapiya tayinlash tavsiya etiladi
----------	---

Progesteron va uning hosilalarini tayinlash bo'yicha tavsiyalar - "Endometriyning giperplastik jarayonlari" bayonnomasiga qarang

C	Adenomioz tufayli gisterektomiyadan so'ng, anamnezida keng tarqalgan tashqi genital endometrioiz bo'lgan ayollarga MGT sifatida kombinatsiyalangan estrogen-gestagen terapiya yoki tibolon buyurish tavsiya etiladi
----------	---

Tibolon estrogen-gestagen terapiyasining muqobili hisoblanadi. Tibolonni oxirgi tabiiy hayzdan 12 oydan oldin qabul qilishni boshlamaslik kerak. Gisterektomiya bo'lgan ayollar uchun davolanishni bezovta qiluvchi alomatlar yuzaga kelishi bilan boshlash mumkin. Tibolon endometriyni rag'batlantirmagani uchun progestagen bilan bir vaqtda davolashni talab qilmaydi. Tibolon osteoporoz xavfi yuqori bo'lgan ayollarga, shuningdek, jinsiy mayl/libido pasayganda tavsiya etilishi mumkin.

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

Kichik o'lchamdagi bachadon miomasi (mushaklararo yoki subseroz joylashgan) mavjud bo'lganda, bachadon va uning ortiqlarini ultratovush tekshiruvini 6 oyda kamida 1 marta o'tkazilganda MGT fonida buyurilishi mumkin. Miomatoz tugunlarning o'sishi/ko'payishi yoki tuzilishidagi o'zgarishlar aniqlanganda, MGTni bekor qilish kerak.

https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza_i_klimaktericheskoe_sostoyani_e_u_zhenshchiny_versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023

C	Klimakterik simptomlarni davolash va/yoki osteoporozning oldini olish uchun MGTni muhokama qilishda yurak-qon tomir xavfining tabaqalanishini hisobga olish kerak
----------	---

Yurak-qon tomir kasalliklari xavfini Framingham (AQSH) shkalasi yoki Yevropa kardiologlar jamiyati (ESC) SCORE shkalasi kabi elektron algoritmlar yordamida tabaqalashtirish mumkin. SCORE shkalasidan foydalanishda yurak-qon tomir xavfi toifalariga ko'ra quyidagi tamoyillarga amal qilish tavsiya etiladi:

- Yurak-qon tomir kasalliklari xavfi juda yuqori bo'lgan ayollar (10% dan ortiq) yurak-qon tomir xavf omillarini boshqarish uchun faqat estrogenlar bilan mahalliy davolashni (vaginal) ikkilamchi profilaktika bilan birgalikda olishlari kerak.
- Yurak-qon tomir kasalliklari xavfi yuqori bo'lgan ayollar (5 dan 9% gacha) mahalliy o'rinbosar gormon terapiyasini yurak-qon tomir xavf omillarining birlamchi yoki ikkilamchi profilaktika strategiyalari bilan birgalikda olishlari mumkin. Agar tizimli MHT zarur bo'lsa, transdermal rejimlar individual asosda taklif etilishi mumkin.
- O'rtacha yurak-qon tomir xavfi (1 dan 4% gacha) bo'lgan ayollarga yurak-qon tomir xavf omillarini davolash uchun birlamchi profilaktika strategiyalari bilan yoki ularsiz har qanday turdagi tizimli MGT taklif qilinishi mumkin.
- Yurak-qon tomir xavfi past (<1%) bo'lgan ayollarga har qanday turdagi MGT taklif etilishi mumkin.

Yurak-qon tomir xavfini tabaqalashtirishning keng qo'llaniladigan algoritmlaridan tashqari, ayollarga xos bo'lgan xavf omillarini ham hisobga olish kerak, masalan, homiladorlik davrida gipertenziv buzilishlarning mavjudligi yoki KBSda nur terapiyasi.

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

C	Tizimli MGT YUIK bilan og‘rigan, shuningdek bosh miya qon aylanishining o‘tkir buzilishi yoki tranzitor ishemik hujum bilan og‘rigan bemorlarga tavsiya etilmaydi. Ushbu bemorlarda vazomotor simptomlarni davolash uchun nogormonal terapiya qo‘llanilishi kerak https://www.probl-endojournals.ru/jour/article/view/13394 .
----------	--

A	Shaxsiy anamnezida venoz tromboemboliya (VTE) bo‘lgan ayollarga peroral MGT tavsiya etilmaydi Estrogenlarning transdermal shakllari VTE asoratlari va gepatobiliar tizim kasalliklarining yuqori xavfi uchun qulay xavfsizlik profiliga ega. https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html
----------	--

C	Klimakterik belgilari bo‘lgan ayollarda so‘rilish buzilishi bilan bog‘liq oshqozon-ichak trakti kasalliklari mavjud bo‘lsa, estrogenlarni yuborishning transdermal yo‘liga ustunlik berish tavsiya etiladi 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
----------	--

C	Tabiiy yoki jarrohlik menopauzasi bo‘lgan ayollarda estrogen terapiyasi bilan birgalikda yoki usiz transdermal testosteron ishlatish jinsiy maylni yaxshilaydi va jinsiy disfunksiya belgilarini kamaytiradi Transdermal testosteron preparatlari muntazam ravishda buyurilmasligi kerak. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37902335/
----------	---

MHTni bekor qilishning majburiy muddatlari haqida ko‘rsatma yo‘q. Shunga qaramay, MGMni 5-7 yildan ortiq davom ettirish ayolning individual ehtiyojlariga asoslangan bo‘lishi kerak.

C	MGTni >45 yoshdan boshlagan va davom etayotgan qizishlar, hayot sifati bilan bog‘liq muammolar yoki osteoporozning oldini olish zarurati tufayli terapiyani davom ettirish imkoniyatini ko‘rib chiqmoqchi bo‘lgan ayollar uchun MGTning afzalliklari va xavflarini tegishli individual baholagandan so‘ng qaror qabul qilish lozim Alohida ayollarda simptomlarning davomiyligini oldindan aytib bo‘lmasligi sababli, dozani bosqichma-bosqich kamaytirish yoki zarur bo‘lsa, preparatni bir vaqtning o‘zida to‘xtatish orqali MGTni bekor qilish testini o‘tkazish mumkin. Bemorga preparat dozasini bosqichma-bosqich kamaytirish qisqa muddatda simptomlarning takrorlanishini kamaytirishi mumkinligini tushuntirish kerak. MGT to‘xtatilgandan so‘ng, osteoporotik sinishlar xavfi yuqori bo‘lgan ayollarga suyak salomatligi uchun gormonal bo‘lmagan dorilarni taklif qilish kerak. https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf
----------	--

Mahalliy gormon terapiyasi

A	Genitourinar menopauza sindromi ko‘rinishlarini bartaraf etish uchun perimenopauza va postmenopauza davridagi ayollarga 0,5 mg estriolning standart dozasini o‘z ichiga olgan mahalliy gormon terapiyasini tayinlash tavsiya etildi
----------	---

GUMSning alohida belgilari (qin quruqligi, dispareuniya yoki jinsiy hayotdagi noqulaylik) mahalliy MGTga ko‘rsatma hisoblanadi. GUMSni estrogenlar bilan davolashni uzoq muddatli terapiya sifatida ko‘rib chiqish kerak, chunki bu dorilarni qabul qilishni to‘xtatish va qayta boshlash uchun hech qanday cheklovlar yo‘q.

Mahalliy MGT uchun preparatlar qin shamchalari, qin kremlari ko‘rinishida taqdim etilgan.

Vaginal atrofiya belgilari bo‘lgan bemorga vaginal estrogenni alohida yoki gormonal bo‘lmagan namlantiruvchilar bilan birgalikda ishlatish mumkinligini aytish kerak.

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

Davolashning boshqa usullari

C	Menopauzaga xos kognitiv-xulq-atvor terapiyasini (KXT) qo‘shimcha ravishda vazomotor simptomlarni davolash varianti sifatida yoki bemor MGTni qabul qilishni istamasa yoki qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, mustaqil terapiya sifatida ko‘rib chiqish tavsiya etiladi
----------	---

KXT uchun ayolni psixoterapevtga yuborish kerak.

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

C	Serotonin qayta ushlanib qolish selektiv ingibitorlari (SQUQSI) va serotonin va noradrenalin qayta ushlanib qolish selektiv ingibitorlarini (SNQUOSI) KS bilan og‘rigan, MGTga qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lgan ayollarga, shu jumladan gormonga bog‘liq yomon sifatli o‘smalari bo‘lgan yoki MGTdan foydalanishni istamaydigan bemorlarga vazomotor va ruhiy-hissiy alomatlarini bartaraf etish hamda uyquni yaxshilash maqsadida qo‘llash tavsiya etiladi
----------	--

SQUQSIga paroksetin (ishlatiladigan dozalar 10-20 mg/sut), fluoksetin (ishlatiladigan dozalar 10 mg/sut) preparatlari kiradi. SNQUOSIga - venlafaksin (foydalaniladigan dozalar 37,5-150 mg/sut). SQUQSI, SNQUOSI muntazam ravishda, faqat vazomotor simptomlarda birinchi qator terapiyasi sifatida buyurish kerak emas. Bu preparatlar psixoemotsional buzilishlar bilan birga qo‘shilganda afzal ko‘riladi. Tamoksifen metabolizmiga ta‘sir ko‘rsatishi sababli, uni qabul qilayotgan ayollarga SQUQSI tayinlash tavsiya etilmaydi.

C	Vazomotor belgilari bo‘lgan ayollarda MGTga qarshi ko‘rsatmalar yoki MGT tayinlanishiga to‘sqinlik qiluvchi boshqa omillar mavjud bo‘lsa, beta-alanin preparatlarini tayinlash tavsiya etiladi
----------	--

C	Yengil va o‘rtacha og‘irlikdagi vazomotor simptomlarni davolash uchun ayollarda MGTga qarshi ko‘rsatmalar yoki uni qo‘llashga to‘sqinlik qiluvchi boshqa omillar mavjud bo‘lsa, fitoestrogenlarni qo‘llash tavsiya etiladi
----------	--

Fitoestrogenlar (izoflavonlar, lignanlar, kumestrol va b.) - estrogenlarga o‘xshash xususiyatlarga ega bo‘lgan tabiiy o‘simlik birikmalari. Asosan oziq-ovqat qo‘shimchasi sifatida ishlatiladi. Bemorga uzoq muddat qabul qilish xavfsizligi, tartibga solinmaydigan dorilar (fitoestrogenlar) tarkibiy qismlarining sifati va tozaligi noma‘lum bo‘lishi mumkinligini tushuntirish lozim.

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

C	Ko‘krak bezi saratoni bilan og‘rigan ayollarda vazomotor simptomlarni davolash uchun fitoestrogenlar, ye vitamini yoki magnitli qurilmalarni tayinlash tavsiya etilmaydi
----------	--

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng101>

2.7. Profilaktika

Peri- va postmenopauzadagi bemorlarga nisbatan maxsus profilaktika choralari ishlab chiqilmagan. No-spetsifik profilaktika jismoniy faollik, to‘g‘ri ovqatlanish va sog‘lom turmush tarzini olib borishni nazarda tutadi.

Peri- va aostmenopauzadagi barcha ayollarga yetarli miqdorda oqsil iste‘mol qilgan holda muvozanatli ovqatlanish, magniy va rux yetishmovchiligini istisno qilish tavsiya etiladi. Postmenopauzadagi ayollar uchun suyak massasi yo‘qotilishini kamaytirish maqsadida kuniga 800 XB dozada D vitamini va kuniga 1200 mg kalsiy qabul qilishning aniq foydasi isbotlangan. Kalsiy qo‘shimchalarini uzoq vaqt qabul qilish bilan bog‘liq nojo‘ya ta‘sirlar oziq-ovqat mahsulotlari bilan yetarli miqdorda kalsiy iste‘mol qilishni afzal ko‘radi.

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

2.8. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari:

№	Sifat mezonlari	Bajarilishini baholash
1.	Anamnez ma‘lumotlari to‘plandi	Ha/Yo‘q

2.	Reproduktiv qarish bosqichini aniqlash amalga oshirildi STRAW+10 bo'yicha qarish	Ha/Yo'q
3.	BA o'lchandi, TVI hisoblandi	Ha/Yo'q
4.	Tashqi jinsiy a'zolar vizual tekshiruv va bimanual qin tekshiruv o'tkazildi	Ha/Yo'q
5.	Ko'krak bezlari vizual tekshiruv va palpatsiyasi o'tkazildi	Ha/Yo'q
6.	Menopauza belgilari bo'lgan amenoreya yoki tartibsiz hayz ko'rgan 45 yoshgacha bo'lgan ayollarning qonida FSG darajasi aniqlandi	Ha/Yo'q
7.	Reproduktiv qarish bosqichini aniqlashda qiyinchiliklar mavjud bo'lganda va oligomenoreya/amenoreya, atipik vazomotor alomatlar, uyqu buzilishi, tez charchash, vazn o'zgarishi sabablarini qiyosiy tashxislash uchun qondagi TTG darajasi aniqlandi	Ha/Yo'q
8.	Bachadon va ortiqlarning ultratovush tekshiruv o'tkazildi	Ha/Yo'q
9.	40 va undan katta yoshdagi ayollarda BI-RADS va ACR tizimi bo'yicha baholangan holda 2 proyeksiyada rentgen mammografiya, shuningdek, ko'rsatmalar bo'yicha – sut bezlari UTT	Ha/Yo'q
10.	Bachadon bo'yni mikropreparatining sitologik tekshiruv va PZR usuli bilan bachadon bo'yni kanalidan ajralmada (qirmada) yuqori kanserogen xavfga ega bo'lgan odam papilloma viruslari (Papilloma virus) DNKsini aniqlash, bachadon bo'yni shikastlanishlarini skrining qilish uchun miqdoriy tadqiqot o'tkazildi	Ha/Yo'q
11.	Postmenopauzal davrdagi ayollarda FRAX bo'yicha sinishlar xavfini aniqlash amalga oshirildi	Ha/Yo'q
12.	Anamnezda sinishlar mavjud bo'lganda/osteoporoz uchun xavf omillari mavjud bo'lganda/ FRAX bo'yicha osteoporotik sinishlarning o'rtacha (oraliq) xavfi mavjud bo'lganda IERA yordamida bel umurtqa pog'onasi va son suyagi proksimal qismining rentgenodensitometriyasi yordamida STMZ aniqlandi	Ha/Yo'q
13.	Tuxumdonning erta etishmovchiligi tashxisi qo'yilgan bemorlarda IERA yordamida umurtqa pog'onasining bel qismi va son suyagi proksimal qismining rentgenodensitometriyasi yordamida STMZ aniqlandi	Ha/Yo'q
14.	Anamnezda sinishlar/osteoporoz uchun xavf omillari mavjud bo'lganda va semizlikda 25-OH vitamin D darajasini aniqlash amalga oshirildi	Ha/Yo'q
15.	MGT tayinlashdan oldin qo'shimcha tekshiruv o'tkazildi: yurak urishi, qon bosimi, glyukoza darajasi, umumiy xolesterin darajasi o'lchandi	Ha/Yo'q
16.	Anamnez ma'lumotlari va ko'rsatmalarga muvofiq ayollarga MGT tayinlashdan oldin qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruv va qon tahlili, biokimyoviy, umumiy terapevtik (ALT, AST, GGT, umumiy bilirubin), XS-PZLP, YUZLP XS, triglitseridlar o'tkazildi	Ha/Yo'q
17.	Anamnez ma'lumotlari va ko'rsatmalarga ko'ra, ayollarga MGT tayinlashdan oldin kolonoskopiya o'tkazildi, tegishli anamnez ma'lumotlari va UT ko'rsatkichlari bo'lgan ayollarga MGT tayinlashdan oldin oyoq tomirlarining dopplerografiyasi	Ha/Yo'q
18.	Anamnez ma'lumotlari va ko'rsatmalarga ko'ra, ayollarga MGT tayinlashdan oldin qonda koagulogramma (gemostaz tizimini taxminiy tekshirish) o'tkazildi	Ha/Yo'q
19.	Anamnez ma'lumotlari va ko'rsatmalarga muvofiq ayollarga MGT tayinlashdan oldin qon ivishining II omili genidagi G20210A protrombin polimorfizmi aniqlandi; V omil genidagi G1691A mutatsiyasi (V ivish omilidagi Leyden mutatsiyasi) molekulyar-genetik jihatdan o'rganildi	Ha/Yo'q
20.	MGT tayinlashga aniq ko'rsatmalar/qarshi ko'rsatmalar, MGTning minimal samarali dozasini tanlash aniqlandi. Bemor bilan MGTning foydasi va potensial xavfi haqida suhbat o'tkazildi	Ha/Yo'q

21.	MGT qabul qilishga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, bemorga klimakterik buzilishlar va GUMS belgilarini korreksiyalashning muqobil usullari taklif etildi	Ha/Yo'q
22.	Davolash samaradorligini monitoring qilish va MGT fonida nojo'ya ta'sirlarni aniqlash davolash boshlanganidan 3 oy o'tgach va keyinchalik yiliga 1 marta amalga oshirildi	Ha/Yo'q

3. Adabiyotlar ro'yxati

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'rta yoshdagi 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 zabollevaniyami. RKO, ROAG, RAE, YAT, RAF kelishuv hujjati. Endokrinologiya muammolari. 2023;69 (5):115-136. <https://doi.org/10.14341/probl13394>.

4. ILOVALAR

4.1. Bayonnomani ishlab chiqish metodologiyasi

Milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrda 5590-sonli "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida"gi farmoni va O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 23-fevraldagi 52-sonli "Milliy/mahalliy klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish, tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish metodologiyasini tasdiqlash to'g'risida"gi buyrug'i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan. Bayonnomani ishlab chiqishda "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" DM va Toshkent shahar filiali, Toshkent tibbiyot akademiyasi akusher-ginekolog mutaxassislari ishtirok etdi.

Ushbu protokolning yaratilishi muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotdagi yondashuvlardagi farqlar, aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

Manfaatlar to‘qnashuvi: Ushbu protokolni yaratish bo‘yicha ishni boshlashdan oldin ishchi guruhning barcha a‘zolari manfaatlar to‘qnashuvi to‘g‘risidagi yozma bildirishnomani to‘ldirdilar. Mualliflar jamoasi a‘zolarining hech biri ushbu protokol mavzusi bo‘yicha klinik amaliyotda qo‘llash uchun mahsulot ishlab chiqaruvchi farmatsevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijoriy manfaatdorlikka yoki boshqa manfaatlar to‘qnashuviga ega bo‘lmagan.

Manfaatdor tomonlarni jalb qilish: Bayonnoma va tavsiyalarning ko‘rsatmalarini ishlab chiqishda aholining maqsadli guruhi (bemorlar va ularning oila a‘zolari) ning fikrlari, jumladan tibbiy (salomatlik uchun foyda, nojo‘ya ta‘sirlar va aralashuvlar xavfi), axloqiy, madaniy va diniy jihatlar so‘ralgan va hisobga olingan. Fikr-mulohazalar so‘rovi RIOvaBSIATM bosh boshqarmasining ixtisoslashgan bo‘limlarida ayollardan norasmiy intervyu olish orqali amalga oshirildi.

Dalillarni to‘plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.

Dalillarni to‘plash uchun foydalanilgan usullar: elektron ma‘lumotlar bazalaridan qidirish, kutubxona resurslari. Asosiy ma‘lumot manbalari sifatida 2014-2024-yillar davomida turli mamlakatlarning tibbiyot hamjamiyatlari va boshqa ixtisoslashgan tashkilotlarining ingliz va rus tillaridagi klinik qo‘llanmalaridan foydalanilgan, protokolni ishlab chiqishda so‘nggi 5-yillik (2019-yildan) ma‘lumotlar ustuvor ahamiyatga ega bo‘lgan. Bayonnomaning ishlab chiqish jarayonida dalillar sifati past yoki mavjud bo‘lmagan manbalar sifatida darsliklar va monografiyalardan foydalanilmagan. Asosiy ma‘lumotlar manbalarini muntazam qidirish quyidagi ma‘lumotlar bazalarini o‘z ichiga oladi:

- Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti - <https://www.who.int/ru>
- Kanada akusherlar va ginekologlar jamiyati (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- Klinik mukammallik milliy instituti (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Qirollik akusherlar va ginekologlar kolleji (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Avstraliya Milliy sog‘liqni saqlash va tibbiy tadqiqotlar kengashi (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- Yangi Zelandiya yo‘riqnomalar guruhi (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Kvinslenddagi davlat va xususiy tug‘ruq va neonatal xizmatlar sohasidagi sog‘liqni saqlash mutaxassislari - Guidelines@health.qld.gov.au
- Xalqaro ginekologiya va akusherlik federatsiyasi - <https://www.figo.org/>
- Rossiya akusher-ginekologlar jamiyati (ROAG) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Tavsiyalarni o‘zlashtirish va moslashtirish uchun birlamchi hujjat sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik qo‘llanmalaridan foydalanildi.

Topilgan va baholangan klinik qo‘llanmalarda talab qilinadigan tavsiyalar mavjud bo‘lmagan yoki ular yetarlicha/to‘liq tavsiflanmagan, dalillar bilan mustahkamlanmagan, bir-biriga zid bo‘lgan, mahalliy sharoitlarda qo‘llab bo‘lmaydigan yoki eskirgan hollarda, ma‘lumotlar bazalarida tasodifiy nazorat qilinadigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar, kogort tadqiqotlari uchun qo‘shimcha qidiruv o‘tkazildi: <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>.

Klinik qo‘llanmalarining zamonaviyligini, ularni ishlab chiqish metodologiyasini, dalillarning ishonchliligi va ishonchliligi/kuchi, tibbiy yordam ko‘rsatishning mahalliy sharoitlariga qo‘llanilishi darajalari bo‘yicha tavsiyalarni tartiblashni hisobga olgan holda topilgan manbalarning sifati tanqidiy baholandi.

Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi. Bayonnomaning yakuniy tavsiyalari bir nechta klinik qo‘llanmalardan tavsiyalarning bir qismini asl tahrirda o‘zgarishsiz olish, klinik qo‘llanmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitlarga moslashtirish, qo‘shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali shakllantirildi. Dalillarning sifati past bo‘lgan va mahalliy sharoitlarda qo‘llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik qo‘llanmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan darajadagi dalillar bilan qabul qilindi. Agar xorijiy klinik qo‘llanmalar mualliflari tomonidan isbotlanganlik darajalarining boshqa shkalalaridan foydalanilgan bo‘lsa, ular (agar bu mumkin bo‘lsa) GRADE tizimiga o‘tkazilgan. Turli klinik qo‘llanmalarda bir xil tavsiyalar mavjud bo‘lgan, ammo dalillar darajasi turlicha bo‘lgan hollarda, ishchi guruh protokolga yanada ishonchli ilmiy ma‘lumotlarga asoslangan tavsiyalarni kiritdi.

Bayonnoma ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatli ekspertizadan o‘tkazilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqirizchi/ekspertning fikridan ko‘ra salmoqliroq bo‘lsa yoki sog‘liqni saqlashning maqsadli

bo'g'ini sharoitida qo'llash uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari taqrizchilarning takliflarini rad etish huquqini o'zlarida saqlab qoldilar.

Bayonnomaning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o'quv yurtlarining professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar uyushmasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM hududiy filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), tug'ruqqa yordam ko'rsatish tizimining hududiy muassasalari shifokorlari orasidan keng doiradagi mutaxassislar muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun protokol loyihasi RIOvaBSIATMning rasmiy veb-saytida mavjud edi <https://akusherstvo.uz/> Fikr-mulohazalar elektron pochta orqali qabul qilinib, standart fikr-mulohazalar varaqasi to'ldirildi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy tahririni shakllantirish ishchi guruh, taqrizchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o'tkazildi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (TRD) bo'yicha tartibga solingan.

4.2. STRAW+10 reproduktiv qarish shkalasi

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	
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 ≥ 7 дней	Период аменореи ≥ 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			Усугубленные симптомы урогенитальной атрофии

Репродуктив davr (menopauzagacha):

- 5 (erta reproduktiv bosqich): muntazam sikllar, normal FSG darajasi.
- 4 (eng yuqori reproduktiv bosqich): barqaror sikllar, maksimal fertillik.
- 3 (kechki reproduktiv bosqich): sikl uzunligida kichik o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Menopauzaga o'tish (perimenopauza):

- 2 (menopauzaga erta o'tish): sikllar tartibsiz bo'lib qoladi, FSG o'zgarishi mumkin.
- 1 (menopauzaga kech o'tish): sikl uzunligining sezilarli o'zgarishi, yuqori FSG.

Postmenopauza:

- +1a (erta postmenopauza, oxirgi hayzdan 0-3 yil o'tgach): gormonal o'zgarishlar, FSGning oshishi, estrogenning pasayishi.
- +1b (o'rtacha menopauza, oxirgi hayzdan 3-7 yil o'tgach): FSG darajasining barqarorlashuvi.
- +1c (kechki postmenopauza, 7+ yosh): barqaror o'zgarishlar, alomatlar xavfining pasayishi, ammo yoshga bog'liq kasalliklar namoyon bo'lishi mumkin.

4.3. Klimakterik sindrom belgilarini baholash Grin shkalasi

Klimakterik sindrom darajasini aniqlash uchun Grin shkalasi hissiy-ruhiy holatni baholash uchun 21 ta simptom-savolni (1-11 ta savol), somatik ko'rinishlarni (12 dan 18 ta savolgacha), vazomotor holatni (19 va 20 ta savol) va jinsiy holatni (21 ta savol) o'z ichiga oladi.

Kuperman indeksini baholashda bo'lgani kabi, har bir savolga 4 ta javob varianti mavjud:

- simptomlar umuman bezovta qilmaydi - 0 ball,
- biroz bezovta qiladi - 1 ball,
- yetarlicha kuchli bezovta qiladi - 2 ball,
- o'ta ifodalangan - 3 ball.

Simptom-savollar ro'yxati (ularning mavjudligi va ifodalanish darajasini baholash talab etiladi):

ALOMATLAR	YO'Q	KUCHSIZ	O'RTACHA	OG'IR
1. Yurak urishining tezlashishi yoki kuchayishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Zo'riqish va asabiylashish hissi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Uyquning buzilishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Qo'zg'aluvchanlikning oshishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Vahima xurujlari;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Diqqatni jamlashda qiyinchilik;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Charchoq yoki quvvatsizlik hissi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Ko'p narsalarga qiziqishning yo'qolishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Qayg'u yoki tushkunlik hissi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Ko'z yoshi xurujlari;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Ta'sirchanlik;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Bosh aylanishi yoki hushdan ketish holati;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Bosh yoki boshqa a'zolarida bosim yoki siqilish hissi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Turli a'zolarining uvishishi yoki sanchishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Bosh og'rig'i;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. Mushak va bo'g'imlardagi og'riqlar;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Oyoq panjalari yoki umuman oyoqlarning uvishishi;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

18. Nafas olishdagi og'irlik;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. Qizish/quyilish;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. Tungi terlash;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
21. Jinsiy faollikning pasayishi yoki yo'qligi.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Xavotir yoki depressiya mavjudligiga xos ko'rsatkichlar – dastlabki 11 ta savolda to'plangan 10 yoki undan yuqori ball.

Somatik buzilishlar mavjudligi – 12-18 ta savol uchun 6 va undan yuqori ball.

Vazomotor funksiyaning buzilishi – 19 va 20 ta savol bo'yicha 4 yoki undan yuqori ball.

4.4. Klimakterik sindrom belgilarini baholash. Kupperman menopauza indeksi

Alomat	0 dan 3 gacha	Koeffitsiyent	Maksimal ball
Issiqlik quyilishlari	0-3	×4	12
Paresteziyalar (karaxtlik, sanchiq)	0-3	×2	6
Uyqusizlik	0-3	×2	6
Ta'sirchanlik	0-3	×2	6
Depressiya	0-3	×1	3
Bosh aylanishi	0-3	×1	3
Charchash	0-3	×1	3
Bosh og'rig'i	0-3	×1	3
Yurak urishi	0-3	×2	6
Bo'g'im va mushaklardagi og'riqlar	0-3	×1	3
Jinsiy moyillikning pasayishi	0-3	×1	3

Natijani rasshifrovka qilish

- 15 balldan kam - klimakterik sindromning yengil darajasi
- 15-30 ball - o'rtacha daraja
- 30 balldan yuqori - og'ir daraja

4.5. Suyak sinish xavfini aniqlash uchun FRAX shkalasi

Asosiy osteoporotik sinishlarning 10-yillik ehtimolini hisoblash uchun ishlatiladi (suyakning mineral zichligidan foydalangan holda): son suyagi proksimal qismi, umurtqa, yelka suyagi yoki bilak.

Ishlab chiquvchilarning rasmiy sayti manbasi: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>

Yuqori paneldagi "Hisoblash vositasi" bo'limida "Yevropa"- "Rossiya" tanlanadi va kerakli maydonlar to'ldiriladi.

So'rovnoma:

1. Yoshi (40 dan 90 yoshgacha) yoki tug'ilgan sanasi
Yoshi: Tug'ilgan sanasi: yil: oy: kun:
2. Jins: Erkak, ayol
3. Og'irligi (kg)
4. Bo'y (sm)
5. Oldingi sinish: yo'q, ha
6. Ota-onaning son suyagi sinishi: yo'q, ha
7. Hozirda chekish: yo'q, ha
8. Glyukokortikosteroidlar: yo'q, ha

9. Revmatoid artrit: yo‘q, ha
10. Ikkilamchi osteoporoz: yo‘q, ha
11. Kuniga 3 birlik va undan ortiq alkogol: yo‘q, ha
12. Suyakning mineral zichligi

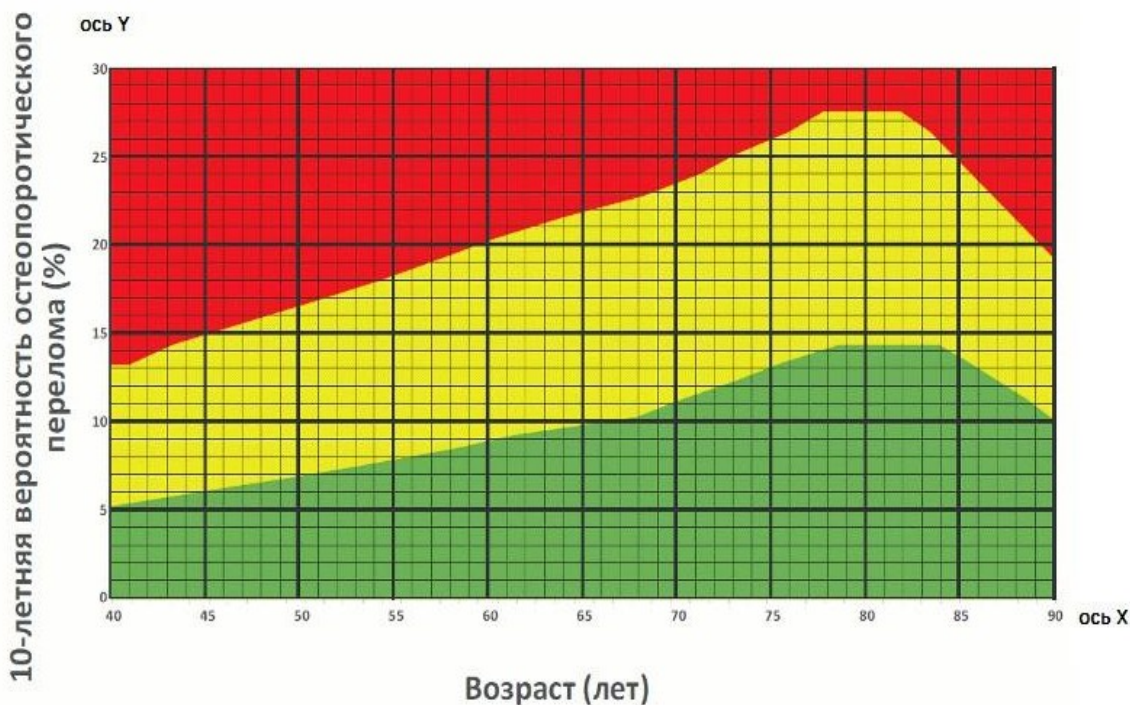
Kalit (talqin):

To‘q sariq zonada sinish xavfini baholash natijasi: Umurtqa pog‘onasining bel qismi va son suyagi proksimal qismining ikki absorbtсион rentgen densitometriyasini o‘tkazish tavsiya etiladi. Osteoporoz aniqlanganda (T-mezon < -2,5) sinish xavfini qayta baholamasdan antiosteoporotik terapiya buyurish ko‘rsatilgan.

Qizil sohada sinish xavfini baholash natijasi: umurtqa pog‘onasining bel qismi va son suyagining proksimal qismida ikki absorbtсион rentgen densitometriyasini o‘tkazish ko‘rsatilmagan, bemor, shubhasiz, antiosteoporotik terapiyani tayinlashga muhtoj.

Yashil zonada xavfni baholash natijasi: umurtqa pog‘onasining bel qismi va son suyagining proksimal qismida ikki absorbtсион rentgen densitometriyasini o‘tkazish ko‘rsatilmagan, bemorga antiosteoporotik terapiya buyurish talab etilmaydi.

FRAX shkalasi bo‘yicha so‘rov natijalarini baholash jadvali



Izohlar.

Klinik xavf omillari uchun "ha" yoki yo‘q. Agar maydon to‘ldirilmagan bo‘lsa, "yo‘q" javobi nazarda tutiladi.

Yosh	Model 40 yoshdan 90 yoshgacha bo‘lganlar uchun ishlaydi. Agar kiritilsa kichik yoki katta qiymatlar, dastur mos ravishda 40 yoki 90 yil uchun ehtimollikni hisoblaydi.
Jins	Erkak yoki ayol. Mosini belgilang.
Tana vazni	Kg hisobida kiritilishi kerak.
Bo‘yi	Sanasida kiritilishi kerak.

Oldingi sinishlar	Oldingi sinish deganda, katta yoshli odamda ilgari bo‘lgan, o‘z-o‘zidan yoki sog‘lom odamda sinish yuzaga kelmaydigan jarohat natijasida yuzaga kelgan sinish tushuniladi. "Ha" yoki "yo‘q" deb javob bering (shuningdek, xavf omillari haqidagi eslatmalarga qarang).
Ota-onaning son suyagi sinishi	Otasi yoki onasidan son suyagi sinishi anamnezini so‘rash. Javob bering "ha" yoki "yo‘q."
Hozirda chekish	Bemorning hozirda chekuvchi ekanligiga qarab "ha" yoki "yo‘q" deb javob bering (shuningdek, xavf omillari haqidagi eslatmalarga qarang).
Glyukokortikoidlar	Agar bemor hozirda reg oz glyukokortikoidlarini qabul qilayotgan bo‘lsa yoki reg oz glyukokortikoidlarini 3 oydan ortiq muddat davomida prednizolon** bo‘yicha 5 mg va undan ortiq dozada (yoki boshqa glyukokortikoidlarning ekvivalent dozalari) qabul qilgan bo‘lsa, "ha" deb yozing (shuningdek, xavf omillari tavsifiga qarang).
revmatoid artrit	Agar bemorda tasdiqlangan tashxis bo‘lsa, "ha" deb javob bering "revmatoid artrit." Aks holda, "yo‘q" deb javob bering (shuningdek, xavf omillari haqidagi eslatmalarga qarang).
Ikkilamchi osteoporoz	Agar bemorda osteoporoz bilan bog‘liqligi isbotlangan kasallik bo‘lsa, "ha" deb yozing. Bular I turdagi qandli diabet (insulinga bog‘liq qandli diabet), kattalardagi nomukammal osteogenez, uzoq vaqt davolanmagan gipertireoz, gipogonadizm yoki erta menopauza (<45 yosh), surunkali to‘yib ovqatlanmaslik yoki malabsorbsiya va surunkali jigar kasalligi bo‘lishi mumkin.
kuniga 3 birlik va undan ortiq alkogol	Agar bemor kuniga 3 yoki undan ortiq alkogol iste‘mol qilsa, "ha" deb javob bering. Alkogol birligi turli mamlakatlarda 8 dan 10 g gacha o‘zgaradi. Bu standart bir stakan pivo (285 ml), bir standart kuchli spirtli ichimlik (30 ml), o‘rta o‘lchamdagi bir stakan vino (120 ml) yoki bir porsiya aperitivga (60 ml) to‘g‘ri keladi (shuningdek, xavf omillari haqidagi eslatmalarga qarang).
Suyakning mineral zichligi	Densitometrning EHA markasini tanlang, shundan so‘ng son suyagi bo‘yinchasining KMI ni g/sm ² da kiriting. Agar MPK o‘rganilmagan bo‘lsa, maydonni bo‘sh qoldirish kerak.

Xavf omillari haqida eslatmalar

- **Oldingi sinish.** Oldingi umurtqa pog‘onasi sinishida alohida holat. Agar sinish faqat rentgenologik tekshiruvda aniqlangan bo‘lsa (umurtqaning morfometrik sinishi), unda u oldingi sinish deb qabul qilinadi. Shu bilan birga, ayniqsa kuchli xavf omili bo‘lib, son suyagi bo‘yinchasining sinishi bilan bir qatorda, oldingi klinik jihatdan yaqqol namoyon bo‘lgan umurtqa pog‘onasining sinishi hisoblanadi. Shuning uchun ushbu holatda sinishning hisoblangan ehtimolligi sun‘iy ravishda kamaytirilishi mumkin. Bundan tashqari, ilgari o‘tkazilgan ko‘p sonli sinishlarda sinish ehtimoli sun‘iy ravishda kamaytiriladi.
- **Chekish, alkogol, glyukokortikoidlar.** Bu xavf omillari dozaga bog‘liq bo‘lishi mumkin. Ushbu modelda bu hisobga olinmaydi va hisoblashda o‘rtacha qiymatlar qabul qilinadi. Kichik va katta dozalarda klinik baholashga murojaat qilish lozim.
- **Revmatoid artrit.** Revmatoid artritning hujjatlashtirilgan tashxisi hisobga olinadi.
- **Suyakning mineral zichligi.** Son bo‘ynidagi Exo densitometriyasi ma‘lumotlaridan foydalaniladi.

4.6. MGTga qarshi ko‘rsatmalar

MGT uchun mutlaq qarshi ko‘rsatmalar:

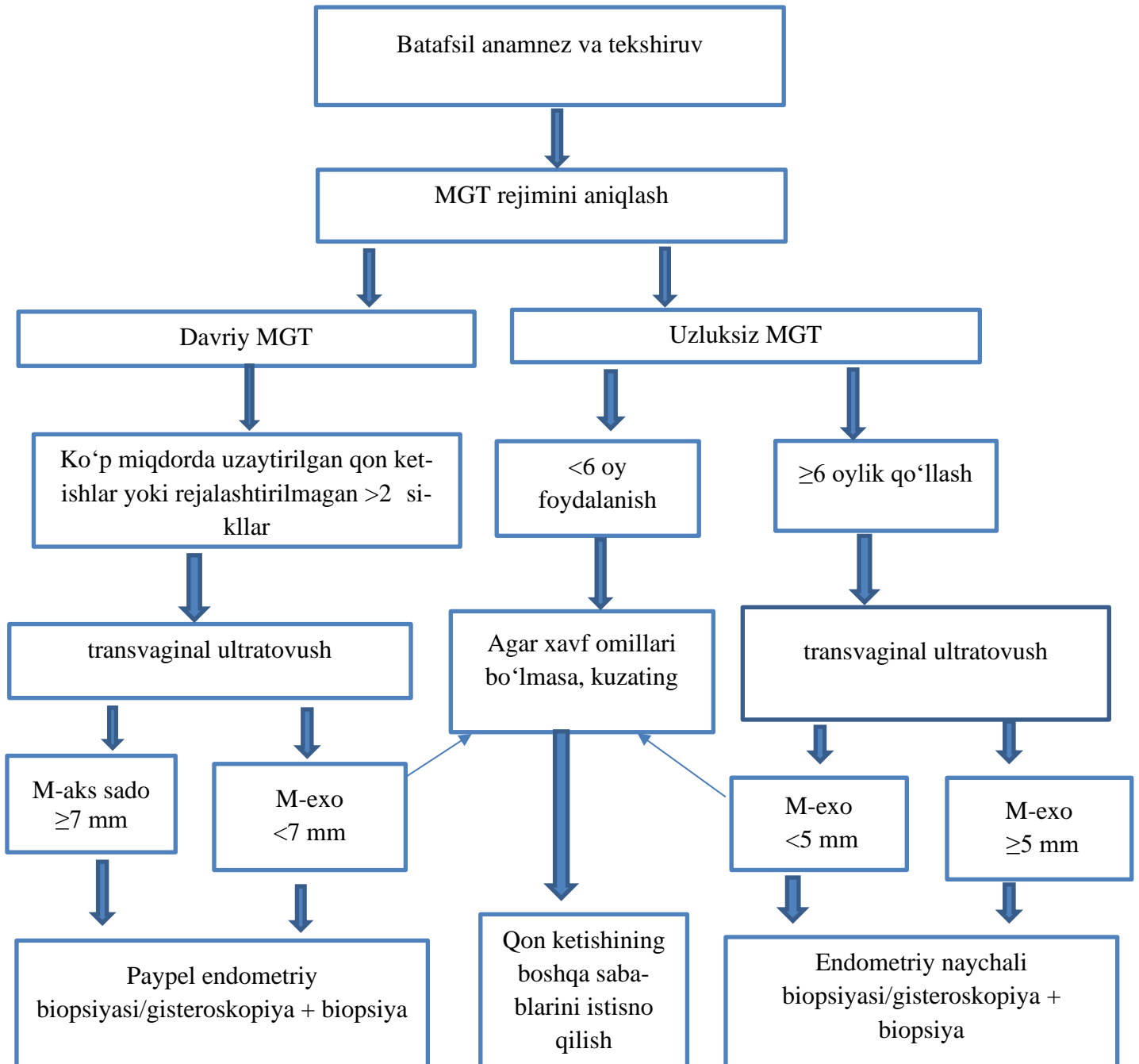
- noma‘lum genezli jinsiy yo‘llardan qon ketishi (qo‘shimcha tekshiruv va davolashni talab qiladi, MGT ga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash yoki ularning yo‘qligi);
- ko‘krak bezi saratoni (tashxis qo‘yilgan, gumon qilingan yoki anamnezda);
- tashxis qo‘yilgan yoki shubha qilingan estrogenga bog‘liq yomon sifatli neoplazmalar (endometriy, tuxumdonlar, bachadon);

- hozirgi vaqtda yoki anamnezda (jigarning funksional sinamalari normallashtirishga qadar) o'tkir va surunkali jigar kasalliklari;
- jigarning xavfli o'smalari;
- hozirgi vaqtda yoki anamnezda trombozlar (arterial va venoz) va tromboemboliyalar (shu jumladan chuqur venalar trombozi);
- o'pka arteriyasi tromboemboliyasi, miokard infarkti, ishemik yoki gemorragik serebrovaskulyar buzilishlar);
- yuqori xavfli genetik trombofiliyalar (antitrombin III yetishmovchiligi, protein C yetishmovchiligi, protein S yetishmovchiligi), antifosfolipid sindromi, tugunning submukoz joylashuvi bilan bachadon miomasining mavjudligi;
- endometriy polipining mavjudligi;
- teri porfiriyasi;
- progestagenga bog'liq o'smalar (masalan, meningioma) (gestagenlar uchun)

MGT uchun nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- postmenopauza davomiyligi (MGT boshlanishida 10-yildan ortiq);
- chekish;
- $TVI \geq 30 \text{ kg/m}^2$;
- venoz tromboemboliyalar (VTE) bo'yicha og'irlashgan oilaviy anamnez;
- ko'krak bezi saratoni xavfining ortishi;
- og'irlashgan akusherlik anamnezi (arterial gipertenziya, preeklampsiya, homiladorlik diabetining mavjudligi, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi);
- migren;
- nazoratsiz arterial gipertenziya;
- kollagenozlar;
- epilepsiya, bachadon miomasi, endometrioz mavjudligi.

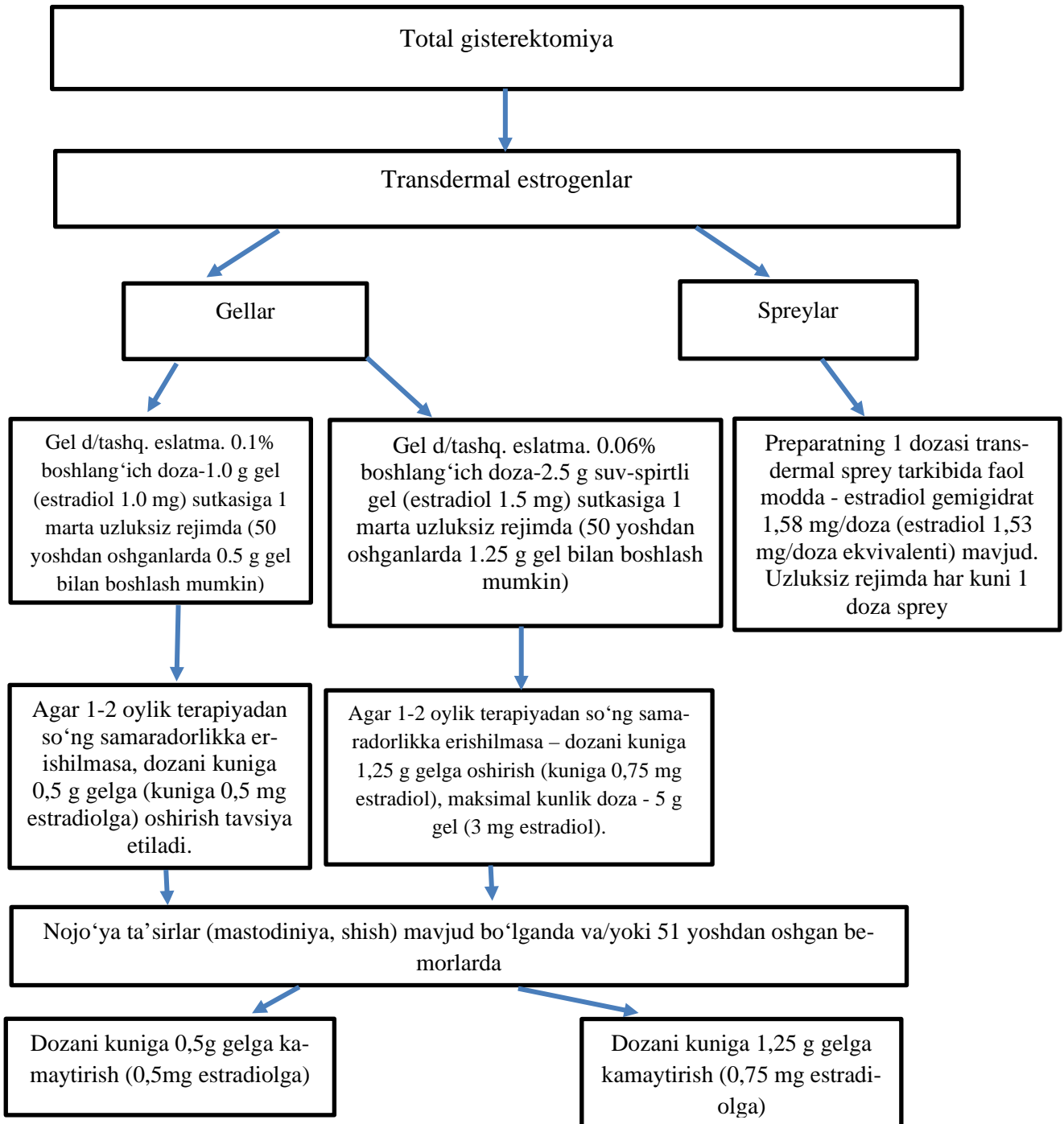
4.7. MGT fonida qon ketishi bo'lgan ayollarda diagnostik qidiruv algoritmi



4.8. Kombinatsiyalangan estrogen-gestagen preparatlar bilan davolash sxemasi (og‘iz orqali)

DV nomi	Dori vositalarining dozalari va takroriyliigi	Qo‘llash davomiyliigi
Siklik tartibdagi estrogen-gestagen terapiyasi		
Estradiol 2mg/didrogesteron 10 mg	Kuniga 1 tabletkadan 28 kun davomida	1 yil mobaynida, keyinchalik ko‘rsatmalar bo‘yicha
Estradiol 1mg/didrogesteron 10 mg	Kuniga 1 tabletkadan 28 kun davomida	1 yil mobaynida, keyinchalik ko‘rsatmalar bo‘yicha
Uzluksiz estrogen-gestagen terapiyasi (postmenopauzada)		
Estradiol 0,5 mg/didrogesteron 2,5 mg	Kuniga 1 tabletkadan 28 kun davomida uzluksiz	1 yil mobaynida, keyinchalik ko‘rsatmalar bo‘yicha
Estradiol 1mg/didrogesteron 5 mg	Kuniga 1 tabletkadan 28 kun davomida uzluksiz	1 yil mobaynida, keyinchalik ko‘rsatmalar bo‘yicha
Estradiol 0,06% -teri geli/ Estradiol 0,1% teri geli/ Estradiol gemigidrat 1.58 sprej + mikronizatsiyalangan progesteron (og‘iz yoki qin orqali) / didrogesteron og‘iz orqali	Estrogenlarning transdermal shakllari standart yoki past dozada buyuriladi. Progesteron sutkasiga 100 mg dozada peroral yoki vaginal qo‘llaniladi / vaginal gel 90 mg dozada haftasiga 2 marta; didrogesteron 10 mg dozada har kuni uzluksiz, bachadon ichi tizimi bilan levonorgestrel (LNG-BIV) 52 mg ishlatilishi mumkin.	1 yil davomida, keyinchalik ko‘rsatmalar bo‘yicha

4.9. Total gisterektomiya / pangisterektomiyadan keyin MGT tayinlash



4.10. Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarni boshqarish bo'yicha amaliy ko'nikmalar kompetensiyalari (task shifting)

	Hamshira / doya	KTOP oilaviy shifokori (bakalavr darajasi)	Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar
--	------------------------	---	--

Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyat yig'ish qobiliyatini ko'rsatish	+	+	+
Bemor anamnezini to'plashda menopauzal va perimenopauzal buzilishlar belgilari to'g'risidagi bilimlarni qo'llash	+	+	+
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlari bo'lgan bemorlarning to'liq tarixini shakllantirish.		+	+
Xavf omillarini baholash	+	+	+
Fizikal ko'rik			
Antropometrik ma'lumotlarni o'lchashda kompetensiyani namoyish etish	+	+	+
Hayotiy belgilarni o'lchash qobiliyatini namoyish etish (puls, qon bosimi, ong, nafas olish, harorat)	+	+	+
Protokol tavsiyalariga muvofiq bemorni har tomonlama fizikal tekshiruvdan o'tkazishda kompetensiyani namoyish etish		+	+
Menopauza va perimenopozal buzilishlari bo'lgan bemorlarni tekshirishda kompetensiyani namoyish etish		+	+
Tashxis qo'yish			
XKT 10/11 asosida menopauza va perimenopozal buzilishlar tashxisini qo'yish	+	+	+
Laborator diagnostikasi			
Bazaviy laborator tahlillarini tayinlash:	+	+	+
Bazaviy laborator tahlillari natijalarini talqin qilish		+	+
Qo'shimcha laborator tahlillarini tayinlash:		+	+
Qo'shimcha laborator tahlillari natijalarini talqin qilish		+	+
Instrumental diagnostika			
Bazaviy instrumental tadqiqotlarni tayinlash	+	+	+
Bazaviy instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish		+	+
Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar tayinlash		+	+
Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish		+	+
Davolash			
Dori-darmonsiz davolash hajmini aniqlash	+	+	+

Protokol tavsiyalariga muvofiq dori-darmon bilan davolanishni tayinlash		+	+
Jarrohlik aralashuvlari hajmini aniqlash			+
Protokolga muvofiq jarrohlik aralashuvlarini o'tkazishdagi kompetensiyalar			+
Profilaktika			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha vakolatlar	+	+	+
Dori-darmonlarni davolashga rioya qilishni yaxshilash bo'yicha kompetensiyalar	+	+	+

4.11. Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarni boshqarish bo'yicha bilim kompetensiyalari (task shifting)

	Hamshira / doya	KTOP oilaviy shifokori (bakalavr darajasi)	Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarni aniqlash	+	+	+
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarda shikoyatlar, xavf omillari, alomatlarini tavsiflash	+	+	+
Menopauzal va perimenopauzal kasalliklar bilan bog'liq terminologiyani tavsiflash		+	+
XKT 10/11 asosida menopauzal va perimenopauzal buzilishlarni tasniflash	+	+	+
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarning patofiziologik mexanizmlarini tavsiflash		+	+
Menopauzal va perimenopauzal kasalliklarning rivojlanish xavfi omillarini tavsiflash		+	+
Menopauzal va perimenopauzal kasalliklarda anamnezni yig'ish sxemasini tavsiflash	+	+	+
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlarda fizik tadqiqotga yondashuvlarni tavsiflash	+	+	+
Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar asosida menopauzal va perimenopauzal kasalliklarni tashxislash yondashuvini yaratish	+	+	+
Bazaviy tahlillar va instrumental tadqiqotlarni talqin qilish		+	+
Terapiyaga yondashuvni yaratish		+	+
Dori darmonsiz terapiyani tavsiflash	+	+	+
Dori terapiyasini tavsiflash		+	+

Menopauzal va perimenopauzal kasalliklarda qo'llaniladigan turli preparatlarning ta'sir mexanizmi, ko'rsatkichlari va nojo'ya ta'sirlarini muhokama qilish		+	+
Menopauzal va perimenopauzal kasalliklardagi patofiziologik o'zgarishlarni muhokama qilish		+	+
Menopauzal va perimenopauzal buzilishlar profilaktikasi chora-tadbirlarini bilish	+	+	+