

ШУКУРОВ Ф.И., НИГМАТОВА Г.М.

ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Ўқув қўлланма

ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВТЕХНОЛОГИЯЛАР

ISBN 978-9943-8994-1-4



9 789943 899414 >



ТОШКЕНТ - 2022

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**ЁРДАМЧИ
РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

Ўқув қўлланма

Тошкент-2022

ШУКУРОВ Ф.И., НИГМАТОВА Г.М.

Ta'lim sohasi: 510000 - Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishlari 5510100- Davolash ishi

ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Ўқув қўлланма

Тошкент-2022

УДК 618.17-177.089.888.11

Шукуров Ф.И., Нигматова Г.М. // «Ёрдамчи репродуктив технологиялар»: Ўқув қўлланма // «TIBBIYOT NASHIYOTI MATBAAA UYI», Ташкент - 2022. 122 бет.

Тузувчи:

**Шукуров Ф.И.
Нигматова Г.М.**

Такризчилар:

- Курбанов Б.Б.** – ТошПТИ акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедраси доценти, т.ф.д.
- Каюмова Д.Т.** – ТТА оилавий шифокорлик акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.д.

Сўнги йилларда ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ) клиник амалиётда мустаҳкам кириб келмоқда. Ёрдамчи репродуктив технологиялар ижтимоий муаммо бўлган бепуштликни даволашда юқори самарадорликка эга. Ёрдамчи репродуктив технологиялар бўйича билимларни ўзлаштириш, бепуштлик этиологияси, ташхислаш ва даволашда ҳамда ЁРТ усулларини табақалаштирилган қўллаш бўйича билимларни чуқурлаштиради ҳамда тизимлаштиради. Ўқув қўлланманинг мақсади тингловчиларга бепуштликнинг турли кўринишларида ёрдамчи репродуктив технологиялар турларини қўллаш, ЁРТга кўрсатмалар, қарши кўрсатмаларни аниқлаш, даволаш учун беморларни танлаш ва ЁРТни қўллаганда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар диагностикасини ўргатишдан иборат. Ўқув қўлланмасига киритилган билимларни назорат қилиш шакллари амалий кўникмаларни шакллантириш учун асос бўлиб хизмат қилади. Ўқув қўлланмаси 14.00.01 «Акушерлик ва гинекология» мутахасслигига оид дастур асосида тайёрланган. Ўқув қўлланмасида бепуштликнинг турли шакллари даволашда клиник амалиётда самарали бўлган замонавий ёрдамчи репродуктив технологиялар муҳокама қилинади.

Ўқув қўлланмаси ёрдамчи репродуктив технологиялар бўйича малака оширишга келган тингловчи акушер-гинеколог шифокорлар учун мўлжалланган.

ТТА Илмий Кенгашининг 29 ноябрь 2022 йил –сонли баённомаси билан тасдиқланган ва нашр этишга рухсат берилган 29 ноябрь 2022 йил

ISBN: 978-9943-8994-1-4

© Шукуров Ф.И., Нигматова Г.М.
© «TIBBIYOT NASHIYOTI MATBAAA UYI», 2022.

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	7
ЁРТни ҚЎЛЛАШДА МЕЪЁРИЙ ХУЖЖАТЛАР.....	8
I-БОБ. БЕПУШТ НИКОХ.....	9
1.1. АЁЛЛАР БЕПУШТЛИГИ	9
1.2. АЁЛЛАР БЕПУШТЛИГИНИНГ ЭНДОКРИН ТУРИ	12
1.3. НИШОН АЪЗОЛАР ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЕПУШТЛИК	14
1.4. ИММУНОЛОГИК БЕПУШТЛИК	17
1.5. РЎХИЙ-ПСИХОЛОГИК ОМИЛЛАР САБАБЛИ БЕПУШТЛИК ...	19
II.БОБ. ЭРКАКЛАР БЕПУШТЛИГИ.....	20
2.2.Эркаклар бепуштлигини ЁРТ ёрдамида даволашда қўлланиладиган усуллар.....	23
III.БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ТУРЛАРИ.	25
3.1. ЁРТ қўллашга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.....	25
3.1.1.ЭКУ қўллашга кўрсатмалар.....	26
3.1.2.ЭКУ қўллашга қарши кўрсатмалар.....	26
3.2.3.ЭКУни қўллашга чекловлар	26
3.4.ЭКУ ўтказиш учун беморларни танлаш	27
3.5. ЁРТ дастурига тайёргарлик кўришда ўтказиладиган текширувлар:	28
IV.БОБ. КЛАССИК ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШ (ЭКУ) ВА ЭМБРИОННИ КЎЧИРИШ (ПЭ).....	30
4.1.Классик ЭКУга кўрсатмалар	30
4.2.ЭКУ босқичлари.....	31
4.3.Суперовуляцияни стимуллаш (кўп сонли овуляция).....	31
4.4. Овуляцияни стимуллашгага қарши кўрсатмалар:.....	31
4.5.Тайёргарлик босқичида қўлланиладиган препаратлар.	32
4.6.ЭКУ дастурида ва ЁРТга тайёргарликда қўлланиладиган препаратлар:	32
4.7. Муддатидан аввал овуляцияни олдини олувчи препаратлар	33
4.8.Овуляцияни стимуллашга схемалари	33
4.9. Жуда узун протокол.....	33
4.10. ЭКУнинг қисқа протоколи	34
4.11. Орал контрацептивларни олдиндан қўллаш билан ўтказиладиган ЭКУ қисқа протоколи	35
4.12. ГнРГ антагонистлари (ант-ГнРГ) ва рекомбинант ФСГ (р-ФСГ) ёрдамида ўтказиладиган қисқа протокол.	35
4.13. Овуляция индукцияси схемалари:.....	36
4.14. ЭКУнинг узкн протокол	38
4.15. Орал контрацептивларини олдиндан қўллаш билан узоқ протокол	38
4.16.Фолликула ва эндометрий ривожланишини мониторинги.....	39
4.17. Суперовуляция индукциясини яқунлаш мезонлари ва ХГни буюриш	

.....	39
V.БОБ. ТУХУМДОН ФОЛЛИКУЛАЛАРИНИ ПУНКЦИЯСИ. ООЦИТЛАР (ТУХУМХУЖАЙРАНИ)НИ ОЛИШ.....	40
5.1.Ооцитларни уруғлантириш ва эмбрионни in vitro ўстириш.....	40
5.2. Эмбрионни бачадон бўшлиғига кўчириб ўтказиш (ЭК).....	41
5.3.Эмбрион кўчирилган (трансфер)дан кейинги олиб бориш.	42
5.4. Эрта босқичда ҳомиладорлик диагностикаси.	42
5.5. Эмбрион редукцияси.....	42
VI.БОБ. ЭРИ СПЕРМАСИ ЁКИ ДОНОР СПЕРМАСИДА СУНЬИЙ УРУҒЛАНТИРИШ.....	44
6.1. Сперматазоидни хужайра цитоплазмасига инъекцияси	45
6.1.1.ИМСИ усули.....	46
6.1.2.ПИКСИ усули.....	47
6.2.ЭКУнинг замонавий усуллари: ГИФТ ва ЗИФТ	47
VII.БОБ. ТУХУМХУЖАЙРА ВА ЭМБРИОН ДОНОРЛИГИ	50
7.1. Ооцит донациясига кўрсатмалар:.....	50
7.2. Донор эмбрионларидан фойдаланиш.....	51
7.6. Суррогат оналик.....	53
7.7. Суррогат оналикдан фойдаланиш учун кўрсатмалар:	53
7.8. Эмбрионларни криомузлатиш.....	54
7.9. Биоматериалларни криомузлатиш учун кўрсатмалар:	55
VIII. БОБ. ИРСИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРЕИМПЛАНТАЦОН ДИАГНОСТИКАСИ	56
8.1. ПГД/ПГС ўтказишга кўрсатма	57
8.2. ОИВ билан инфицирланган беморларда ЁРТ кўллаш	57
IX. БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚўЛЛАШДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАРИ.....	58
9.1. Эгиз ҳомиладорлик.	58
32-расм. Эгиз ҳомиладорлик	58
9.2. Эктопик ҳомиладорлик.....	58
9.3. Фолликулларнинг пункцияси билан боғлиқ асоратлар.	58
9.4.Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми (ТГС).....	59
33-расм. Тухумдонлар гиперстимуляция синдроми	59
X.БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ СИМУЛЯЦИОН ўҚИТИШ	64
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ	66
НАЗОРАТ ТЕСТЛАРИ.....	67
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИНГ	74
ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ ЭТАЛОНИ.....	78
ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР.....	79
ҚИСҚАРТМА СўЗ ВА АТАМАЛАР РўЙХАТИ	84

КИРИШ

Ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ) - бепуштлиқни даволаш усуллари мажмуасидан ташкил топган бўлиб, бунда уруғланиш, эмбрионнинг эрта ривожланишининг барча ёки баъзи босқичлари танадан ташқарида (шу жумладан донор ва (ёки) криосақланган жинсий хужайралар ва эмбрионлар, шунингдек суррогат оналик ёрдамида амалга оширилади. ЁРТнинг мақсади бепушт жуфтликдан насл қолишини таъминлашдир.

Ҳозирги вақтда бепуштлиқнинг салмоғи 8 дан 19%гача ташкил этмоқда ва бу кўрсаткич пасайишга мойил эмас. Сўнгги йилларда бутун дунёда бепушт жуфтликларнинг ЁРТга бўлган эҳтиёжи ортиб бормоқда. ЁРТ - бу бепуштлиқни енгил усули, шунингдек, ирсий касалликларнинг олдини олиш ва даволаш имкониятидир. ЁРТнинг ривожланиши учун асос бўлиб классик экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ) ва эмбрионни бачадонга кўчириш (ЭК) усули бўлиб ҳисобланди. Сўнгги 20 йил ичида ёрдамчи репродуктив технологиялар тиббиёт амалиётига мустаҳкам кириб келди.

ЁРТ бепуштлиқнинг деярли ҳар қандай шакли бўлган эр-хотинда соғлом бола туғилишига эришишга имкон беради: булар, най-перитонеал бепуштлигида классик ЭКУ, СХЦИ - эркак омилли бепуштлигида, ўз генетик материалдан фойдаланиш мумкин бўлмаган ҳолатларда ооцитлар ёки сперма донорлиги, суррогат оналик, ҳомиладор бўлиш мумкин бўлмаган ёки ҳомиладор онанинг соғлиғига тузатиб бўлмайдиган зарар етказиши мумкин бўлган ҳолатларда қўлланилади.

“Ёрдамчи репродуктив технологиялар” ўқув қўлланмаси репродуктологиядан малака оширишга келган акушер-гинеколог тингловчилари ва шунингдек, тиббиёт олий ўқув юртлари магистратура талабалари, клиник ординаторлари учун мўлжалланган.

ЁРТНИ ҚЎЛЛАШДА МЕЪЁРИЙ ХУЖЖАТЛАР

1. “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш” тўғрисидаги Ўзбекистон Республикасининг қонуни №528 2019 йил 11 март(1-Илова).

2. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг “Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақидаги 106-сон буйруғи 2020 йил 14 январь(2-Илова).

3. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг “Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомга ўзгартириш киритиш” ҳақида 2021 йил 7 майдаги 5-сон буйруғи(3-Илова).

I-БОБ. БЕПУШТ НИКОХ

Бепуштлик – бу етук организмнинг насл қолдириш қобилятининг йўқлигидир. Агар туғиш ёшидаги аёл бир йил давомида контрацептив воситалардан фойдаланмасдан мунтазам жинсий алоқада бўлиб ҳомиладор бўлмаса, никоҳ бепушт деб ҳисобланади. Эр-хотинларда бепуштликнинг сабаби аёл (50% гача) ёки эркак (50% гача) репродуктив функциянинг бузилиши бўлиши мумкин. Бепуштликка бир вақтнинг ўзида ҳам эркак, ҳам аёл омиллари сабаб бўлиши ҳам мумкин.

1.1. АЁЛЛАР БЕПУШТЛИГИ



1-расм. Аёллар бепуштлиги сабаблари

Аёл бепуштлиги деб, репродуктив ёшдаги аёлнинг 1 йил давомида мунтазам жинсий алоқада бўлиб ҳомиладор бўла олмаслигига айтилади. Бепушт никоҳ бирламчи ва иккиламчи бўлади. Агар ҳомиладорлик умуман кузатилмаса-бепуштлик бирламчи, агар ҳомиладорлик кузатилиб, сўнгра бепуштлик юзага келса бепуштлик иккиламчи ҳисобланади.

Этиологик омиллари бўйича бепуштликни қуйидаги турларга ажратиш мумкин.

1. Бепуштликнинг эндокрин тури.
2. Нишон аъзолар жароҳатланиши билан боғлиқ бепуштлик.
3. Бепуштликнинг иммунологик тури.
4. Эркаклар бепуштлиги.

Таснифи



2-Расм. Аёллар бепуштлиги сабабларига кўра таснифи

1. **Анамнезида ҳомиладорлик мавжудлиги бўйича:** бирламчи (анамнезида ҳомиладорликнинг бўлмаганлиги) ва иккиламчи (анамнезида ҳомиладорликнинг бўлганлиги) бепуштлик.

2. **Бепуштликни:** мутлақ (табiiй йўл билан ҳомиладор бўлишнинг эҳтимоли бутунлай йўқ, бачадон, тухумдонлар, бачадон найлари, жинсий аъзолар ривожланишидаги аномалиялар); **нисбий** кўриб чиқиляётган никоҳ даво муолажаларидан кейин (аёл бепуштлигининг сабаби эркаклар омили) ҳомиладор бўла олиши мумкин.

3. **Келиб чиқиш табиати бўйича:** туғма ва орттирилган.

4. **Давомийлиги бўйича:** вақтинчалик, доимий, физиологик.

5. **Этиопатогенези бўйича:**

Эндокрин бепуштлик:

I гуруҳ. **Гипоталамо-гипофизар етишмовчилик:**

➤ Гипоталамик генезли гипогонадотроп гипогонадизм;

- Гипофизар генезли гипогонадотроп гипогонадизм ;
- Гиперпролактинемия билан боғлиқ гипогонадотроп

гипогонадизм.

II гурух. Гипоталамо-гипофизар дисфункция:

➤ Нормогонадотроп аменорея, олигоменорея, сарик тана функцияси етишмовчилиги.

- Марказий генезли тухумдонлар поликистоз синдроми.

III гурух. Тухумдонлар етишмовчилиги:

- Тухумдонлар муддатидан олдин чарчаш синдроми;
- Резестент тухумдонлар синдроми;
- Гонадалар дисгенезияси;
- Постовариэктомия синдроми, тухумдонларни нурли чарчаши;
- Тухумдон генезли тухумдонлар поликистоз синдроми;
- Буйракусти беги қобиғи дисфункцияси.

IV гурух. Гипотиреоз.

V Гипотиреоз - аменорея - галакторея - гиперпролактинемия;

➤ Хайз цикли бузилишлари олигоменорея, ва сарик тана етишмовчилиги билан кечувчи гипотиреоз.

1. **Най перитонеал бепуштлик:**

- Бачадон найлари фаолиятининг бузилиши;
- Бачадон найларининг органик жарохатланиши;
- Бепуштликни перитонеаль шакли.

2. **Ановуляция ва бачадон найлари ўтказувчанлиги бузилмасдан эндометрий анатомо-функционал ҳолатини бузилиши билан кечувчи гинекологик касалликлар:**

- ички эндометриоз;
- бачадон миомаси субмукоз шакли;
- эндометрий полиплари;

➤ эндометрий гиперплазияси

- антиэндометриал антитела ҳосил қилувчи ташқи

эндометриоз;

-бачадон бўшлиғини такрор диагностик мақсадда

қиришлар;

- чилла даври ва жаррохликдан кейинги асоратлар;

- кимёвий ва куйдирувчи моддаларнинг таъсири;

- турли этиологияли эндометритлар.

3. **Иммунологик бепуштлик.**

4. **Психогенли бепуштлик.**

5. **Номаълум генезли бепуштлик.**

1.2. АЁЛЛАР БЕПУШТЛИГИНИНГ ЭНДОКРИН ТУРИ

Аёлларда бепуштликнинг эндокрин турларига овуляциянинг бузилишини киритиш қабул қилинган.

Овуляциянинг замонавий назариясига биноан С.С Жен (1986) томонидан бепуштлик эндокрин турининг сўнгги таснифи яратилган.

1. Репродуктив системанинг анатомик нуқсонлари (бачадон ва қиннинг ривожланиш нуқсонлари, синехиялар)

2. Тухумдон етишмовчилиги (дискинезия, агенезия)

3. Сурункали ановуляция синдроми.

а) Гипоталамик тури.

б) Гипофизар тури.

в) Қайта боғлиқлик қонунининг бузилиши.

(контрацептивлар қўлланиш, гиперандрогения, стероид гормонлар ишлаб чиқарувчи ўсмалар, аутоиммун касалликлар)

Репродуктив системанинг анатомик нуқсонлари эмбриогенез давридаги нуқсонлардан келиб чиққан.

Бачадон ва қин анатомик ўзгаришларининг орттирилган турларига эрта, пластик жарроҳлик муолажалари оқибатидаги чандиклар киради. Мавжуд чандикларни лапароскопик назорат остида гистероскопик кесиш, кейинчалик БИВ қўйиш тавсия этилади.

Тухумдонлар етишмовчилиги.

Аменореянинг тухумдон турлари бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Кўп ҳолатларда эса тухумдон пўстлоқ қаватида фолликуляр аппарат йўқлигидан келиб чиқади.

Сурункали ановуляция патологик ҳолатларнинг гетероген гуруҳи бўлиб, гипоталамо-гипофизар тухумдон системасидаги циклик жараёнларнинг бузилиши билан характерланади. Клиник белгилари бачадондан дисфункционал қон кетишлар, олигоменорея, аменорея, галакторея орқали юзага чиқади. Бепуштликнинг эндокрин турларини даволаш қатъий индивидуал (якка тартибда) ўтказилади.

Даволаш : Тухумдонлар етишмовчилиги (лютеин фаза етишмовчилиги, овуляцияланмайдиган фолликуланинг лютеинизатсия синдроми)да ўринбосар терапияни қўллаш мумкин.

1. Хайзга 10 кун қолганда, хайз циклининг 2 фазасида гестагенлар қўллаш.
2. Хайзни 16-18-20 кунлари хорионик гонадотропинни 1500-2000Ед дан киритиш
3. Комбинациялашган эстроген-гестаген препаратларини самара олиш мақсадида 2-3 курс давомида қўллаш.
4. Овуляцияни стимуллаш учун Клостилбегит, Клофид ёки Дуинум препаратларидан бирини 50мг дан (2-ойда берганда 100мг ва 3-ойда берганда-150мг суткасига) аёлларда тухумдонлар захирасини эътиборга олган ҳолда хайз циклининг 2-6, 3-7 ёки 5-9 кунлари берилади.
5. Гиперпролактинемияда 4-6 хайз цикли давомида суткасига 2,5-7,5 мг бромкриптин ёки достинекс 0.5 таблеткадан ҳафтада 2

марта душанба ва пайшанба кунлари ичиш тавсия тавсия қилинади.

6. Гиперандрогенияда верошпирон ёки дексаметазон суткасига 0,25-0,5мг схема бўйича 2-ой давомида берилади.

Сурункали ановуляция синдромида овуляция бўлмаслигини қуйидаги текшириш усуллари билан аниқлаш мумкин (3 ёки ундан кўпроқ ҳайз цикли давомида)

1. Базал ҳароратни ўлчаш.
2. Қон плазмасида прогестерон миқдорини аниқлаш.
3. 6-8 кун давомида базал ҳарорат ошганда сийдикда прегнандиол миқдорини аниқлаш.
4. Эндометрий қаватини гистологик текшириш.
5. Лапароскопияда «фолликуланинг ўсиши ва ёрилиши» ни аниқлаш
6. Ультратовуш орқали фолликулометрия ўтказилиб фолликулалар ривожланиши ва эндометрий қалинлигини текширилади.

Овуляцияни текширишда юқорида кўрсатилган барча усулларни ҳам бирданига қўллашга зарурат йўқ.

1.3. НИШОН АЪЗОЛАР ШИКАСТЛАНИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЕПУШТЛИК

Бепуштликнинг бу турини қуйидаги омиллар билан ажратилади:

1. Най-перитонеал тури
2. Бачадон тури
3. Бачадон бўйни билан боғлиқ тури
4. Қинга боғлиқ тури

1. Най бепуштлиги бачадон найларининг анатомик-функционал ўзгаришлари оқибатида келиб чиқади. Учраш салмоғи 30-70%.

Перитонеал бепуштлик деб, кичик чаноқ бўшилиғидаги чандик

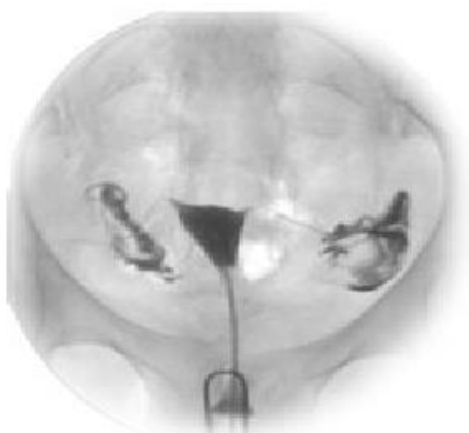
жараёнлари туфайли 1 ёки 2 та найнинг ўтказувчанлиги бузилиши туфайли юзага келадиган бепуштликка айтилади. Учраш салмоғи - 9,2-34%

Най бепуштлигини 2 та асосий турга ажратиш қабул қилинган. Бачадон найлари функциясининг бузилиши ва уларнинг органик ўзгаришлари.

Бачадон найлари функциясининг бузилиши кўп сабаблар натижасида юзага чиқади:

- а) бепуштлик оқибатидаги сурункали психологик стресс
- б) жинсий гормонлар синтезининг бузилиши
- в) буйрак усти бези ва симпатикоадренал система глюкокортикоид функциясининг бузилиши.

Бачадон найларининг органик шикастланиши улар ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечади (3-расм).



**Гистеросальпингография
натижасига кўра бачадон найлари
ўтказувчан**



**Гистеросальпингография
натижасига кўра бачадон найлари
ўтказувчанлиги бузилган**

3-расм. Бачадон найларини гистеросальпингографияси

Бачадон найлари органик ўзгаришларининг асосий сабаблари қуйидагилар ҳисобланади:

- а) жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари
- б) пелвиоперитонит, аппендицит, кейинчалик аппендоектомия билан, ички жинсий аъзолардаги жарроҳлик муолажалари билан боғлиқ

Ўзгаришлар

в) бачадон найлари эндометриози.

Бепуштликнинг най-перитонеал формасида даволаш:

1. Яллиғланишга қарши даво ўтказиш
2. Гормонал бузилишларни коррексия қилиш
3. Лапароскопия жаррохлик амалиётида:
 - а) Чандиқларни кесиш -адгезиолизис(салпинго-, оварио-, фимбриолизис)
 - б) Салпингостомия, салпингонеостомия
- в) Эндометриоз ўчоқларини коагуляция қилиш

Бачадондаги органик ўзгаришлар туфайли юзага келадиган бепуштликнинг сабабларига-ички эндометриознинг бошланғич формалари, бачадон субмукоз миомаси, эндометрий гиперплазияси ва полиплари, турли этиологияли яллиғланиш жараёнлари ҳамда бачадон бўшлиғи синехиялари киради. Бу ўзгаришлар мено-, метроррагия, олигоменорея ва аменорея шаклида клиник намоён бўлади.

Бачадон бўйни ва қиннинг орттирилган нуқсонлари кўпинча жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари натижасида, жаррохлик муолажалари оқибатида келиб чиқади. Бачадон бўйни омили сперматозоидларнинг ташилишида катта аҳамиятга эга. Бачадон бўйни шиллиғининг бузилиш сабаблари:

1. Яллиғланиш ўзгаришлари
2. Гормонал бузилишлар
3. Сперматозоидларга нисбатан антитаналар пайдо бўлиши
4. Бачадон бўйни анатомик ўзгаришлари.

Бачадон бўйни омилида даволаш:

1. Яллиғланишга қарши даво
2. Тухумдонлар функциясини яхшиловчи даво.
3. Сперматозоидларда антителар бўлса, барьер (тўсиқли) даво б ой давомида презервативлар қўллаш

4. Бачадон ичига эри ёки донор уруғини инсеминациясини қўллаш

5. Анатомик ўзгаришлар бўлса, пластик жаррохлик муолажаларини қўллаш.

Нишон аъзоларининг сурункали яллиғланиши билан боғлиқ бепуштликни даволаш:

Нишон аъзоларида сурункали яллиғланиш касалликларини аниқлаш учун провокация методи қўлланилиб, қин, сервикал канал ва уретра ажралмалари бактериологик ва серологик текширилади. 50% ҳолларда инфекция бачадон найлари ва чаноқ бўшлиғида бўлишини ҳисобга олиб, микрофлорани текшириш мақсадида материал лапароскопия ёки орқа гумбаз пунксияси орқали олинади (агар шароит ёки кўрсатма бўлса).

Антибактериал препаратлар касаллик қўзғатувчиларининг уларга бўлган сезувчанлигидан келиб чиққан ҳолда тавсия қилинади.

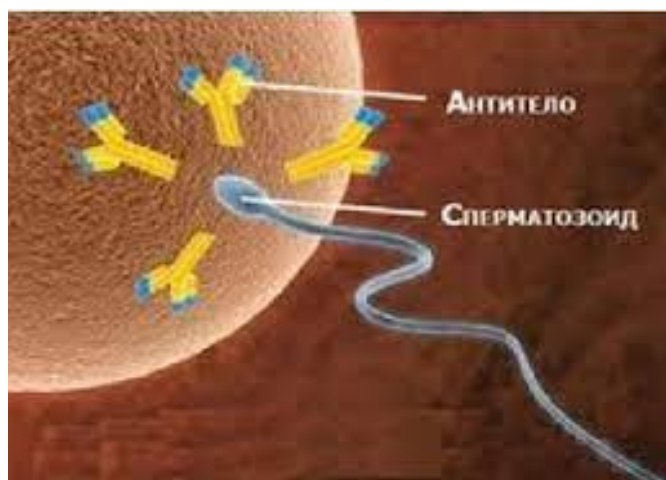
1.4. ИММУНОЛОГИК БЕПУШТЛИК

Иммунологик бепуштлик ёки бепуштликнинг иммун турида аёл ва эркеклар иммунитет ҳимоя омиллари сперматозоидларни блоклайди ва уруғлантириш жараёнини содир бўлишига йул қуймайди.

Иммунологик бепуштликда ҳосил бўлган антиспермал антитаначалар сперматозоидларнинг мембраналарига ўрнашиб олиб уларнинг тухумхужайрага етиб бориб унга киришига тўсқинлик қилади. Иммунологик бепуштликда сперматазодларларнинг бачадон бўйни цервикал каналидаги қуюқ шиллиғидан ўтиш қобилиятини йуқотади. Антиспермал антителолар сперматозоидлардаги ҳаракатчанликни блоклайди ва натижада уруғлантириш жараёнини хавф остига қўяди.

Бепуштлик сабаби спонтан рўй берувчи антиспермал иммунитет: эркекларда айрим шароитларда ўзининг спермасига нисбатан антитаналар пайдо бўлиши, аёлларда эса эрининг спермасига нисбатан антитаналар ҳосил бўлишидир. Бунда сперматазоидлар бир-бирига

ёпишиб қолиб ўз ҳаракатчанлигини йуқотади. Аёллар ва эркакларда иммунологик бепуштлик сабаблари турлича бўлиши мумкин.



4-расм. Сперматазоидларга нисбатан антителолар ҳосил бўлиши.

Аёлларда иммунологик бепуштлик сабаблари

- Турли аллергия ҳолатлар;
- Инфекцион касалликлар;
- Жинсий органлар сурункали яллиғланиш касалликлари;
- Венерик касалликлари;
- Жинсий йуллар орқали юқувчи касалликлар;
- Генитал эндометриоз.

Эркакларда иммунологик бепуштлик сабаблари

- анатомик касалликлар (чов чурраси, варикоцеле, уруғ олиб чиқувчи йулни обструкцияси, крипторхизм, мойклар буралиши);
- жинсий йуллар орқали юқадиган инфекциялар;
- чаноқ аъзоларида, ёрғоқда шикастланишлар ва операциялар;
- сурункали яллиғланиш касалликлари (простатит, эпидидимит, орхит).

Иммунологик бепуштликни диагностикаси

Спермограмма таҳлили.

МАР тести.

ПЦР тадқиқоти

Курцрок-Миллер тести.

Шуварский синамаси.

Давоси: Антиспермал антитаначаларни кимнинг танасида (аёлда ёки эркекда) ишлаб чиқарилганига қараб даволаш турлича қўлланилади. Кўпинча жуфтликларга антиаллергик, иммуномодуловчи перапаратлар ҳамда глюкокортикоидлар тавсия этилиб, уларга 6 ойгача жинсий алоқада презервативлардан фойдаланиш буюрилади, аммо кўпинча бу даволаш усуллари самара бермайди. Аёлларда иммунологик бепуштликни даволашни энг самарадор усули бу эрини уруғини бачадон ичига инсимиенация муоалажаси ўтказилади.

1.5. РЎХИЙ-ПСИХОЛОГИК ОМИЛЛАР САБАБЛИ БЕПУШТЛИК

Кўпгина бепушт аёлларда психоэмоционал ҳолатида турли ўзгаришлар борлиги аниқланади. Ёлғизлик, ҳайз олди давридаги истерик ҳолатлар бунга мисол бўлади. Бундай аёллар невропатолог, психолог назоратида бўлишлари керак.

II. БОБ. ЭРКАКЛАР БЕПУШТЛИГИ



5-расм. Эркаклар бепуштлигини сабаблари

Эркакларнинг бепуштлиги - бу эркакнинг камида бир йил давомида контрацептив воситалардан фойдаланмасдан мунтазам жинсий алоқада бўлган аёлга ҳомиладор қила олмаслиги. Бепуштликнинг эркак омили 20% ҳолатларда аниқланади ва барча бепуштлик ҳолатларининг 30-40% да биргаликда келади. Бепушт жуфтликларнинг 50% эркак бепуштлиги билан боғлиқ омил топилади, одатда эякуляциянинг анормал параметрлари билан бирлаштирилади.

Эркакларнинг фертиллиги қуйидаги сабабларга кўра бузилиши мумкин:

- генитиал тизимининг аномалиялари ёки орттирилган нуқсонлари;
- ёмон сифат ўсма касалликлари;
- сийдик йулларининг инфекциялари;
- ёрғоқ ҳароратининг ошиши (масалан, варикоцеле натижасида);
- эндокрин касалликлар;
- генетик аномалиялар;
- иммунологик омиллар.

30-40% ҳолларда эякуляция кўрсаткичларининг ёмонлашувини тушунтирувчи омил топилмайди. Бу одатда идиопатик эркак бепуштлиги

деб аталади.

Идиопатик бепуштлик учун:

- таъсир қиладиган касалликлар тарихи йуқ туғиш учун;
- объектив текшириш кўрсатади;
- эндокрин, генетик ва биокимёвий лаборатория текширувлари натижалари нормага мос келади;
- эякуляция текшируви кўрсатади туғиш салохиятинингнинг пасайиши.



6-расм. Эркаклар бепуштлигини даволаш усуллари

Анъанавий равишда эркаклар бепуштлигининг қуйидаги вариантлари фарқ қилинади:

- секретор бепуштлик (бирламчи ёки иккиламчи мойк этишмовчилиги туфайли);
- экскретор бепуштлик (сперматозоидларнинг нормал ташилишининг бузилиши билан боғлиқ туғма ёки ортирилган сабабларни бирлаштиради.
- эркаклар иммунологик бепуштлиги (сперматозоидларга қарши аутоиммун реакцияларни келтириб чиқарадиган сабабларни бирлаштиради, бу антиспермал антитаначаларини ишлаб чиқариш билан бирга келади.

Эркак омилининг таъсир даражасига кўра, эркаклар бепуштлиги

сабабларининг учта гуруҳи мавжуд:

- претестиккуляр (гипогонадотропик гипогонадизм; генетик омиллар, хромосома аномалиялари);

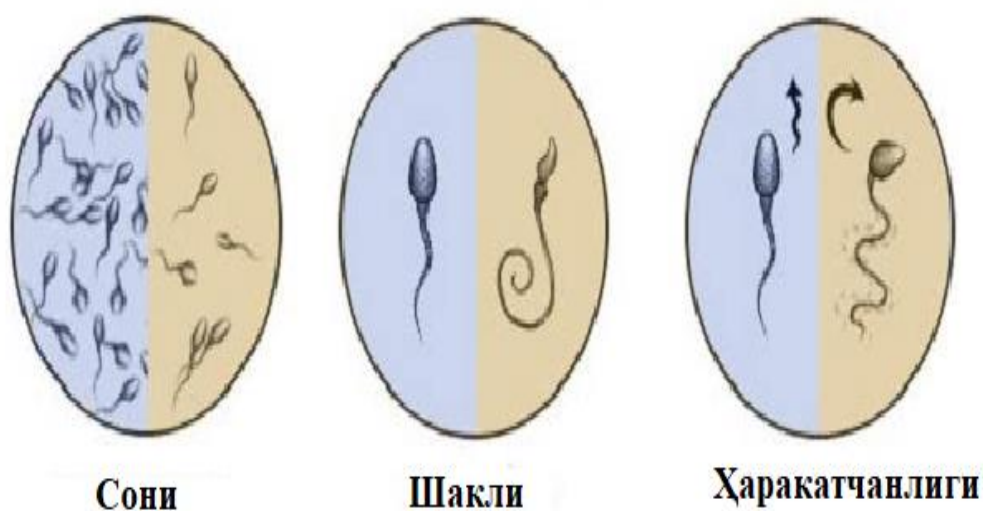
- мойклар (гипергонадотропик гипогонадизм, мойк ўсмалари, жарохат, инфекция, варикоцеле ва бошқалар);

- посттестиккуляр (қўшимча эркак жинсий безларининг инфекцияси, уруғ ўтказувчи найнинг обструкцияси, уруғ ўтказувчи най ривожланишидаги аномалиялар, вазэктомия, сийдик йулларининг патологияси (масалан, гипоспадиа), жинсий дисфункциялар: эякуляция бузилиши ва эректил дисфункция ва бошқалар).

Ҳар бир етилган эркак жинсий хужайраси 72-74 кун давомида ривожланади ва параллел равишда уларнинг кўп қисми ривожланиб шаклланади. Сперматогенез жинсий етилиш давридан бошлаб бутун ҳаёт давомида узлуксиз рўй беради.

Эркаклар бепуштлигини секретор ва экскретор турлари фарқланади.

Эркаклар бепуштлигининг секретор тури сперматогенез бузилиши билан характерланса, экскретор тури - сперма ажралишининг бузилиши билан характерланади. Банкрофф (1985) маълумотларига кўра эркаклар бепуштлиги 40-50% ҳолларда учрайди.



7-расм. Спермограмма кўрсаткичлари

Нормал спермограмма кўрсаткичлари:

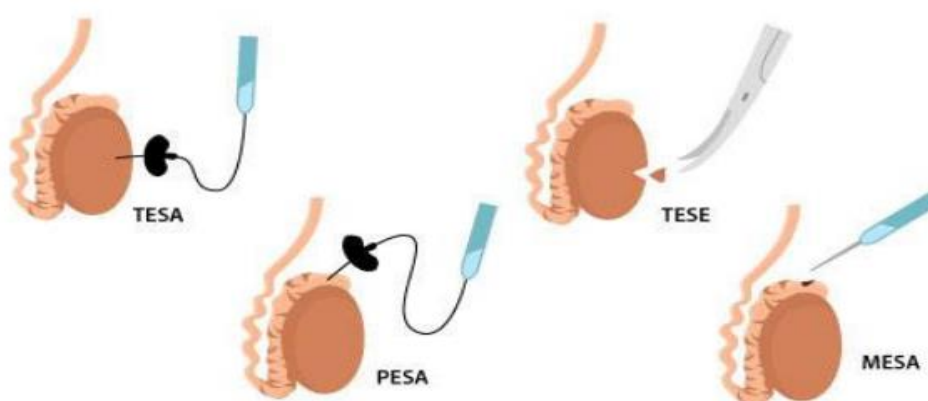
1. Эякулят миқдори - 2-5мл
2. Эякулятда сперматозоидларнинг умумий миқдори > 50 млн
3. Актив ҳаракатчанлик >50%
4. Аглютинатсия йўқ
5. pH 7,2-7,8
6. Лейкоцитлар <1,0

Эркаклар бепуштлигини даволаш усули (ДССУ) донор спермаси билан сунъий уруғлантиришдан иборат (8- расм).



8-расм. Бачадоничи инсеминацияси

2.2.Эркаклар бепуштлигини ЁРТ ёрдамида даволашда қўлланиладиган усуллар



9-Расм.Эркаклар бепуштлигида ўтказиладиган микрожаррохлик амалиётлари

- мойк ва мойк ортиқларининг тери орқали аспирацияли биопсиялари (ПЕЗА);
- очик мойк биопсиялари (ТЕЗА);
- микрожарроҳлик назорати (МЕЗА) билан мойк ортиқларининг очик биопсиялари;
- микрожарроҳлик назорати билан мойкнинг очик биопсиялари (микро-ТЕЗА);
- уруғ ўтказувчи найдан сперматозоидларнинг аспирацияси.

Ш.БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ТУРЛАРИ

ЁРТнинг қуйидаги усуллари фарқ қилинади:

1. Классик экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ) ва эмбрионни кўчириш (ЭК).
2. Эрини спермасида сунъий уруғлантириш (ЭССУ) ёки донор уруғида сунъий уруғлантириш (ДССУ).
3. Сперматазоидни хужайра цитоплазмасига инъекцияси (СХЦИ).
4. Тухумхужайра ва эмбрион донорлиги.
5. Суррогат оналик.
6. Ооцит ва эмбрион криоконсервацияси.
7. Ирсий касалликларни предимплантацион диагностикаси.
8. Хэтчинг (эмбрионни бачадонга имплантациясидан олдин унинг ялтироқ пардасини кесиш).
9. Кўп ҳомилаликда эмбрион редукцияси.

3.1. ЁРТ қўллашга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар



10-расм. Экстракорпорал уруғлантириш ва эмбрионни бачадонга кўчириб ўтказиш

3.1.1.ЭКУ қўллашга кўрсатмалар

- туғма ва орттирилган тухумдон нуқсонлари;
- тухумдонларнинг йуқлиги (бу ҳолда донор тухумдонидан фойдаланилади);
- бачадон найларининг туғма ва орттирилган нуқсонлари;
- бачадон найари ўтказувчанлигини бузилиши;
- эндокрин бепуштлик;
- иммунологик бепуштлик;
- келиб чиқиши ноаниқ (идиопатик) бепуштлик;
- ановуляцияли хайз цикллари

3.1.2.ЭКУ қўллашга қарши кўрсатмалар

- туғма ёки орттирилган бачадон нуқсонлари;
- бачадоннинг йуқлиги;
- ЭКУ дастурида ишлатиладиган дориларга нисбатан аллергия кузатилиши;
- юрак нуқсонлари;
- инсулт тарихи;
- қон айланиш тизимининг жиддий касалликлари;
- қалқонсимон беzi фаолиятининг жиддий бузилишлари;
- гипоталамус-гипофиз тизимининг касалликлари;
- буйрак касаллиги;
- организм турли жойларида жойлашган ҳар қандай саратон касалликлари;
- бачадон ва тухумдон яхшисифат ўсмалари;
- турли жойда жойлашган ўткир яллиғланиш касалликлари;
- ҳомиладор бўлиш ва туғишга монелик қилувчи соматик ва рўхий касалликлар.

3.2.3.ЭКУни қўллашга чекловлар

- тухумдон захирасининг пасайиши (тухумдонлар эхографик кўрсаткичлари ва қондаги антимюллер гормони даражасига қараб);
- асосий ЭКУ дастурида донор ва (ёки) криосақланган жинсий хужайралар ва эмбрионлардан фойдаланган ҳолда даволаш самарасиз бўлган шунингдек суррогат оналикдан фойдаланган ҳолатларда ҳам;
- аёлларда жинсий алоқа билан боғлиқ ирсий касалликлар (гемофилия, Дюшен мушак дистрофияси, X-хромосомаси билан боғлиқ ихтиоз, Шарко-Мари амиотрофияси ва бошқалар)
- шунингдек, шифокор генетикнинг хулосасига кўра мажбурий преимплантация генетик ташхиси билан ЭКУ дастурини ўтказиш мумкин).

3.4.ЭКУ ўтказиш учун беморларни танлаш

ЁРТ дан фойдаланишга кўрсатмаларни ва бепуштлик сабабларини аниқлаш учун қуйидагилар амалга оширилади:

- эндокрин ва овуляция ҳолатини баҳолаш (қонда пролактин, гонадотропинлар ва стероид гормонлар даражасини аниқлаш, бачадон ва унинг ортиқларини трансвагинал ультратовуш текшируви);

- бачадон найчаларининг ўтказувчанлигини ва чанок аъзоларининг ҳолатини баҳолаш (лапароскопия бўйича), агар аёл лапароскопиядан бош тортса, муқобил текшириш усуллари - гистеросалпингография, контрастли эхогистеросальпингоскопия қўлланилиши мумкин;

- эндометрий ҳолатини баҳолаш (бачадоннинг трансвагинал ультратовуш текшируви (эндометрий), гистероскопия, бачадон тўқималари (эндометрий) нинг биопсияси;

- эрнинг (шерикнинг) эякулятини ўрганиш, сперматозоидларнинг аглютинацияси аниқланганда, сперматозоидларнинг аралаш антиглобулин реакцияси амалга оширилади;

- эркак ва аёлларни уrogenитал инфекцияларга текшириш.

- беморлар бепуштликнинг сабабини аниқлагандан сўнг, даволаш, шу жумладан лапароскопик ва гистероскопик тузатиш, овуляцияни стимуляция қилиш ва эркак омилли бепуштлик терапияси самарасиз деб топилса (9-12 ой давомида ҳомиладорликнинг йўқлиги) ЁРТ ёрдамида даволанишга юборилади.

3.5. ЁРТ дастурига тайёргарлик кўришда ўтказиладиган текширувлар:

- қонда оқиш трепонемага қарши антитаначаларни аниқлаш;
- ОИВ, гепатит В, С, ва оддий герпес вирусларига қарши LgM ва IgG антитаначаларини аниқлаш;

- аэроб ва факултатив анаэроб микроорганизмлар, Candida жинси замбуруғлари учун жинсий аъзолар оқчилини, трихомониаз учун микроскопик текшириш.

- хламидий, микоплазма ва уреоплазмаларга микроскопик текшириш;

- 1-2 типли оддий герпес ва цитомегаловирусга молекуляр-биологик текширув.

• Аёлларни текшириш:

- умумий (клиник) қон тахлили, қон биокимёвий тахлили, коагулограмма (гемостаз тизимини текшириш);

- пешоб умумий анализи;

- кизилча вирусига қарши LgM ва IgG антитаначаларини аниқлаш;

- қин суртмаларини микроскопик текшируви;

- бачадон бўйни цитологик текшируви;

- кичик чаноқ органларини ультратовуш текшируви;

- ўпка флюорографияси (охирги 12 ой ичида ушбу текширувдан ўтмаган аёллар учун);

- электрокардиограмма жавоби;

- терапевт маслахати (кўриги).

- 35 ёшдан ошган аёлларга маммография қилинади. 35 ёшгача бўлган аёллар сут безларини ультратовуш текширувидан ўтказадилар,

агар ультратовуш текшируви натижалари сут безлари патологияси белгиларини аниқласа, маммография ўтказилади.

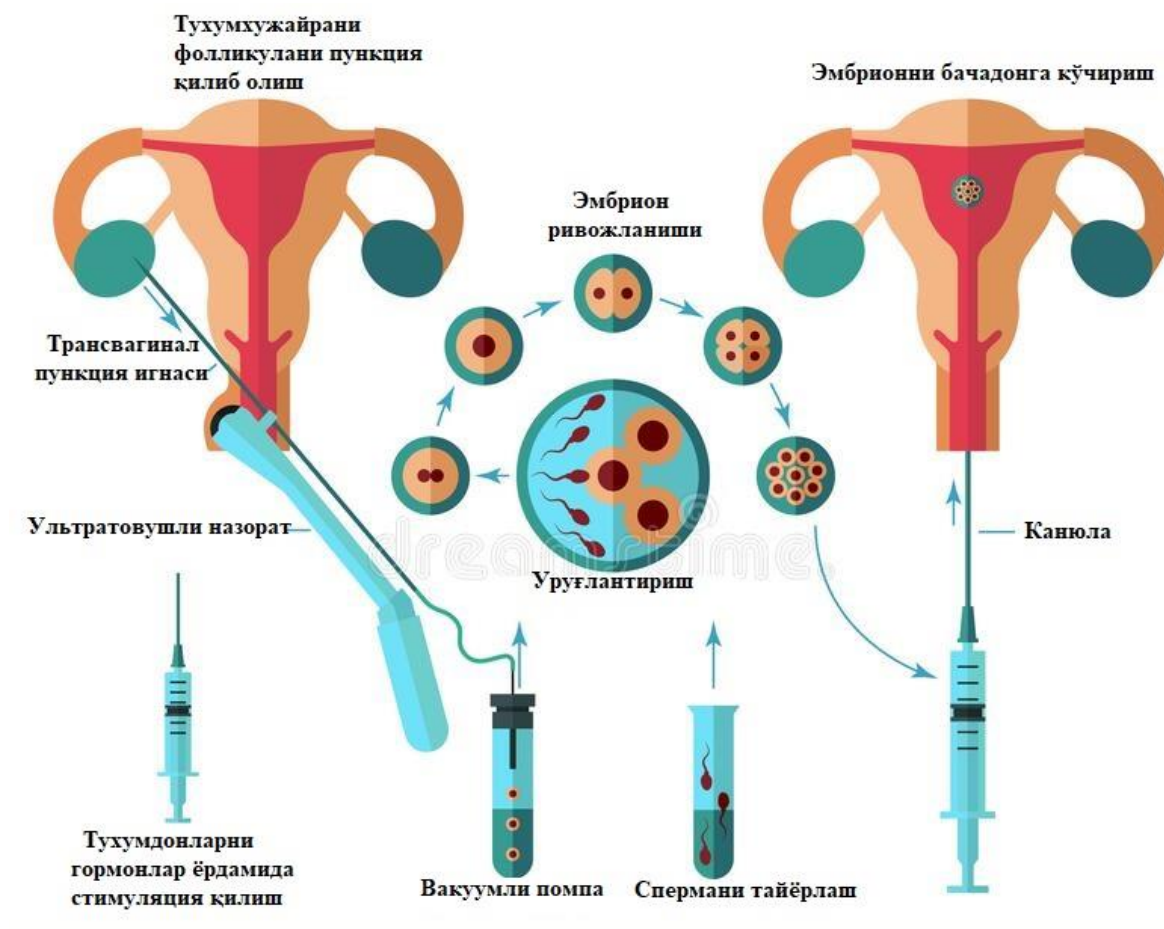
- Анамнезида (шу жумладан яқин қариндошларида) туғма нуқсонлар ва хромосома касалликлари билан оғриган аёлларга, бирламчи аменорея билан оғриган аёлларга генетик текширув (маслаҳат) ва хромосома йиғиндисини ўрганиш (кариотиплаш) буюрилади.

- Агар эндокрин касалликлар аниқланса, эндокринологнинг текшируви (маслаҳати) буюрилади, қалқонсимон без ва паратеироид безлари, буйраклар ва буйрак усти безлари ультратовуш текшируви ўтказилади.

- Эри (жинсий шерикларида) эякулят текшируви ўтказилади.

- Жарроҳлик даволашни талаб қиладиган чаноқ аъзоларининг патологияси аниқланганда беморларга лапароскопия ва гистероскопия ўтказилади. Агар гидросалпинкс аниқланса, тубэктомия амалиёти ўтказилади. Лапароскопия пайтида аниқланган субсероз ва интерстициал миоматоз тугунлар олиб ташланади, улар жойлашиши ва ҳажми (4 см дан ортиқ) бўйича ҳомиладорликнинг боришига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Гистероскопия пайтида субмукоз миоматоз тугунлар, эндометрийдаги полиплар аниқланганда, гистерорезектоскопия жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

IV. БОБ. КЛАССИК ЭКСТРАКОРПОРАЛ УРУҒЛАНТИРИШ (ЭКУ) ВА ЭМБРИОННИ КЎЧИРИШ (ПЭ)



11-расм. Экстракорпорал уруғлантиришни схематик кўриниши

ЭКУ-тухумхужайрани *in vitro* уруғлантириш жараёни, эмбрионни етиштириш ва эмбрионни бачадонга ёки дистал бачадон най қисмига кўчириш. Ҳар бир ЭКУ уринишида ҳомиладорлик эҳтимоли ўртача 30-35% ни ташкил қилади.

4.1.Классик ЭКУга кўрсатмалар

- Мутлақ най бепуштлиги (анамнезида икки томонлама тубэктомия).

- Бачадон найчаларида реконструктив пластик жарроҳлик ва 30 ёшдан ошган аёлларда 1 йил ёки ундан кўпроқ вақт давомида ҳомиладорликнинг йуқлиги; най бекилишини 5 йил давомида самарасиз

консерватив даволаш.

- Иммунологик бепуштлик, эри уруғи билан самарасиз сунъий уруғлантириш.

- Ноаниқ генезли бепуштликни тўлиқ клиник текширувидан ўтказганидан кейин.

4.2.ЭКУ босқичлари

1. Беморларни танлаш, текшириш.

2. Суперовуляцияни стимуллаш.

3. Фолликулалар пункцияси преовулятор ооцитларни олиш.

4. Тухумхужайрани уруғлантириш (ооцитлар инсеминацияси), эмбрионларни *in vitro* чатиштириш.

5. Эмбриотрансфери (эмбрионни кўчириш) бачадон бўшлиғига эмбрионни кўчириш ва ундан кейинги посттрансфер даврни олиб бориш.

6. Ҳомиладорликни диагностикаси.

4.3.Суперовуляцияни стимуллаш (кўп сонли овуляция).

ЭКУ дастурининг муҳим босқичи бу *in vitro* уруғлантиришга қодир бўлган етук преовуляцион ооцитларни олишдир. Суперовуляцияни стимуллашга Ўзбекистон ҳудудида белгиланган тартибда рўйхатдан ўтган фармакотерапевтик гуруҳларнинг дори воситалари билан амалга оширилади: гонадотропинлар, гонадотропин-релизинг гормони, гонадотропин-релизинг гормонининг аналоглари ва антагонистлари, менотропинлар. Улар дори воситаларини қўллаш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилади, дозалар тухумдонларнинг жавобини кузатишни ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда ўрнатилади.

4.4. Овуляцияни стимуллашгага қарши кўрсатмалар:

- Гипер-гипотиреоз;

- Тухумдонлар фаолиятининг етишмовчилиги;
- Туғма буйрак усти қобиғи дисплазияси;
- Гиперпролактинемия;
- Хромосома патологияси.

4.5. Тайёргарлик босқичида қўлланиладиган препаратлар.

Гестагенлар: прогестерон, норколут, утрожестан, дюфастон ва бошқалар.

Эстрогенлар: прогинова, эстрофем ва бошқалар.

Комбинирланган эстроген-гестаген препаратлари: монофазали орал контрацептивлар – Димиа, Ярина ва бошқалар.; учфазали орал контрацептивлар - триквилар, трирегол ва бошқалар.

Тиреодли (гипотиреоз билан боғлиқ эндокрин бепуштликда): L-тироксин, эутирокс ва бошқалар.

Глюкокортикоидлар (буйрак усти беши гиперандрогенияси): верошпирон, дексаметазон ва бошқалар.

Дофамин агонистлари (идиопатик гиперпролактинемияда, гипофиз микроаденомасида, ТПС, иккиламчи гиперпролактинемияда): бромкриптин, достинекс, парлодел ва бошқалар.

Гонадолиберин агонистлари (эндометриоз, эндометрий гиперпластик жараёнларида, бачадондан аномал қон кетишларда, бачадон миомасини жаррохликдан олдин тайёрлаш жаррохликдан кейинги рецидивини олдини олиш мақсадида, бепуштликда, ТПСда, гипоталамик аменореяда, гипоталамо-гипофизар тизимдаги патологик фаолликни бостиришда: диферилин, золадекс, декапептил депо, бусерелин ва бошқалар.

4.6. ЭКУ дастурида ва ЁРТга тайёргарликда қўлланиладиган препаратлар:

- ОМГ- одам менопаузал гонадотропини (хумегон, менопур);
- рФСГ- фақат тозаланган ФСГ фолликулостимулловчи гормон

сақловчи рекомбинант (фоллитропин, гонал-Ф, пурегон);

- ОХГ -одам хорионик гонадотропини (прегнил, хорагон, овитрель);
- рЛГ- рекомбинант лютеинловчи гормон (луверис);
- Кломифен цитрат (кlostилбегит), Дуинум, Клофит.

4.7. Муддатидан аввал овуляцияни олдини олувчи препаратлар

- > ГнРГ агонистлари (люкрин-депо,бусерелин, диферелин,золадекс);
- > ГнРГ антагонистлари (цетротид,оргалутран);

4.8.Овуляцияни стимуллашга схемалари

Овуляцияни стимуллашганинг бир нечта протоколлари мавжуд бўлиб, улар гипофиз блокадаси фазасининг давомийлигига қараб фарқланади:

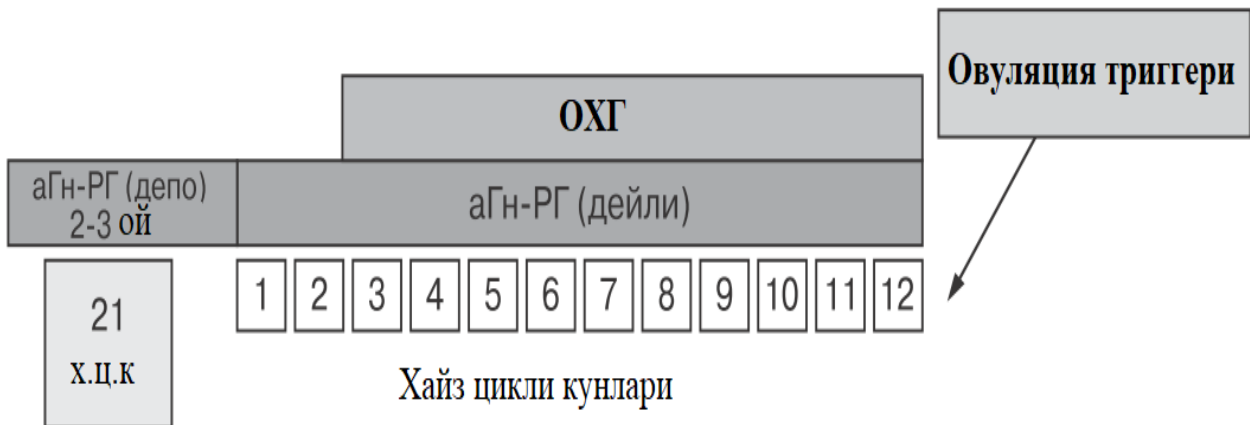
- қисқа;
- узок;
- оптимал протокол ҳисобланади.

Қисқа протоколни қўллашда ГнРГ агонистлари ҳайз даврининг бошидан бошлаб буюрилади, ФСГ (ёки ФСГ + ЛГ) бир вақтнинг ўзида қўлланилади.

Узун протоколда ГнРГ агонистлари 10-14 кун давомида қўлланилади, сўнгра тухумдонларнинг ФСГ(ёки ФСГ+ЛГ) суперстимуляцияси амалга оширилади.

4.9. Жуда узун протокол

Эндометриоз билан оғриган беморларда одатда супер-узун протокол қўлланилади. Бунда а-ГнРГ препаратлари суперовуляция бошланишидан 3-6 ой олдин буюрилади. Гонадотропик стимуляция а-ГнРГнинг охирги ойи қилинган инъекцияси фонида амалга оширилади.



аГн-РГ (ultra-long) ёрдамида ўта узун протокол

12-расм. ЭКУ жуда узун протоколи

Оптималь протоколда ГнРГ антагонистлари паразитар ЛСГ чўққиси даврида қўлланилади. Гипофиз безининг гонадотроп функциясини блокировка қилишнинг тезкор таъсирига эришилади. Бу тухумдонларнинг овуляцияни стимуллашгага жавобини назорат қилиш имконини беради. Суперовуляцияни стимуляция қилиш протоколининг якуний босқичи ОХГ нинг киритилиши бўлиб, унинг таъсири остида ооцит пишиб етилади.

4.10. ЭКУнинг қисқа протоколи

Қисқа протокол одатда тухумдонларнинг етарли даражада жавоб бермаслиги ёки беморларнинг кеч (ҳайз циклининг 1-2 куни) мурожаат қилган аёлларда максимал мумкин бўлган фолликулалар сонини олиш учун ишлатилади. ГнРГ агонистлари ҳар куни ҳайз циклининг 1-2 кунидан бошлаб одатдаги суткалик дозада қўлланилади. Гонадотропик стимуляция циклининг 1-3 кунидан бошланади.



13-расм. ЭКУ қисқа протоколи

4.11. Орал контрацептивларни олдиндан қўллаш билан ўтказиладиган ЭКУ қисқа протоколи

Суперовуляция ўтказишдан олдин 21 кун давомида бир фазали орал контрацептивлари буюрилади. Сўнгра а-ГнРГни орал контрацептивларни ичиб тўхтатгандан кейин хайз циклининг биринчи кунидан бошлаб то ХГ килинадиган кунгача қилиниб кейин тўхтатилади. Гонадотропик стимуляция а-ГнРГ юборишнинг 1-3-кунидан бошланади.

4.12. ГнРГ антагонистлари (ант-ГнРГ) ва рекомбинант ФСГ (р-ФСГ) ёрдамида ўтказиладиган қисқа протокол.

Суперовуляцияни чақириш учун ишлатиладиган дорилар рекомбинант фолликулаларни стимуловчи гормон (р-ФСГ), улар табиий хайз кунининг 2-3 кунидан бошлаб кунига бир марта инъекция қилинади. Р-ФСГнинг бошланғич суткалик дозасини танлаш (100 - 300 МЕ) даволовчи шифокор томонидан беморни ёшни, олдинги овуляцияни

қўғотишда тухумдонларнинг жавобини, ФСГнинг базал даражаси, ультратовуш ва бошқа тадқиқотлар бўйича тухумдонлар захираси даражасини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Тухумдонларнинг жавобига қараб, р-ФСГнинг кунлик дозаси коррегирланиши мумкин.

ГнРГ препаратларини қўллаш бошланиши мумкин ёки сунъий қўғотилган овуляцияни 6-кунидан бошлаб ёки камида битта фолликул диаметри 14 мм.га етгунича (тери остига, 0,25 мг) қилинади. ГнРГнинг иккита инъекцияси орасидаги вақт 30 соатдан ошмаслиги керак. Р-ФСГ ва анти-ГнРГ препаратларининг инъекциялари ўз вақтида мос келиши мақсадга мувофиқдир ва укол эрталаб амалга оширилади. ГнРГнинг охириги инъекцияси ва ХГ нинг киритилиши ўртасидаги интервал 30 соатдан ошмаслиги керак. Агар ГнРГ эрталаб қўлланилса, охириги доза ХГ қабул қилинган куни қўлланилиши керак.

Агар ант-ГнРГ кечқурун юборилса, охириги ГнРГ инъекцияси ХГ қабул қилинган кундан бир кун олдин кечқурун амалга оширилади.

4.13. Овуляция индукцияси схемалари:

1. Билвосита индукция (фолликулогенезни билвосита стимуляция қилиш):

- **Гонадолиберин аналоглари** (препарат лютрелеф).
- **Антиэстрогенлар** (кlostилбегит, клоmid, летразол, Дуинум препаратлари).

2. Бевосита индукция (дорилар эндоген гонадотропинларни алмаштиради, тухумдонларга бевосита таъсир қилади, фолликулогенез ва овуляцияни келтириб чиқаради):

3. Сийдикдаги гонадотропинлар:

- одам менопауза гонадотропинлари - ОМГ: хумегон, пергонал, меногон (тенг миқдорда ФСГ ва ЛГ метродин (ФСГ ўз ичига олади);
- инсон хорионик гонадотропини -ИХГ: прегнил, профаза.



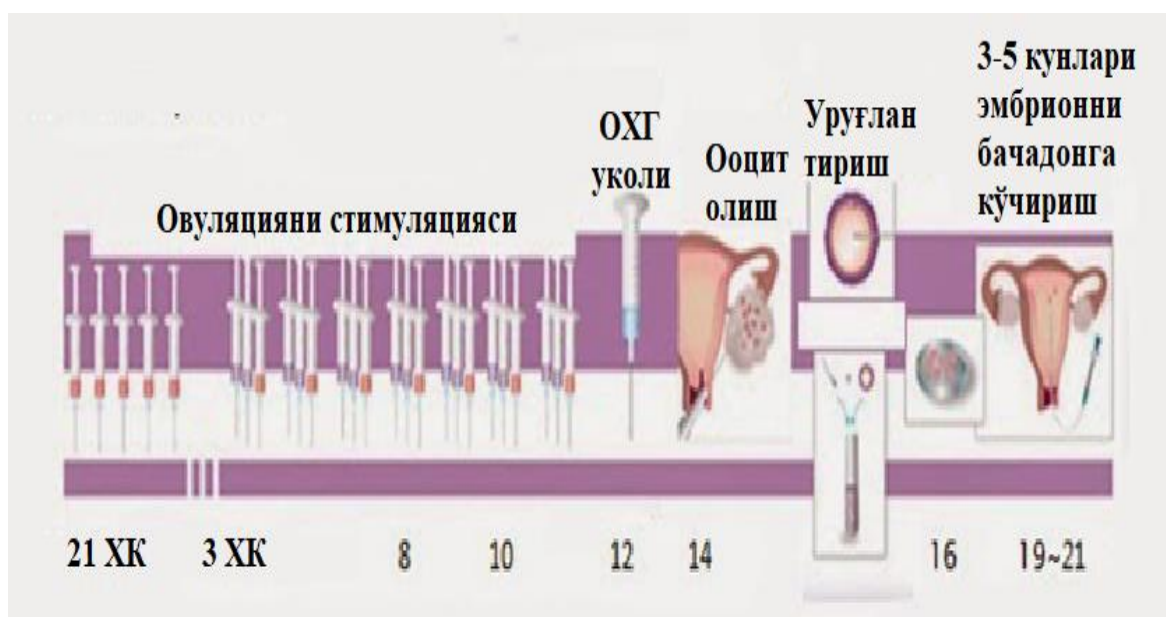
14-расм. Тухумдонларни стимуляция қилишда ишлатиладиган дорилар

4.Рекомбинант гонадотропинлар - р-ФСГ: пурегон, гонал-Ф.

Комбиниранган схемалар:

- Кломифенцитрат (КЦ) + ХГ
- КЦ + ИМГ + ХГ
- МГ + ХГ
- ИМГ + ХГ
- р-ФСГ + ХГда стимуллашга

Пулсацияланувчи режимда гонадотропин агонистларини қўлланиладиган стимуляция қилиш Тухумдонларнинг овуляция стимуляциясига жавобини баҳолаш учун ультратовуш текшируви ўтказилади ва қондаги гормонлар контцентратсияси ҳам аниқланади. 5 дан кам фолликулларнинг етуклиги "фаол" тухумдонларни кўрсатади, 5-15 фолликулларнинг пишиб етилиши "нормал" тухумдонларни кўрсатади, агар ультратовушда 15 тадан ортиқ фолликуллар ташхис қўйилган бўлса, бу тухумдонлар поликистоз касаллигининг белгисидир. ЭКУ овуляцияни стимуллашгасиз табиий ҳайз даврида амалга оширилиши мумкин. Бироқ, даволанишнинг ижобий натижаси ҳомиладорликнинг бошланиши ва яқунланиши билан баҳоланади.



15.расм. ЭКУ узун протоколи

4.14. ЭКУнинг узкн протокол

Хайз цикли лютеал фазанинг ўртасидан (одатда 21кундан бошлаб), а-ГнРГ депо дори ёки кундалик инъекция сифатида бошқарилади. Гонадотропик стимуляция гипофиз безининг десенситизациясига эришилганда бошланади, бу одатда а-ГнРГ қўллаш бошланганидан 10-14 кун ўтгач содир бўлади, бу пасайиш билан намоён бўлади. Қондаги эстрадиол даражаси <math>< 50 \text{ пг/мл}</math> ни ташкил қилади ва хайз қон кетишининг бошланишига тўғри келади. Гонадотропинларнинг кунлик дозаси кўплаб омилларга боғлиқ бўлиб, шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

4.15. Орал контрацептивларини олдиндан қўллаш билан узок протокол

Суперовуляция бошланишидан олдинги хайз даврида (бир фазали) орал контрацептивлари буюрилади. Сўнгра а-ГнРГ суткалик дозанинг ярмидан бошлаб орал контрацептивлар бекор қилинган кундан кейинги кун бошланади ва ХГ тайинланган кунгача давом этади. Гонадотропик

стимуляция хайз циклининг 1 ёки 3 кунидан бошланади. Ушбу протокол тартибсиз хайз кўриш цикллари бўлган аёлларда қўлланилиши мумкин ва суперовуляцияни чақириш пайтида тухумдонлар ретенцион ҳосилаларини шаклланишига тўсқинлик қилиши мумкин.

4.16. Фолликула ва эндометрий ривожланишини мониторинги

Суперовуляция индукцияси пайтида фолликулалар ва эндометрийнинг ривожланишини динамик назорат қилишда ультратовуш текшируви асосий усул бўлиб ҳисобланади. Ультратовуш текшируви жараёнида фолликулалар сони аниқланади, уларнинг ўртача диаметри (икки ўлчов йиғиндисига кўра) ва эндометрий қалинлиги ўлчанади.

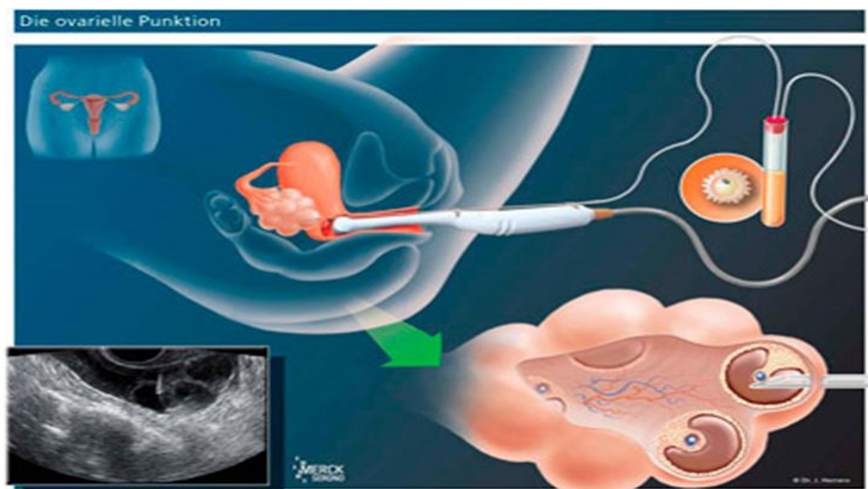
Ультратовуш текшируви учун 7,5 МГц частота диапазонида ишлайдиган ҳар қандай вагинал датчикли ультратовушли қурилмалардан фойдаланиш мумкин.

Гормонал мониторинг динамикада қонда эстрадиол (E2) ва прогестерон контцентрациясини аниқлашан иборат ва фолликулаларнинг функционал етуклигини баҳолашда ультратовуш маълумотларини тўлдиради.

4.17. Суперовуляция индукциясини яқунлаш мезонлари ва ХГни буюриш

Гипофиз безининг десенситизацияси фонида суперовуляция индукциясининг тугалланганлиги кўрсаткичлари куйидагилардир: диаметри 17 мм.дан ортиқ доминант фолликулалар ва эндометрийнинг қалинлиги 8 мм ёки ундан кўп. Гипофиз десенситизациясиз суперовуляцияни қўзғотишда ХГ ни буюришнинг ультратовуш мезонлари бўлиб диаметри 18мм.лик доминант фолликула ҳисобланади. Ооцитларнинг етилишини яқунлаш учун ХГ қўлланилади (тавсия этилган доза 5000-10000 МЕ бир марта, мушак ичига).

У.БОУ. ТУХУМДОН ФОЛЛИКУЛАЛАРИНИ ПУНКЦИЯСИ. ООЦИТЛАР (ТУХУМХУЖАЙРАНИ)НИ ОЛИШ.



16-расм. Тухумдон фолликулаларни трансвагинал пункцияси.

Ооцитларнинг якуний етилишини стимуллашга учун триггер препарат ХГ юборилгандан сўнг фолликулалар маълум бир ривожланиш даражасига (етукликка) эришади. Бу ХГ юборилганидан кейин 35 дан 36 соат ўтгач, овуляциядан олдин, трансвагинал ультратовуш назорати амалга оширилади.

Тухумдон фолликулалари пункцияси қилинади ва тухумхужайра олинади. Агар ооцитларни трансвагинал олишнинг иложи бўлмаса, лапароскопик усулда олиш мумкин.

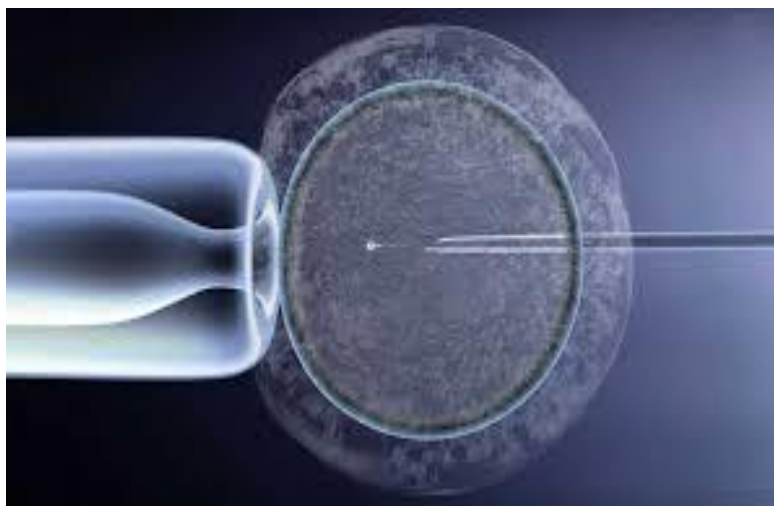
5.1.Ооцитларни уруғлантириш ва эмбрионни *in vitro* ўстириш

Эмбриологик лабораторияда олинган тухумхужайралар инкубаторга жойлаштирилади, бу эрда репродуктив тизимдаги шароитларга яқин шароитлар (ҳарорат, газ таркиби ва намлик) сақланади. Шу билан бирга, эякулятни тайёрлаш амалга оширилади - кейинги уруғлантириш учун энг фаол сперматозоидларни танлаб олиш.

Лабораторияда тухумхужайрани уруғлантиришнинг иккита асосий усули мавжуд: ЭКУ ва СХЦИ (унинг модификациялари мумкин).

Олинган ооцитларни уруғлантириш пункциядан 3-6 соат ўтгач

амалга оширилади. ЭКУ пайтида сперматозоид ва тухумхужайра уруғлантириш муҳитида 16-18 соат давомида бирга инкубация қилинади. Тухумхужайра бу даврда уруғлантирилади, бу икки хужайра ядроси (пронуклеус) - аёл ва эркак хужайралар шаклланиши билан бирга келади. Эркак пронуклеус сперматозоиддан ҳосил бўлиб, "оталик" хромосомаларни, аёл пронуклеус "оналик" хромосомаларини олиб юради ва тухумнинг генетик материалидан ҳосил бўлади. Сперматозоидларнинг сифати стандарт шароитларда уруғлантиришга имкон бермаган ҳолларда, СХЦИ амалга оширилади - битта сперматозоидни тўғридан-тўғри (тозаланган) тухум хужайра цитоплазмасига инъекция қилинади.



17-расм. Сперматозоидни хужайра цитоплазмасига инъекцияси

Уруғлантирилгандан сўнг - зигота ҳосил бўлгандан сўнг, эмбрион 5 кун давомида озиклантирувчи муҳитдан фойдаланган ҳолда инкубаторда ўстирилади. Эмбрион бластоциста босқичига етганидан кейин 5-кунида у бачадон бўшлиғига кўчирилади.

5.2. Эмбрионни бачадон бўшлиғига кўчириб ўтказиш (ЭК)

Беморнинг бачадон бўшлиғига энг яхши эмбрионларни (эмбрионни) кўчириб ўтказиш (трансфер) бачадон бўйни орқали махсус юпқа пластик катетер ёрдамида амалга оширилади. 3 та эмбрионни

кўчиришда ҳомиладорликнинг юқори хавфи ва эрта туғилган чакалоқларнинг омон қолиш даражаси пастлигини ҳисобга олган ҳолда, 2 тадан кўп бўлмаган эмбрионни кўчириб ўтказиш тавсия этилади. Кўчирилиши лозим бўлган эмбрионлар сони бўйича яқуний қарор бемор томонидан қабул қилинади.

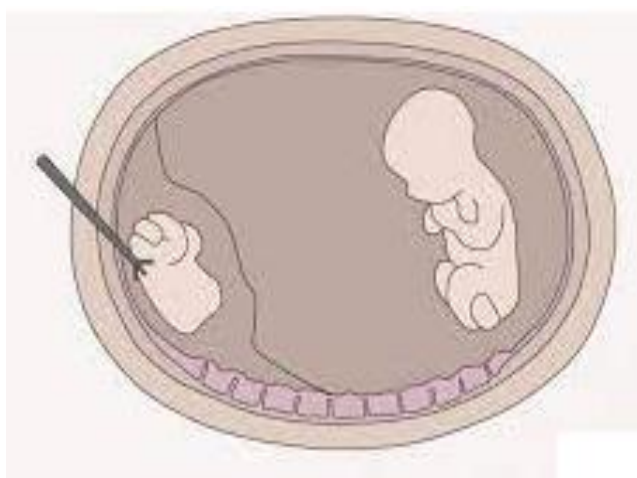
5.3. Эмбрион кўчирилган (трансфер)дан кейинги олиб бориш.

Эмбрион кўчирилгандан кейинги даврни қўллаб-қувватлаш препаратлари – гестаген сақловчи, ОХГ, ГнРГ агонистларини юбориш орқали амалга оширилади, бу имплантация ва эмбриогенезнинг муваффақияти эҳтимолини оширади.

5.4. Эрта босқичда ҳомиладорлик диагностикаси.

Ҳомиладорликни аниқлаш учун эмбрион кўчирилгандан кейин (қон ёки сийдикда) хорионик гонадотропин даражаси 12-14 кундан кейин аниқланади. Ҳомиладорликнинг ультратовуш диагностикаси ҳам эмбрион кўчирилгандан кейин 21-кундан бошлаб амалга оширилади. Кўп ҳомиладорлик ташхиси қўйилган тақдирда, эмбрион(лар)ни камайтириш (редукция) операцияси амалга оширилади.

5.5. Эмбрион редукцияси



18.Расм. Эмбрион редукцияси

Эмбрионларни қисқартириш (редукцияси) - бу кўп ҳомиладорликда бир ёки бир нечта эмбрионларни олиб ташлашга қаратилган жарроҳлик аралашувидир. Эмбрион редукцияси биринчи марта 1978 йилда АҚШда амалга оширилган. Ҳозирги вақтда операция кенг тарқалган бўлиб, у учтадан ортиқ эмбрионларда амалга оширилади.

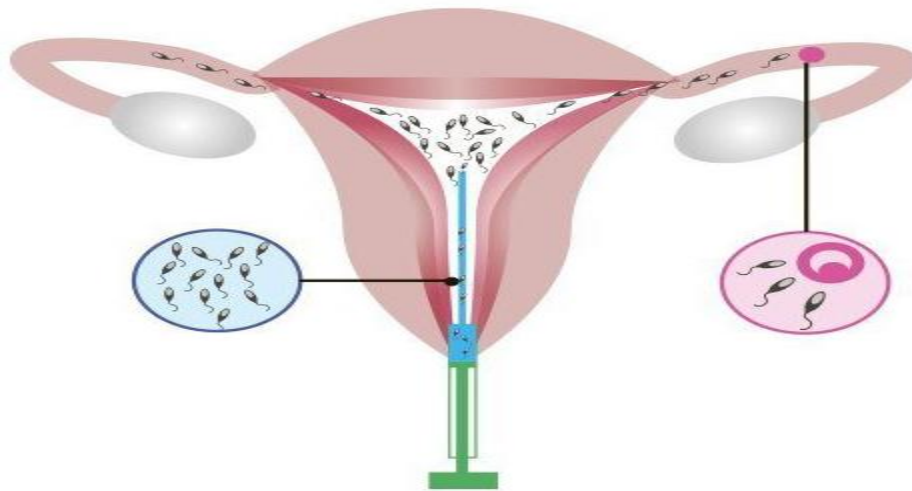
Редукция мақсадлари:

- ҳомиладорлик даврида асоратларни камайтириш, муваффақиятли туғилишни таъминлаш; ҳомиладор аёлнинг соғлиғи учун хавфни камайтириш;

- ривожланиш аномалиялари мавжуд бўлганда ҳомилани олиб ташлаш;

Кўп ҳомиладорликда редукция техникасини такомиллаштириш ҳомиладорлик жараёнини оптималлаштириш ва салбий перинатал оқибатларни камайтириш имконини беради. Эмбрион редукцияси трансцервикал, трансвагинал ёки трансабдоминал кириш орқали амалга оширилади.

VI. БОБ. ЭРИ СПЕРМАСИ ЁКИ ДОНОР СПЕРМАСИДА СУНЪИЙ УРУҒЛАНТИРИШ



19-расм. Бачадоничи сунъий уруғлантириш

ЭССУ ёки ДССУ- лабораторияда тайёрланган янги спермадан сперматозодиларни юқиб тозалаб олиб уни қин, бачадон бўйни ёки бачадон бўшлиғига юбориш жараёнидир.

Бу усул табиийга энг яқин усул бўлиб ҳисобланади. У табиий циклда ёки овуляцияни стимуляция қилишдан фойдаланиш билан (кўрсатмаларга кўра) қўлланилиши мумкин. Тухумдонларни стимуляция қилиш фонида инсеминациянинг юқори самарадорлиги исботланган.

ДССУ учун кўрсатмалар (фақат криосақланган сперма ишлатилади):

а) эр (шерик) томонидан:

- жинсий ва эякуляция касалликлари;
- сперматогенезнинг жиддий бузилиши;
- ирсий касалликларни ривожланиш хавфи.

б) аёл томонидан:

- жинсий шерикнинг йуклиги.

ДССУ учун кўрсатмалар, ҳамкор (криосақланган ёки янги сперма ишлатилади):

а) эр (шерик) томонидан:

- жинсий ва эякуляция касалликлари;

- субфертил сперма.

б) аёл томонидан:

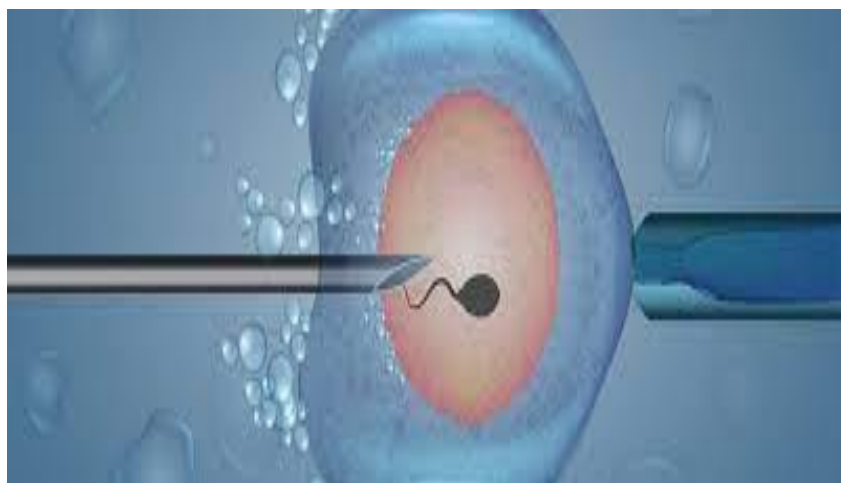
- бачадон бўйни сабабли келиб чиққан бепуштлиги;

- вагинизм.

ЭССУ самарадорлиги 30%, ДССУ - 50% ни ташкли этади.

6.1. Сперматазоидни хужайра цитоплазмасига инъекцияси

СХЦИ (Intracytoplasmic Sperm Injection) - бу сперматазоидни тухум хужайра цитоплазмасига инъекция ёрдамида киритишдир. СХЦИ усули эркак бепуштлигининг оғир шакллари бўлган, оғир астено-, олиго-, тератозооспермия билан оғриган жуфтликларда, мойк биопсиясидан олинган битта дона сперматозоид мавжуд бўлган ҳолатларда қўлланилади.



20-расм. Хужайра цитоплазмасига сперматазоидни инъекцияси

СХЦИ учун кўрсатма:

- эякулятор дисфункция;

- сперматогенезнинг оғир бузилишлари;

- оз миқдордаги ооцитлар (4 дан кам).

- олдинги ЭКУ дастурида ооцитларнинг йуклиги(пуч фолликула синдроми), уруғлантиришнинг паст фоизи (20% дан кам).

Сперматозоидларни жарроҳлик йули билан олиш учун кўрсатмалар:

- эякуляция дисфункцияси;
- обструктив азоспермия.

Эмбрионларни бачадон бўшлиғига кўчириб ўтказишдан олдин, кўрсатмаларга кўра, тухумхужарани нурсимон ялтирок пардасини кесиш амалиёти (хэтчинг) амалга оширилади.

6.1.1.ИМСИ усули

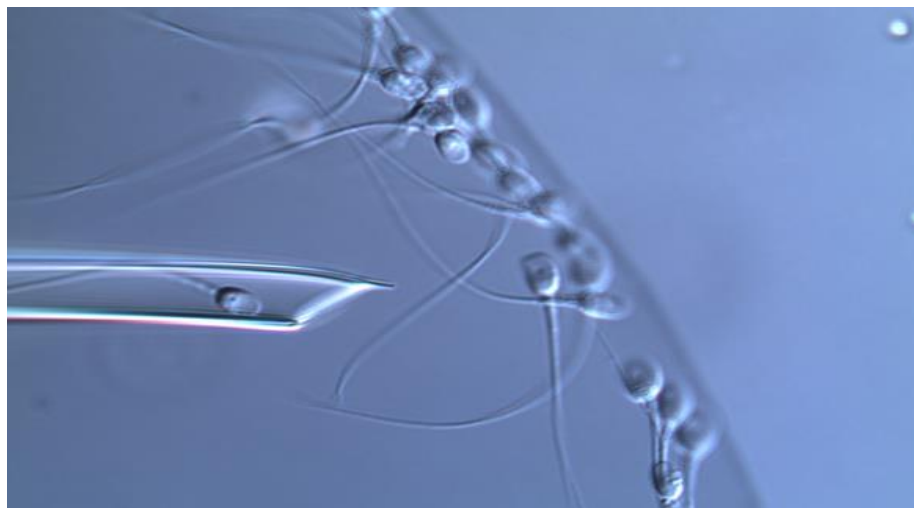
Сперматозоидларнинг сифатини аниқроқ баҳолаш муаммосини ҳал қилиш учун мўлжалланган усул ИМСИ (морфологик танланган сперматозоидларни интрацитоплазматик инъекция). Бу сперматозоидларни ўрганиш усулларида бири бўлиб, у сперматозоиднинг тасвирини 6000 барабар ошириш имконини берувчи оптик ва рақамли катталаштиришнинг комбинацияси орқали амалга оширилади. Усул сперматозоидларни батафсил баҳолаш ва кейинги СХЦИ учун морфологик жиҳатдан сперматозоидларни танлаш имконини беради.



21-расм. Морфологик мақбул сперматозоидларни тухум хужайра цитоплазмасига инъекция қилиш учун танлаш

6.1.2.ПИКСИ усули

ПИКСИ (ПИКСИ - физиологик жихатдан тўғри сперматозоидларни тухум хужайрага киритиш) ҳам уруғлантириш учун энг истикболли усул бўлиб ҳисобланиб, бунда сперматозоидларни танлаш усули ҳисобланади. Юқори сифатли етук сперматозоидларда тухум қобиғининг асосий компоненти - гиалурон кислотаси учун рецепторлар мавжуд. Бундай рецепторлари бўлган сперматозоидларни танлаш учун пастки қисми гиалурон кислотаси билан қопланган махсус стаканлардан фойдаланилади. Етук сперматозоидлар чашка тубига боғланади, етук сперматозоидлар эса ҳаракатчан бўлиб қолади. СХЦИ учун боғланган сперматозоидлар танланади.



22-расм. Физиологик жихатдан соғлом сперматозоидларни тухум хужайрага киритиш учун танлаш

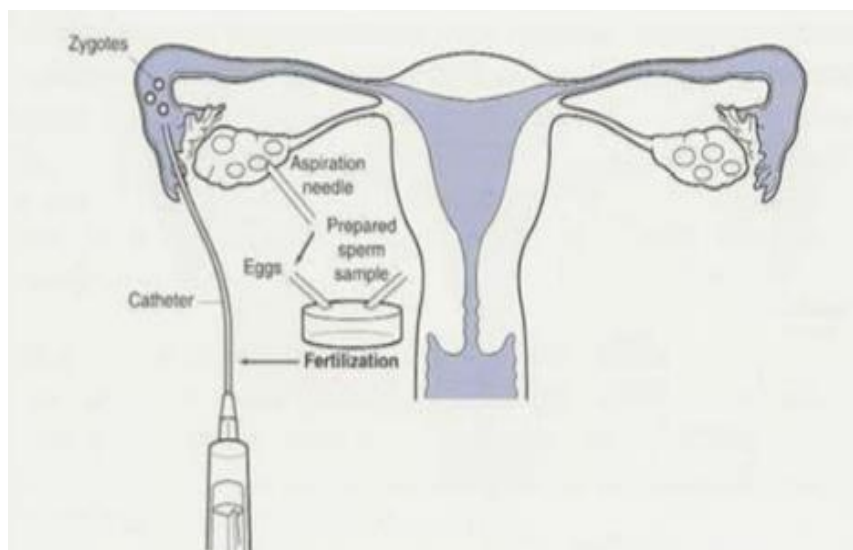
6.2.ЭКУнинг замонавий усуллари: ГИФТ ва ЗИФТ

Бу икки усул ЭКУнинг замонавий модификациялари - *in vitro* уруғлантиришдир. Ушбу усулларнинг номлари инглизча қисқартмаларнинг ўзбекча транскрипсиясидир. ГИФТ - гаметанинг бачадон найларига кўчириб ўтказиш, ЗИФТ – эмбрионни бачадон найларига кўчириб ўтказиш. Сўзма-сўз таржимада бу гаметалар ва зиготаларнинг фаллопий (бачадон) найларига ўтказилишини англатади. Эмбриологияда гаметалар жинсий хужайралар - аёл (тухум хужайралари)

ва эркак (сперматозоидлар) деб аталади.

Зигота - бу эмбрион, эркак ва аёл гаметаларнинг қўшилишидан сўнг ҳосил бўлган эмбрион. Шундай қилиб, ГИФТда тухумхужуайра ва сперматозоидларни бачадон найларига алоҳида-алоҳида киритишни назарда тутати. Уруғлантириш аёлнинг танасида, бачадон найчларида содир бўлади. ЗИФТда пробиркада (аниқроғи, Петри идишида) *in vitro* уруғлантирилган тайёр эмбрион бачадон найларига киритилади. Ушбу усуллар классик ЭКУга нисбатан маълум афзалликларга эга. Хусусан, уруғлантириш ёки эмбрионнинг бачадон найи ичига киритилиши эндометрий (бачадон шиллик қавати)га эмбрионни киритиш (имплантация) га тайёргарлик кўриши учун яхшироқ вақтга эга бўлишига ёрдам беради.

Шунга кўра, келгуси ҳомиладорлик учун янада қулай шароитлар яратилади. Бундан ташқари, бу усул эктопик ҳомиладорлик каби асоратларни олдини олишга олиб келади.



23-расм. Гаметанинг бачадон найларига кўчириб ўтказиш (ГИФТ)

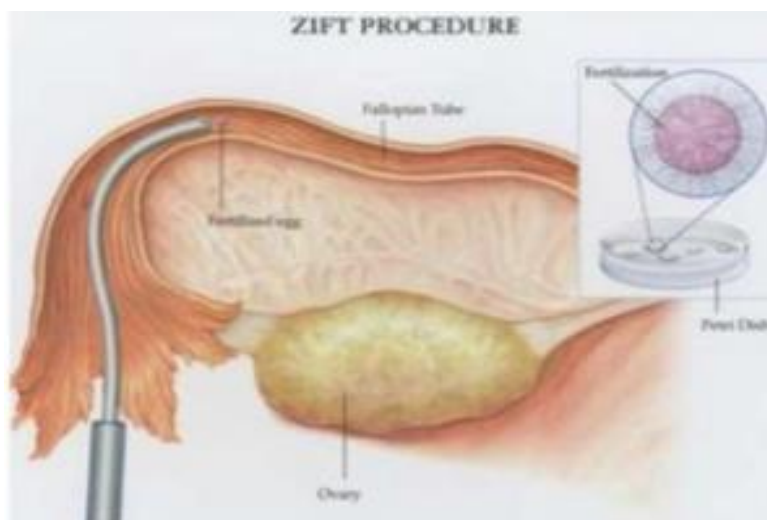
ГИФТ ва ЗИФТ учун кўрсатмалар стандарт ЭКУ учун кўрсатмаларга ўхшайди:

- чаноқ аъзоларининг эндометриози;
- цервикал канал шиллик қаватида антиспермал антитаначаларнинг мавжудлиги;

➤ эркак патологияси - сперма сифатининг ёмонлашиши, эректил дисфункция;

➤ сунъий уруғлантиришнинг оддий усулининг самарасизлиги.

Репродуктологларнинг тавсияларига кўра, 30 ёшгача бўлган аёлларда туғилишни тиклаш учун ГИФТ афзалроқдир. 35 ёшдан 40 ёшгача бўлган катта ёшли аёллар учун ЗИФТни ўтказиш мақсадга мувофиқдир.



24-расм. Эмбрионни бачадон найларига кўчириб ўтказиш(ЗИФТ).

ГИФТ ва ЗИФТ усулларида бачадон найига кириш лапароскопик усулда таъминланади. Бу эрда иккита вариантни қўллаш мумкин: лапароскопия (қорин девори орқали) ва гистероскопия (қин, бачадон бўйни ва бачадон бўшлиғи орқали).

VII. БОБ. ТУХУМХУЖАЙРА ВА ЭМБРИОН ДОНОРЛИГИ



25-расм. Донобликни схематик кўриниши

Аёлларда ўзга тухум хужайраларини олиш ёки уруғлантиришга қодир бўлмаган паст сифатли ооцитларни ўрнига донобликни олиш ҳомиладорлик ривожланиши мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Бу усул бепушт аёл эрини сперматозоидлари ёки донобликни сперматозоидлари билан донобликни тухумхужайраси уруғлантирилгандан сўнг олинган эмбрионни бепушт беморнинг бачадонига ўтказишни ўз ичига олади. Одатда ҳомиладорлик ушбу ҳолатда физиологик ҳомиладорлик давридаги ҳолатни тақлид қилувчи ҳолатда кечади.

7.1. Ооцит донациясига кўрсатмалар:

- чидамли (резистент) тухумдонлар синдроми, табиий менопауза, овариэктомиядан кейинги ҳолат, эрта тухумдон етишмовчилиги синдроми, генетик касалликлар, кимётерапия ёки радиация терапияси туфайли ооцитларнинг йуклиги;

- ЭКУ (СХЦИ) дастурига муваффақиятсиз такрорий уринишлари (3 ёки ундан кўп) паст сифатли эмбрионларни қайта-қайта қабул қилиш, уларнинг кўчирилиши ҳомиладорликка олиб келмайди, тухумдонларнинг суперовуляция стимуляциясига жавоби етарли эмас ва тухумдонлар захирасининг пасайиши.

7.2. Донор эмбрионларидан фойдаланиш

Донорлик учун эмбрионлар донор ооцитларини донор сперматазоидлари билан уруғлантириш натижасида олинади. ЭКУдан кейин қолган эмбрионлар қўлланилади (беморларнинг ёзма розилиги талаб қилинади). Ҳам донор эмбрионлари, ҳам криёконсервациядан ўтмаганлар ишлатилади.

Донор ёрдамида ЭКУга кўрсатмалар:

- ирсий касалликларни ривожланиш хавфи юқори;
- ўз жинсий хужайраларининг шериклари йуқлиги;
- кўчирилиши ҳомиладорликка олиб келмайдиган паст сифатли эмбрионларни такрорий қабул қилиш (ЭКУда 3 ёки ундан ортиқ уринишлар билан).

Донор спермасидан фойдаланиш.

Сперма донорлари тиббий генетик текширувдан ўтган 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган соғлом эркеклар бўлиши мумкин. Донорлар аноним бўлиши мумкин.

Донор сперматазоидлари ёрдамида ЭКУ учун кўрсатмалар (фақат донор сперма криосақлангани ишлатилади):

- эри (жинсий шериги)да азооспермия.
- аёлнинг жинсий шеригининг йуқлиги;
- ЭКУ (СХЦИ) нинг эри ёки шеригининг спермасини қўллаганда самара бермаганлиги;
- эри (шеригининг) ирсий касалликлари;

Мояк биопсияси

Агар эякуляцияда сперматазоид топилмаса, уни олиш учун қуйидаги операциялар амалга оширилади:

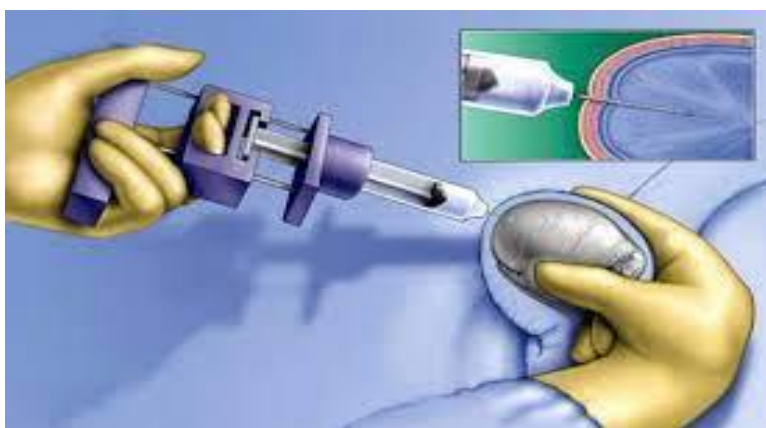
- тўғридан-тўғри тухумдон ва эпидидимис тўқималаридан - очик мояк биопсияси (ТЕЗА)

- эпидидимис таркибини аспирация қилиш (МЕЗА).
- эпидидимис (ПЕЗА) ва мойкни (ТЕЗА) тери орқали аспирацияли биопсияси.

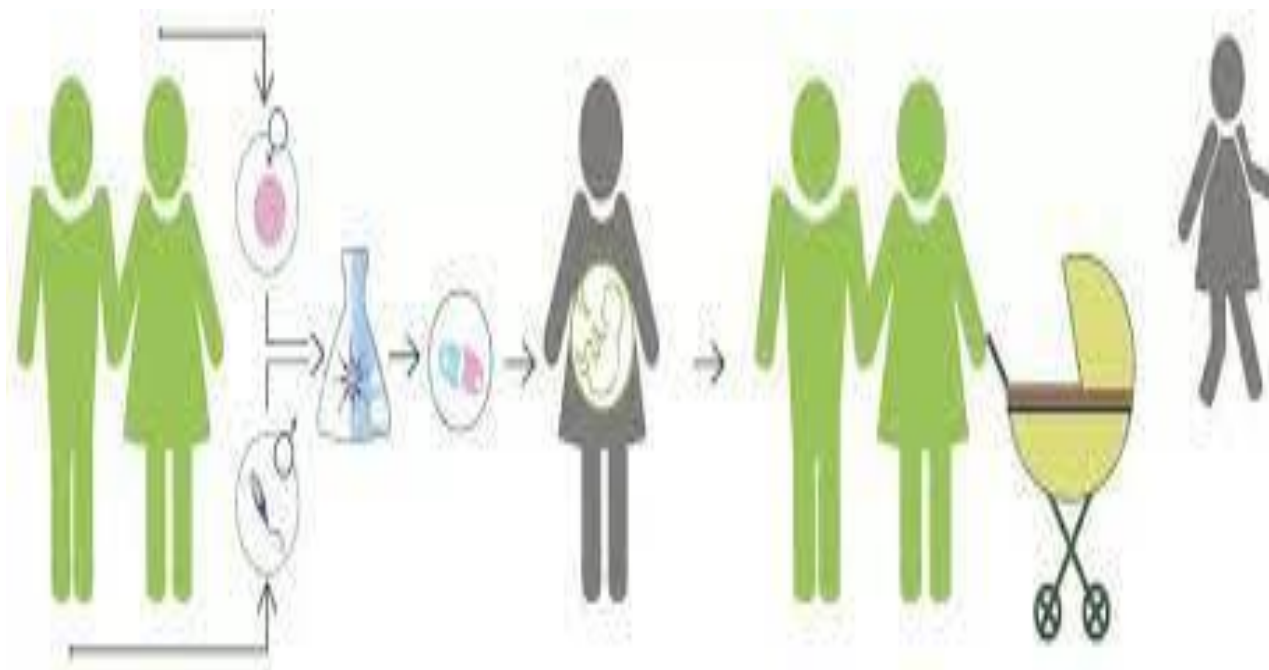
Ооцит донорлиги учун тиббий монеликлар:

- Аёлнинг онкологик касалликлари
- Соматик
- Рухий

Бир қатор мамлакатларда ахлоқий ва диний сабабларга кўра ооцит донорлиги тақиқланган.



26.Расм. Тухум биопсияси



27-расм. Ооцит донорлиги

7.6. Суррогат оналик



28-Расм. Суррогат оналик

Суррогат оналик дастури - бу ҳомиладорликга монелиги бўлган бачадони бўлмаган аёллар ёки оғир экстрагенитал патологияси бўлган аёллар учун генетик жиҳатдан ўз фарзандини олишинг усулидир. Ҳомилани кўтариш ва бола туғилиши суррогат она (донор эмбрион кўчирилгандан кейин ҳомилани олиб юрувчи аёл) ва жинсий ҳужайралари уруғлантириш учун ишлатилган эр-хотин (генетик она ва генетик ота) ўртасида тузилган шартнома асосида амалга оширилади. Йигирма ёшдан ўттиз беш ёшгача бўлган, камида битта соғлом фарзанди бўлган, тиббий аралашувга ихтиёрий розилиги билан соғлом аёллар суррогат она бўлиши мумкин. Туғилгандан сўнг, "суррогат" она болани генетик онага беради. Беморлар томонидан "суррогат" она танланади, у бир вақтнинг ўзида тухумхужайра донор бўла олмайди.

7.7. Суррогат оналикдан фойдаланиш учун кўрсатмалар:

- бачадон бўшлиғи ёки бачадон бўйни деформацияси;
- бачадоннинг йуқлиги;
- ҳомиладорлик ман этилган рўйхатига киритилган аёлдаги касалликлар;
- эндометрийнинг патологияси (бачадон бўшлиғининг синехиялари, эндометрий атрофияси);

- ўрганиб қолган аборт (анамнезда 3 ёки ундан ортиқ ҳомила тушиш);

- кўчирилиши ҳомиладорликка олиб келмайдиган сифатли эмбрионларни такрорий қабул қилиш билан муваффақиятсиз такрорланган ЭКУ уринишлари (3 ёки ундан кўп).

- кўчирилиши ҳомиладорликка олиб келмайдиган сифатли эмбрионларни такрорий қабул қилиш билан муваффақиятсиз такрорланган ЭКУ уринишлари (3 ёки ундан кўп).

7.8. Эмбрионларни криомузлатиш



29-расм. ЭКУ масадида биоматериалларни музлатиб сақлаш (криомузлатиш)

ЭКУ дастури давомида олинган барча эмбрионлар бачадон бўшлиғига ўтказилмайди. "Ишлатилмаган" эмбрионлар криоконсервацияга (музлатиб қўйишга) ўтказилади ва ундан ЭКУга қайта уриниб кўриш зарур бўлган ҳолларда қўлланилади. Бу спермани исталган жойда ва исталган вақтда ишлатиш имконини беради.



30-расм. Ооцит ва спермани криомузлатиш

7.9. Биоматериалларни криомузлатиш учун кўрсатмалар:

- ирсий касалликларнинг имплантациядан олдинги диагностикаси;
- радиация терапияси ва / ёки кимётерапия бошланишидан олдин эмбрион ва / ёки репродуктив органларнинг тўқималарининг жинсий хужайраларини сақлаб қолиш;
- жинсий аъзоларнинг эмбрионларини, хужайраларини ва/ёки тўқималарини бепуштликни даволашда (шу жумладан ЁРТ дастурларида) фойдаланиш учун сақлаш;
- кўп ҳомиладорликда эмбрионларнинг камайиши;
- бепуштликни даволашда (шу жумладан ЁРТ дастурларида) фойдаланиш учун донор жинсий хужайраларини сақлаш;
- инкубация (бачадонга имплантация қилишдан олдин нурли пардани кесиш).

VIII. БОБ. ИРСИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИ ПРЕИМПЛАНТАЦОН ДИАГНОСТИКАСИ



31-расм. Преимплантацион генетик диагностика ёки скрининг (ПГД, ПГС)

Генетик патологиясиз эмбрионларни танлаш учун имплантация олдида генетик скрининг (ПГС/ПГС) ёки диагностика (ПГД/ПГД) таклиф қилинган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, аёлнинг мумкин бўлган хромосома аномалияларидан бири бўлган болани туғиш хавфи қуйидагича баҳоланади:

- 30 ёшда 1/385 нисбатда
- 40 ёшда 1/63 нисбатда
- 45 ёшда 1/19 нисбатда

Анеуплоидиялар (хромосомалар сонининг аномалиялари билан боғлиқ патологиялар) барча янги туғилган чақалоқларнинг 0,3% да, барча спонтан абортларнинг 25% да, ҳомиладорликнинг биринчи триместридаги спонтан абортларнинг 50-60% да учрайди.

ПГД турли ген ва хромосома аномалиялари бўлган эмбрионларни аниқлаш имконини беради ва хромосома патологияси бўлган бола туғиш хавфи юқори бўлган жуфтликларда бепуштликни даволашда ЭКУ/СХЦИ пайтида амалга оширилади. Ривожланишнинг ушбу босқичида 5-10 бластомерадан иборат бўлган уч кунлик эмбрионларда амалга оширилади. Бир ёки иккита бластомердан биопсия олиш ва уларни ўрганиш учун махсус

микроманипулятор қўлланилади. ПЦР (полимераза занжири реакцияси) ёрдамида моноген ирсий касалликлар, (люминестсент гибридизатсия) пайтида - хромосома патологияси аниқланади. ПСР таҳлилидан сўнг, бачадон бўшлиғига ўтказиш учун соғлом эмбрионлар танланади.

8.1. ПГД/ПГС ўтказишга кўрсатма

- жинсий хужайралар анеуплоидияси (ооцитлар ва сперматозоидлар);
- омлавий анамнезда ирсий касалликлар;
- бир боласида даволашни иложи йўқ касалликни мавжудлигида иккинчи боласидан мос хужайраларни аниқланиши;
- болани жинсини танлаш ва жинси билан боғлиқ касалликларни олдини олиш.

8.2. ОИВ билан инфицирланган беморларда ЁРТ қўллаш

ОИВ инфекцияси ЁРТ дан фойдаланишга қарши кўрсатма эмас. Ҳамкор инфекцияси хавфини камайтириш учун, эпидемиологик кўрсаткичларга кўра, ЁРТ жуфтликда, фақат битта шерикда ОИВ инфекцияси аниқланганда амалга оширилади.

ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларда ЁРТни қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар рўйхатида кўрсатилган касалликлардир. ОИВ инфекцияси инкубацсия босқичида (1 босқич) ва ўткир босқичда (2А, 2Б, 2С), шунингдек, аёлларда касаллик субклиник босқичга (3 босқич) ўтгунча ЁРТни қўллашни кечиктириш тавсия этилади. иккинчи даражали касалликлар босқичи (4А , 4Б, 4С) касалликнинг ремиссия босқичига ўтишидан олдин ривожланиш босқичида (ремиссия муддати камида бой).

IX. БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАРИ

9.1. Эгиз ҳомиладорлик.



32-расм. Эгиз ҳомиладорлик

Кўп ҳомиладорлик бир нечта эмбрион кўчирилганда ривожланади. Эмбрион бачадон бўшлиғига ўтказилгандан сўнг, ўз-ўзидан парчаланиш кам учрайди. Кўп ҳомиладорлик ҳомилани йуқолиши, эрта туғилиш, неонатал касаллик ва ўлим хавфини оширади. Буни ва музлатилган эмбрионларни сақлаб қолишда муваффақият қозонганини ҳисобга олиб, баъзи мамлакатлар ўтказилиши мумкин бўлган эмбрионлар сонига чекловлар қўйган.

9.2. Эктопик ҳомиладорлик

Камдан кам ҳолларда, ЭКУда эмбрионнинг тўғридан-тўғри бачадон бўшлиғига кўчириб ўтказилишига қарамасдан, эмбрион бачадон бўшлиғидан ташқарида имплантацияси кузатилади, бу эмбрионнинг табиий миграциясига боғлиқ бўлиши мумкин.

9.3. Фолликулларнинг пункцияси билан боғлиқ асоратлар.

Фолликуляр суюқликни аспирация қилиш пайтида асоратлар хавфи мавжуд: қон кетиш, атрофдаги органларнинг шикастланиши (қовуқ, ичаклар) ва беҳушлик билан боғлиқ асоратлар.

9.4.Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми (ТГС)



33-расм. Тухумдонлар гиперстимуляция синдроми

ТГС қон томир эндотелийсининг қондаги жинсий стероид гормонларининг юқори концентратсиясига тизимли асептик яллиғланиш реакцияси бўлиб, суперовуляцияни стимуляция қилиш пайтида юзага келади. ТГС ривожланишининг сабабчиси ХГнинг овуляция дозасини киритишдир. Овуляцияни стимуляция қилишнинг турли схемалари билан ТГС салмоғи 0,5% дан 33% гача. ТГС қон томир деворининг ўтказувчанлигининг ошиши билан намоён бўлади, бу томир ичидаги суюқликнинг томирдан ташқари бўшлиққа чиқиши ва гемоконцентрациянинг ривожланишига олиб келади. Респиратор дистресс синдроми ривожланади, жигар ва буйраклар фаолиятининг бузилиши, электролитлар мувозанати, қоннинг реологик хусусиятларининг ўзгариши, тромбоземболик асоратлар. Касаллик ўлим билан яқунланиши мумкин. ТГС тухумдонлар ҳажмининг диаметри 20-25 см гача ошиши, уларда кўплаб фолликуляр, лутеал кисталар ва строманинг аниқ шишиши билан тавсифланади.

ТГС таснифи

ТГСнинг енгил даражаси.

Симптомлари:

- Тухумдонлар ҳажми < 8 см
- Абдоминал дискомфорт
- қориндаги кам интенсив оғриқларга

ТГСнинг ўртача оғир даражаси

Симптомлари:

- тухумдонлар ҳажми 8-12 см
- кўнгил айнаш ва/ёки қусиш
- Қориндаги ўртача интенсивликдаги оғриқлар
- УТТда-асцит белгилари

ТГСнинг оғир даражаси

Симптомлари:

- тухумдонлар ҳажми > 12 см*
- Гипопротеинемия
- Гемоконцентрация

ТГСни даволашда асосий вазифалар қуйидагилардир:

- АҚХни қайта тиклаш
- электролитлар мувозанатини мувозанатлаштириш
- гемоконцентрацияни бартараф этиш
- Кўп орган этишмовчилигининг олдини олиш
- тромбоземболик асоратларнинг олдини олиш

Кўрсатмаларга кўра, лапароцентез амалга оширилади.

ТГСни профилактикаси

Хавф гуруҳларини аниқлаш:

- мултифолликуляр тухумдонлар (диаметри 2-5 мм дан ортиқ бўлган 10-12дан ортиқ фолликулларнинг мавжудлиги)
- тухумдонларнинг катта ҳажми;
- паст тана ванли индекси билан бирлаштирилган ёш;
- гонадотропинларнинг юқори дозалари;
- Э2 нинг базал даражаси 400 пмол / л дан ортиқ;
- анамнезда ТГС мавжудлиги;
- ТПС.

Тухумдонларни стимуляция қилиш бошланишидан олдин, рекомбинант ФСГ препаратларини танлаш ва уларни паст дозаларда юбориш.

Суперовуляцияни стимуллашга даврида - хавф омилларини

аниқлаш:

- 12 мм дан катта 20 дан ортиқ фолликулаларнинг ривожланиши;
- фолликулларнинг тез ўсиши;
- Э2 10 000 пмол/мл дан ортиқ

ТГС ривожланиш хавфи билан суперовуляцияни стимуллашга даврида:

- Кундалик а-ГнРГ ни 0,1 мг дозада овуляция кўзгатувчиси сифатида қўллаш (агар стимуляция антагонистлар билан протоколга мувофиқ амалга оширилса);

- пункция пайтида барча фолликулаларни аспирацияси;
- битта тухумдонда фолликулаларнинг эрта аспирацияси;
- ҳСГ нинг триггер овуляция дозасини кечиктириш;
- ҳСГ нинг овуляция дозасини беришдан бош тортиш;
- ҳСГ препаратлари билан лютеал фазани сақлаб қолишдан бош тортиш.

Ўртача ва оғир ТГС ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларда энг яхши ҳаракат йуналиши стимуляцияни бекор қилиш, сифатли эмбрионларни криомузлатиш ва кейинги ҳайз даврида эмбрионларни кўчиришдир.

ТГС ривожланиш хавфи билан суперовуляцияни стимуллашга даврида:

- Кундалик а-ГнРГ ни 0,1 мг дозада овуляция кўзгатувчиси сифатида қўллаш (агар стимуляция антагонистлар билан протоколга мувофиқ амалга оширилса);

- пункция пайтида барча фолликулаларнинг аспирацияси;
- битта тухумдонда фолликулаларнинг эрта аспирацияси;
- ХГ нинг триггер овуляция дозасини кечиктириш;
- ХГ нинг овуляция дозасини беришдан бош тортиш;
- ХГ препаратлари билан лютеал фазани сақлаб қолишдан бош тортиш.

Ўртача ва оғир ТГС ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларда энг яхши ҳаракат йуналиши ЭКни бекор қилиш, сифатли эмбрионларни криомузлатиш қилиш ва кейинги ҳайз даврида эмбрионларни кўчиришдир.

ЭКУ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

ЭКУнинг самарадорлиги ижобий натижага олиб келадиган барча ЭКУ муолажаларининг улуши ҳисобланади. Амалдаги балл турига қараб, бу натижа содир бўлган ҳомиладорлик фоизини ёки бошқариладиган барча даволаш давларидан ташқарида туғилиш билан яқунланган ҳомиладорлик фоизини кўрсатиши мумкин. ЭКУ самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар сезиларли даражада фарқ қилади. Европа репродуктологлар ассоциацияси маълумотларига кўра, ҳозирги вақтда Европада йилига 290 000 дан ортиқ ЁРТ цикллари амалга оширилади, улардан 25,5% туғилиш билан тугайди; АҚШда - йилига 110 000 дан ортиқ тцикл, ўртача ҳомиладорлик даражаси 32,5%. Россия клиникаларида ЁРТ йилига 10 000 цикл ўтказилади, ҳомиладорлик даражаси тахминан 26% ни ташкил қилади.

ЭКУДАН КЕЙИНГИ ҲОМИЛАДОРЛИК



34-расм. ЭКУдан кейин ҳомиладорликни олиб бориш

Ҳомиладорликнинг кечиши ва натижалари, ЁРТни қўллашдан кейин перинатал натижалар, асосан, бепуштликнинг этиологик омиллари, ҳомиладор аёлларнинг соматик ҳолати билан белгиланади. Турли ёш гуруҳларида қулай натижаларнинг салмоғи фарқ қилади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ЭКУ ва ЭКдан кейин ҳомиладор аёлларнинг 50% дан ортиғи ҳомиладорликда учрайдиган муаммоларга дуч келади.

Биринчи триместрда ҳомила ташлашлар салмоғи 21% гача этади. ЭКУдан кейин ҳомиладор аёллар ҳам прееклампси ва плацента етишмовчилиги хавфи юқори. ЭКУдан кейинги ҳомиладорликнинг мураккаб кечиши кўпинча қуйидагиларга боғлиқ:

- суперовуляцияни стимуллашга туфайли гормонал юкнинг ортиши;

- трофобластнинг эндометрийга етарли даражада инвазияси ва цитотрофобласт ҳужайраларининг спирал артериялар деворларига миграцияси туфайли плацента етишмовчилиги;

- кўп ҳомиладорлик;

- ЭКУнинг ривожланиши.

Шундай қилиб, ёрдамчи репродуктив технологиялар бепуштликни даволашнинг замонавий усуллари бўлиб, она ва бола учун қулай ҳомиладорлик натижаси билан бепуштликнинг турли шаклларида бола туғиш функциясини амалга оширишга имкон беради.

Х.БОБ. ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ СИМУЛЯЦИОН ЎҚИТИШ



35-расм. Трансабдоминал УТТ ўтказиш амалий кўникмаларини ўрганиш учун мўлжалланган симулятор

Ушбу симулятор тренажер трансабдоминал ва трансвагинал зонд ёрдамида ультратовуш текширувини ўтказиш кўникмаларини машқ қилиш ва синаб кўриш учун ишлатилади, шу жумладан ультратовуш аппаратини бошқариш, зонднинг йуналиши ва ҳаракатланиши, чанок аъзоларининг визуализацияси ва патологиялар диагностикаси, акустик сигналлари натижасида ҳосил бўлган тасвир ҳақиқий органларнинг ультратовуш тасвири билан бир хил киста ҳажмини, хомилалик тухум ҳажмини ўлчаш учун акушерлик ультратовушли ҳисоблаш усулини қўллаш.

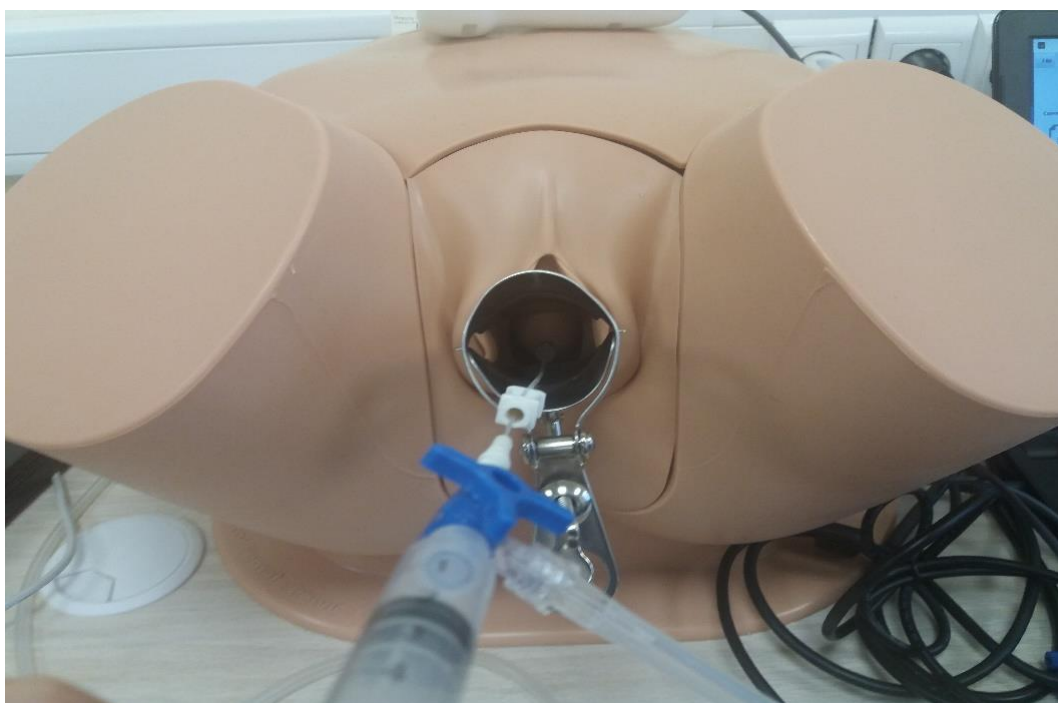


36-расм. Трансвагинал УТТ ўтказиш амалий кўникмаларини ўрганиш учун мўлжалланган симулятор



37-расм. Тухумдон фолликулаларини трансвагинал пункцияси кўникмасини ўргатувчи симулятор тренажер

Ушбу симулятор тренажер ультратовуш назорати остида трансвагинал тухумдон фолликулаларни пункция қилиш (11-расм) ҳамда эмбрионни бачадонга кўчириб ўтказиш (12.расм) ва олинган маълумотларни визуализация қилиш ва изоҳлаш, шунингдек уни амалга ошириш маҳорат даражасини текшириш учун мўлжалланган.



38.Расм. Эмбрионни бачадонга кўчириб ўтказишни ўргатувчи симулятор тренажер

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Бепушт никоҳнинг таърифи. Бепушт никоҳда аёл ва эркаклар бепуштлигининг салмоғи.
2. Бепуштликнинг таснифи.
3. Бепуштликнинг сабаблари.
4. Бепуштликнинг диагностикаси.
5. ЭКУ усули нима?
6. ЁРТнинг турлари
7. ЁРТ учун кўрсатмалар.
8. ЁРТга қарши кўрсатмалар.
9. ЭКУ босқичлари.
10. Суперовуляцияни стимуллашда қўлланиладиган препаратлар.
11. ЭКУдан кейинги ҳомиладорлик.
12. ЁРТнинг асоратлари.
13. ЁРТнинг самарадорлиги.
14. ЁРТ учун қонунчилик базаси.

HA3OPAT TESTAPAP

Бир ёки бир неча тўғри жавобларни белгиланг.

1. Бепушт никоҳ деб– эр хотиннинг қуйидаги қайси муддатда ҳомиладор бўлмаса айтилади:

- 1) 6 ой
- 2) 1 йил
- 3) 2 йил

2. Эркаклар жинсий тизими неча фоиз ҳолатда бепушт никоҳ сабабчиси бўлиши мумкин:

- 1) 30-40%
- 2) 40-60%
- 3) 75-80%

3. Бепуштлик мавжуд жуфтликни текшируви бошланади:

- 1) Аёлни текширишдан
- 2) Эркакни текширишдан
- 3) Эр хотинни текширишдан

4. Бепушт жуфтликни текширишда биринчи навбатда ўтказилади:

- 1) гистеросальпингография
- 2) қин суртмаси цитологияси
- 3) базал температуранинг ўлчаш
- 4) эндометрий биопсияси
- 5) спермани текширишдан

5. Кўрсатмалар бўйича текшириш қуйидагиларни ўзига олади:

- 1) қон зардобдаги гормонларни ўрганиш (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ўсиш гормони, кортизол, тестостерон, эстрадиол, ТТГ, Т3, Т4)
- 2) лапароскопия, гистероскопия
- 3) посткоитал тест
- 4) жинсий йул билан юқадиган касалликларни текшириш
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

6. Аёлларнинг бепуштлиги учун қуйидаги кўриш мажбурий:

- 1) ЖССТ томонидан тавсия этилган схема бўйича аёлларни сўровнома

ўтказиш

- 2) жисмоний текширув
- 3) юкумли касалликларга скрининг
- 4) иммунологик скрининг
- 5) гормонал скрининг
- 6) кўшимча текширув (ультратовуш, ГСТ, маммография, КТ, МРТ ва бошқалар)
- 7) эндоскопик тадқиқот усуллари (ГС, ЛС)

7. Никогдаги аёллар бепуштлигининг сабаблари:

- 1) генитал органларнинг яллиғланиш касалликлари
- 2) жинсий аъзоларнинг инфантилизи ва гипоплазияси
- 3) умумий заифлаштирувчи касалликлар ва интоксикациялар
- 4) тўғри жавоблар "а" ва "б"
- 5) барча жавоблар тўғри

8. Бепуштлигининг аёл омиллари:

- 1) бачадон найларининг ўтказувчанлигини бузилиши
- 2) овуляциянинг бузилиши
- 3) эндометрий касалликлар
- 4) иммунологик омил
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

9. Бирламчи бепуштлиқ - бу:

- 1) ўтмишда ҳомиладор бўлмаган аёлларда бепуштлиқ.
- 2) бачадон, тухумдонлар ва аёл жинсий аъзоларининг ривожланишида бошқа аномалиялар йуқлиги сабабли ҳомиладорлик бўлмаслиги.
- 3) ҳимоясиз мунтазам жинсий ҳаёт кечириш ва битта ҳомиладор бўлмаслик

10. Иккиламчи бепуштлиқ - бу:

- 1) ўтмишда ҳомиладор бўлган аёллардаги бепуштлиқ, аммо ундан кейин бир йил давомида мунтазам ҳимояланмаган жинсий алоқада ҳам ҳомиладор бўлмаслиги.
- 2) бачадон, тухумдонлар ва аёл жинсий аъзоларининг ривожланишида бошқа аномалиялар йуқлиги сабабли ҳомиладорлик эҳтимоли бутунлай

чиқариб ташланади.

3) ҳимоясиз мунтазам жинсий ҳаёт кечириш ва битта ҳомиладор бўлмаслик.

11. Найлар функциясини бузилишига олиб келади:

- 1) сурункали стрессли вазиятлар
- 2) инвазив диагностика ва даволаш муолажалари
- 3) жинсий гормонлар ва простагландинлар синтезининг бузилиши
- 4) ташқи генитал эндометриознинг оғир шакллари
- 5) простатциклин ва тромбоксан E2 метаболитларининг кўпайиши

12. Ёпилган найларнинг органик сабаблари:

- 1) генитал органларнинг яллиғланиш касалликлари
- 2) ички генитал органларга жарроҳлик аралашувлар
- 3) гормонал номуносивлик
- 4) аборт ва туғруқдан кейинги яллиғланиш ва жароҳаттик асоратлар
- 5) ташқи эндометриоз

13. Най-перитонеал бепуштликни даволашга замонавий ёндашувлар:

- 1) микрожарроҳлик, ЭКУ/ЭК
- 2) жарроҳлик
- 3) овуляция индукцияси
- 4) ёрдамчи репродуктив технологиялар
- 5) жарроҳлик + овуляцияни бостириш, ёрдамчи репродуктив технологиялар

14. Эндокрин патология билан боғлиқ бепуштлик қуйидагилар учун характерли эмас:

- 1) тартибсиз ҳайз кечириш
- 2) алгоменорея
- 3) галакторея, гирсутизм ва семизлик билан биргаликда 40 кундан ортиқ интервал билан ҳайз кўриш
- 4) меноррагия ёки ҳайз кўриш 21 кундан камроқ вақт оралиғида

15. Ёрдамчи репродуктив технологиялар - бу:

- 1) бепуштликни енгиш учун ишлатиладиган манипуляциялар мажмуаси

- 2) бачадон найчаларининг очиклигини жарроҳлик йули билан тиклаш, генитал органларнинг нуқсонларини тузатиш
- 3) суррогат оналик
- 4) овуляция ва сперматогенезни стимуллашгага қаратилган фаолият
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

16. ЭКУ учун мутлақ кўрсатмалар:

- 1) бачадон найларининг йуқлиги ёки иккала найнинг обструкцияси
- 2) агар ҳомиладорлик 1-2 йил ичида содир бўлмаган бўлса, найлардаги консерватив пластик жарроҳлик
- 3) эндометриозни 6-12 ой давомида консерватив ва жарроҳлик даволашни самараси бўлмаганда.
- 4) бачадоннинг йуқлиги
- 5) бепуштлик
- 6) антиспермалал антитаначаларнинг юқори титри билан иммунологик бепуштлик

17. Овуляцияни стимуляцияси учун қайси пепарат қўлланилади?

1. Кломифен
2. Гонадотроп препаратлари
3. Эстрогенлар
4. ГнРГ агонистлари
5. Ҳаммаси

18. ЭКУ ва ЭК учун асосий кўрсатмалар мавжуд:

- 1) найлар мутлақ бепуштлиги (йуқлиги ёки обструкцияси)
- 2) келиб чиқиши номаълум бўлган бепуштлик
- 3) иммунологик бепуштлик
- 4) комбинацияланган таъсир бўлмаганда эндометриоз йил давомида даволаш
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

19. Сперматозоидлар бачонадонга тушгач найларга киради, соатдан кейин:

- а) 6-12 соат
- б) 24-48 соат

с) 3-5 кун

д) 10 кун

20. Овуляциядан кейин тухумхужайра уруғлантириш қобилиятини сақлайди:

1) 16 соат

2) 12-24 соат

3) 3-5 кун

4) 10 кун

21. Сунъий уруғлантириш - бу:

1) натив ёки криосақланган сперматозоидларни киритиш

2) ооцитлар ва сперматозоидларни чаноқ бўшлиғига ўтказиш

3) уруғлантирилган тухумни бачадон найларига ўтказиш

22. Ёрдамчи репродуктив технологиялар:

1) эрнинг ёки донорнинг сперматозоидлари билан уруғлантириш

2) суррогат оналик

3) уруғлантирилган тухумни бачадон найларига ўтказиш

4) юқоридагиларнинг барчаси

23. Сперматазоидларни цервикал шиллик қавати орқали кириш қобилияти қуйидариларга боғлиқ:

1) уларнинг ҳаракатчанлигидан

2) уларнинг морфологияси

3) бачадон бўйни шиллик қаватининг хусусиятлари

4) юқоридагиларнинг барчаси

24. Бепуштликни бачадон шакли диагностикаси усуллари:

1) ФДТ

2) қонда эстрадиол ва прогестерон даражасини аниқлаш

3) прогестерон билан гормонал тестлар

4) гистеросалпингография

5) ультратовуш текшируви

6) гистероскопия

7) юқоридагиларнинг барчаси

25. Ановуляциянинг асосий сабаблари бўлади:

- 1) гипоталамус-гипофиз етишмовчилиги
- 2) гипоталамус-гипофизар дисфункцияси
- 3) гиперпролактинемия
- 4) ТПС
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

26. Донор спермаси билан уруғлантириш учун учун кўрсатмалар:

- 1) эрининг азоспермияси
- 2) сперматозоидлардаги морфологик ўзгаришлар ва даволаш мумкин бўлмаган ҳаракатчанлик билан олиго- ва олигоастеноспермия
- 3) турмуш ўртоқларнинг Rh омилига мос келмаслиги
- 4) эрнинг наслга ўтадиган касалликлари
- 5) юқоридагиларнинг барчаси

27. ЭКУ асоратлари:

- 1) тухумдонлар поликистоз синдроми
- 2) тухумдонларнинг чарчаш синдроми
- 3) тухумдонларнинг гиперстимуляция синдроми
- 4) чидамли тухумдон синдроми
- 5) Ашерман синдроми

28. Бу ҳолатда бепуштликнинг қайси омили муҳим?

- 1) бачадон бўйни омили.
- 2) ановуляция.
- 3) бачадон найларининг патологияси.
- 4) эндометриоз.

29. Ёпик найларнинг ўтказувчанлигини текширишнинг қайси усули энг маълумотли?

- 1) хромогидротубация билан лапароскопия.
- 2) пертубация.
- 3) гидротубация.
- 4) гистеросалпингография.

30. Аёллар бепуштлигини даволашда қандай 2 тамақсадкўзланади

- 1) хайз функциясини тиклаш
- 2) овуляцияни стимуллаш

- 3) организмни мустахкамлаш
- 4) контрацептивлардан фойдаланиш

31. Фолликула етилишининг бузилишини 2 типини кўрсатинг

- 1) фолликула персистенцияси
- 2) фолликула атрезияси
- 3) тухумдон десквамацияси
- 4) тухумдон поликистозси

32. Фолликула етилганлиги аниқланади

- 1) ультратовуш текширувига асосланиб
- 2) қонда ФСГ миқдорига қараб
- 3) қонда прогестерон миқдорига қараб
- 4) пешобда прегнандиол миқдорига қараб
- 5) базаль харорат кўрсаткичига қараб

33. Сунъий уруғлантириш бажарилади

- 1) иммунологик бепуштликда
- 2) Рокитанский-Майер-Кюстнер-Хаузер синдромида
- 3) ановуляторцикли аёлларда
- 4) Ашерман синдромида
- 5) бачадон найи бепуштлигида

34. Бачадон найлари ўтказувчанлиги бузилиши сабаблари

- 1) бачадон найи сили
- 2) носпецифик вулвовагинит
- 3) трихомонадали колпит
- 4) бартолинит
- 5) кольпит

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИНГ

1-Вазиятли масала.

Бемор Д., 35 ёш, 12 ой давомида ҳомиладорлик бўлмаётганлигига гинекологга мурожаат қилди. Контрацептивлардан фойдаланмасдан мунтазам жинсий ҳаёт кечирган. Ҳайз кўриш 12 ёшдан бошлаб, мунтазам, ҳар 28 кунда, 4 кундан, ўртача, оғриқсиз. Биринчи никоҳ, 7 йил давомида тартибсиз жинсий ҳаёт кечирган, у ҳомиладорликдан презерватив билан ҳимояланган. Гинеколог томонидан мунтазам равишда кузатилган, ўзини соғлом деб ҳисоблайди. Турмуш ўртоғи учинчи никоҳда, иккала никоҳда ҳам фарзанд йуқ эди. Кўзгу билан текшириш: қин ва бачадон бўйни шиллиқ қавати тоза, бимануал текшириш: бачадон танаси катталашмаган, зич, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадоннинг чап ва ўнг ортиқлари аниқланмаган, оғриқсиз, жинсий йулдан келаётган оқчил шилимшиқ, ўртача.

Тахминий ташхис нима?

Текширув ва даволаш режаси қандай бўлади?

2-Вазиятли масала.

Бемор, 24 ёшли С. 2,5 йил давомида контрацептивлардан фойдаланмасдан мунтазам жинсий алоқада бўлган ҳомиладорлик бўлмаслигига гинекологга мурожаат қилди. Ҳайз кўриш 11 ёшдан бошлаб, асосан тартибсиз, 28-45 кундан кейин, ҳар бири 4-5 кун, ўртача ёки кўп, баъзан лахтали, оғриқсиз. Никоҳ иккинчи, биринчи эрининг иккинчи никоҳда икки фарзанди бор. Гинекологда тавсиясига кўра ҳайз кўришни тартибга солиш вақти-вақти билан Беларани дорисини мустақил равишда қабул қилади. Объектив текширувда юз ва танасида сочларнинг ҳаддан ташқари ўсиши, сон ва сут безларида пушти чизиклар, галакторея йуқлиги,

ТВИ=31,4, андройд типигаги тери ости ёғ бирикиши. Кўзгу ёрдамида текшириш: қин ва бачадон бўйни шиллиқ қавати тоза, бимануал текшириш: бачадон бўйни конуссимон, бачадон танаси қисқарган, зич, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадоннинг чап ва ўнг томонидаги ортиқлари пайпасланмайди, уларнинг майдони палпацияда

сезгир, жинсий йулдан келаётган оқчил шилимшиқ, ўртача.

Тахминий ташхис нима?

Текширув ва даволаш режаси қандай бўлади?

3-Вазиятли масала.

Бепуштлик билан мурожаат қилган эр-хотинни текшириш натижасида эрида нормал сперматозоидларнинг ҳаракатчанлиги сақланиб қолган олигоспермия ташхиси қўйилди ва уларнинг морфологик ўзгаришлари бўлмасида, хотинида антиспермал антитаначалари юқори даражада аниқланган.

Сизнинг даиагноз нима?

Бу жуфтлик учун бепуштликни енгишнинг қандай усулини қўллаш керак?

4- Вазиятли масала.

28 ёшли аёл оилавий поликлиникага 4 йилдан бери иккиламчи бепуштлик шикоят билан келган. Биринчи ҳомиладорлик жиноий аборт билан яқунланган. Хайз цикли бузилмаган. Гинекологик текширув: туққан аёлнинг қини, бачадони нормал ўлчамда, тўғри ҳолатда, ҳаракатчан, оғриқсиз. Бачадон ортиқлари ҳар икки томондан сиқилган, ҳаракатчанлиги чекланган, ўртача оғриқли. Бачадон бўйни эрозиясиз, лейкорейя шиллиқ, шаффоф.

Диагноз қўйинг?

Сизнинг тактикангиз?.

5.Вазиятли масала.

Бемор 27 ёшда фарзанд йуқлигига шикоят билан келди. Жинсий хаёт 23 ёшдан. Эри соғлом 3 йилдан бурун икки ойликда хомила ўзи-ўзидан тушган эди.Тана харорати 38С градусга кўтарилган ва қорин пастида оғриқ бўлган. Бир неча марта ортиқлар яллиғланишидан даволанган.

Гинекологик кўрикда ўзгаришлар йуқ.

Қандай текшириш усуллари қўллаш керак?

Бепуштликнинг қандай формаси?

Даволаш принциплари.

6-Вазиятли масала

«Оила ва никоҳ» поликлиникасига 3 йил давомида ҳомиладор бўлмаётганлигига шикоят килиб, эр - хотин муружат килди?

Диагноз?

Олиб бориш тактикаси?

Қанақа текширувлар ўтказиш лозим?

6-Вазиятли масала.

24 ёшли бемор бирламчи бепуштлик туфайли текшириш учун гинекология бўлимига муружаат қилган. Анамнездан: турмуш қурганига 3 йил, эри текширилган, соғлом. Ҳайз кўриш мунтазам, кам, оғриқли. Базал ҳарорат икки фазали. Вагинал текширувда: бачадон антефлексия ҳолатда, катталашмаган, ҳаракатчанлиги чекланган; иккала томон ортиқлари қалинлашган, палпацияга сезгир; гумбазлар чуқур. Ушбу беморда бепуштликнинг эҳтимолий сабаби нима?

Жавоб. Бачадон найларининг ўтказувчанлигини бузилиши

7-Вазиятли масала.

34 ёшли бемор оилавий поликлиникага 7 йилдан бери бирламчи бепуштлик шикояти билан муружаат қилди. Ҳайз кўриш 13 ёшдан бошлаб мунтазам, 27-28 кундан, 5-6 кунлик, ўртача, оғриқсиз. Базал термометрия ёрдамида бир фазали ва икки фазали даврларни иккинчи фаза билан 4-5 кунгача қисқарганлиги аниқланди. Гистеросалпинг ография натижаларига кўра, бачадон найчалари ампуляр қисмигача контраст модда билан тўлдирилади, унинг қорин бўшлиғига чиқиши белгиланмайди. Эрининг спермограммасини текширишда II даражали астено- ва олигозооспермия аниқланган. Эрини андролог томонидан даволашдан кейин II-даражали астенозооспермия сақланиб қолган. Бепуштликнинг мумкин бўлган сабаблари қандай?

Жавоб. Бачадон найларининг ўтказувчанлигини бузилиши, эри спермасининг субфертиллиги.

8-Вазиятли масала.

31 ёшли аёл бемор гинекологга 5 йил давомида ҳомиладорлик бўлмаётганлигига шикоят билан муружаат қилди. Беморда 1 марта

туғруқ бұлған., 4 марта аборт қилдирған. 6 йил олдин бемор гинекологик шифохонада икки томонлама ўткир салпингоофорит, ҳар иккала томонда тубовариал яллиғланиш ўсмалари шаклланиши, пелвиоперитонит сабабли даволанған. Базал термометрияга кўра - икки фазали ҳайз цикли. Патологиясиз беморнинг гормонал профилини текшириш. Эрининг спермограмма параметрлари меъерий қийматлар ичида. Ташхис?

Жавоб. Иккиламчи бепуштлик, най-перитонеал тури.

9-Вазиятли масала.

30 ёшли аёл бемор гинекологга ҳомиладорликнинг бўлмаётганлигига шикоятлар билан мурожаат қилди. Ҳайз кўриш 13 ёшдан бошлаб, тартибсиз, 30-45 кундан кейин, ўртача, оғриқсиз. Туғруқлар бўлмаган. Гинекологик текширув ва ультратовуш текшируви патологияларни аниқламади. Функционал диагностика тестларига кўра - монофаза турдаги эгри (ҳарорат 36,4-36,8°C дан ошмайди). Ташхис?

Жавоб. Эндокрин генезли бирламчи бепуштлик.

10-Вазиятли масала.

32 ёшли бемор 5 йил давомида ҳомиладорлик бўлмаётганлигига шикоят қилади. Ҳайз цикли бузилмаган. Гинекологик текширувга кўра, гормонал ҳолатни ўрганиш ва ультратовуш текшируви, патология аниқланмаган. Функционал диагностика тестлари бўйича текширув икки фазали ҳайз даврини аниқлади. Эрининг спермограмма параметрлари меъерий қийматлар ичида. Диагностик лапароскопия пайтида Дуглас бўшлиғи ва бачадон найлари қорин пардасида ҳажми 4-7 мм дан ошмайдиган тўқ қизғиш рангдаги юмалоқ шаклдаги ягона ўчоқлар аниқланди. Ташхис?

Жавоб. Бирламчи бепуштлик, перитонеал эндометриоз.

ТЕСТ ЖАВОБЛАРИ ЭТАЛОНИ

1	- 2	11	- 1	21	- 2
2	- 2	12	- 3	22	- 1
3	- 2	13	- 1	23	- 4
4	- 5	14	- 2	24	- 4
5	- 5	15	- 1	25	- 7
6	- 2, 4, 5	16	- 1	26	- 5
7	- 5	17	- 3	27	- 5
8	- 5	18	- 2	28	- 5
9	- 3	19	- 5	29	- 3
10	- 1	20	- 2		

ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

Асосий

1. Гинекология: учебник для медицинских вузов/ под ред. Э. Айламазяна. С-Пб.: 2013. - 416 с.

2. Гинекология: учебник для студ. мед.вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ под ред. В.Е. Радзинского, А. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1000 с. : цв.ил.

3. Гинекология: учебник для студ. мед.вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.

4. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учеб.пособие/ под ред. В.Е. Радзинского. -3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 552 с.

5. “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш” тўғрисидаги Ўзбекистон Республикасининг қонуни №528 2019 йил 11 март.

6. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг “Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақидаги 106-сон буйруғи 2020 йил 14 январь.

7. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг “Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомга ўзгартириш киритиш” ҳақида 2021 йил 7 майдаги 5-сон буйруғи.

Қўшимча адабиётлар

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Гаспарян С.А., и др.// Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации (протокол лечения) – М., 2015. – 22 с.

2. Абашидзе А. А. Структура бесплодия. О чем не стоит забывать // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 81–84.

3. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология / М.Н. Буланов. – М.: Искра. – 2014. – 568 с.

4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР Медиа, 2006. С. 616.

5. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-методическое пособие / Под ред. проф. Е.Б. Рудаковой. – М.: МЕДпресс–информ, 2011. – 80 с.

6. Герфанова Е.В., Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Алешикова О.И., Ивашина С.В. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2015. - №1. – С. 70–75.

7. Гаспаров А.С. Оценка овариального резерва яичников с доброкачественными опухолями после разных видов хирургического лечения // Кремлевская Медицина. – 2013. - №1.– С. 100–105.

8. Гинекология: учебник /под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса– - М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. –1000 с.

9. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Уайсман Д. Шкала оценки риска спайкообразования в малом тазу // Status Praesens. – 2012.– №5. – С.79–83.

10. Гончарова Н.Н. Медико–генетические аспекты бесплодия // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – №2. – С. 35-40.

11. Доброхотова Ю. Э., Сапрыкина Л. В. Гиперплазия эндометрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 112 с.

12. Иммуногистохимические методы: Руководство / Ed. by George L. Kumar, Lars Rudbeck: ДАКО/ Пер. с англ. под ред. Г.А.Франка и П.Г.Малькова. – М., 2011. – 224 с.

13. Краснопольская К.В, Назаренко Т.А. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. - М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. - 376 с.

14. Кузьмичев Л.Н., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Бесплодный брак /В сб. «Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии» / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М. 2006.

15. Кроненберг Генри М. Эндокринология по Вильямсу репродуктивная эндокринология / Генри М. Кроненберг, Мелмед

Шломо, С.Кеннет [и др.] перевод с английского под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М., Рид Elsvier, 2011. – С.54–62.

16. Кулаков В.И., Кузьмичев Л.Н., Киракосян К.Э. и др. Современные подходы к индукции овуляции и суперовуляции у больных с синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. - 2006 - №4.

17. Кулаков В.И., Яворовская К.А., Кузьмичев Л.Н. и др. Экстракорпоральное оплодотворение: проблемы и перспективы развития / Новорожденные высокого риска, новые диагностические и лечебные технологии /Под ред. В.И. Кулакова, Ю.И. Барашнева. - М. 2006.

18. Келлэт Е.П. Морфофункциональная характеристика эндометрия у женщин с бесплодием неясного генеза // Проблемы репродукции. – 2011.– №3. – С. 26–30.

19. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под ред. Кулакова В. И., Леонова Б. В., Кузмичева Л. Н. М.: Медицинское информатсионное агентство, 2005. 592 с.

20. Назаренко Т.А. Бедный ответ! тактика ведения пациенток со сниженной реакцией на стимуляцию гонадотропинами / Т.А. Назаренко, К.В. Краснопольская. - М.: МЕДпресс–информ, 2012. – 80 с.

21. Назаренко Т.А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы: руководство / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 216 с. \

22. Нейштадт Э.Л., Ожиганова И.Н. Опухоли яичника. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2014. –352 с.

23. Опухоли и опухолевидные образования яичников: учебно–методическое пособие / А.С. Гаспаров, А.Г. Косаченко, Е.Д. Дубинская, А.К. Хачатрян [и соавт.]. – М., РУДН, 2015. – 42 с.

24. Подзолкова Н. М. Эндокринное бесплодие: от программируемого зачатия до экстракорпорального оплодотворения/ Н. М. Подзолкова, И. В. Кузнецова, Ю. А. Колода. - Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 112 с.

25. Рудакова Е. Б., Полторака Е. В., Лузин А. А. и др. Возможности повышения результативности вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник НГУ. 2009. Т. 7. Вып. 2. С. 20-24

26. Радзинский В.Е. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения. Информационное письмо / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала Status Praesens, 2015. — 24 с.

27. Рищук С.В., Мирский В.Е. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий // Репродуктология. Terra Medica®. 2010. № 1. С. 3437.

28. Руководство по репродуктивной медицине / Под ред. Б. Карра, Р. Блэкуэлла и Р. Азиза./ Пер. с англ. – М.: «Практика», 2015. – 832 с.

29. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии / В. Гомел, Э. И. Брилли; пер. с англ. А. Е. Любовой. – Москва: Лаборатория знаний, 2016. – 440 с.

30. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях / Под ред. Т.А. Назаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 176 с.

31. Azziz R. PCOS in 2015: new insights into the genetics of polycystic ovary syndrome. Nat. Rev. Endocrinol, - 2015. - №12, - P. 74–75. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL practice report: practice guidelines for management of untrauterine synechiae. J Minim Invasive Gynecol, 2010, 17(1):1–7.

32. Anti-Müllerian hormone as a predictor of polycystic ovary syndrome treated with clomiphene citrate. Hestiantoro A, Negoro YS, Afrita Y, Wiweko B, Sumapradja K, Natadisastra M. Clin Exp Reprod Med. - 2016 Dec. – Vol. 43(4). – P. 207–214.

33. ASRM: Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2012)/Fertil Steril. 2012 Dec; 98(6):1407-15.

34. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group // Fertil. Steril. – 2012. – Vol. 97, № 1. – P. 28–38.

35. Emanuel M.H. New developments in hysteroscopy / M. H. Emanuel // // Best. Pract Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2013. – Vol.27. – P. 421–429.

ҚИՏҚАРТМА СЎЗ ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ

ЁРТ	- ёрдамчи репродуктив технологиялар
ДССУ	- донор спермасида сунъий уруғлантириш
ЭССУ	- эри спермасида сунъий уруғлантириш
СХЦИ	- хужайра цитоплазмасига сперматозоидни инъекцияси
ЭЖ	- эмбрионни кўчириш
ЭКУ	- экстракорпорал уруғлантириш
MESA	- Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration-Тухум ортиғидан сперматозоидларни аспирация қилиб олиш муоалажаси
Perc Biopsy	- Percutaneous biopsy of the testis -БиПСия пистолети ёрдамида тери орқали тухумни биопсияси
PESA	- Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration-Тери орқали тухум ортиғидан сперматозоидларни аспирацияси
TESA	- Testicular Sperm Aspiration-Тери орқали сперматозоидларни тухумдан аспирацияси
TESE	- Testicular Sperm Extraction – тухумни очик биопсияси
TFNA	- Testicular Fine Needle Aspiration- тухумдан сперматозоидларни ингичка игнада аспирацияси
ГИФТ	-гаметани бачадон найига кўчириб ўтказиш
ЗИФТ	-эмбрионни бачаон найига кўчириб ўтказиш
ИМСИ	- морфологик мақбул сперматозоидларни тухум хужайра цитоплазмасига инъекция қилиш учун танлаш
ПИКСИ	-физиологик жиҳатдан соғлом сперматозоидларни тухум хужайрага киритиш учун танлаш

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНING ҚОНУНИ
ФУҚАРОЛАРНИНГ РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШ
ТЎҒРИСИДА

Қонунчилик палатаси томонидан 2019 йил 15 февралда қабул қилинган

Сенат томонидан 2019 йил 28 февралда маъқулланган

1-модда. Ушбу Қонуннинг мақсади

Ушбу Қонуннинг мақсади фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги муносабатларни тартибга солишдан иборат.

2-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчилик

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчилик ушбу Қонун ва бошқа қонунчилик ҳужжатларидан иборатдир.

Агар Ўзбекистон Республикасининг халқаро шартномасида Ўзбекистон Республикасининг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчилигида назарда тутилганидан бошқача қоидалар белгиланган бўлса, халқаро шартнома қоидалари қўлланилади.

(2-модда Ўзбекистон Республикасининг 2021 йил 21 апрелдаги ЎРҚ-683-сонли Қонуни таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

3-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлиги

Фуқароларнинг репродуктив саломатлиги инсоннинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий жиҳатдан соғломлиги ҳолати бўлиб, бу ҳолат унинг бола туғилишига қодирлигини белгилайдиган репродуктив тизими, ушбу тизимнинг функциялари, ҳаётий жараёнлари билан боғлиқ бўлади.

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш:

фуқароларнинг репродуктив саломатлиги тўғрисида ишончли ва тўлиқ ахборот олишни;

ҳомиладорликни сақлаб юришни ва боланинг асоратларсиз ҳамда нуқсонларсиз туғилишини таъминлайдиган, ҳомиладорлик, туғиш ва туғишдан кейинги даврдаги тадбирлар, муолажалар ҳамда хизматларни;

репродуктив тизим касалликларининг олдини олишни ва уларни даволашни;

жинсий йўл билан ўтадиган касалликларнинг олдини олишни ва уларни даволашни;

эхтимолдаги асоратларнинг ва репродуктив тизим функциялари бузилиши оқибатларининг олдини олишга кўмаклашган ҳолда ҳомиладорликни хавфсиз равишда сунъий тўхтатишни;

контрацепция усуллари ва улардан фойдаланиш тўғрисида ахборот олишни назарда тутади.

4-модда. Ушбу Қонуннинг асосий принциплари

Ушбу Қонуннинг асосий принциплари қуйидагилардан иборат:

репродуктив муаммоларни ҳал қилишда инсонпарварлик;

репродуктив саломатликни сақлаш соҳасида эркаklar ва аёлларнинг тенглиги;

фуқаронинг шахсий ҳаётига аралашмаслик, шахсий ва оилавий сирнинг сақланиши;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги тиббий хизматлардан фойдаланишни ва уларнинг сифатини таъминлаш;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича хизматларнинг давлат томонидан кафолатланган ҳажмини таъминлаш.

5-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги давлат сиёсатининг асосий йўналишлари

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги давлат сиёсатининг асосий йўналишлари қуйидагилардан иборат:

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги давлат дастурларини ва бошқа дастурларни ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ҳамда амалга ошириш;

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 ноябрдаги ПҚ-4513-сон «Репродуктив ёшдаги аёллар, ҳомиладорлар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини ошириш ва қўламини янада кенгайтириш тўғрисида»ги қарори.

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш;

фуқароларда соғлом фарзандлар туғилишига нисбатан онгли ва масъулиятли муносабатни тарбиялаш;

эркаклар ва аёлларнинг ўз репродуктив ҳуқуқларини амалга оширишида уларнинг имкониятлари тенглигини таъминлайдиган шароитларни яратиш;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини яхшилаш учун илмий тадқиқотларни давлат томонидан қўллаб-қувватлаш, замонавий услублар ва технологияларни жорий этиш;

репродуктив саломатликни сақлаш соҳасида фуқароларнинг тиббий билимларини ва тиббий маданиятини юксалтириш;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида кадрларни тайёрлашни, қайта тайёрлашни ва уларнинг малакасини оширишни ташкил этиш;

фуқаролар ўз репродуктив ҳуқуқларини амалга ошириши учун уларга тиббий-ижтимоий, шунингдек психологик ёрдам кўрсатиш.

6-модда. Фуқароларнинг репродуктив ҳуқуқларини амалга оширишдаги давлат кафолатлари

Давлат фуқароларга:

репродуктив саломатликнинг сақланишини ва уларнинг репродуктив ҳуқуқлари амалга оширилишини;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлашга доир хизматлардан фойдаланилиши ва бу хизматларнинг изчиллиги таъминланишини;

соғлом оилани шакллантириш тўғрисидаги қарорнинг камситишларсиз, таҳдидларсиз ва зўравонликсиз қабул қилинишини;

уларнинг шахсий ҳаётига аралашмасликни, шахсий ва оилавий сирнинг сақланишини;

бирламчи тиббий-санитария ёрдамнинг бепуллигини;

фуқароларнинг мустақил қарор қабул қилишга бўлган репродуктив ҳуқуқи амалга оширилишини кафолатлайди.

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлашга доир хизматлар репродуктив саломатликни сақлаш соҳасидаги фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан кўрсатилади.

7-модда. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги ваколатлари

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси:

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида ягона давлат сиёсати амалга оширилишини таъминлайди;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги давлат дастурларининг ишлаб чиқилишини, тасдиқланишини ва амалга оширилишини таъминлайди;

давлат органларининг ва бошқа ташкилотларнинг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги фаолиятини мувофиқлаштиради;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича давлат томонидан кафолатланган хизматларнинг ҳажмини белгилайди.

8-модда. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги ваколатлари

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги:

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида ягона давлат сиёсатини амалга оширади;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги давлат дастурларини ва бошқа дастурларни ишлаб чиқади ҳамда амалга оширади;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги норматив-ҳуқуқий ҳужжатларни ишлаб чиқишда иштирок этади;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича давлат томонидан кафолатланган хизматларнинг ҳажмини белгилаш юзасидан таклифлар ишлаб чиқади ва киритади;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида кадрларни тайёрлашни, қайта тайёрлашни ва уларнинг малакасини оширишни таъминлайди;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш ва ҳимоя қилиш тизимини ривожлантиришга ҳамда репродуктив саломатликни сақлаш бўйича хизматлар кўрсатишга доир чора-тадбирларни белгилайди;

репродуктив саломатликни сақлаш соҳасида фуқароларнинг тиббий билимларини ва тиббий маданиятини юксалтириш юзасидан тушунтириш ишларини олиб боради;

ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартибини, кафолатланган хизматлар, уларни қўллашга доир кўрсатмалар, монеликлар ва чекловларнинг рўйхатини тасдиқлайди;

ёрдамчи репродуктив технологиялар усулларини қўлловчи тиббиёт ташкилотларининг фаолиятини тартибга солади ва назорат қилади;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби ва шартларини, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун тиббий кўрсатмалар рўйхатини белгилайди;

жарроҳлик контрацепциясини амалга ошириш тартиби ва шартларини белгилайди.

9-модда. Маҳаллий давлат ҳокимияти органларининг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги ваколатлари

Маҳаллий давлат ҳокимияти органлари:

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчиликнинг ижро этилишини таъминлайди;

(9-модданинг иккинчи хатбошиси Ўзбекистон Республикасининг 2021 йил 21 апрелдаги ЎРҚ-683-сонли Қонуни таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги ҳудудий дастурларнинг ишлаб чиқилишини, тасдиқланишини ва амалга оширилишини таъминлайди;

тегишли давлат бошқаруви органлари ҳудудий бўлинмаларининг фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги фаолиятини мувофиқлаштиради;

тегишли ҳудуддаги тиббиёт муассасаларида кўрсатилаётган, шу жумладан фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифати устидан назоратни таъминлайди.

10-модда. Фуқароларнинг репродуктив ҳуқуқлари

Фуқаролар куйидаги ҳуқуқларга эга:

хавфсиз ва самарали репродуктив технологиялардан фойдаланган ҳолда ўз фарзандларининг туғилиши хусусида мустақил равишда қарорлар қабул қилиш;

ўзининг репродуктив саломатлиги тўғрисида ишончли ва тўлиқ ахборот олиш;

туғилишни тартибга солишнинг хавфсиз усулларида ва контрацепциядан фойдаланиш;

тиббий-профилактика хизматларидан фойдаланиш ва соғлиққа хавф солувчи воситалардан, шу жумладан илмий тажрибалар қўлланилишидан ҳимояланиш;

ўз репродуктив ҳуқуқларини амалга ошириш чоғида тиббий-ижтимоий, шунингдек психологик ёрдам ва ахборот олиш;

ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш.

Юридик ва жисмоний шахслар фуқароларнинг ўз репродуктив ҳуқуқларини амалга ошириши билан боғлиқ ахборотни сир сақлаши шарт.

11-модда. Аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш

Аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш куйидагиларни ўз ичига олади:

ўзининг репродуктив саломатлиги, бепуштликни даволаш услублари ва контрацепция тўғрисида ишончли ҳамда тўлиқ ахборот олиш;

репродуктив саломатликни сақлаш соҳасидаги хизматлардан фойдаланишни таъминлаш;

репродуктив саломатлик масалалари юзасидан махфийликка риоя этилган ҳолда тиббий маслаҳатлар ва хизматлар олиш.

Аёл бепуштликдан даволаниш, репродуктив саломатлигини ҳомиладор бўлгунига қадар, ҳомиладорлик даврида, туғиш ва туғишдан кейинги даврда даволашнинг замонавий услубларидан фойдаланган ҳолда сақлаш ҳамда давлат томонидан ижтимоий жиҳатдан қўллаб-қувватланиш ҳуқуқига эга.

Ҳомиладорлик давридаги тиббий аралашув эр ва хотиннинг ёзма розилиги билан, эр бўлмаган тақдирда аёлнинг ўз розилиги ёки ота-онасининг розилиги ёхуд у вояга етмаган ёки муомалага лаёқатсиз бўлган тақдирда бошқа қонуний вакилларининг розилиги билан амалга оширилади.

Тиббий аралашувни рад этиш факти эҳтимолдаги оқибатлар кўрсатилган ҳолда тиббий ҳужжатларда қайд этилади ва ҳомиладор аёл томонидан, бунинг имкони бўлмаган тақдирда унинг эри ёки қариндошлари томонидан ёзма тарзда, тиббий аралашувни рад этиш ҳақида ёзма жавоб олишнинг имкони бўлмаган тақдирда эса, шифокорлар консилиумининг хулосаси билан тасдиқланади.

Аёл ҳомиладорликка, уни сунъий равишда тўхтатишга ва контрацепцияга мажбур қилиниши мумкин эмас.

12-модда. Эркакларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш

Эркакларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш қуйидагиларни ўз ичига олади: ўзининг репродуктив саломатлиги, бепуштликни даволаш услублари ва контрацепция тўғрисида ишончли ҳамда тўлиқ ахборот олиш;

репродуктив саломатликни сақлаш соҳасидаги хизматлардан фойдаланишни таъминлаш;

янги тиббий, шу жумладан ёрдамчи репродуктив технологиялардан, шунингдек кам инвазивли (кам жароҳатлайдиган) аралашувлардан фойдаланган ҳолда бепуштликни даволаш;

репродуктив саломатлик масалалари юзасидан махфийликка риоя этилган ҳолда тиббий маслаҳатлар ва хизматлар олиш.

13-модда. Вояга етмаган шахсларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш

Вояга етмаган шахсларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш:

тиббий-профилактика тадбирларини, шу жумладан репродуктив аъзолар патологиясини, шунингдек ирсий касалликларни аниқлашга қаратилган тиббий-профилактика тадбирларини ташкил этиш ва ўтказишни;

жинсий тарбия ва уларни оилавий ҳаётга тайёрлаш бўйича тадбирлар ўтказишни;

уларни репродуктив саломатлик масалалари бўйича ўқитиш ва ахборот беришни ўз ичига олади.

Репродуктив саломатлик муаммолари бўйича тиббий аралашув вояга етмаган шахсни, шунингдек унинг қонуний вакилини хабардор этган ҳолда уларнинг ихтиёрий розилиги билан амалга оширилади. Вояга етмаган шахснинг ҳаёти ва соғлиғини сақлаш учун тиббий аралашув тавсия этилган тақдирда ҳамда қонуний вакилдан ва вояга етмаган

шахсдан розилик олишнинг имкони бўлмаганда, тиббий аралашув шифокорлар консилиумининг хулосаси мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Вояга етмаган шахсларни репродуктив саломатликни сақлаш масалалари бўйича тарбиялаш, ўқитиш ҳамда уларга ахборот бериш, уларни оилавий ҳаётга тайёрлаш тегишинча оилада, таълим ва соғлиқни сақлаш муассасаларида амалга оширилади.

Репродуктив саломатлик, шу жумладан жинсий тарбия масалалари бўйича ўқитиш таълимни ва соғлиқни сақлашни бошқариш органлари билан биргаликда вояга етмаган шахсларнинг ёши, психологик ва жисмоний ўзига хосликлари ҳисобга олинган ҳолда, уларнинг оилалари билан яқин ҳамкорликда ишлаб чиқилган, махсус тасдиқланган дастурларга кўра амалга оширилади. Ўқитишга тегишли тиббий тайёргарликка эга бўлган мутахассислар жалб этилади.

Вояга етмаган шахсларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасидаги хизматлар давлат томонидан кафолатланган ва бепул асосда амалга оширилади.

Вояга етмаган шахсларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида ахборот бериш аноним ва махфий тарзда амалга оширилади.

14-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлиги тўғрисидаги ахборот

Фуқароларнинг репродуктив саломатлиги тўғрисидаги ахборот:

репродуктив саломатликнинг ҳолати ҳақидаги;

репродуктив саломатликни сақлаш бўйича хизматлар олиш шартлари ва усуллари тўғрисидаги;

замонавий контрацепция усуллари, уларнинг афзалликлари ва камчиликлари ҳақидаги;

ёрдамчи репродуктив технологияларни қўллашдаги ҳар қандай психологик ва физиологик оқибатлар, эҳтимолдаги асоратлар тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олади.

Фуқароларнинг репродуктив саломатлиги тўғрисидаги ахборот ишончли ва тўлиқ бўлиши керак.

15-модда. Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш

Ёрдамчи репродуктив технологиялар уруғлантиришнинг айрим ёки барча босқичлари аёлнинг организмидан ташқарида амалга ошириладиган ҳомиладорликка эришишга қаратилган тиббий технологиялар, даволаш усуллари ва муолажаларидан иборатдир.

Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланади.

Қаранг: Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низом (06.02.2020 й., рўйхат рақами 3217).

16-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича профилактика чора-тадбирлари

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича профилактика чора-тадбирлари қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

фуқароларнинг репродуктив саломатлиги бузилиши хавфини, шу жумладан атроф-муҳит ва ишлаб чиқариш омилларини аниқлаш;

репродуктив саломатлик соҳасидаги бузилишларни аниқлаш ва даволаш мақсадида фуқароларнинг мажбурий профилактика тиббий кўрикларини (дастлабки ва даврий) ўтказиш;

репродуктив ёшдаги фуқароларни ва ҳомиладор аёлларни репродуктив саломатликнинг бузилиши хавфи ҳамда унинг реабилитацияси ҳақида хабардор қилиш;

фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш бўйича таълим дастурларини ва илмий дастурларни оммавий ахборот воситалари орқали ёритиш;

фуқароларни соғлом турмуш тарзини юритишга ва профилактика тадбирларида иштирок этишга рағбатлантириш тизимини яратиш, биринчи навбатда, фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлашга кўмаклашувчи ҳаёт тарзини ва услубини оммалаштириш орқали яратиш;

ижтимоий аҳамиятга эга касалликларнинг, репродуктив тизим аъзолари касалликларининг ривожланишига доир хавф гуруҳларини ажратган ҳолда аҳолини, шу жумладан болалар ва ўсмирларни диспансеризациядан ўтказиш ҳамда яқка тартибдаги профилактика дастурларини ишлаб чиқиш;

фуқароларга тиббий-генетик ёрдамни такомиллаштириш, ҳомиладаги нуқсонларга эрта ташхис қўйиш учун янги перинатал технологияларни жорий этиш.

17-модда. Контрацепциядан фойдаланиш

Фуқаролар контрацепция усулларини танлаш, улардан фойдаланиш, шунингдек уларни рад этиш ҳуқуқига эга.

Фуқароларга соғлиғининг ҳолати, ёши ва индивидуал хусусиятлари ҳисобга олинган ҳамда эҳтимолдаги ҳар қандай номақбул оқибатлар ҳақида огоҳлантирган ҳолда контрацепция усулларини яқка тартибда танлаш бўйича тиббий ёрдам кўрсатилади.

Фуқаролар контрацепциянинг жарроҳлик усулидан ихтиёрий равишда фойдаланиш ҳуқуқига эга.

Контрацепциянинг жарроҳлик усули фақат олдиндан албатта хабардор этилган ҳолда ҳамда вояга етган муомалага лаёқатли фуқаронинг ёки эр-хотиннинг ёхуд фуқаро муомалага лаёқатсиз бўлса васийларнинг розилиги билан амалга оширилиши мумкин.

18-модда. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш:

ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида аёлнинг хоҳишига кўра;
ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганида
ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар амалга оширилади.

Тиббиёт муассасалари тиббий кўрсатмаларга кўра ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тўғрисида ёки ҳомиладорликни тўхтатишни рад этиш ҳақида қарор қабул қилган аёлни унинг соғлиғи учун ҳар қандай эҳтимол тутилган салбий оқибатлар ҳақида хабардор этиши шарт.

19-модда. Ёрдамчи репродуктив технологияларни қўллашда шифокорлик сирини ва ахборотнинг махфийлигини сақлаш

Ёрдамчи репродуктив технологиялар қўлланилиши тўғрисидаги, шунингдек ёрдамчи репродуктив технологиялар дастурлари иштирокчиларининг шахси ҳақидаги маълумотлар шифокорлик сирини ташкил этади ва улар тўғрисидаги ахборот махфий бўлиши керак.

Шифокорлик сирини ташкил этувчи маълумотлар ўқиш чоғида, касбий, хизмат вазибаларини ва бошқа вазибаларни бажариш чоғида ўзига маълум бўлиб қолган шахслар томонидан ушбу маълумотларни фуқаронинг ёки унинг қонуний вакилининг розилигисиз ошкор этишга йўл қўйилмайди, бундан ушбу модданинг учинчи қисмида белгиланган ҳоллар мустасно.

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Олий Суди Пленумининг 2020 йил 21 февралдаги 04-сон «Суд муҳокамаси ошқоралигини ва судлар фаолиятига доир ахборот олиш ҳуқуқини таъминлаш тўғрисида»ги қарори 19-банди.

Шифокорлик сирини ташкил этувчи маълумотларни фуқаронинг ёки унинг қонуний вакилининг розилигисиз тақдим этишга қуйидаги ҳолларда йўл қўйилади:

ўзининг ҳолатига кўра ўз хоҳиш-иродасини билдиришга қодир бўлмаган фуқарони текширувдан ўтказиш ва даволаш мақсадида;

юқумли касалликлар тарқалиши хавфи бўлганда;

тергов ёки суд муҳокамаси ўтказилиши муносабати билан суриштирув, тергов ва прокуратура органларининг, шунингдек суднинг сўровларига биноан.

20-модда. Низоларни ҳал этиш

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш соҳасида юзага келадиган низолар қонунчиликда белгиланган тартибда ҳал этилади.

(20-модданинг матни Ўзбекистон Республикасининг 2021 йил 21 апрелдаги ЎРҚ-683-сонли Қонуни таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

Олдинги таҳрирга қаранг.

21-модда. Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчиликни бузганлик учун жавобгарлик

Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунчиликни бузганликда айбдор шахслар белгиланган тартибда жавобгар бўлади.

(21-модда Ўзбекистон Республикасининг 2021 йил 21 апрелдаги ЎРҚ-683-сонли Қонуни таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

22-модда. Ушбу Қонуннинг ижросини, ижрочиларга етказилишини, моҳияти ва аҳамияти тушунтирилишини таъминлаш

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Адлия вазирлиги ва бошқа манфаатдор ташкилотлар ушбу Қонуннинг ижросини, ижрочиларга етказилишини ҳамда моҳияти ва аҳамияти аҳоли ўртасида тушунтирилишини таъминласин.

Олдинги таҳрирга қаранг.

23-модда. Қонунчиликни ушбу Қонунга мувофиқлаштириш

(23-модданинг номи Ўзбекистон Республикасининг 2021 йил 21 апрелдаги ЎРҚ-683-сонли Қонуни таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси:

ҳукумат қарорларини ушбу Қонунга мувофиқлаштиради;

давлат бошқаруви органлари ушбу Қонунга зид бўлган ўз норматив-ҳуқуқий ҳужжатларини қайта кўриб чиқишлари ва бекор қилишларини таъминласин.

24-модда. Ушбу Қонуннинг кучга кириши

Ушбу Қонун расмий эълон қилинган кундан эътиборан кучга киради.

Ўзбекистон Республикасининг Президенти Ш. МИРЗИЁЕВ

Тошкент ш.,

2019 йил 11 март,

ЎРҚ-528-сон

(Қонун ҳужжатлари маълумотлари миллий базаси, 12.03.2019 й., 03/19/528/2741-сон; Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 21.04.2021 й., 03/21/683/0375-сон)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРИНИНГ
БУЙРУҒИ
**ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФойДАЛАНИШ ТАРТИБИ
ТЎҒРИСИДАГИ НИЗОМНИ ТАСДИҚЛАШ ҲАҚИДА**

**[Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги томонидан 2020 йил 6 февралда
рўйхатдан ўтказилди, рўйхат рақами 3217]**

Ўзбекистон Республикасининг «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида»ги Қонунига мувофиқ буюраман:

1. Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низом иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Мазкур буйруқ расмий эълон қилинган кундан эътиборан кучга киради.

Вазир А. ШАДМАНОВ

Тошкент ш.,
2020 йил 14 январь,
106-сон

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг 2020 йил 14 январдаги 106-сон буйруғига

ИЛОВА

**Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги
НИЗОМ**

Мазкур Низом Ўзбекистон Республикасининг «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида»ги Қонунига асосан ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартибини белгилайди.

1-боб. Умумий қоидалар

1. Ёрдамчи репродуктив технологиялар (бундан буён матнда ЁРТ деб юритилади) уруғлантиришнинг айрим ёки барча босқичларида аёлнинг организмидан ташқарида амалга ошириладиган ҳомиладорликка эришишга қаратилган тиббий технологиялар, даволаш усуллари ва муолажаларидан иборатдир.

2. ЁРТ эркак ва аёлнинг (бундан буён матнда беморлар деб юритилади) мазкур Низомнинг 1-иловасига мувофиқ шаклдаги ЁРТни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризаси асосида қўлланилади.

3. ЁРТ усуллари репродуктология ихтисослиги бўйича фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан кўрсатилади.

4. Репродуктология ихтисослиги бўйича фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилотлари томонидан ЁРТни қўллашда шифокорлик сирини ва ахборотнинг махфийлигини сақлаш «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида»ги Қонуннинг 19-моддасига асосан амалга оширилади.

2-боб. ЁРТдан фойдаланиш

5. Бепуштлик сабабларини аниқлаш ва ЁРТдан фойдаланиш мақсадида беморлар куйидаги бирламчи текширувлардан (бундан буён матнда бирламчи текширув деб юритилади) ўтказилади:

эндокрин ва овулятор ҳолатини баҳолаш (қон таркибида пролактин, гонадотропинлар, стероидли гормонлар ва шу кабилар даражасини аниқлаш);

кичик тоз аъзоларини ультратовушли трансвагинал текшириш;

гистеросальпингография, контрастли эхогистеросальпингоскопия ва лапароскопия усулларида фойдаланган ҳолда бачадон найчаларининг ўтказувчанлигини баҳолаш;

эндометрий аҳволини баҳолаш (эндометрийни ультратовушли трансвагинал текшириш, гистероскопия, эндометрий тўқималарининг биопсияси);

беморларни уrogenитал инфекциялар мавжудлигига текшириш;

бемор эркак спермасини (эякулятини) текшириш;

сперматозоидлар агглютинацияси аниқланган ҳолда сперматозоидларнинг аралаш антиглобулин реакциясини ўтказиш.

6. Мазкур Низомнинг 5-бандида қайд этилган текширувлар олти ойдан кўп бўлмаган муддатда ўтказилиши лозим.

7. Ўтказилган бирламчи текширув натижасида бепуштлик сабаби аниқланган беморларда консерватив ва жарроҳлик даволаш ўтказилгандан сўнг 9 — 12 ой давомида ҳомиладорлик кузатилмаса, мазкур беморлар ЁРТ ёрдамида даволанишга юборилади.

8. Ўтказилган бирламчи текширув натижасида бепуштлик сабаби аниқланган 35 ва ундан катта ёшдаги бемор аёллар консерватив ва жарроҳлик даволаш ўтказилмасдан, 9 — 12 ой муддатсиз шифокорлар консилиумининг қарори бўйича ЁРТ ёрдамида даволанишга юборилиши мумкин.

9. ЁРТ ёрдамида даволанишга юборилган беморлар мазкур Низомнинг 2-иловасига мувофиқ ЁРТ ёрдамида даволаш усуллари қўллашга қарши кўрсатмаларни аниқлаш юзасидан куйидаги текширувлардан ўтказилади:

қон таҳлилида рангпар трепонемага антитаначаларни, одам иммун танқислиги вируси (ОИВ) М, G синфи антитаначаларини, В, С вирусли гепатити антигенига 1 ва 2-антитаначаларни, қондаги қизилча вирусига антитаначаларни аниқлаш;

қонда 1 ва 2-тур оддий герпес вируси, цитомегаловирус (ЦМВ) молекуляр-биологик таҳлилини ўтказиш;

хламидиялар, микоплазма ва уреоплазма мавжудлигига микробиологик текшириш;

токсоплазмоз, бруцеллёз мавжудлигига текшириш;

жинсий йўл ажралмаларини (қин ажралмаси, эякулят) микроскопик текшириш.

10. Мазкур Низомнинг 9-бандида назарда тутилган текширувлардан ташқари бемор аёллар қуйидаги текширувлардан ўтказилади:

қоннинг умумий (клиник) таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, коагулограмма (зарур ҳолларда гемостаз тизимини батафсил текшириш ва гематолог маслаҳати);

бачадон бўйинини цитологик текшириш (Папаниколау усулида);

пешобнинг умумий таҳлили, буйрақларни ультратовуш текширувидан ўтказиш;

ўпка флюорографияси (бундай текширувдан 12 ойдан ортиқ вақт давомида ўтмаганлар учун);

электрокардиограмма;

қонни гормонлар мавжудлигига текшириш (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол ва антимюллер гормони);

ҳомиладорликни давом эттириш имконияти юзасидан шифокор-терапевт кўриги (тиббий кўрик, маслаҳат);

35 ёшгача бўлган бемор аёлларда сут безларини ультратовуш текшируви, сут безларининг хасталиги аниқланган тақдирда эса маммография текшируви;

35 ва ундан катта ёшдаги бемор аёллар учун маммография текшируви.

11. Анамнезида ёки яқин қариндошларида ривожланишнинг туғма нуқсонлари ва хромосом хасталиклари мавжуд бўлган, бирламчи аменорея касаллигига чалинган, 35 ва ундан катта ёшдаги, ЁРТдан фойдаланиш ҳаракатлари самарасиз кечган бемор аёлларга шифокор-генетик кўриги (маслаҳати) ва хромосом аппарати текшируви (кариотиплаш) ўтказилади.

12. Текширув натижасида эндокрин ўзгаришлар аниқланган бемор аёлларга шифокор-эндокринолог маслаҳати, қалқонсимон без, қалқонсимон олди беши, буйрак усти безларининг ультратовуш текширувлари тайинланади.

13. Мазкур Низомнинг 9-бандида назарда тутилган текширувлардан ташқари бемор эркакларга эякулят таҳлили ҳамда 35 ва ундан катта ёшдаги бемор эркакларга генетик текширув ўтказилади.

3-боб. ЁРТдан фойдаланишда қўлланиладиган даволаш муолажалари ва усуллари

1-§. Умумий қоидалар

14. Текширув натижаларига кўра, ЁРТ ёрдамида даволаш усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар аниқланмаган беморларга қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади:

экстракорпорал уруғлантириш;

сунъий уруғлантириш;

хэтчинг;

криоконсервация;

сперматозоиднинг интрацитаплазматик инъекцияси (бундан буён матнда ИКСИ деб юритилади).

15. Текширув натижаларига кўра беморларда ЁРТ ёрдамида даволаш усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар аниқланганда, мазкур беморларга ЁРТ қўллаш тақиқланади.

16. ЁРТ усуллари қўлланилишидан аввал беморларга бу усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари тўғрисидаги тўлиқ маълумот шифокор томонидан берилиши шарт.

17. ЁРТ усулларида бирининг қўлланилиши самара бермаганда, ЁРТнинг бошқа усуллари қўлланилиши мумкин.

2-§. Экстракорпорал уруғлантириш усулини қўллаш

18. Экстракорпорал уруғлантириш (бундан буён матнда ЭКУ деб юритилади) усули бепуштликка ечим топиш мақсадида она организмидан ташқарида сунъий шароитларда тухумхужайрани уруғлантириш орқали амалга оширилади.

19. ЭКУ усулини қўллаш мумкин бўлган ҳолатлар:

бепуштлик сабаби аниқланган бемор аёлларда консерватив ва жарроҳлик даволаш ўтказилгандан сўнг 9 — 12 ой давомида ҳомиладорлик кузатилмаса;

ЭКУ усулларисиз ҳомиладор бўлиш имкони бўлмаса.

20. ЭКУ усули қуйидаги ҳолларда чекловлар билан қўлланилади:

овариал захиранинг камайиши (тухумдонлар ультратовуш текшируви хулосалари ва қон таҳлилидаги антимюллер гормони даражаси бўйича);

аёллар жинси билан боғлиқ ирсий касалликлар (гемофилия, Дюшенн мушаклар дистрофияси, X-хромосомага боғлиқ ихтиоз, Шарко-Мари неврал амиотрофияси).

21. ЭКУ усулини ўтказиш қуйидаги босқичларда амалга оширилади:

Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилган дори воситалари ёрдамида суперовуляцияни қўзғатиш;

гонадотропин-релизинг гормонлар, гонадотропинлар, менотропинлар, гонадотропин-релизинг гормон ўрнини босувчи аналоглар ва антагонистларни ишлатиш;

ультратовуш текшируви назорати остида трансвагинал йўл орқали тухумхужайраларни олиш;

тухумдон фолликулалари пункциясини оғриқсизлантириш асосида трансвагинал йўл орқали ўтказиш (трансвагинал йўл орқали бажариш имкони бўлмаган ҳолатларда ооцитлар лапароскопик йўл орқали олиниши мумкин);

шифокор анестезиолог-реаниматолог томонидан оғриқсизлантириш турини белгилаш (беморларнинг ихтиёрий розилиги асосида);

бемор эркакнинг махсус тайёрланган спермаси билан ооцитларни инсеминациялаш;

эмбрионларни культивация қилиш;

Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилган дори воситалари ёрдамида ҳайз даврининг лютеин фазасини кўзгатишни ушлаб туриш.

22. ЭКУ усули қўлланилгандан сўнг ҳомиладорликни ташхислаш учун эмбрионлар кўчирилган кунининг 12-кунидан бошлаб қон ёки пешоб таҳлилларида хорионик гонадотропин даражасини аниқлаш амалга оширилади.

Эмбрионлар кўчирилган кунининг 21-кунидан бошлаб ҳомиладорликнинг ультратовуш текшируви амалга оширилади.

3-§. Сунъий уруғлантириш усулини қўллаш

23. Сунъий уруғлантириш усули бепуштликка ечим топиш мақсадида спермани қинга, цервикал каналга, бачадон бўшлиғига юбориш орқали амалга оширилади.

24. Сунъий уруғлантириш усулини қўллаш учун қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади:

бемор эркакда сперматогенезнинг оғир бузилиши, эякулятор-сексуал бузилишлар, ирсий касалликлар ривожланишининг юқори хавфи кузатилиши;

бемор аёлда бачадон бўйини билан боғлиқ бепуштлик, вагинизм;

ноаниқ этиологияли бепуштлик.

25. Сунъий уруғлантириш усулида аввалдан тайёрланган ёки криоконсервацияланган, натив спермадан фойдаланилади.

26. Бемор аёлда бачадоннинг иккала найчаларининг ўтказувчанлиги бузилиши аниқланганда, сунъий уруғлантириш усулини қўллаш тақиқланади.

27. Икки мартаба ўтказилган сунъий уруғлантириш усули самара бермаган тақдирда, ЁРТнинг бошқа усуллари қўлланилади.

28. Сунъий уруғлантириш усулини қўллашдан аввал шифокор томонидан фойдаланишга тайёрланган эякулятнинг миқдор ва сифат кўрсаткичлари тўғрисидаги маълумотлар беморларга етказилади.

Мазкур маълумотлар асосида беморлар фойдаланишга тайёрланган эякулятни қўлланилишига рози ёки норози эканлигини маълум қилади.

29. Сунъий уруғлантириш усули табиий циклда ва Ўзбекистон Республикасида давлат рўйхатидан ўтказилган дори воситалари ёрдамида суперовуляция стимуляциясида амалга оширилган ҳолларда қўлланилади.

4-§. Хэтчинг усулини қўллаш

30. Хэтчинг имплантациядан олдинги ташхислаш мақсадида ооцит ёки эмбрионнинг ялтироқ қобиғини ёриш орқали амалга оширилади.

Ёрдамчи хэтчинг эмбрионнинг ёриб чиқишини осонлаштириш мақсадида қўлланилади.

31. Хэтчинг усулини қўллаш мумкин бўлган ҳолатлар:

35 ва ундан катта ёшдаги бемор аёлларга;

анамнезида яхши сифатли эмбрионларни кўчиришда қўлланилган ЭЖУ усули уч ва кўп маротаба натижасиз бўлганда;

ялтироқ қобиқ морфологиясининг бузилишида;

криоконсервацияланган эмбрионлардан фойдаланишда.

32. Хэтчинг эмбрионларни бачадон бўшлиғига кўчиришдан олдин амалга оширилади.

5-§. Криоконсервация усулини қўллаш

33. Криоконсервация чуқур музлатиш (-200 С) жараёни ёрдамида репродуктив хужайралар ва гонада тўқималарини (эмбрионлар, сперма ва тухумхужайралар) сақлаш мақсадида амалга оширилади.

34. Криоконсервация усулини қўллаш бемор ва репродуктив саломатликни сақлаш соҳасидаги фаолиятни амалга оширувчи тиббиёт ташкилоти ўртасида тузилган шартнома асосида амалга оширилади.

35. Криоконсервацияланган репродуктив хужайралар ва гонада тўқималари суяк азотга солинган махсус маркировкаланган контейнерларда сақланади.

36. Криоконсервацияланган репродуктив хужайралар ва гонада тўқималарини музлатиш ва муздан чиқаришнинг оптимал усули шифокор томонидан ҳар бир ҳолат учун индивидуал тартибда танланади.

37. Криоконсервацияланган репродуктив хужайралар ва гонада тўқималари ушбу материалларнинг хавфсизлигини таъминлаш учун дезоксирибонуклеин кислота (ДНК) таҳлиллари билан бирга сақланади.

6-§. ИКСИ усулини қўллаш

38. ИКСИ ооцит цитоплазмасига сперматозоидни инъекция қилиш орқали амалга оширилади.

39. ИКСИ усулини қўллаш учун қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади:

сперматогенез бузилиши;

эякулятор дисфункцияси;

қўлланилган ЭКУ усулида ооцитларнинг уруғланмаганлиги ёки 20% кам фоизда уруғланганиши;

бемор аёлда тўрттадан кам миқдорда ооцитларнинг мавжудлиги.

40. ИКСИ усулини қўллашда обструктив азооспермия ва эякулятор дисфункцияси ҳолатларида сперматозоидлар беморларнинг розилиги асосида жарроҳлик йўли билан олинади.

41. Ҳар қандай ўткир юқумли касалликлар сперматозоидларни жарроҳлик йўли билан олишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Сперматозоидларни олишнинг оптимал усули шифокор-уролог томонидан белгиланади.

7-§. ЁРТ усуллари қўллашда эмбрионлар редукцияси

42. Ҳомиладорликни ташхислаш натижасида кўп ҳомилалик ҳолатлари (уч ва ундан ортиқ эмбрионлар мавжуд бўлганда) аниқланганда, акушерлик ва перинатал асоратларни олдини олиш мақсадида «Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида»ги Қонуннинг 11-моддасига асосан эр ва хотиннинг, эр бўлмаган тақдирда аёлнинг ёки ота-онасининг ёхуд у вояга етмаган ёки муомалага лаёқатсиз бўлган тақдирда бошқа қонуний вакиллари вакиллари мазкур Низомнинг 3-иловасига мувофиқ шаклдаги розилик аризаси асосида эмбрионлар редукцияси қўлланилади.

Эмбрионлар редукцияси қўлланилишига розилик берилмаган тақдирда, уни қўллаш мумкин эмас.

43. Эмбрионлар редукцияси — бу беш ҳафтадан ўн бир ҳафтагача ҳомиладорликда ультратовуш текшируви назоратида тирик эмбрионлар сонини сунъий равишда камайтириш.

44. Редукция қилиниши лозим бўлган эмбрионлар ультратовуш текширув ҳулосасига асосан даволовчи шифокор тавсияси асосида амалга оширилади.

Эмбрионлар редукциясини ўтказиш натижаси бўйича шифокорлар консилиуми томонидан баённома расмийлаштирилади.

45. Редукция қилиниши лозим бўлган эмбрионларга кириш (трансвагинал, трансцервикал, трансабдоминал йўллари орқали) ва уларни ривожланишдан тўхтатиш

даволовчи шифокор томонидан бемор аёлнинг ҳолатини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади.

46. Ҳар қандай ўткир яллиғланиш касалликлари эмбрионлар редукциясини ўтказишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

47. Ҳомила тушиши хавфининг мавжудлиги эмбрионлар редукциясини қўллашга нисбий қарши кўрсатма ҳисобланади.

4-боб. Яқуний қондалар

48. Мазкур Низом талаблари бузилишида айбдор бўлган шахслар қонунчилик ҳужжатларига мувофиқ жавобгар бўлади.

(48-банд Ўзбекистон Республикаси адлия вазирининг 2021 йил 28 июлдаги 16-мҳ-сонли буйруғи (рўйхат рақами 3313, 28.07.2021 й.) таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 28.07.2021 й., 10/21/3313/0724-сон)

49. Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси билан келишилган.

**Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси раиси Р.
ИЗАМОВ**

2020 йил 12 январь

Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомга
1-ИЛОВА

Ёрдамчи репродуктив технологияларни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик

АРИЗАСИ

Олдинги таҳрирга қаранг.

Мен (Биз) _____

биометрик паспорт ёки идентификация ID-карта маълумотлари: _____

Менга (бизга) қуйида кўрсатилган усулда ёрдамчи репродуктив технологияларни қўллашингизни сўрайман (сўраймиз):

экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ)

тухумхужайрани экстракорпорал уруғлантириш инъекция йўли билан унга

сперматозоид юбориш (ЭКУ + ИКСИ)

сунъий уруғлантириш (СИ)

қуйидагилардан фойдаланилган ҳолда:

криоконсервацияланган/криоконсервация қилинмаган спермаси

криоконсервацияланган/криоконсервация қилинмаган ооцитлари

криоконсервацияланган/криоконсервация қилинмаган эмбрионлар билан

Преимплантацион генетик таҳлил ўтказишингизни сўрайман (сўраймиз):

эмбрионлар/ооцитларни, қуйидагилар бўйича нуқсонларни аниқлаш мақсадида

_____ хромосомаси бўйича

Менга (бизга) ЭКУ/ЭКУ+ИКСИ/СИ усулида даволаш тартиби тушунтирилди ва қуйидагилар маълум қилинди:

ҳомиладор бўлишдан олдин даволаниш ҳаракатлари бир неча маротаба бўлиши мумкин; даволаниш жараёнида аввалда маълум бўлмаган фактлар аниқланиши мумкин, шу туфайли даволаниш режаси ёки усулини ўзгартириш талаб этилиши мумкин;

даволаниш самарасиз бўлиши мумкин;

бепуштликни ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланган ҳолда бартараф этилиши ҳомилада туғма касалликлар хавфини оширмайди, бироқ камайтирмайди ҳам;

ҳозирги кунда фан ва тиббий амалиётда репродуктив ҳужайралар ва гонада тўқималарини музлатиш/муздан эритиш туғилажак фарзанднинг соғлиги учун зарарли асоратлар мавжуд ёки мавжуд эмаслиги тўғрисида қатъий хулоса чиқариш учун етарли даражада кузатувлар мавжуд эмас.

Менга (бизга) шифокор томонидан даволаниш жараёнида энг яхши натижаларга эришиш учун дори воситаларини ишлаб чиқарувчилар, уларнинг аннотацияларида бепуштлик кўрсатма сифатида ёки ҳомиладорликка қарши кўрсатма сифатида баён қилмаган дори воситалари қўлланилиши мумкинлиги тушунтирилди. Мен (биз) бу дори воситаларидан фойдаланиш афзалликларини ва юзага келиши мумкин бўлган хавфларни тушундим (дик).

Мен (биз) ушбу препаратлардан фойдаланишга:

розилик бераман (миз) розилик бермайман (миз).

ЭКУ/ЭКУ+ИКСИ/СИ ўтказилгандан кейин қолган менинг (бизнинг) жинсий

ҳужайраларимизни/эмбрионларимизни сўрайман(миз):

криоконсервациялашни;

утилизациялашни.

Менга (бизга) маълум бўлган менинг (бизнинг) соғлиғим(миз) аҳволи, оилам(из)даги ирсий, таносил, руҳий ва бошқа касалликлар тўғрисида барча маълумотларни шифокорга маълум қилганлигим(миз)ни баён қиламан(миз).

Мен (биз) ЭКУ/ЭКУ+ИКСИ/СИ усулида даволаш муолажасини бажариш ва тухумдонлар

функциясига таъсир кўрсатувчи (тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми, тухумдоннинг ретенцион кисталари шаклланиши, аллергия реакциялар ва дорилар ишлаб чиқарувчиси томонидан кўзда тутилган бошқа ножўя таъсирлар) дори воситаларидан фойдаланиш асоратларга (қон кетиши, яллиғланиш, яқин жойлашган аъзолар яраланиши) олиб келиши мумкинлиги тўғрисида огоҳлантирилдим(дик).

Даволаниш натижасида содир бўлган ҳомиладорлик бачадондан ташқари, кўп ҳомилали ҳамда ҳомиладорликнинг тўхташи мумкинлиги тўғрисида мен (биз)га маълум.

Мен (биз) тиббиёт ташкилоти мутахассислари томонидан мен (биз)га тақдим этилган муолажа, тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари, у билан боғлиқ асоратлар, даволанишнинг мавжуд вариантлари, унинг оқибатлари ҳамда тахминий натижалар тўғрисида барча маълумотни диққат билан ўқидим(дик) ва барчасини тушунганим(миз)ни тасдиқлайман (миз). Мен (биз) мени (бизни) қизиқтирадиган ёки менга (бизга) бу соҳада тушунарсиз бўлган масалаларни муҳокама қилиш имконига эга бўлдим (бўлдик). Барча берган саволларга мен (биз) қониқарли жавоб олдим (олдик). Менинг (бизнинг) қарорим(из) эркин бўлиб, ушбу муолажани ўтказиш учун хабардор ҳолатда ўз ихтиёрим(из) билан розилик беришим(из)ни ифодалайди.

(розилик берувчи шахс(лар)нинг Ф.И.О., имзоси)

(суҳбат ўтказган шифокорнинг Ф.И.О., имзоси)

(тўлдирилган санаси ва вақти)

(1-илова Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг 2021 йил 7 майдаги 5-сонли буйруғи (рўйхат рақами 3217-1, 17.05.2021 й.) таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 17.05.2021 й., 10/21/3217-1/0463-сон)

Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомга

2-ИЛОВА

**Ёрдамчи репродуктив технологиялар ёрдамида даволаш усулларини қўллашга
қарши кўрсатмалар**

РЎЙХАТИ

Т/р	Қарши кўрсатмалар номи	Қарши кўрсатмалар шакли, босқичи, даражаси, фазаси	Изоҳлар
Айрим инфекциян ва паразитар касалликлар			
1.	Сил касаллиги:	Барча фаол шакллари	
	а) бактериологик ва гистологик йўл билан тасдиқланган нафас олиш аъзоларининг сил касаллиги		
	б) бактериологик ва гистологик йўл билан тасдиқланмаган нафас олиш органлари сил касаллиги		Ўпка-юрак етишмовчилиги аниқланганда ЁРТ қўлланилмайди.
	в) асаб тизими сил касаллиги		
	г) бошқа аъзолар ва тизимларнинг сил касаллиги		
	д) суяклар ва бўғимлар сил касаллиги		
	е) сийдик йўли аъзоларининг сил касаллиги (аёлларда)		
	ж) ичак ва қорин бўшлиғининг лимфа тугунларининг сил касаллиги		
	з) сил перикардити	Констриктив перикардит	Юрак етишмовчилиги ривожланиши билан ва жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкони бўлмаганда ЁРТ қўлланилмайди.

2.	Вирусли гепатит: Ўткир гепатитлар: А, В, С, D, G; Сурункали гепатитлар хуруж фазасида (сариклик, индикаторли ферментларнинг юқори даражалари)		
3.	Одам иммун танқислиги вируси (ОИВ) билан орттирилган касаллиги	Босқичлари: Инкубация (1 босқич), бирламчи белгилари (2А, 2Б, 2В), иккиламчи белгиларини жадаланиши (4А, 4Б, 4В); терминал (5 босқич)	Касалликни 1, 2 А, 2Б, 2В босқичларида ЁРТдан фойдаланишни касаллик субклиник босқичига ўтгунгача қадар қолдириш. Касалликни 4А, 4Б, 4В босқичларда ЁРТдан фойдаланишни касаллик камида 6 ойлик ремиссия босқичига ўтгунига қадар қолдириш
4.	Сифилис (захм) эркак ёки аёлда		ЁРТни касалликдан тузалгандан сўнг қўллаш мумкин.
Ўсма касалликлар			
5.	Ҳар қандай локализацияли ёмон сифатли ўсма касалликлари	Барча фаол шакллари	Анамнезда ёмон сифатли ўсма касалликлар мавжуд бўлганда ЁРТдан фойдаланиш масаласи шифокор-онкологнинг хулосаси асосида ҳал қилинади.

6.	Жарроҳлик даволашни талаб қиладиган бачадон ва/ёки тухумдонлар беши яхши сифатли ўсма касалликлар	Барча фаол шакллари	
Қон ва қон ҳосил қилувчи органлар касалликлари			
7.	Илк бор аниқланган ўткир лейкозлар	Барча фаол шакллари	
8.	Миелодиспластик синдромлар	Барча фаол шакллари	
9.	Юқори хавф гуруҳидаги лимфомалар	Барча фаол шакллари	
10.	Лимфогранулематоз	Барча фаол шакллари	
11.	Сурункали миелолейкоз: а) тирозинкиназ ингибиторлари билан даволашни талаб қиладиган б) касалликнинг терминал босқичи	Барча фаол шакллари	
12.	Сурункали миелопротрофиератив касалликлар	Бластли криз	
13.	Апластик камқонлик касаллиги	Оғир тури	
14.	Гемолитик камқонликлар: ўткир гемолитик кризлар	Оғир қайталанувчи кечиш	
15.	Идиопатик тромбоцитопеник пурпура	Сурункали доимо қайталанувчи кечиш, ҳар қандай даволаш турларига рефрактерлиги	
16.	Ўткир порфирия хужуми, охири хужумдан кейин «ёруғ» даврининг давомийлиги икки йилдан кам	Барча фаол шакллари	
17.	Геморрагик васкулит (Шенлейн-Генох пурпураси)	Оғир қайталанувчи кечиш	Буйрақлар зарарланаши ва буйрақ, ўпка, ошқозон-ичак

			трактининг етишмовчилиги ривожланиши
18.	Антифосфолипидли синдром	Оғир кечиши	Анамнезда қайта мияда қон айланиши бузилишлари, юрак клапани нуқсонлари шаклланиши, буйраклар зарарланиши, артериал гипертензия ва буйрак етишмовчилиги билан
Эндокрин тизими касалликлари, овқатланиш ва моддалар алмашинуви бузилиши			
19.	Қандли диабет билан терминал буйраклар етишмовчилиги (ўрнини босувчи буйрак давоси ва буйракни трансплантация қилиш имкони йўқлиги)	Оғир кечиши	
20.	Буйрак трансплантациясидан кейинги қандли диабет	Оғир кечиши	
21.	Қандли диабет ва пролифератив ретинопатия ривожланиши билан	Барча фаол шакллари	
22.	Гиперпаратиреоз	Оғир шакли, висцерал ва суякли намоёнлари билан	
Рухий бузилишлар			
23.	Сурункали ва давомли руҳий бузилишлар, оғир ва барқарор оғриқ билан (психозлар ва ақлий заифлик) ёки ҳомиладорлик ва		

	туғруқ таъсирида зўрайишининг катта эҳтимоли билан		
24.	Ирсий ва дегенератив рухий бузилишлар		
25.	Яққол ифодаланган психоген бузилишлар		
26.	Психоактив моддаларни истеъмол қилиш билан боғлиқ рухий бузилишлар		
27.	Кайфият бузилиши (аффектив бузилишлар)		Турғун суицидлий ўналганликда ва суицидлий ҳаракатларни амалга ошириш хавфида ЁРТ қўлланилмайди.
Асаб тизими касалликлари			
28.	Асаб тизимининг турли этиологияли оғир ногиронловчи нокурабелли касалликлар, яққол ифодаланган ҳаракатланишдаги ва руҳиятдаги бузилишлар билан кечиши		
Қон айланиш тизими касалликлари			
29.	Юракнинг ревматик нуқсонлари:		
	а) қон айланиши етишмовчилиги билан кечиши	2Б, 3 даражаси	
	б) юқори ўпка гипертензияси билан кечиши		
	в) анамнезда тромбоземболик асоратлар билан ҳамда юрак бўшлиқларида тромбоз мавжудлиги		

30.	Кардиомиопатиялар:		
	а) дилатацион кардиомиопатия		
	б) рестриктив кардиомиопатия		
	в) гипертрофик кардиомиопатия, юракнинг чап, ўнг ёки иккала қоринчалари чиқариш трактининг ифодаланган обструкцияси		
г) гипертрофик кардиомиопатия, чап қоринчанинг чиқариш тракти обструкциясиз, юрак уриш мароми мураккаб бузилиши билан			
31.	Аэрз (Айерс) касаллиги (синдроми) (ўпка артерияларининг ажратилган склерози, ўпка гипертензияси билан)		
32.	Кардиохирургик аралашувлардан кейинги ҳолат:		
	а) туғма юрак нуқсонини паллиатив (нотўлиқ) коррекциясидан кейин		
	б) туғма юрак нуқсонини жарроҳлик коррекциясидан кейин, ўпка гипертензиясининг қолдиқ белгилари билан		
	в) юракнинг ҳар қандай нуқсонини жарроҳлик коррекциясидан кейин, қониқарсиз натижа билан бажарилганда		
	г) кўп клапанли протезлаш		

33.	Томирлар касалликлари:		
	а) аорта ва унинг тармоқлари касалликлари:		
	ҳар қайси бўлимдаги (кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи) аорта аневризмаси, шу жумладан реконструктив операциялардан кейин — шунтирлаш, протезлаш		
	магистрал артериялар аневризмалари (миядаги, буйракдаги, қовурға билан қорин орасидаги, талоқдаги ва ш.к.), шу жумладан хирургик даволашдан кейин		
б) тромбоэмболик касаллик ва тромбоэмболик асоратлар (мия, кўллар, оёқлар, буйрақлар, мезентериал томирлар ҳамда ўпка артериялари тармоқлари томирларининг тизимли эмболиялари)			
34.	Гипертоник касаллиги	2 В ва 3-босқичларида даволаш самарасиз бўлганда	
Нафас аъзолари касалликлари			
Оғир нафас етишмовчилиги ривожланганлиги ҳолатида, бирламчи ўпка хасталиги усусиятлари ва/ёки ўпка гипертензиясидан қатъи назар ЁРТ қўлланилмайди.			
Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари			
35.	Жигар етишмовчилиги, жигарнинг бирламчи касаллигидан қатъи назар		
36.	Жигар циррози, қизилўнгач томирларидан қон кетиши		

	хавфи билан портал гипертензияси билан, буйрак етишмовчилиги		
37.	Жигарнинг ўткир ёғли дистрофияси		
38.	Крон касаллиги, стеноз, оқма, шимиш бузилиши ва қон кетиш асорати билан		
39.	Носпецифик яралли колит, йўғон ичакнинг токсик дилатацияси, профузли ич кетиши, ичакдан кўп миқдорда қон кетиш асорати билан		
40.	Целиакия, ингичка ичакда шимиш бузилиши билан		Ташхис ингичка (ўн икки бармоқли) ичакни гистологик текширув таҳлили ва иммунологик тестларда глиадин ва тўқима трансглутамазага антитаначаларни аниқлаш орқали тасдиқланиши лозим.
41.	Қорин девори чураси		Катта ўлчамли, қорин девори айирилиши ва жаррохлик коррекцияси имконсиз бўлганда.
42.	Ичакнинг ёпишиб қолиш касаллиги, ичак тугилиши хуружлари билан		

43.	Ичак оқмалари		Жарроҳлик даволашнинг имконсиз бўлганда.
Сийдик йўли тизими касалликлари			
44.	Ўткир гломерулонефрит		
45.	Сурункали гломерулонефритнинг ҳар қандай шакли	Зўрайиш босқичи	
46.	Ҳар қандай этиологиядаги сурункали буйрак етишмовчилиги		Ҳар қандай ташхисда хомиладорликкача қон зардобдаги креатинин миқдори 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл) дан ортиқ бўлмаслиги шарт.
Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр			
47.	Ел бўғоз, шу жумладан аввалда ўтказилган (камида икки йил)		
48.	Хорионэпителиома		
Суяк-мушак тизими ва бириктирувчи тўқималар касалликлари			
49.	Ревматоидли артрит, бошқа аъзо ва тизимларни жалб қилган ҳолда	Тез ривожланаётган кечиши назоратланманган юқори фаоллиги билан	
50.	Тугунчали полиартериит	Оғир кечиши	Полиорганли зарарланиш ва ёмон сифатли гипертензия ҳолатларида
51.	Ўпкани зарарлантирувчи полиартериит (Чердж-Стросс)	Оғир кечиши	Ўпка зарарланиши, қон қусиш ва нафас олиш етишмовчилиги ҳолатларида
52.	Вегенер гранулематози	Оғир кечиши	Ўпка ва буйрак зарарланиши ва

			уларнинг етишмовчилиги ҳолатларида
53.	Аорта ёйи синдроми (Такаясу) (носпецифик аортоартериит)	Оғир кечиши	Юракнинг аортал клапанлари шикастланиши қон айланиши етишмовчилиги ҳолатларида
54.	Тизимли қизил бўрича	Касалликни ўткир ва сурункали кечиши тез- тез қайтарилиши билан	Буйрақларни (нефрит нефротик синдром билан), марказий асаб тизимини (қайталанувчи эписиндром) юракни клапанлар нуқсонлари шаклланиши билан, ўпкаларни шикастланишлари ва ушбу аъзолар фаолиятининг бузилиш белгилари билан
55.	Дермато (поли) миозит	Оғир кечиши, глюкокортико- идларнинг юқори дозалари ёрдамида узок муддатли даволашни талаб қилган	Юрак зарарланиши, юрак уриши ва юрак уришининг бузилиши ва қон айланиши етишмовчилиги белгилари билан
56.	Ривожланаётган тизимли склероз (тизимли склеродермия)	Ўткир ва сурункали кечиши, жараённинг юқори фаоллиги билан	Буйрак, ўпка, юрак зарарланиши, уларнинг фаолиятининг бузилиши билан

57.	Қуруқ синдром (Шегрен)	Оғир кечиши	Ўпка ва буйрак зарарланиши, уларнинг фаолиятининг етишмовчилик белгилари билан
Ривожланишнинг туғма нуқсонлари			
58.	Бачадоннинг туғма аномалиялари (нуқсонлари), бу ҳолатда эмбрионларни имплантацияси ёки ҳомиладорликдан сақланишнинг имкони бўлмаганда		ЁРТдан фойдаланиш имконияти ва унинг турлари тўғрисидаги масаласи шифокорлар консилиуми томонидан ҳал қилинади.
59.	Юракнинг туғма нуқсонлари		
	а) патологик қон отилиши мавжудлигида (қоринчалар олдиаро тўсиқнинг нуқсони, қоринчалараро тўсиқнинг нуқсони, очиқ артериал оқим):		
	қон айланиши етишмовчилиги (ҚЕ) кечиши билан	ҚЕ 2Б, 3 даража	
	ўпка гипертензияси кечиши билан	2 — 4 даражали ўпка гипертензияси (Хит-Эдвардс бўйича таснифи)	
	бактериал эндокардит билан асоратланган		
	б) чап қоринчадан (аорта стенози, аорта коарктацияси) ёки ўнг қоринчадан (ўпка артерияси стенози) қон чиқиши қийинлашган юрак нуқсонлари:		

	ҚЕ кечиши билан — постстенотик кенгайиш мавжуд бўлганда (аорта ёки ўпка артерияси аневризмаси)	ҚЕ 2А ва ундан юқори даража	
	в) 3-4 даражали регургитация ва юрак уриши ритмининг мураккаб бузилишларкечиши билан атриовентрикуляр клапанларнинг туғма нуқсонлари		
	г) Фалло тетрадаси		Нокорригирланган паллиатив жарроҳлик амалиётлардан кейин
	д) Фалло пентадаси		Нокорригирланган паллиатив жарроҳлик амалиётлардан кейин
	е) Эбштейн аномалияси		Нокорригирланган
	ж) юракнинг мураккаб туғма нуқсонлари (магистрал томирларини транспозицияси, атриовентрикуляр коммуникациянинг тўлик шакли, умумий артериал ствол, юракнинг ягона қоринчаси, атриовентрикуляр ёки ярим ой клапанлар атрезияси)		
	з) Эйзенменгер синдроми		
	и) Лютембаше синдроми		
60.	Ягона буйрак (туғма ёки нефрэктомиядан сўнг), азотемияда, артериал гипертензияда, сил касалида, пиелонефритда, гидронефрозда		
61.	Сийдик қопи экстрофияси		

62.	Туғма кўпсонли артрогрипоз		
63.	Суяклар ва умуртқанинг дистрофик дисплазияси		
64.	Суякларнинг туғма мўртлиги (яқунланмаган остеогенез)		
65.	Кўл ёки оёқларнинг туғма йўклиги		
66.	Краниосиностоз		

Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомга
3-ИЛОВА

Олдинги тахрирга қаранг.

**Эмбрион(лар) редукциясини амалга ошириш учун ихтиёрий розилик
АРИЗАСИ**

Мен _____
(Ф.И.О.)

ёшим _____

биометрик паспорт ёки идентификация ID-карта маълумотларим _____
_____ да

(Ф.И.О.)

мавжуд бўлган кўп ҳомилалик туфайли ҳомила тушиш хавфи бўлганлиги сабабли _____ эмбрион(лар) редукциясини бажаришингизни сўрайман.

Эмбрионлар редукциясини ўтказиш тартиби тушунтирилди.

Эмбрионлар редукцияси ҳомиладорликни тўхтатишга олиб келиши мумкинлиги тўғрисида огоҳлантирилдим.

Шифокорлар ҳамда тиббиёт ходимларига боғлиқ бўлмаган ҳолда бачадон ичи жарроҳлик амалиёти натижасида юз берган қуйидаги асоратлар бўлиши маълум қилинди:

қон кетиш;

инфекцион-септик касалликлар;

қўлланилган дори-воситаларига аллергия реакциялар;

тромбоэмболик асоратлар;

ривожланиши мумкинлигида интенсив даволаш ва/ёки режада бўлмаган жарроҳлик амалиётларини (бачадон ва унинг қисмларини олиб ташлаш кабигача) талаб қилиниши.

Шифокорга

да

(Ф.И.О.)

соғлиғи(м), ирсий, венерик, психик ва оила(м)даги бошқа касалликлар ҳақида барча маълумотларни берганлигимни маълум қиламан.

Мен тиббиёт ташкилоти мутахассислари томонидан тақдим этилган муолажа, тиббий ёрдам кўрсатиш мақсади, усуллари, улар билан боғлиқ бўлган хавфлар, бўлиши мумкин бўлган жарроҳлик амалиётлар, уларнинг асоратлари, шунингдек кутилаётган натижалар тўғрисида маълумотларни диққат билан ўқиганлигимни, шифокор билан бу соҳада мени қизиқтирган барча масалалар бўйича суҳбат ўтказилганлигини тасдиқлайман. Берган саволларимга қониқарли жавоб олдим. Менинг қарорим эркин бўлиб, ушбу муолажанинг қўлланилишига розиман.

(розилик берувчи шахс(лар)нинг Ф.И.О., имзоси)

(даволовчи шифокорнинг Ф.И.О., имзоси)

(тўлдирилган санаси ва вақти)

(3-илова Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг 2021 йил 7 майдаги 5-сонли буйруғи (рўйхат рақами 3217-1, 17.05.2021 й.) таҳририда — Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 17.05.2021 й., 10/21/3217-1/0463-сон)

(Қонун ҳужжатлари маълумотлари миллий базаси, 06.02.2020 й., 10/20/3217/0136-сон; Қонунчилик маълумотлари миллий базаси, 17.05.2021 й., 10/21/3217-1/0463-сон, 28.07.2021 й., 10/21/3313/0724-

З-Илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРИНИНГ
БУЙРУҒИ**

**ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ ТАРТИБИ ТЎҒРИСИДАГИ НИЗОМГА ЎЗГАРТИРИШ
КИРИТИШ ҲАҚИДА**

[Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги томонидан 2021 йил 17 майда рўйхатдан ўтказилди, рўйхат рақами 3217-1]

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 22 сентябрдаги ПФ-6065-сон «Ўзбекистон Республикасида идентификация ID-карталарни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонига мувофиқ буюраман:

1. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирининг 2020 йил 14 январдаги 106-сон буйруғи (рўйхат рақами 3217, 2020 йил 6 февраль) (Қонун ҳужжатлари маълумотлари миллий базаси, 06.02.2020 й., 10/20/3217/0136-сон) билан тасдиқланган Ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш тартиби тўғрисидаги низомнинг 1 ва 3-иловалари матнидаги «паспорт» деган сўзлар «биометрик паспорт ёки идентификация ID-карта» деган сўзлар билан алмаштирилсин.

2. Мазкур буйруқ расмий эълон қилинган кундан эътиборан кучга киради.

Вазир А. ХАДЖИБАЕВ

Тошкент ш.,
2021 йил 7 май,
5-сон
Келишилди:

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси раиси Р. ИЗАМОВ

2021 йил 15 апрель

(Қонуни ҳужжатлари маълумотлари миллий базаси, 17.05.2021 й., 10/21/3217-1/0463-сон)

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
Toshkent tibbiyot akademiyasi rektorining 2022-yil
30-noyabrda 389-sonli buyrug'iga asosan

F. Shukurov, G. Nigmatova.

(muallif (lar) familiyasi, ismi, sharifi)

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

Malaka oshirish kursi ning

tinglovchilari uchun tavsiya etilgan

Yordamchi reproduktiv texnologiyalar

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

O'quv qo'llanma ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.

Rektor  **A.K.Shadmanov**

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

2022-054



ШУКУРОВ Ф.И., НИГМАТОВА Г.М.

ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Бош муҳаррир **О.Козлова**
Бадий муҳаррир **Ж.Хамдамов**
Компютерда саҳифаловчи **С.Султанова**

НАШ.лист. АА № 8798
ООО «ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ»
г.Тошкент, Алмазарский район, Ул.Шифокорлар, №21



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAА UYI

Объем – 3,52 а.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 2021-2022.
Отпечатано «ТИББИЙОТ НАШРИЙОТИ МАТБАА УЙИ» МЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716