

## БЕПУШТЛИК ХАКИДА

Асосий гапга ўтақоламиз: бепуштлиқ – касаллик эмас, у мутлақо соғлом аёллар ва эркакларда учраши мумкин. Шундай бўлса-да, бепуштлиқдан йиллар давомида, сабот билан даволанадиларки, бу соғликнинг нишонаси бўлмаса керак. Яъни, бошқача қилиб айтадиган бўлсак, бепуштлиқ - касаллик эмас, соғломлик ҳам эмас. Ушбу ҳолатнинг биринчи ўзига хос хусусияти ҳам мана шунда.

Унинг иккинчи ўзига хос хусусияти шундаки, оддий касалликлардан фарқли ўлароқ, бепуштик битта одамга эмас, эр-хотин жуфтлигига тегишли, шунинг учун бу ўринда бепуштлиқ тўғрисида эмас, бепушт никоҳ тўғрисида гапириш кўпроқ адолатдан бўлади. Бепушт никоҳни даволашда муҳим масалалардан бири ҳар бир алоҳида ҳолатда асосий “айбдор”ни аниқлашдан иборат. Бу ҳамма вақт ҳам осон кечмайди, чунки бундай ҳолатларнинг учдан бир қисмида бола туғиш функцияси ҳам эрда, ҳам хотинда пасайган бўлади. Ва, аксинча, юзта ҳолатдан ўнтасида бола туғиш функцияси ҳар икки томонда аъло даражада бўлиши мумкин-у, ҳомиладорлик эса содир бўлмайди. Бу шундай ҳолатларки, эр-хотинда, улар ажралишиб, бошқа оила курганларида, фарзанд туғилади. Афтидан, айнан шундай ҳолатлар одатда бепуштлиқнинг сабаби ушбу эр-хотин жуфтлигининг бир-бирига мос келмаслигида дейишга асос берган, яъни бу ўринда эр-хотиннинг иккаласи ҳам “айбдор” ёки тўғрироғи иккаласи ҳам “айбдор эмас”.

Айрим эркак ва аёлларда, гарчи жинсий функция кўрсаткичлари бир қарашда меъёрида бўлишига қарамай, жуфтни хатто бир неча марта ўзгартирганда ҳам, фарзанд туғилмайди. Бир нечта никоҳда (ёки алоқада) ҳам ҳомиладорлик содир бўлмаган бундай ҳоллар ҳозирги ёки аввалги никоҳларда эр-хотинлардан бири ёки икковлари бефарзандлик сабабчиси эканлигининг ягона исботи бўлади.

Бепуштлиқнинг учинчи ўзига хос хусусияти шундаки, гарчи у касаллик ҳисобланмаса-да, унга “касалликни даволашдан кўра, олдини олиш осонроқ” деган гап бошқа касалликларга қараганда ҳам кўпроқ тўғри келади. Дарҳақиқат, бепуштлиқ одатда битта ёки бир нечта абортлар, жинсий органларнинг яллиғланиши, модда алмашинувининг бузилиши натижасида ривожланади.

Бу каби барча ҳолатларнинг манбаи битта нарсага – ўз соғлигига оқибатини ўйламай енгил қарашга бориб тақалади. Бундай муносабат сабаблари эса одатда ижтимоий илдизларга эга: у абортлар миқдорининг кўплигидан, уларнинг ҳавфини тўғри баҳоламасликдан, аёллар ва эркакларнинг контрацепция масалаларига беписанд муносабатда бўлишларидан ёки ушбу масалаларда умуман саводсизлигадан келиб чиқади.

Жинсий органларнинг яллиғланиши билан борғлиқ бўлган касалликлар аёлларда ҳам, эркакларда ҳам кўпроқ ҳолларда жинсий алоқаларнинг “содда”лиги, алоқаларнинг турли-туманлиги ва палапартишлиги туфайли келиб чиқади. Бунда яна шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, бундай ҳаёт тарзи оқибатида фақат таносил касалликлари келиб чиқади деб ўйлаш нотўғри, оддийгина, сийқаси чиққан сурункали яллиғланиш касаллиги ҳам жуфтликлар ўртасида бир-бирига жинсий алоқа пайтида ўтиши ва бепуштлиқка олиб келиши мумкин.

Ниҳоят, меъёрдан ортиқча овқатланиш ҳам кўплаб алмашилиш жараёнларини, шу жумладан, эндокрин жараёнларни издан чиқариши, натижада уруғланиш механизмининг “синиб” қолишига олиб келиши мумкин.

Хуллас, биз бепуштлиқ қаршисида турибмиз. У – ажралиш сабабчиси ёки аҳил эр-хотин жуфтлиги учун ҳақиқий фожа. У кўп йиллик тинкани қуритадиган ва хатто машаққатли даволаш муолажаларининг сабабчисидир.

Аммо бу муолажалар самара бермаса-чи? Унда нима қилиш керак?

Ушбу рисоладининг мақсади бепушт эр-хотин жуфтликларига уларни қийнаётган муаммо бўйича қўлланмага ўхшаш маслаҳатлар беришдан, бунинг учун эса бепуштлиқ тўғрисида улар ўзларининг бугунги кундаги ва келажакдаги ҳолатларини тушуниб етадиган ҳамда ҳомиладорликка эришишнинг мақбул йўллариини белгилай оладиган тарзда ҳикоя қилишдан иборат. Рисолачамиз шифокор ёрдамининг ўрнини боса олмайди, албатта, аммо бу йўлда имкон даражада тезроқ муваффақиятга эришиш учун шифокор ва унинг беморлари ўртасида ўзаро ишонч, фикрдошлиқ ва ҳамкорликнинг юзага келишини таъминлайди.

## **БЕПУШТЛИК ЎЗИ НИМА?**

Бу саволга турли даврларда турлича жавоб берилган.

Эр-хотин жуфтлигининг фарзандсиз никоҳ даври 4 йилга етмагунча шифокорлар уларни текшириш билан шуғулланмаган даврлар ҳам бўлган, кейинчалик бу муддат уч йилга, яна кейинроқ икки йилга қисқарди.

Ҳозирда эса ҳомиладорликдан сақланмай туриб бир йил давомида муттасил жинсий ҳаётдан кейин ҳам фарзанд бўлмаса, бепуштлиқ масаласини қўйиш ҳамда эр-хотинларни тиббий кўрикдан ўтказиб, даволашни бошлаш керак деб ҳисобланади.

Бу муддат, яъни бир йил, статистик таҳлиллар асосида белгиланган. Ҳозирда эр-хотин жуфтлигининг 20%ида ҳомиладорлик биргаликда кечган ҳаётнинг дастлабки уч ойида, 60%ида кейинги етти ой давомида, қолган 20%ида эса жинсий ҳаётнинг ўн биринчи-ўн иккинчи ойларида содир бўлиши тиббиётда тасдиқланган. Шундай қилиб, бир йил жуфтликнинг фертиллигини (бола кўришга қобиллигини) аниқлаш ҳамда шу давр мобайнида ҳомиладорлик содир бўлмаса, бепуштлиқ тўғрисида гап юритиш учун етарли муддатдир.

## **БЕПУШТЛИК ШАКЛЛАРИ**

Агар аёл бирон марта ҳам ҳомиладорликни бошидан кечирмаган бўлса, бу ҳолда бирламчи ҳомиладорлик ҳақида гап боради. Агар аёл ақалли бир марта ҳомиладор бўлган бўлса, у нима билан тугаган бўлмасин – туғруқ, аборт, бола тушиши, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик биланми – бундан қатъи назар кейингиси иккиламчи бепуштлиқ ҳисобланади. “Бирламчи” ёки “иккиламчи” бепуштлиқ тушунчалари одатда аёлларга нисбатан қўлланади.

Эркакка нисбатан эса бундай ҳолларда ҳомиладорликдан сақланмай туриб, у жинсий алоқада бўлган биронта аёлда ҳомиладорлик содир бўлган ёки бўлмаганлиги аниқланади. Мана шу ахборот ушбу эркакнинг фертиллигини баҳолашда билвосита далил вазифасини ўтайди.

Ҳозирда тиббиётда аёл бепуштлиги, эркак бепуштлиги, аралаш бепуштлик, жуфтликнинг бир-бирига мос келмаслиги билан белгиланган бепуштлик (ёки қарама-қарши бепуштлик), шунингдек ноаниқ (ёки идиопатик) бепуштлик турлари фарқланади.

Агар аёл соғлом бўлиб, эркакда уруғлантириш қобилиятининг сустиги кузатилса, бу ҳолда эркак омили бепушт никоҳ сабабчиси ҳисобланади. Агар ҳам аёл, ҳам эркакда бепуштлик аниқланган бўлса, аралаш бепуштлик тўғрисида гап боради. Эр-хотиннинг иккаласида репродуктив (даврий равишда қайта ишлаб чиқариш) функциялар меъёрида бўла туриб, бироқ махсус таҳлиллар уларнинг бир-бирларига мос келмасликларини кўрсатса, бундай ҳолат бепушт никоҳнинг алоҳида тури сифатида олиб қаралади ҳамда даволаш тактикасини аниқлашда махсус ёндошувни талаб қилади. Ва, ниҳоят, бепуштлик мултақо соғлом ва бир-бирига мос келадиган жуфтликларда ҳам кузатилиши мумкин. Булар ноаниқ, ёки тушунтириб бўлмайдиган, ёки идиопатик бепуштлик деб аталадиган ҳолатлардир.

Агар аёл организмидаги у ёки бу бузилишлар бепушт никоҳ сабабчиси бўлса, аёл бепуштлиги тўғрисида гап боради. Бунда, ўз навбатида, бачадон найчаси бепуштлиги, найча-перитониал бепуштлик, эндокрин бепуштлиги ва эндометриоз билан боғлиқ бепуштликлар фарқланади.

## **АЁЛНИНГ БОЛА ТУҒИШ ТИЗИМИ ҚАНДАЙ ТУЗИЛГАН?**

1. тухумдон
2. бачадон найчаси
3. бачадон
4. найчанинг ампуляр бўлими
5. эндометрий
6. бачадон бўйни
7. қин
8. найчанинг интерстициал бўлими

## **УРУҒЛАНИШ МЕХАНИЗМИ**

Даврий гормонал жараёнлар натижасида ҳар ойда тухумдонларда битта (баъзида иккита ёки хатто учта-тўртта) фолликула пишиб етилади. Тахминан даврнинг 14-куни, яъни ўртасида фолликула ёрилади ва тухумхужайра аввал қорин бўшлиғига, кейин бачадон найчасига келиб тушади ҳамда бу ерда сперматозоидлар билан учрашиб, уруғланади. Уруғланган тухумхужайра бачадонга тушади ва мақбул шароитлар бир-бирига тўғри келган вазиятда унинг деворига маҳкамланади ҳамда ҳомиладорлик бошланади.

Сперматозоидлар бачадон найчасининг ампуляр бўлимига етиб келади ва бу ерда тухумхужайра билан учрашади.

Уруғланган тухумхужайра найча орқали бачадон бўшлиғига келиб тушади ва бу ерда тахминан бешинчи суткага келиб, бачадон деворига маҳкамланади.

Тавсифдан кўриниб турганидек, хомиладорлик содир бўлиш учун куйидаги шартлар бажарилиши зарур:

1. Фолликула пишиб етилади ва ёрилади (овуляция).
2. Тухум хужайра найчага келиб тушади ва бу ердан найча орқали қаршиликсиз бачадонга ўтади.
3. Сперматозоидларнинг тухумхужайрани уруғлантириш қобиляти меъёрида экани.
4. Бачадоннинг уруғланган тухумхужайрани қабул қилишга ва унинг ривожланишини таъминлашга тайёрлиги.

Агар овуляцияни таъминлайдиган гормонал механизм бузилган бўлса, фолликула ёрилмайди, тухумхужайра тухумдондан чиқмайди ва на найчага, на бачадонга келиб тушмайди, демак хомиладорлик ҳам содир бўлмайди. Бундай ҳолларда бепуштликнинг эндокрин (ёки гормонал) шакли юзага келади.

Бачадоннинг хомиладорликка тайёрланиши тухумдон сариқ танасининг гормонлари воситасида амалга оширилади. Сариқ тана эса овуляциядан кейин ёрилган фолликула ўрнида пайдо бўлади. Сариқ тананинг (ёки лютеин фазасининг) етишмаслиги бачадоннинг хомиладорликни содир қилиш ва ривожлантиришга бўлган қобилятсизлигини келтириб чиқаради.

Семизлик, эркакчасига ортиқча тукларнинг пайдо бўлиши (юз, кўкрак, қорин, сонларда), юзда хуснбузарларнинг мавжудлиги, сут безларидан айниқса туғмаган аёлларда оғизсут ёки сут ажралиб чиқиши бепуштликнинг эндокрин шаклига хос бўлган гормонал бузилишларнинг билвосита аломатларидир. Тухумдонларнинг функциясини ректал (тўғри ичак) ҳарорат ҳаммадан яхшироқ акс эттиради.

Иккала бачадон найчасининг мавжуд эмаслиги ёки тутилиши хомиладорликни имконсиз қилиб қўяди, чунки бунда тухумхужайра бачадон бўшлиғига келиб туша олмайди. Бу бепуштликнинг найча шакли деб аталади. Тўсиқ найчанинг ўзида эмас, балки тухумдон ва найча ўртасидаги тортмалар (ёки чандиқлар) шаклида ҳам бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда бемор аёлда перитонеал бепуштлик кузатилади. Кўп ҳолларда битишиш жараёни тухумдонни ва найчани ҳам қамраб олган бўлади ҳамда унинг ўтказиш қобилятини бузади. Бундай ҳолда найча-перитонеал бепуштлиги юз беради.

Найча ичини қоплаган кўплаб тукчалар унинг ичида тухумхужайранинг ҳаракатланишига ёрдам беради. Найчанинг яллиғланиши ёки такрор-такрор гидротубациялар жараёнида ўта чўзилиб кетиши оқибатида тукчалар заифлашиши мумкин. Бундай ҳолларда, найча, гарчи анатомик жиҳатдан ўтувчан бўлса-да, функционал жиҳатдан соғлом бўлмайди. Бу ҳам найча бепуштлиги ҳисобланади. Найчалар мавжуд бўлмаганда ҳам найча бепуштлиги юз бериши ўз-ўзидан аён.

Бачадоннинг туғма ёки орттирилган анатомик иллатлари ҳам бачадон бепуштлиги шаклининг сабабчиси бўлиши мумкин. Туғма иллатларга ривожланишдаги нуксонлар киради

(бачадоннинг мавжуд эмаслиги ёки тўлиқ ривожланмаганлиги, иккиланган бачадон, эгарсимон бачадон, бачадон бўшлиғида тўсик мавжудлиги ва ҳ.к.). Орттирилган иллатлар одатда бачадон ичидаги аралашувлар натижасида юзага келади (чандикли бачадон деформацияси, бачадон ичидаги битишмалар ва ҳ.к.). Баъзида бачадоннинг “қийшайиш”и деб аталадиган иллатни ҳам бепуштликнинг эҳтимолдаги сабабчиси сифатида олиб қарайдилар, бироқ бу тўғрида ишончли маълумотлар мавжуд эмас.

Гистеросальпингография ва бошқа айрим тиббий процедуралар бачадон ва унинг найчалари ҳолатини баҳолаш имконини беради.

Аёлларда бепуштликнинг аралаш шаклида бефарзандликка олиб келадиган бир нечта омилларнинг бирга келиши кузатилади: бачадон найчаларининг тутилиши, гормонал бузилишлар, эндометриоз.

Бепуштликнинг аралаш шаклини унинг аёл ва эркак бепуштлиги бирга келиши кузатиладиган кўшма (комбинацияланган) шаклидан фарқлаш лозим. Бунда ҳар қандай комбинация кузатилиши мумкин: найча шакли + эркак омили, эндокрин шакли + эркак омили, найча шакли + эндокрин шакли + эркак омили.

Эркак бепуштлигини келтириб чиқарган сабаб нимадан иборат бўлмасин – сперматозоидлар ҳосил бўладиган ҳужайралар патологиясими ёки уларнинг ҳосил бўлиш жараёнини бузадиган гормонал ўзгаришларми – сперма таҳлили буни ҳамма вақт аниқлаб беради. Гарчи тухумхўжайрани уруғлантириш учун битта сперматозоиднинг ўзи кифоя қилса-да, тухум отилиб чиққанда аёлнинг жинсий йўлларида келиб тушадиган эркак эякулятида уларнинг сони ўнлаб ва хатто юзлаб миллионга етади. Уларнинг ҳаммалари ўша битта сперматозоид учун йўл очиб қурбон бўлади. Айнан мана шу қолган битта сперма фертил, яъни бола туғилиши учун тухумхўжайрани уруғлантиришга қобил бўлади.

Эркак бепуштлигини ташхислаш аёлга қараганда анча осон кечгани туфайли, бепушт эрхотин жуфтлигини кўриқдан ўтказишни эркакдан бошлаш мақсадга мувофиқдир. Қиёсланг: эркакнинг фертиллиқ (насл қолдириш) қобилятини баҳолаш учун сперма таҳлилинини ўтказишнинг ўзи кифоя қилса, аёл бир неча марта ультратовуш таҳлилидан ўтиши, рентген нурларига дуч келиши, бачадон ҳолати ва найчаларнинг ўтувчанлигини баҳолаш учун оғриқли процедураларга (лапароскопия) дош бериши лозим. Боз устига, бу таҳлиллардан олдин аёл даволанади ва касалхонага ётқизилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, эркаклар бепуштликка аёллардан кам дуч келмайдилар. Ваҳоланки, ҳаёт тажрибаси шуни кўрсатадики, кўпчилик оилаларда бепушт никоҳ учун айбни аёл киши шак-шубҳасиз ўз зиммасига олади, кўп йиллар давомида тиббий кўриқлардан ўтади, ҳамма нарсага чидаб даволанади, ва шундан кейингина, шифокорларнинг талабига ён бериб, эрига кўрқа-писа, минг хижолат билан спермограмма қилинса яхши бўлар эди деб айтишга журъат этади.

Эркак потенцияси (жинсий алоқага лаёқатлилиги) унинг фертиллиги, яъни бола туғдиришга қобиллигини белгилайдиган кўрсаткич эмаслигини ёдда тутиш муҳимдир. Кўп ўринларда жуда заиф потенция сперманинг ўта фертиллиги билан кўшилиб келади ва, аксинча, сперматозоидларга эга бўлмаган сперма эгаси юқори потенцияга эга бўлиши мумкин. Одатда мана шундай эркакларни сперма таҳлилидан ўтишга кўндириш ниҳоятда қийин бўлади. Бунинг устига, айниқса, унинг бепушт никоҳ муддати унча катта бўлмаса, бу масала янада

қийинлашади. Бундай пайтда ҳозиргина келтирилган маълумотлардан олинган билимларга асосланиб, катъиятлик билан иш кўриш талаб қилинади.

Яна шуни ҳам ёдда тутиш лозимки, эркакнинг бепуштлиги аёлнинг бепуштлигини истисно этмайди. Бепушт никоҳларнинг 30 %ида эркак ва аёл бепуштлигининг қўшилиб келиши кузатилади, шунинг учун эркак бепуштлигини ташхислаганда аёлни ҳам кўриқдан ўтказиш талаб қилинади, заруратга кўра эса улар бир пайтда даволанишлари мақсадга мувофиқдир. Шундай ҳоллар ҳам учрайдики, аёл ҳам, эркак ҳам жинсий жиҳатдан мутлақо соғлом, аммо ҳомиладорлик содир бўлмайди. Баъзида бу уларнинг биологик ёки иммунологик ўзаро мос келмаслиги билан боғлиқ бўлади. Бу эса махсус пробалар ёрдамида аниқланади, бунда уларнинг айримлари аёлнинг фақат эри билан мос келишини текширишга қаратилган бўлса (посткоитал тест ёки Шуварский пробаси), бошқалари эри ва донор билан мос келишини текширишга қаратилган бўлади (Курцпрок-Миллер пробаси). Кўп препаратлар мос келишни текширишга қаратилган пробалар натижаларини бузиб кўрсатади, шунинг учун бундай проба ўтказиш мўлжалланаётган даврда гормонал ва бошқа воситаларни (масалан, клостилбегитни) қабул қилишдан воз кечиб туриш мақсадга мувофиқдир. Агар салбий натижа олинган бўлса, яъни шиллик сперматозоидларни “ўлдирса”, бу эҳтимолдаги эммунологик бепуштлик омилининг мавжудлигидан дарак беради.

Жинсий шерикларнинг ўзаро мос келмаслиги ҳар қандай бепуштлик шакли билан қўшилиб келиши мумкин, шунинг учун ҳамма бепушт эр-хотин жуфтликларини текширувдан ўтказишда ўзаро мос келишликка топшириладиган проба биринчи ва мажбурий амаллардан ҳисобланади.

“Ноаниқ” (“тушунтириб бўлмайдиган”, “идиопатик”) бепуштлик ҳоллари айниқса катта муаммо туғдиради. Одатда унинг сабабларини замонавий ташхислаш усуллари билан аниқлаб бўлмайди. Кўпроқ ҳолларда “ноаниқ” бепуштлик психоген (руҳий ҳолат билан боғлиқ) характер касб этади ҳамда оилавий ва жинсий муносабатларнинг ўзига ҳослиги билан, ёки аёлнинг беихтиёр (хатто ўзи англаб етмаган ҳолда деса тўғрироқ бўлади) фарзанд кўришни хоҳламаслиги билан боғлиқ деб ҳисобланади. Бундай пайтларда психолог маслаҳатлари фойда бериши мумкин.

Бачадон миомаси, эндометриоз, эндометрий полипоз ва бошқа шу каби касалликлар қай даражада бепуштлик сабабчиси бўлиши мумкин, ҳомиладорлик ушбу касалликларнинг кучайишига қай даражада таъсир кўрсатади деган саволларни тез-тез эшитиш мумкин. Бачадонда катта миома бўла туриб, ҳомиладорлик содир бўлган ҳоллар ҳам учрайди, албатта. Бу ўринда кўп нарса миоманинг жойлашган ери, унинг катта-кичиклиги ва характериға (якка тугун ёки кўп миқдордаги бачадон миомаси) боғлиқ. Бепуштликни даволашда қўлланадиган кўпчилик препаратлар миома мавжуд бўлганда тўғри келмайди. Бундан ташқари, ҳомиладорлик жараёнида бачадон миомаси одатда тез ва анча-мунча катталашади ҳамда кейинчалик туғруқ жараёнининг кечишини қийинлаштириб қўйиши мумкин. Бундай ҳолларда шифокор сизга бепуштликни даволашдан олдин бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш, яъни консерватив миомэктопия қилиш қанчалик мақсадга мувофиқ эканини тушунтириб беради.

Полиплар ҳам баъзида бепуштликнинг ягона сабабчиси бўлиши мумкин. Шунинг учун уларни бепуштликни даволашдан олдин олиб ташлаш талаб қилинади.

Ҳозирча тўлиқ исботланмаган бўлса-да, эндометриоз кўп ўринда бепуштликка сабаб бўлар экан. Шунинг учун бепушт никоҳ сабаблари аниқланмаган барча ҳолларда эндометриозни аниқлашга қаратилган текширувлар ўтказиш ҳамда аниқланган ҳолларда уни даволаш тавсия этилади. Ҳомиладорлик ушбу касалликни даволашга ижобий таъсир кўрсатади ва хатто баъзи пайтларда эндометриоздан батамом ҳалос бўлишга ёрдам беради.

Кўплаб эндокрин ва ноэндокрин касалликлар (қанд диабети, жигар, буйрак, буйрак усти безлари, гипопиз, қалқонсимон без касалликлари ва ҳ.к.) бепуштлик сабабчиси бўлиши мумкин.

Ушбу касалликларнинг кўпчилиги оғир кечган пайтларда ҳомиладорлик мутлақо тўғри келмаслигини алоҳида таъкидлаб ўтишни зарур деб ҳисоблаймиз. Шунинг билан туриб, кўпчилик аёллар шифокорларнинг бепуштликни даволашни рад этишларидан қўрқиб, айтиб ўтилган касалликларини яширадilar ва бу билан ўз соғлиқлари ва хатто ҳаётларига тўғридан-тўғри таҳдид соладilar, ёки бўлмаса онгли равишда носоғлом болаларни дунёга келтириш ҳавфидан ҳам кечиб, туғишга жазм қиладilar. Барча бу каби ҳолларда, албатта, тарбияга бола олиш ёки “ўриндош” (“суррогат”) она хизматидан фойдаланиш тўғрироқ бўлар эди.

Шу ўринда яна “сохта бепуштлик” деб аталувчи ҳолатлар ҳақида ҳам гапириб ўтишни лозим топамиз. Унинг энг кенг тарқалган вариантлари қуйидагичадир:

- 1) Аёл имкондаги барча воситалар билан, шу жумладан гормонал препаратларни қабул қилиб, гидротубация ва ҳ.к. воситасида бепуштликдан даволанади, аммо шу пайтнинг ўзида бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликдан қўрқиб ёки шериғи вақтинчалик, бироқ узок муддат ёнида бўлмагани сабабли, жинсий ҳаёт кечирмайди.
- 2) Аёл кўп йиллар давомида ноаниқ бепуштликдан даволаниб келади, бироқ пировард натижада тасодифан шу нарса аён бўладики, у ўта озодагарчиликка риоя қилганлиги сабабли, гигиена нуқтаи назаридан ҳар бир жинсий алоқадан кейин шу топдаёқ қинни чайқаб ташлар экан.
- 3) “График” бўйича ҳомиладор бўлишга интилган аёл ректал ҳароратнинг 37°С гача кўтарилишини кутади ва шундан кейингина эри билан жинсий яқинликка йўл қўяди. Афсуски, бундай ақлга тўғри келмайдиган тавсия манбаи баъзида шифокорнинг ўзи бўлади. Юқорида санаб ўтилган ҳоллар кулгили кўриниши мумкин, лекин, шунга қарамай, улар тез-тез учраб туради. Хоҳ ишонинг, хоҳ ишонманг, бизнинг беморларимиз орасида хатто бокиралар ҳам учраган бўлиб, улар бу ҳақда шифокорга айтишга хижолат қилишган, шифокорлар эса уларни зўр бериб бепуштликдан даволашган.

## **БЕПУШТЛИКНИ ДАВОЛАШ МЕТОДЛАРИ ТЎҒРИСИДА**

Бепушт эр-хотинларни текширувдан ўтказаетганда шифокор қуйидаги масалаларни ҳал қилиши лозим:

- Бепуштлик сабабини аниқлаши.
- Табиий уруғланиш истиқболларини баҳолаши.

- Энг қисқа ва имкон даражада оғриқсиз йўл билан ҳомиладорлик содир бўлишига олиб келадиган даволаш тактикасини белгилаши.
- Қуйида эркак ва аёлнинг бола туғиш функциясининг ҳолатини баҳолаш имконини берадиган методлар тавсифланган.

#### Эркакни текширувдан ўтказиш

Эрни хотинидан аввалроқ ёки ақалли у билан бир вақтда текширувдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Пастроқда меъёрдаги спермограмма келтирилган. Бироқ шуни ҳам таъкидлаб ўтиш лозимки, сперма фертиллигининг кўрсаткичлари ҳар хил эркакда фарқланади, ва кўп ўринда шу қадар паст спермограмма кўрсаткичларига эга бўлган эркакдан ҳомиладорлик содир бўлиши мумкин эмасдек кўринса-да, амалиёт шундай ҳоллар рўй беришини тасдиқлайди.

Спермограмма кўрсаткичларидан олинган ахборот аниқ бўлиши учун, сперма топширишдан олдин камида уч кун давомида жинсий алоқани тўхтатиб туриш лозим. Таҳлил учун спермани лаборатория жойлашган хонанинг ўзида топширган маъқул, чунки совиб қолган сперма кўрсаткичлари аниқ бўлмайди.

Битта спермограммданок эркакнинг бепуштлиги тўғрисида хулоса чиқармаслик ғоят муҳимдир. Бундай хулосага келишдан олдин, сперма таҳлилинини барча шартларга риоя қилган ҳолда камида уч марта қайтариш лозим. Агар спермограммалар кўрсаткичларида фарқ бўлса, эркакнинг фертиллиги ҳақидаги хулоса энг яхши спермограмма асосида қилинади.

#### Соғлом эркак спермограммаси

Эякулят (уруғ суюқлиги) ҳажми.....	4 мл
Спермалар сони 1 мл да.....	46 млн
Фаол ҳаракатлилари.....	56 %
Кам ҳаракатлилари.....	34 %
Ҳаракатсизлари.....	10 %
Патологик шакллари.....	16 %
Агглютинатлар.....	йўқ
Агрегатлар.....	йўқ
Лейкоцитлар.....	0 - 1
Эритроцитлар.....	йўқ

Агар спермограмма кўрсаткичлари жуда ёмон бўлса, эр-хотинга табиий ҳомиладорлик эҳтимоли унча катта эмаслиги ёки бунинг умуман иложи йўқлиги тушунтирилади. Спермограммани яхшилашга уриниш бу зойе кетган вақтдир ва муваффақиятга эришиш имкониятлари йўқ даражада бўлади. Бундай ҳолларда аёлда бачадон найчаларининг тугилишини аниқлаш зарурати қолмайди ҳамда уни текширувдан ўтказиш жараёни осонлашади. Уруғланиш фақат экстракорпорал уруғлантириш йўли билангина амалга оширилади.

Аёлни текширувдан ўтказиш

Ҳайз таквими

Бу оддий чўнтак таквими бўлиб, унда менструация (ҳайз) кунлари белгилаб борилади. У жуда фойдали, чунки ҳайз даврининг мунтазамлиги ва давомийлигини холис баҳолаш, шунингдек, агар ҳайз даври бузилган бўлса, унинг сабабларини англаш имконини беради. Агар табиий йўл билан ҳомиладор бўлишни мақсад қилиб қўйган бўлсангиз, худди шу таквимнинг ўзида жинсий яқинлик кунларини ҳам белгилаб қўйиш фойдадан холи бўлмайди. Ҳайз таквимларини ҳеч қачон ташлаб юборманг!

Ректал ҳарорат

Яқин пайтгача бир нечта ҳайз даври давомида ўлчанган ректал ҳароратнинг эгри чизиғи тухумдонлар гормонал функциясининг ягона кўрсаткичи бўлиб келган. Ҳозирги даврда тўлиқ ахборот олиш имкониятига эга бўлган ультратовуш ташхислаш воситаларининг кенг тарқалгани ҳамда қон зардоби ва сийдикда гормонларни аниқлаш мумкинлиги билан боғлиқ ҳолда ректал ҳароратни ўлчаш унча муҳим бўлмай қолди. Замонавий ташхислаш воситаларига етиб бориш имкониятига эга бўлмаган аёллар учунгина ректал ҳароратни ўлчаш ҳайз функциясини ўрганишнинг ягона усули бўлиб қолмоқда. 4 (а, б, в)-расмларда соғлом аёлнинг ҳамда овуляция бузилишининг айрим кўринишларидаги ректал ҳарорат эгри чизиқлари келтирилган.

Ҳайз даври кунлари

1-давр, уруғланиш учун мақбул кунлар

Нормал (овулятор) ҳайз даврида ҳарорат эгри чизиғи.

Охирги қон аралаш оқмалар келгандан кейинги кунлар.

Ановуляция (овуляциянинг йўқлиги) пайтидаги ҳарорат эгри чизиғи.

Давр кунлари

Сариқ тана етишмаслигининг 1-даражасида ҳарорат эгри чизиғи.

Ректал ҳарорат берган маълумот тўлиқ бўлиши учун уни:

- 5-7 минут давомида
- эрталаб бир вақтда
- ўриндан турмай
- ҳар кун битта градусник билан
- камида 2-3 давр давомида ҳайз кунларини ҳам қўшган ҳолда узлуксиз ўлчаш керак.

Градусник тўғри ичакка тахминан 4-5 см гача киртилади.

Ректал ҳарорат графикларини сақлаб қўйиш лозим.

Ректал ҳарорат графигининг ўзида шартли белгилар билан яқинлик кунларини ҳам белгилаб қўйиш мақсадга мувофиқдир, чунки ҳомиладорлик содир бўлиши учун тухумхўжайра найчада сперматозоидлар билан қатъий белгиланган вақтда учрашиши ҳамда бу уруғланиш учун графикдаги энг мақбул даврга тўғри келиши зарур.

Яқинликдан ўзни тийиб, ҳароратнинг турғун кўтарилишини пойлаш ярамайди. Бу хато! Бу кунларни кутсангиз, вақтни зое ўтказиб юборган бўласиз. Ўзингизнинг ҳарорат эгри чизиқларингиз бўйича энг мақбул уруғланиш даврини аниқлаб олинг ҳамда айнан шу кунлари турмуш ўртоғингиз билан яқинлашишга ҳаракат қилинг.

Графикда шунингдек бепуштликка қарши олаётган барча муолажалар турларини ҳам белгилаб боринг. Бу жуда муҳим, чунки шифокорингизга олиб борилаётган тиббий муолажаларга нисбатан организмнинг муносабатини баҳолаш имконини беради.

Икки фазали ҳарорат эгри чизиғи одатда овуляция мавжудлигидан далолат беради, бир фазали ҳарорат эгри чизиғи эса, аксинча, овуляция йўқлигини билдиради. Бироқ бу қоидадан истиснолар ҳам бўлиб туради.

Айрим аёллар иккинчи фазада ҳарорат албатта 37°C га етиши керак деб ҳисоблайдилар. Бу хато фикр! Бу ўринда биринчи ва иккинчи фазалардаги ўртача ҳарорат ўртасидаги фарқ муҳим бўлиб, у 0,4 дан кам бўлмаслиги керак. Абсолют рақамлар унча аҳамиятли эмас.

Ҳароратнинг турғун кўтарилиши ҳомиладорлик пайтида кузатилади.

### Гистеросальпингография

Бачадон ва бачадон найчаларининг ҳолати тўғрисида холис ахборотни гистеросальпингография (ГСГ) тадқиқоти йўли билан олиш мумкин. Бунда бачадонга контраст (тўқ рангли) модда юборилади ва кейин бир неча марта рентген тасвирлари олинади.

Бевосита ГСГ олдида қиндан олинган суртмалар ёрдамида жинсий йўлларда яллиғланиш жараёнларининг мавжуд эмаслигига ишонч ҳосил қилиш лозим. Ушбу шарт бажарилмаган ҳолларда рентген тасвирлари олинганидан кейин яллиғланиш жараёни кучайиб кетиши ва найчалар ҳолати ёмонлашиши мумкин. Агар суртмалар таҳлили яхши чиқмаса, тадқиқотдан олдин албатта жинсий йўлларни даволаш ҳамда уларни турғун нормал ҳолга келтиришга эришиш зарур.

Шифокор ҳайз даврининг иккинчи ярмида тадқиқот ўтказишни талаб қилса, бундай ҳолда эр-хотин ҳомиладорликдан пухта сақланган бўлиши жуда муҳимдир. Кўп йиллар давом этган бепуштлик даврига қарамай (6-8 йил), айнан ГСГ тадқиқоти ўтказилган даврда аёл ҳомиладор бўлиб чиққан ҳоллар кўп учраган. Натижада узоқ кутилган ҳомиладорлик ўз-ўзидан тўхтаган ёки уни тиббий кўрсаткичлар бўйича тўхтатишга тўғри келган. Бу эр-хотин учун ҳам, шифокор учун ҳам кучли руҳий жароҳатдир, чунки бундай пайтда ягона имконият қўлган кетгандек туюлади.

Бу огоҳлантириш баъзида ГСГ тадқиқотининг ўрнига ўтказиладиган гидро- ёки пневмопертубацияга ҳам тегишлидир. Лекин таъкидлаб ўтиш лозимки, бу амаллар рентген

тасвирларига қараганда анча кам ахборот беради, чунки, гарчи улар бачадон найчаларининг (ёки найчасининг) тутилмаганлигини тахминан бўлса ҳамки, аниқлаш имконини берса-да, бироқ эндометрий ҳолатини ҳамда бачадон ва найчаларнинг анатомик тузилишини баҳолаш имконини бермайди.

Контраст модда киритилишига жавобан найчалар тортишиб қолиши, бу эса ГСГни шархлашда хатога йўл қўйишга, яъни найчалар тутилиб қолганлиги ҳақида сохта тасаввур ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳодисанинг олдини олиш учун рентген тасвирини олишдан (ёки гидротубация ўтказишдан) 30-40 минут олдин 2та таблетка но-шпа ёки баралгин қабул қилиш мақсадга мувофиқдир.

Агар аёл йодни кўтара олмаса, процедура ўтказиш пайтида оғир асоратлар юз бермаслиги учун, шифокорни бу ҳақда огоҳлантириши зарур.

Агар бачадон ичида ўтказилган дастлабки муолажа натижасида яллиғлиниш жараёни юзага келса ёки кучайиб кетса, бундай ҳолларда кейинги рентген тасвири ёки унинг ўрнини босувчи процедура шифокор тайинлаган яллиғланишга қарши муолажа билан бирга (тахлилдан бир неча кун олдин, таҳлил куни ва рентген тасвири олингандан бир неча кун кейинги давр давомида) олиб борилиши ва бунда албатта қиндан олинган суртмалар натижалари яхши чиққан бўлиши лозим.

Сўнгги пайтларда ГСГ ўрнига кўпроқ ўринларда бачадон найчаларининг тутилмаганлигини аниқлашда ультратовуш тадқиқотини ўтказиш тавсия этилади. Бундай таҳлил усулида киши рентген нурларига дуч келмайди, шунинг учун у аёлларни ўзига кўпроқ жалб қилади. Бу таҳлил усулида ҳам худди ГСГ ўтказиш пайтидагидек эҳтиёт чораларини кўриш талаб этилади (суртма таҳлилларини олиш, ҳомиладорликдан сақланиш), чунки бунда ҳам бачадонга суюқлик киритилиб, ультратовуш ёрдамида унинг бачадон найчалари бўйлаб ҳаракатланиши қайд этилади. Усул бачадон найчаларининг тутилмаганлиги тўғрисида анча таҳминий тасаввур беради ва ГСГнинг ўрнини тўлиқ боса олмайди.

Бачадон ва унинг найчалари рентгенограммасини неча марта ўтказиш мумкин?

Назарий жиҳатдан яллиғланиш жараёнининг ҳар бир жиддий ўткирлашишидан кейин, ташхисий кириш, аборт ва шу каби бачадон ичидаги аралашувлардан кейин, башарти бачадон тубининг аввалги рентгенограммаларида найчалар тўлиқ ёки ақалли қисман ўтувчан бўлса, рентгенограмма ўтказиш мумкин. Шунингдек назария найчаларнинг ўтувчанлигини тиклаш мақсадида олиб борилган даволаш курсидан кейин ҳам рентгенограмма текширувидан ўтишга йўл қўяди.

Бироқ амалда мутлақо безарар бўлмаган ва оғриқли текширувларни қайта-қайта ўтказиб бўлмайди, шунинг учун ГСГни такрорлаш ўрнига табиий йўл билан ҳомиладор бўлиш имкониятлари ва истиқболлари тўғрисидаги масалани узил-кесил ҳал қилиш учун ташхислаш лапароскопиясини ўтказиш тавсия этилади.

Рентген тасвирлари бачадон ва найчаларнинг ҳолати тўғрисида яхши тасаввур беради, албатта, бироқ улар найчаларнинг тутилишига олиб келган битишиш жараёни қай даражада ифодаланганини баҳолаш ёки бўлмаса тухумдон атрофида тортмалар бор-йўқлигини,

эндометриоз ўчоқларини ва ҳ.к. аниқлаш имконини бермайди.

Лапароскопия пайтида аёлнинг ички жинсий органларини бевосита кўз билан кўриш ҳамда шу туфайли уларнинг ҳолати ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиш мумкин. Шунинг учун, агар беморларда лапароскопия ўтказиш имконияти мавжуд бўлса, уни ГСГдан кейин эмас, балки унинг ўрнига амалга ошириш лозим.

## Лапароскопия ва гистероскопия

Лапароскопия бу шундай процедураки, унда беморнинг қорин бўшлиғига оптик воситалар билан таъминланган асбоб киритилади. Агар биргина ҳомиладорлик сабабини аниқлаш мақсадини кўзлаган ташхислаш лапароскопияси ўтказилаётган бўлса, бу ҳолда киндик атрофида ёки ундан сал пастроқ ва чеккароқда битта 5-7 мм лик кичкина кесимнинг ўзи кифоя қилади.

Агар шунчаки ташхислаш мақсадидан ташқари найчалар, тухумдонлар ёки бачадоннинг ўзида жарроҳлик аралашуви вазифаси ҳам қўйилган бўлса, қорин пастидида ўнг ва чап томонда яна битта-иккита кўшимча 5-7 мм лик кесим қилинади. Бу ҳолда лапароскопия оператив лапароскопияга айланади.

Ҳамма беморларга ҳам ташхислаш ва оператив лапароскопия қилинавермайди. Агар аёлда, масалан, перитонит, ичак тутилиши ва ш.к. сабабларга кўра қорин бўшлиғи орқали аввал ўтказилган катта операциялар билан боғлиқ кенг чандиқлар массиви бўлса, бу лапароскопия тўғри келмаслигининг асосий сабаби ҳисобланади. Бундай ҳолларда лапароскопия пайтида ичак шикастланиш ҳавфи кучли бўлади, бу эса оқибатда бемор аёл учун оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Лапароскопия тўғри келмаслигининг яна бир жиддий сабаби юрак фаолиятининг аниқ ифодаланган бузилиши ҳисобланади, чунки бундай операция пайтида бемор боши билан пастга қараб ётқизилади ва унинг қорин бўшлиғи газ билан тўлдирилади, бу эса юрак фаолияти компенсациясининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Ташхислаш лапароскопияси одатда маҳаллий наркоз билан, оператив лапароскопия эса умумий наркоз остида ўтказилади. Иккинчисининг имкониятлари ҳақида қуйироқда батафсил гап олиб борилади.

Сўнгги пайтларда шифокорлар лапароскопияни гистероскопия билан қўшиб олиб боришни тобора кўпроқ тавсия этмоқдалар. Бу усул бачадон бўшлиғини кўз билан кузатиш ва заруратга кўра унда аниқланган полип, миома ва ш.к. патологик топилмаларни олиб ташлаш имкониятини беради. Дарҳақиқат, гистероскопия бачадон ичи ҳолати ҳақида кўпроқ ахборот берадиган, ишончли ташхислаш методи бўлиб хизмат қилади. Бироқ у анчайин жароҳатли аралашув бўлиб, шунинг учун уни ҳайз даври ва бачадоннинг ультратовуш текшируви меъёрида бўлган, яъни махсус кўрсатмалар кузатилмаган ёш аёлларда ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлмаса керак.

Бугунги кунда бачадон ва найчалар ҳолатини баҳолаш учун қуйидаги йўл кўпроқ мақсадга мувофиқдир: биттадан ошмаган гистеросальпингография тадқиқотини ўтказиб, рентген тасвирини олиш (ГСГ), кейин лапароскопия ўтказиш; ёки бира тўла лапароскопияни, эҳтимол гистероскопия билан биргаликда ўтказиш. Такроран ГСГ ўтказиш ман этилади.

## Ультратовуш тадқиқоти (УТТ)

Сўнги йилларда умуман гинекологияда ва хусусан бепуштликни даволашда кичик чанок органларининг ультратовуш тадқиқоти (УТТ) кенг тарқалди, чунки у бачадон, унинг найчалари, тухумдонни ҳамда ҳар қандай патологик ҳосилаларни (ўсмалар, кисталар ва ҳ.к.) ташқаридан туриб “кўриш”дек нодир имкониятни яратади. Бу тадқиқотнинг қимматли томони шундаки, у мутлақо оғриқсиз бўлиб, инвазив эмас, яъни у бирон-бир асбобларнинг ички органларга киритилишини ёки бирон препаратларнинг қўлланишини талаб қилмайди ва шу туфайли мутлақо безарардир.

Ҳозирги пайтда гинекологияда ультратовуш тадқиқотининг иккита тури қўлланади: қорин девори орқали ва қин орқали. Биринчиси сал ноқулайлик билан боғлиқ, чунки қовуқнинг тўла бўлишини талаб қилади. Шундай бўлса-да, бу усул кичик чанок органларини яхши кузатиш имконини беради. Қин орқали УТТ ички органлар тузилмасини аввалдан ҳеч қандай тайёргарликсиз батафсил кузатишга имконини яратади.

Хатто, агар УТТ маълумотлари ҳеч қандай патологияни кўрсатмаган бўлса ҳам, уларни сақлаб қўйиш, йўқотмаслик жуда муҳим.

Шундай қилиб, эр-хотин жуфтчилигининг фертиллигини, яъни бола туғишга қобиллигини дастлабки баҳолаш учун зарур бўлган маълумотлар – спермограмма, аёлнинг бир нечта ҳаёз даври давомидаги ректал ҳароратининг эгри чизиғи, бачадон ва найчаларнинг рентген тасвирлари ёки лапараскопиядан олинган натижалардан кўчирма, эр-хотиннинг бир-бирига мослигини синаш тестларининг натижалари, кичик чанок органларининг ультратовуш тадқиқоти натижалари.

Агар аёл бирон-бир операцияни бошидан кечирган бўлса, шифокорга бу ҳақда барча кўчирмалар ва гистологик хулосаларни тақдим этиши шарт.

Бепуштлик шаклини аниқлаш ва бепушт эр-хотин жуфтчилигини кузатиб бориш тактикасини белгилаб олиш мақсадида, ёки эр-хотинда эндокрин бузилишларга шубҳа туғилган пайтда, ёки бўлмаса аёлда янги пайдо бўлган ўсмалар мавжудлигига шубҳа туғилганда даволовчи шифокорнинг кўрсатмаси бўйича қўшимча текширув олиб борилади. Бунда қўшимча равишда бош суяк рентгенографияси ўтказилади, сут безлари текширилади, қон зардоби ва/ёки сийдикда гормонлар миқдори аниқланади ва ҳ.к.

Сут безларида зичлашган ерлар бўлса, кўкрак учларидан оқмалар келиши кузатилса, бу сут безларини текшириш зарурлигини кўрсатадиган белгилар ҳисобланади. Қирқ ёшдан ошмаган ҳар бир аёл, агар унга бепуштликни даволаш мақсадида гормонал препаратлар бериш режалаштирилади бўлса, албатта сут безларини текширтириши (маммолог маслаҳатидан ўтиши ва унинг тавсияси билан УТТ ўтиши, маммография қилиши ва ҳ.к.) лозим.

Бепуштлик сабабли ўтилган тадқиқотлар минимал даражада етарли бўлиши, яъни бирон ортиқча маълумотни ўз ичига олмаслиги ғоят муҳимдир. Юқорида айтилганлар билан боғлиқ ҳолда инфекцияларни аниқлаш учун текширувдан ўтиш масаласи алоҳида ўрин тутаяди.

## Инфекции ва бепуштлик

Инфекция бу микроорганизмлар бўлиб, уларга микроблар, вируслар, замбуруғлар, хламидиялар ва ҳ.к. киради. Ўз-ўзидан улар ҳавfli эмас. Инсон танаси юзасининг ҳар бир сантиметрида ва шиллик қатламларида, кўп ўринда унинг қонида ҳам, миллиардлаб микроорганизмлар яшайди. Бу “инфекция ташувчилик” деб аталадиган ҳодиса бўлиб, даволашни талаб қилмайди ва норма ҳисобланади. Айрим ҳолатларда (организмнинг ўта совиб кетиши, заифлашиши ва ш.к.) инфекция касалликни келтириб чиқариши мумкин ва мана шунда у ҳавfli бўлади.

Ҳар бир бепушт эр-хотин жуфтлиги генитал инфекциялар деб аталувчи инфекцияларни аниқлаш текширувидан ўтиши шартми? Йўқ. Фаол инфекция белгилари, яъни яллиғланиш кузатилсагина бундай текширувдан ўтиш тавсия қилинади. Яллиғланиш белгилари ташқаридан нималарда наоён бўлади? Бунда аёллар жинсий органларидан кўп миқдорда ва/ёки нимранг, кўп ўринда ўзига хос ҳидга эга бўлган оқма ажралиб чиқади, ташқи жинсий органлар атрофида қичима ва турли таъсирот, пуфаксимон тошмалар пайдо бўлади ва ҳ.к. Бироқ бундай белгилар мавжуд бўлмаган тақдирда ҳам аёл киши жинсий органларда яллиғланиш жараёнининг фаоллигини кўрсатадиган суртмалар топшириши лозим. Суртмалар бачадон бўйинчаси, қин ва сийдик чиқариш каналидан олинади. Агар лейкоцитлар миқдори ошиб кетган бўлса, бу яллиғланишга қарши даволаниш лозимлигини кўрсатади. Баъзида лейкоцитлар миқдорининг ошганлиги ҳомиладорлик содир бўлишига олиб келиши ҳам мумкин. Аммо бу таҳлил асосан ташхислаш ва даволаш процедураларини ҳавфсиз амалга ошириш учун зарурдир.

Даволанишдан олдин эр-хотин иковлари сифилис, СПИД, С ва В гепатитига қон топширишлари лозим. Бу даволаш муассасасининг ходимларига, бошқа беморларга ва, айниқса, бўлғуси болага инфекция ўтишининг олдини олиш учун ғоят зарурдир.

Хламидиялар, уреоплазмалар, микоплазмалар, герпес вируси, «гарднереллалар» каби ўзига хос инфекция кўзгатувчиларга келсак, шуни ёдда тутиш лозимки, ҳозирча ҳеч ким уларнинг бепуштлик, уни даволаш натижалари, ҳомилани кўтара олмаслик частотаси ва янги туғилган чақалоқ ҳолати билан боғлиқлигини исботлаб бермаган. Шунинг учун, агар ушбу касалликларнинг белгилари бўлмаса ойлар ва йилларни охири йўқ таҳлиллар ва тиббий муолажаларга сарф қилишга эҳтиёж йўқ. Маълумки, шу пайтгача шундай ҳоллар юз бераётгани ҳеч кимга сир эмас. Яна бир бор таъкидлаб ўтамиз: тозалик даражасига суртма топшириш ва агар у яллиғланиш мавжудлигидан дарак берса, малакали мутахассис кўлида даволаниш зарур ва шунинг ўзи етарли. Яллиғланиш жараёни бактерияларга қарши терапияга у икки марта ўтказилганда ҳам дош берса, мана шу ҳолдагина ўзига хос кўзгатувчиларни излаш тўғрисида гап юритиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Эркакларда эякулят суюқлигида лейкоцитлар миқдорининг ошганлиги яллиғланиш жараёнининг мавжудлигини кўрсатувчи белги ҳисобланади ҳамда бу эркак яллиғланишга қарши даволаш курсини ўташи лозим бўлади. “Ўзига хос” инфекцияларларни аниқлашга қаратилган текширувлар ортиқча ва қиммат процедура бўлиб, одатдаги яллиғланишга қарши терапия самара бермагандагина уларга мурожаат қилиш лозим.

## БЕПУШТЛИКНИ ДАВОЛАШ

Бепуштликни даволаш методлари орасида шартли равишда жуфтликнинг табиий уруғланиш қобилиятини тиклашга йўналтирилганларини ҳамда ёрдамчи репродуктив технологиялар деб аталадиган сунъий уруғлантириш техникасидан фойдаланадиганларини ажратиб кўрсатиш мумкин.

Биринчи методга бачадон ортикларининг сурункали яллиғланишини даволаш, бачадон найчалари тутилишини жарроҳлик ва ножарроҳлик йўли билан тиклаш, эндокрин бузилишлар ва бузилган сперматогенезни тўғрилаш (коррекциялаш) киради. Иккинчисига эса эр ёки донор спермаси билан бачадон ичида уруғлантириш, экстракорпорал уруғлантириш ҳамда кейин эмбрионларни она бачадонига олиб ўтиш ва бошқаларни киритиш мумкин.

Найчадаги бепуштликни даволаш

Яқин пайтга қадар найча бепуштлигини даволаш шифокор учун сермашаққат, беморлар учун эса тинкани куритадиган физиотерапевтик муолажаларни ҳамда яллиғланишга қарши терапия билан қўшиб олиб бориладиган гидротубацияларни тинимсиз қайтариш билангина чекланар эди. Найчаларнинг ўтувчанлигини тиклаш ҳақида гап кетганда, ушбу даволаш турининг самарадорлиги ғоят паст, асоратлари эса анча оғир бўлиб, найчалар ампуляр бўлимларининг ўта чўзилиб кетиши ҳамда уларнинг функционал имкониятларининг йўқолишида намоён бўлади ва кейинчалик бу асоратларни жарроҳлик йўли билан даволашга уринишларга олиб келади. Охирги усул ҳам ўзига қаратилган умидларни оқламади. Масалан, маълум бўлишича, ташқи тортмалар (чандиклар) натижасида келиб чиққан бачадон найчалари ампуляр бўлимларининг тутилишида, реконструктив-пластик операциялардан кейин ҳомиладорлик содир бўлиш частотаси (жарроҳнинг малакаси ва тортмаларни келтириб чиқарган битишув жараёнининг ифодаланганлик даражасига қараб) 5-20%ни ташкил этади. Ички адгезив (ёпишқоқ) жараён билан боғлиқ ҳолда юзага келган найчаларнинг истмик бўлимларидаги тутилишда эса худди шундай операциядан кейин ҳомиладорликнинг содир бўлиш частотаси атиги 0-5%ни ташкил этади. Таъкидлаш лозимки, қорин бўшлиғини очиш билан амалга ошириладиган ушбу операциялар (лапаратомия) анча жароҳатли бўлиб, бемор аёл учун муайян ҳавф-хатар билан боғлиқдир. Шунинг учун сўнгги йилларда қорин бўшлиғида ўтказиладиган катта операциялар ўрнига оператив лапароскопия пайтида бажариладиган кичик “лапароскопик” операциялар ўтказилмоқда. Бачадон найчаларида пластик операция ўтказиш йўли билан бепуштликни даволаш зарурати қаршисида турган, қўшимча эндокрин бузилишларга эга бўлган аёллар учун аввал гормонал коррекция талаб қилинади, чунки бундай операция ва ундан кейинги тикловчи даволаш самараси унча турғун эмас ҳамда найчаларнинг такроран яллиғланиши ва тутилишининг қайталаниши билан боғлиқ. Бундай вазиятда операциядан кейин гормонал бузилишларни нормаллаштиришга вақт кетказиш мақсадга мувофиқ эмас.

Иккала бачадон найчаси, айттайлик, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, йирингли жараён ва ҳ.к. оқибатида олиб ташланган аёл бепуштлигини даволаш алоҳида муаммони ташкил этади. Найчадаги ҳомиладорлик туфайли ўтказиладиган операция пайтида найчаларни тиклашга (реконструкция қилишга) қаратилган уринишлардан кейин ҳомиладорлик содир

бўлган ҳоллар камдан-кам учрайди. Афсуски, бундай ҳолларда аёллар асосан бефарзандликка маҳкумдирлар.

### Оператив лапароскопия

Бугунги кунда лапароскопик кириш йўли билан бажарилиши мумкин бўлган гинекологик операцияларнинг кенг тарқалган турлари қуйидагилардир:

бачадон найчалари тутилишини тиклаш мақсадида тортмаларни ёриш;

тухумдондаги унча катта бўлмаган кисталар ва миоматоз тугунларни олиб ташлаш;

эндометриоз ўчоқларини куйдириш;

поликистоз (кўп кистали) тухумдонларнинг коагуляцияси (қон ивиши);

бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик пайтида бачадон найчасини олиб ташлаш ва ҳ.к.

Оператив лапароскопиянинг қорин бўшлиғида ўтказиладиган катта операцияларга қараганда афзаллиги шундаки, унинг бемор соғлигига нисбатан ҳам, тортмаларнинг битишиш жараёнига нисбатан ҳам етказадиган ҳавфи анча кам бўлади, шунингдек бемор фаол ҳаётга тез қайтади (лапароскопия ўтказилган куннинг эртасигаёқ аёлга шафохонадан чиқишга рухсат бериш ёки тиклайдиган даволаш муолажаларини бошлаш мумкин бўлади).

Бироқ оператив лапароскопия имкониятлари чекланган. Катта реконструктив операциялар қорин бўшлиғини очиш пайтида амалга оширилиши мумкин. Бундай операциялардан кейин бепуштликни даволаш самарадорлиги унча катта эмас. Жуда кўп ҳолларда ва жуда қисқа вақт ичида тортмаларнинг битишиш жараёни қайталанади. Ҳомиладорлик оператив лапароскопиядан кейин бир йил давомида содир бўлмаса, эр-хотин ЭКО методи билан даволанишга киришиши лозим деб ҳисобланади. 35 ёшдан ошган аёлларда найчалар тутилишини тиклашга уринишлар шаксиз ўзини оқламайди. Бу ёшда ушбу даволаниш методининг самарадорлиги ғоят паст эканига ишоч ҳосил қилиш учун бир йилни йўқотиш ақлдан эмас.

### Яллиғланишга қарши даволаш тўғрисида

Яллиғланишга қарши даволаниш тўғрисида ҳам бир неча оғиз гап айтиш зарур. Одатда найча-перитониал бепуштлиги кўп ҳолларда оддий яллиғланиш ёки абортнинг асорати бўлган ўзига хос инфекция (гонорея, сил) оқибатида кичик чанокда юзага келган сурункали яллиғланиш жараёнининг натижаси ўлароқ юзага келади. Токи тортмаларнинг битишиш жараёни мавжуд экан, уларга қарши курашишга интилишлар, афсуски, унча самара бермайди. Бироқ кўп ҳолларда сурункали яллиғланиш бачадон найчаларининг ўтувчанлиги сақланган ҳолда кечади, шунинг учун баъзи ҳолларда яллиғланишга қарши озгина даволаниш ҳам ҳомиладорлик содир бўлишини таъминлаши мумкин. Таҳлил учун олинган оддий суртма яллиғланиш жараёнининг қай даражада ўткирлигини аниқ акс эттиради ва шифокорга мурожаат этган ҳар бир аёл бу текширувдан ўтиши лозим. Одатда яллиғланишга қарши даволаниш бепуштликка қарши даволаниш деган гап эмас, бироқ аёл киши даволаниш ёки ташхислаш мақсадида бачадон ичи аралашувлари (бачадон ва найчаларининг тасвирларини олиш, бачадонга бўёвчи модда киритиб, лапароскопия ўтказиш, бачадон ичида

уруғлантириш. ЭКО ва ҳ.к.) қаршисида турган ҳар бир ҳолатда у зарурдир. Бунда эр-хотин иковлари даволанишлари лозим, агар қўшимча жинсий жуфтлар бор деган тахминларга асос бўлса, бундай ҳолларда барча жинсий шериклар даволанишлари лозимлигини беморларга тушунтириш муҳимдир.

### Сунъий уруғланиш усуллари

Табиий фертиллиқни тиклашга қаратилган усулларнинг етарли даражада самарали эмаслиги сунъий уруғлантиришнинг ривожланишини рағбатлантирди. Сўнгги йилларда сунъий уруғлантириш усулларининг ҳам, улардан фойдаланиш кўламининг ҳам тез суръатлар билан ўсиши кузатилмоқда. Ҳар бир усулнинг имкониятлари ва самарадорлик даражаси ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз, шунингдек улардан қандай вазиятларда фойдаланиш мумкинлиги ҳақида ҳам маълумот берамиз.

### Эр ва донор спермаси билан бачадон ичида уруғлантириш (инсеминация)

Бачадон ичида уруғлантириш аёл мутлақо соғлом ва найчалари тутилмаган бўлиб, эр спермаларинингуруғлантириш қобиляти ўртача пасайган ҳолларда амалга оширилади, яъни спермаларнинг кўрсаткичлари шундай даражада бўладики, айрим муолажалардан кейин спермалар бевосита бачадонга киритилса, тухумхўжайрани уруғлантириш қобилятига эга бўлади. Бундан ташқари, агар бачадон бўйинчасининг шиллиги сперматозоидларга салбий таъсир кўрсатиши натижасида эр-хотин жуфтлигининг бир-бирига мос келмаслиги аниқланган бўлса, башарти сперма кўрсаткичлари меъёрида бўлса ҳам, бачадон ичида уруғлантириш амалга оширилади. Бунда бачадон ичида уруғлантиришда сперма учун “ҳалокатли” омил – бўйинча шиллигини четлаб ўтилиши кўзда тутилади, чунки сперматозоидлар тўғридан-тўғри бачадон бўшлиғига жойлаштирилади. Эр спермаси меъеридан анча паст бўлган ёки бир-бирига мос келмаслик тўсиғини енгиб ўтиш имкони бўлмаган ҳолларда эр-хотиннинг розилиги билан донор спермаси билан уруғлантириш усули қўлланади.

Бачадон ичида уруғлантириш ва донор спермаси билан уруғлантириш техникаси бир хил. Ҳайз даврининг ҳомиладор бўлиш учун мақбул кунда (бу эса УТТ маълумотлари, бачадон бўйинчаси шиллигининг характери бўйича белгиланади) аёл бачадонига аввалдан ишлов берилган сперма олиб ўтилади. Баъзида бу ҳаракат битта ҳайз даври давомида 2-3 марта қайтарилади. Агар аёл суперовуляция препарат-индукторларини (кломифен, меногон ва ҳ.к.) қабул қилса, бу жараён натижалари янада яхшиланади. Жами тўрт ҳаракатда ҳомиладорлик содир бўлиш частотаси бачадон ичида уруғлантиришда 20-25%ни, донор спермаси билан уруғлантиришда 45%гача миқдорни ташкил этади. Тўрттадан ортиқ уриниш тавсия этилмайди.

## ГИФТ, ЗИФТ

**ГИФТ** сунъий уруғлантиришнинг яна бир туридир. ГИФТ деганда, тухумхўжайрани сперматозоидлар билан бирга бачадон найчаларига олиб ўтиш тушунилади. Унинг моҳияти шундаки, аёлдан битта ёки бир нечта тухумхўжайра, эрдан эса сперма олинади, улар аралаштирилади ва бачадон найчасига жойлаштирилади. Бу муолажа муваффақиятли кечиши учун, у ўз вақтида ўтказилиши, бачадон найчалари ўтувчан, яъни тутилмаган ва тўлақонли бўлиши талаб қилинади. Яъни бу ўринда тавсиялар эркак бепуштлиги ёки эр-хотиннинг мос келмаслигида қандай бўлса, шундайлигича қолади.

Баъзида сунъий уруғлантиришнинг бошқа бир варианты – **ЗИФТ** қўлланади. У эмбрионни (зиготани) бачадон найчасига жойлаштиришни билдиради. ЗИФТда хомиладорликнинг содир бўлиш эҳтимоли анча баланд ҳисобланади. ГИФТ ва ЗИФТ лапароскопия пайтида ҳам, ультратовуш назорати остида ҳам амалга оширилиши мумкин. Биринчи вариантда гаметалар ёки зиготалар найчага қорин бўшлиғи орқали жойлаштирилади, иккинчи вариантда эса бачадон бўйинчаси орқали киритилади. Одатда ЗИФТ ва ГИФТ хомиладорликнинг ноаниқ шакли кузатилган аёлларда ташхисий лапароскопия ўтказилаётган пайтнинг ўзида ва фақат бир марта амалга оширилади.

Хомиладорликни даволашнинг ушбу турларини амалиётда қўллайдиган шифокорлар уларнинг юқори самарадорлигини таъкидлайдилар (30%гача). Бироқ шифокорларнинг бошқа бир гуруҳи бунга қўшилмайдилар ва ҳозирда ГИФТ ва ЗИФТ амалда деярли қўлланмайди.

Экстракорпорал уруғлантириш ва кейинчалик эмбрионни она бачадонига олиб ўтиш

Мутлақо аёл бепуштлиги – бачадон найчаларининг мавжуд эмаслиги ёки турғун тутилиши – экстракорпорал уруғлантириш ва кейинчалик эмбрионни она бачадонига олиб ўтиш (ЭКУ) учун асос бўлади. Ушбу усулдан фойдаланиб дунёга келган болаларни “пробиркадан чиққан” болалар деб аташади, чунки тухумхўжайра ва эмбрионнинг хомиладорликнинг дастлабки кунларида одатда бачадон найчасида кечадиган ривожланиш босқичлари экстракорпорал уруғлантиришда сунъий шароитда – “пробирка”да кечади. Экстракорпорал уруғлантириш усули схематик тарзда 6-расмда кўрсатилган.

6-расм. Экстракорпорал уруғлантириш усули билан бепуштликни даволаш схемаси:

- 1 кўплаб фолликулага эга тухумдон препаратлар таъсирининг натижаси сифатида;
- 2 тухумдонлар пункцияси, тухумдонларга эга бўлиш;
- 3 тухумхўжайраларга сперматозоидларни қўшиш;
- 4 махсус шароитларда 48-120 соат давомида ўстириш ва бунинг натижасида эмбрион ҳосил қилиш;
- 5 эмбрион;
- 6 эмбрионларни бачадон бўшлиғига олиб ўтиш.

Усул қўйидаги босқичлардан иборат:

1. Бепуштлиқ характери ва сабабларини аниқлаш;
2. Бир нечта фолликуланинг ўсишини рағбатлантирадиган препаратларни қўллаш - суперовуляция индукцияси;
3. Ультратовуш ва гормонал тадқиқотлар серияси ёрдамида препаратларнинг қўлланишига нисбатан тухумдонлар жавобини баҳолаш – гормонал ва ультратовуш мониторинги;
4. Фолликулалар пункциясини амалга ошириш лозим бўлган дақиқани аниқлаш (у табиий овуляция вақтига иложи борича яқин бўлиши зарур), бу ультратовуш текшируви натижасида ҳамда қон зардобидида ёки сийдикда гормонлар концентрациясини аниқлаш ёрдамида амалга оширилади;
5. Фолликулалар пункцияси, уларнинг ичидагини аспирация қилиш (сўриб олиш), улардан тухумхўжайраларни чиқариб олиш, уларни махсус озуқа муҳитига ва шароитига жойлаштириш;
6. Сперматозоидларни олиш ва тайёрлаш;
7. Тухумхўжайралар ва сперматозоидларни “пробирка”да бирлаштириш (тухумхўжайраларни инсеминация қилиш, яъни уруғлантириш) ҳамда уларни 48-120 соат давомида инкубаторда сақлаш;
8. Эмбрионларни (улар учтадан ошмаслиги керак) она бачадонига олиб ўтиш;
9. Эмбрион имплантацияси ва ривожланишини қўллаб-қувватлайдиган препаратларни тайинлаш;
10. Ҳомиладорликни ташхислаш;
11. Ҳомиладорлик ва туғруқни кузатиб бориш.

Шундай қилиб, экстракорпорал уруғлантириш мураккаб, кўп босқичли жараёндир. Бу усул турли препаратларни қабул қилишни ҳамда уруғлантиришга уриниш ўтказилаётган пайтда ҳайз даври давомида аёл ҳолатини қайта-қайта баҳолашни талаб қилади.

Бугунги кунда фолликулалар пункцияси томирдан оғриқни қолдирувчи дори юбориш орқали амалга оширилади. Эмбрионни аёл бачадонига олиб ўтиш эса одатда анестезияни талаб қилмайди.

Экстракорпорал уруғлантириш кўп ҳолатларга боғлиқ: қўлланган препаратларга нисбатан аёл тухумдонларининг реакциясига – катта миқдордаги тухумхўжайраларга эга бўлиш ҳомиладорлик содир бўлиш имкониятини оширади; пишиб етилган, уруғланишга қобил тухумхўжайраларга ўз вақтида эга бўлишга; пункцияни бажариш ва эмбрионларни кўчириш техникасига; сперма сифатига; гамета ва эмбрионларни ўстириш шарт-шароитларига ҳамда бепушт эр-хотиннинг руҳий ҳолатигача ўз ичига олган кўплаб бошқа омилларга боғлиқ. Экстракорпорал уруғлантириш усули билан даволанаётган беморлардан катта сабр-тоқат, интизом, шифокорнинг барча кўрсатмаларига оғишмай, кунт ва матонат билан риоя қилиш талаб этилади.

Ҳомиладорликка тест синовини ўтказишдан олдин ҳамда, натижа ижобий бўлган ҳолда, ундан кейин ҳам ҳомиладорликни қўллаб-қувватлашга қаратилган препаратларни қабул қилишни тўхтатмаслик ғоят муҳимдир. Одатда бу прогестерон ёки унинг ўхшашлари бўлади. Уларни кескин тўхтатиш ҳомиладорликнинг узилишига сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомиладорликка тест синовини эмбрион кўчирилганидан кейин 12-14 кунни ўтказилиши лозим.

Экстракорпорал уруғлантиришнинг самарадорлиги бугунги кунда ўртача 20-30%ни ташкил этади, айрим марказларда бу кўрсаткич 50%гача етади. Бу жуда баланд кўрсаткич. Агар мутлақо соғлом эркак ва аёлларда битта ҳаёз даврида табиий уруғланиш эҳтимоли 20%ни ташкил этишини ҳисобга олсак, бу кўрсаткич нақадар юқори эканига тўлиқ амин бўлиш мумкин.

Юқорида айтиб ўтилганидек, экстракорпорал уруғлантириш усули дастлаб бепуштликнинг найча шаклига эга бўлган беморларга нисбатан, боз устига, бачадон найчаларининг мавжуд эмаслиги ёки ортга қайтмайдиган окклюзияси (жипслашиши) кузатилган, яъни табиатан бефарзандликка маҳкум бўлган аёлларга нисбатан таклиф этилган ва қўлланган эди. Бироқ вақт ўтиши билан бу усул натижалари шу даражада ҳайратланарли бўлдики, бепуштликнинг ҳар қандай шаклида ҳам (хусусан, эркак омили, эндометриоз, бепуштликнинг ноаниқ шакли билан белгиланган бепуштликда, хатто тухумдонлари олиб ташланган ёки амал қилмайдиган ёки бачадони мавжуд бўлмаган аёлларда) экстракорпорал уруғлантириш усулидан фойдаланиш тенденцияси юзага келди ва илдиз отди.

Одатда ота-оналарни “пробиркада уруғланган” болаларнинг келажақдаги соғлиги қизиқтиради. Дунёда ҳозирги кунда экстракорпорал уруғлантириш усули билан туғилган болалар сони бир миллионга етди. Уларда учрайдиган мажруҳлик сони оддий йўл билан туғилган болаларда учрайдиган сондан ошмайди.

### Суррогат (сунъий) оналик

Бачадони бўлмаган беморлар учун экстракорпорал уруғлантириш процедураси қуйидагича кечади: аёлдан олинган тухумхўжайра эрининг спермаси билан кўшиб уруғлантирилади, кейин эса ҳосил бўлган эмбрион ҳомилани тўққиз ойгача кўтариб юриб, туғилгач, уни тухумхўжайра эгаси бўлган “генетик” онага қайтариб беришга рози бўлган “суррогат” ёки “биологик” она бачадонига олиб ўтилади.

### Донор эмбрионларидан фойдаланган ҳолда экстракорпорал уруғлантириш

Тухумдонлари фаолият кўрсатмайдиган, масалан, климакс эрта бошланган ёки тухумдонлари олиб ташланган аёллар ҳам экстракорпорал уруғлантириш усулидан тобора кенгрок фойдаланмоқдалар. Бундай ҳолларда аёлга донор тухумхўжайралари эрининг спермалари билан уруғланиш натижасида ҳосил бўлган эмбрионлар ўтказилади. Баъзида шу мақсадда тухумхўжайралар эмас, балки донор эмбрионларидан фойдаланилади. Кейинчалик оддий физиологик ҳомиладорлик пайтидаги аёл ҳолатини имитация қиладиган ўринбосувчи гормонал терапия ўтказилади.

Сўнгги йилларда бепуштликни даволаш бўйича марказларга 50, хатто 60 ёшдан ўтган, аллақачон климакс даврини бошларидан кечираётган аёллар ҳам тез-тез мурожаат қила бошладилар. Билинги, бу ёшда ҳомиладорлик, туғруқ ва катта миқдорда гормонал препаратларни қабул қилиш табиатни бузиш бўлиб, у аёл соғлиги учун жиддий ва хатто

фожиавий оқибатларга олиб келиши мумкин.

Айтиш лозимки, нафақат бепуштлиқни экстракорпорал уруғлантириш усули билан даволашга бўлган кўрсатмалар кенгайди, балки уни қўллашга қарши кўрсатмалар доираси ҳам анча торайди. Масалан, агар аввал экстракорпорал уруғлантиришни муваффақиятли ўтказиш учун бемор аёлда икки фазали ҳайз даврининг мавжуд бўлиши ҳамда биронта ҳам эндокрин бузилишларнинг бўлмаслиги талаб қилинган бўлса, ҳозирги пайтга келиб ҳамроҳлик қилувчи гормонал бузилишларни коррекция қилиш (тузатиш) имконияти ягона талаб бўлиб қолди. Бунда коррекция қилишга уринишлар экстракорпорал уруғлантириш усули билан даволашдан олдин ҳам, ушбу жараён кечаётган пайтда ҳам олиб борилиши мумкин.

### Сперматозоидлар ва эмбрионларни музлатиб қўйиш

Сперматозоидлар ва эмбрионларни музлатиб қўйиш техникаси ишлаб чиқилиши туфайли бепуштлиқни даволаш имкониятлари янада кенгайди, бу эса, ўз навбатида, экстракорпорал уруғлантириш усулининг янада мослашувчан бўлишини таъминлади. Гарчи музлатиб кейин яна эритиш сперма қобилятини ва эмбрионларнинг яшовчанлигини бироз пасайтирса-да, уларни қўллашдан кейин ҳомиладорликнинг юзага келиш эҳтимоли юқори бўлиб қолаверади, бундай йўл билан туғилган болаларга эса ушбу жараёнлар ҳеч қандай салбий таъсир кўрсатмайди.

Қандай ҳолларда музлатилган материал керак бўлиб қолиши мумкин? Масалан, аёл зўр бериб дори-дармонларни қабул қилган ҳолда пункцияга ва тухумхўжайраларни олишга тайёрланди, унинг эрига эса айнан шу вақтда рад этиб бўлмайдиган, хатто бундай қилиш мақсадга мувофиқ бўлмаган узоқ муддатли хизмат сафарига жўнашга тўғри келиб қолди, дейлик. Мана шундай ҳолларда музлатилган спермадан фойдаланиб, эр бўлмаса ҳам, экстракорпорал уруғлантириш процедурасини ўтказиш мумкин бўлади. Бошқа бир вазиятни олайлик: эрнинг спермограммаси кўрсаткичлари унча яхши эмас, бироқ бир неча марта олинган спермаларни музлатиб қўйиб, кейин уларни ўзаро қўшиш йўли билан экстракорпорал уруғлантириш процедураси пайтида тухумхўжайрани уруғлантириш, ёки хатто бачадон ичида уруғлантириш олиб бориш учун етарли бўлган сперматозоидларнинг минимал миқдорига эга бўлиш мумкин.

Музлатиб қўйиш донор спермаси банкини яратишда ниҳоятда қимматли мадад бўлиши мумкин: биринчидан, керакли тавсифларга эга бўлган спермалардан ҳар қандай вақтда ва ҳар қандай ерда фойдаланиш имконияти туғилади, иккинчидан, бунда донорларнинг СПИД вируси билан захарланган-захарланмаганлигини икки томонлама назорат қилиш мумкин бўладики, бу аёлнинг ҳам, ҳомиланинг ҳам инфекцияни юқтириш ҳавфини деярли йўққа чиқаради.

Агар тухумхўжайралар ва эмбрионлар бачадонга олиб ўтиш учун зарур бўлган миқдордан кўпроқ олинган бўлса (яъни учтадан ортиқ), музлатилган эмбрионлар муваффақиятсиз чиққан экстракорпорал уруғлантиришдан кейинги ҳайз даврларида қўлланиши мумкин. Бу аёлда суперовуляция индукциясини такроран ўтказмасдан туриб, унинг ўрнига кейинги ҳайз даврларида муздан тушган эмбрионларни бачадонга олиб ўтиш имконини беради.

Шундай қилиб, музлатилган сперма ва/ёки эмбрионлардан фойдаланиб экстракорпорал уруғлантириш процедурасини ўтказиш ҳомиладор бўлиш имкониятини оширади ҳамда бўлғуси бола соғлигига ижобий таъсир кўрсатади. Сўнги йилларда тухумхўжайралар музлатиб қўйилганидан кейин ҳам соғлом болалар туғилгани ҳақида маълумотлар пайдо бўлди. Жинсий хўжайраларни (тухумхўжайралар ва сперматозоидларни) музлатиб қўйиш кимё ва нур терапиясини бошидан кечирган беморлар учун ҳам келажакда ўз фарзандларига эга бўлиш учун бир имкониятдир.

Микроманипуляциялар тўғрисида

## **ИКСИ**

Микроманипуляциялар экстракорпорал уруғлантириш имкониятларини анча кенгайтиради. Бу, масалан, эркак бепуштлигининг жуда оғир шаклини даволашга тегишлидир. Бунда эркак суюқлигида (эякулятида) фақатгина битта-яримта якка-якка сперматозоидларни топиш мумкин бўлган ҳоллар (ўнлаб ва юзлаб миллион ўрнига!) тушунилади.

Микроманипуляциялар техникасидан фойдаланиб, ажратиб олинган сперматозоид тўғридан-тўғри тухумхўжайрага юборилади ва шу йўл билан унинг уруғланишига эришилади.

ИКСИ деб ном олган ушбу усулдан фойдаланилгандан кейин ҳомиладорлик содир бўлиш частотаси баъзида оддий экстракорпорал уруғлантириш усулидагидан ўтиб кетади. Боз устига, бундай усулда ҳомиладорлик эркак эякулятида умуман сперматозоид бўлмаган ҳолларда ҳам содир бериши мумкин. Бундай ҳолларда тухумдонлардан ёки уларнинг ортиқларидан пункция йўли билан сперматозоидларнинг ўтмишдош хўжайралари бўлган сперматидлар олинадилар, улар тухумхўжайраларга юборилади ва шу йўл билан уларни уруғлантиришга эришилади. Сперманинг уруғлантириш қобилиятининг пасайиши аниқ ифодаланган бошқа бир ҳолларда микроманипуляция техникаси тухумхўжайранинг ташқи қобиғини “пармалаб” тешиш имкониятини беради, бу эса сперматозоидларнинг унга киришини ва уруғланишини осонлаштиради.

Юқорида тавсифи келтирилган микроинъекция техникаси эркак бепуштлигининг энг оғир шакллари енгиб ўтишда қўлланади ҳамда донор спермасидан фойдаланишдан деярли воз кечиш имконини беради.

Ирсий касалликларнинг преимплантацион ташхиси

Экстракорпорал уруғлантириш нафақат бепуштликни даволашнинг юқори самарали усулидир, балки ирсий касалликларни ташхислашнинг ҳозирча ягона ёрдамчи усули ҳамдир, чунки у аёлнинг тухумхўжайралари ва эмбрионига кириб бориш имконини бериб, шу туфайли эмбрионнинг она бачадонига олиб ўтилишидан, яъни ҳомиладорлик содир бўлишидан анча олдинроқ ирсий (генетик) касалликларни ташхислаш имконини беради. Бу усул ирсий касалликларнинг преимплантацион ташхислаш усули номини олди. Бунда аёлдан ажратиб олинган тухумхўжайралар орасидан энг соғломлари танлаб олинадилар, улар “пробирка”да уруғлантирилади, кейин ҳосил бўлган соғлом эмбрионлар она бачадонига олиб ўтилади. Одатда битта аёлдан бир нечта тухумхўжайра олинадилар, шунда деярли ҳамма вақт

уларнинг орасидан соғлом болага ҳаёт бағишлайдиган ақалли биттасини танлаб олиш мумкин бўлади. Баъзида бошқа йўлдан борилади: аввал барча олинган тухумхўжайралар уруғлантирилади, кейин эмбрионлар биопсияси ўтказилади, бир нечта соғломи танлаб олинади ҳамда бачадонга олиб ўтилади. Бу манипуляциянинг ҳам бўлажак бола учун зарарсиз экани текширилган.

Ирсий касалликлар генларининг кўпчилиги рецессив\* генларга тааллуқлидир. Бу нимани билдиради? “Бемор” ген эгалари мутлақо соғлом бўлади, бироқ уларнинг фарзандлари отасидан ҳам, онасидан ҳам “бемор” генларни олиши ва натижада носоғлом туғилиши мумкин. Ирсий касаллик ташувчилари бўлган ота-оналар жуфтлигида бемор фарзанд туғилиш эҳтимоли кейинги ҳомиладорликларнинг биронтасида ҳам камаймайди. Фарзанд соғлом туғиладими, ёки носоғлом туғиладими, бу фавқулотда тасодифдир. Битта оилада иккита, учта ва хатто олти-еттита носоғлом боланинг туғилиши, афсуски, кам учрайдиган ҳол эмас. Бу тасодифнинг шафқатсиз қонуниятига ишонч ҳосил қилишга мажбур этадиган фожеали тажрибадир.

Сўнги вақтга қадар ташхислаш процедуралари (пренатал ташхислаш) натижасида ҳомилада генетик паталогия аниқланган ҳолларда бемор бола туғилишини олдини оладиган ягона йўл бу ҳомиладорликни тўхтатиш бўлиб келган. Қанчадан-қанча умид ва орзулар манбаи бўлган ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш нақадар улкан руҳий азоб эканини таъкидлашнинг ҳожати бўлмаса керак.

Преимплантацион ташхислаш пренатал ташхислашнинг ягона муқобил усулидир. Бугунги куннинг ўзидаёқ ҳомиладорлик бошланмасдан туриб, муковисцидоз, А гемофилияси, Тей-Сакс касаллиги, Дюшен миатрофияси ва бошқа шу каби ирсий касалликлар аниқланган эмбрионларни “чиқитга чиқариш” имконияти мавжуд. У ёки бу касаллик учун жавобгар бўлган генлар аниқланиши билан, фақат соғлом эмбрионларни танлаб олиш ва она бачадонига олиб ўтиш мумкин бўлади. Бугунги кунда саратон, атеросклероз, Альцгеймер касаллиги ва ҳ.к. касалликларнинг оилавий шакллари учун генлар топилган. Бу нимадан далолат беради? Энг яқин келажакда мана шундай генлар ташувчиси бўлган ота-оналарда уларни ўз ворисларига мерос қилиб қолдирмаслик имконияти туғилади.

Сўнги йилларда ёши анчага етиб қолган аёлларнинг фарзанд кўришга интилиши кўзга ташланмоқда. Бироқ ёш ўтиши билан табиий йўл билан ҳомиладор бўлишга қобиллик кескин пасайиб кетадики, бу аёлларнинг тухумхўжайраларидаги кўп миқдордаги хромосом бузилишлар билан боғлиқ бўлади. Организм бемор болага ҳомиладорлик содир бўлишига қаршилик кўрсатади, шунинг учун уруғланиш ва имплантация камдан-кам ҳолларда рўй беради, ва рўй берганда ҳам, хромосом нуқсонларга эга бўлган бола туғилиш ҳавфи юқори даражада бўлади. Бундай ҳолларда ҳам сунъий уруғлантириш усуллари қўлланганда нуқсонли тухумхўжайралар ва эмбрионларни “чиқитга чиқариш” механизми ишга тушади, шунда соғломларининг сони ёшроқ аёлларникига қараганда камроқ бўлиши мумкин, шунинг учун 38 ёшдан ошган аёлларда экстракорпорал уруғлантиришдан кейин ҳомиладорлик содир бўлиш частотаси ёшроқ аёлларникига қараганда анча паст бўлади.

Ёш бўлмаган аёл қандай бўлмасин фарзанд кўришга аҳд қилган ҳолларда унга ҳам преимплантацион ташхислашни ўтиш тавсия этилади. Агар аёлнинг тухумдонлари стимуляцияга жавоб берган бўлса, ундан олинган тухумхўжайралар хромосом нуқсонларнинг

мавжудлигига текширилади, кейин фақат меъёрдаги тухумхўжайралар танлаб олиниб уруғлантирилади ва ҳосил бўлган эмбрионлар бачадонга олиб ўтилади. Маълум бўлишича, бундай аёлларда ҳомиладорлик содир бўлиш частотасини ёшроқ аёлларники билан бемалол солиштирса бўлар экан. Бундай ҳолларда преимплантацион (хромосом) ташхислаш бирданига иккита масалани – бемор болалар туғилиш эҳтимолини рад этиш ва ҳомиладорлик содир бўлиш эҳтимолини кескин оширишни ҳал қилиш имконини беради

Кўлланиб келаётган ҳомиладорликни даволаш усулларининг ҳам, кейинчалик ҳомиладорликнинг ҳам ёши катта аёллар учун ҳавфсиз, зарарсиз эканлиги тўғрисида бирон аниқ хулосага келиш ҳали эрта эканини ҳам таъкидлаб ўтишни лозим деб биламиз. Бироқ, шунга қарамай, аёлларнинг фазранд кўриш қарори қатъий бўлган ҳолларда хромосом бузилишларнинг преимплантацион ташхиси энг оқилдона ёндошув бўлиб хизмат қилади. Афсуски, бу усулдан унга эҳтиёж сезган оилавий жуфтликларнинг жуда оз миқдори фойдаланиши мумкин. Шунинг учун бу ўринда бош қоидага риоя этиш зарур: уруғланиш усулидан қатъи назар, агар 35 ёшдан ошган аёлда ҳомиладорлик содир бўлган бўлса, у пренатал ташхислашдан ўтиши лозим.

### Пренатал ташхислаш

13 ҳафтагача ҳомиладорлик муддатида УТТ (ультратовуш текшируви), ХГ (хорионик гонадотропин) қон таҳлили ва АФП (Альфа-фетопротеин) ўтказилади. УТТ ва қон таҳлили кўрсаткичлари ҳавф даражасини ҳисоблаш дастурига киритилади. Агар дастур хромосом нуқсонли бола туғилиш ҳавфи юқори эканини кўрсатса, бу ҳолда шифокор-генетик пренатал ташхислашнинг иккинчи босқичини ўтказишни тавсия этади. Бу нима дегани? Пренатал ташхислашнинг иккинчи босқичида амниоцентез амалга оширилади (яъни ҳомила пуфаги тешилади), кейин амниотик суюқликдан олинган хўжайралар ўстирилади ва текширилади. Ушбу текширув асосида ҳомила генетик соғлигининг ҳолати тўғрисида хулоса чиқарилади ҳамда ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатиш тўғрисида тавсиялар берилади. Амниоцентездан кейин ўз-ўзидан бола ташлаш ҳавфи 2%ни ташкил этади. Сўнгги пайтда пренатал ташхислашни ҳомиладорликнинг янада эртароқ даврида – 7-8-ҳафталардан бошлаб (I уч ойликда) ўтказишга интилиш кузатилмоқда. Бундай ҳолларда амниоцентез эмас, хорион (йўлдош) биопсияси ўтказилади. Бунда ўз-ўзидан (беихтиёр) бола ташлаш ҳавфи янада камроқ бўлади, сунъий йўл билан ҳомиладорликни тўхтатиш оқибатлари эса (болада хромосом касаллиги мавжуд бўлган ҳолларда) ҳомиладорликнинг II уч ойлигига қараганда анча юмшоқроқ кечади

### Клонлаш

Ҳомила хўжайралари устида бажариладиган микроманипуляцияларнинг яна бир тури бу клонлашдир. Кўпчилик бу ҳақда эшитган, бироқ клонлаш ўзи нима ва нима учун керак экани ҳақида аниқ тасаввурга эга эмас.

Клонлаш моҳияти шундан иборатки, соматик хўжайранинг (масалан, тери хўжайрасининг) ядроси ўз ядроси аввалроқ олиб ташланган тухумхўжайрага олиб ўтилади. Натижада тери

хўжайраси жинсий хўжайрага айланади, бунда унинг ривожланишининг бир нечта йўллари мавжуд: уни оддий тухумхўжайра каби уруғлантириш мумкин ва бунда оддий одам туғилади. Бошқа йўли – янгидан яратилган жинсий хўжайрани уруғлантирмай туриб эмбрионга айлантириш. Бунда “клон”, яъни тери хўжайраси олинган одамнинг нусхаси пайдо бўлиши мумкин. Яна бир ривожланиш йўлида одам туғилмайди, балки ствол хўжайраларининг клони олинади. Бу юрак, ошқозон ости беши ва ҳ.к. каби ҳар қандай орган хўжайраси бўлиши мумкин. Уларни ўз ўрганлари у ёки бу сабабаларга кўра ишламаётган одамга олиб ўтилса, клонлар ушбу органлар фаолиятини тўлиқ тиклаши мумкин деб ҳисобланади. Шундай қилиб, клонлаш ўз жинсий хўжайраларига эга бўлмаган одамлар учун бепуштлиқ муаммосини, шунингдек бугунги кунда даволаб бўлмайди деб ҳисобланган жуда кўп касалликларни даволаш муаммосини ҳал қилиб бериши мумкин. Афсуски, клонлаш технологияси ҳозирча ибтиоий даражада турибди ва яқин келажакда бу йўлда сезиларли муваффақиятларга эришилади деб бўлмайди.

### Экстракорпорал уруғлантириш процедурасининг асоратлари

#### Кўпҳомилали ҳомиладорлик

Экстракорпорал уруғлантиришнинг ўзига хос хусусияти кўпҳомилали ҳомиладорликлар частотасининг юқорилигидадир. Агар табиий уруғланиш пайтида ҳар 70-80 туғруққа битта жуфт эгизак, 9000 туғруққа битта учтали эгизак, 50000 туғруққа битта тўрттали эгизак тўғри келса, экстракорпорал уруғлантиришдан кейин эса иккита, учта тўртта эгизакларнинг туғилишидан иборат кўп ҳомилалилик ҳомиладорликларнинг деярли ярмини (!) ташкил этади. Кўпҳомилалилик, айниқса ҳомиладорлик иккита ҳомиладан кўп бўлса, ҳомиладорлик пайтида ҳам, туғруқ пайтида ҳам она ва бола учун катта асоратлар ҳавфи билан боғлиқ бўлади.

#### Ортиқча эмбрионлар редукцияси

Бугунги кунда “ортиқча” (иккитадан ортиқ ҳомилани ультратовуш назорати остида) олиб ташлаш (редукция қилиш) усуллари ишлаб чиқилган. Ҳақиқатда ортиқча ҳомилалар олиб ташланмайди, балки махсус манипуляциялар ёрдамида уларнинг ривожланишдан тўхтаб, аста-секин сўрилиб кетишига эришилади. Бу процедура ҳомиладорликнинг 10 ҳафтасида амалга оширилади. Бу муддатдан олдин одатда ҳомилалар ташқаридан ҳеч қандай аралашувсиз ўз-ўзидан ҳам сўрилиб кетиши мумкин. Редукциядан кейин ҳомиладорликнинг узилиш ҳавфи тахминан 15%ни ташкил этади.

#### Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик

Бу ҳол экстракорпорал уруғлантиришнинг тез-тез учраб турадиган (10%гача) асоратидир. Боз устига, айнан экстракорпорал уруғлантиришдан кейин бачадонда ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг биргаликда келиш эҳтимоли мавжуд (гетеротопик ҳомиладорлик). Бундай

ҳолларда ҳомила тухумига эга бўлган найчани олиб ташлаб, бачадондаги ҳомилани сақлаб қолишга уринадилар. Аёл қоринда билинар-билинемас оғриқ пайдо бўлиши ёки қон аралаш оқма пайдо бўлиши биланок бачадондан ташқаридаги ёки гетеротопик ҳомиладорликнинг олдини олиш учун, шифокорга мурожаат қилиши лозим.

#### Тухумдонларнинг гиперстимуляция синдроми

Экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ) йўли билан бепуштлики даволашда кўп ўринларда тухумдонларнинг гиперстимуляция синдроми (ТГС) каби асоратга дуч келиш мумкин. Бу синдром суперовуляция препаратлари-индукторларининг қўлланишига нисбатан тухумдонларнинг жавоби натижасида ривожланади ҳамда тухумдонларнинг катталашшида намоён бўлади, бу катталашши биланок-билинемас ва аксинча жуда кучли бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда ТГС энгил шаклда кечади ва беморни шифохонага жойлаш талаб қилинмайди. Бунда аёл қорнида шиш ва оғриқ пайдо бўлиши, ҳансираши, боши айланиши, баъзида кўнгил айланиши ва қусиши мумкин.

Айрим ҳолларда, айниқса ҳомиладорлик содир бўлганда, ТГС жуда оғир кечиши, шифохонада даволанишни ва ҳатто жарроҳлик аралашувини талаб қилиши мумкин. Бундай ҳолларда тухумдонларнинг катталашши қорин бўшлиғида, баъзи ўринларда эса бошқа органлар бўшлиғида, масалан, плеврал (плеврит) ва перикардиал (перикардит) бўшлиқларда ҳам суюқлик пайдо бўлиши билан биргаликда кечади. Тухумдон ёрилиб кетиб, бунинг натижасида ички қон кетиш, қон ивиши ошиш ва тромбозларнинг пайдо бўлиш, буйрак етишмовчилиги ва бошқа ниҳоятда оғир ҳолатлар юзага келиш эҳтимоли мавжуд. ТГС ўлим билан тугаган ҳоллар ҳам маълум. Бахтимизга бундай ҳоллар камдан-кам учрайди. Бугунги кунда ТГСни профилактика қилиш ва даволаш усуллари мавжуд.

#### Эндокрин бепуштлики даволаш

Қуйида эндокрин бепуштлики даволаш тўғрисида сўз боради. Камдан-кам ҳолларда у ўтлар, ниналар, ва бошқа “ноанъанавий даволаш усуллари” қаршисида чекинади. Бироқ, кўпчилик ҳолларда бундай ёндошув самара бермайди, ва биз ушбу усуллардан фойдаланишга эътироз билдирмаган ҳолда, уларга ўта ишониб юборишдан ва узоқ вақт бефойда қўллашдан огоҳлантирмоқчимиз. Одатда бу беҳуда вақт ўтказишдан бошқа нарса эмас. Бу гап айниқса бепушт никоҳ ҳолатида қиматли ва чекланган вақтни бой бериш билан баробар.

Ортиқча ёки нотўғри овқатланиш билан боғлиқ ўта семизлик эндокрин бузилишларнинг сабабчиси бўлган ҳолларда парҳез сақлаш ва жисмоний юкланишни ошириш эвазига ортиқча вазндан қутилиш яхши натижа бериши мумкин. Озиш кўп ҳолларда эндокрин бепуштлигини гормонотерапия, физиотерапия ва даволаш физкультураси билан биргаликда олиб бориладиган комплекс даволашнинг маъқул, айрим ҳолларда эса зарурий таркибий қисмидир. Баъзида бу касалликдан халос бўлиш учун озишнинг ўзи етарли бўлади. Кунига 1-2 соат давомида шунчаки юришнинг ўзиёқ ҳайз даврини меъёрига келтиришда ҳайратланарли самара беради.

Сўнги пайтларда ўта семизликни ҳам, унга йўлдош бўлган ҳайз даврининг бузилишини ҳам метформин препарати ёрдамида даволаш ҳақида кўплаб мақолалар эълон қилинди.

Қандайдир эстетик идеалга интилиш мақсадида кескин ва/ёки ўта озиш билан боғлиқ гормонал бузилишлар ва бепуштлиқ ҳолатлари ҳам учраб туради.

Нормал ҳайз даври фақат ҳар бир аёлда генетик жиҳатдан аввалдан белгилаб қўйилган муайян (“чегаравий”) тана массасида юзага келишини билиб қўйиш муҳимдир. Тана массасининг мана шу чегарадан пастлаб кетиши ҳайз кўриш тўхташига олиб келади, унинг дастлабки чегаравий даражагача тикланиши эса, аксинча, ҳайз даврининг тикланишига ёрдам беради.

Эндокрин бепуштлиги аниқланган кўп ҳоллар гормонал даволашни талаб қилади.

Даволашнинг бу турига нисбатан иккита, бир-бирига тамоман қарама-қарши бўлган нотўғри қараш мавжуд.

Биринчи қарашни, тўғрироғи, биринчи ёндошувни биров юмшатиб гапирадиган бўлсак, энгилтак қараш ёки ёндошув деб аташ мумкин, чунки бунда аёлларимиз гормонал препаратларни шифокор тавсиясига кўра эмас, ўз хоҳишларига кўра, улар қачондир кимгадир ёрдам берганлиги тўғрисида айтиб қолган дугоналарининг гапи билан қабул қиладилар. Танангизга яхшилаб ўйлаб, ўзингизга ҳисоб беринг: гормонал препаратлар витаминлар эмас, Дарвоқе, витаминларни ҳам назоратсиз қабул қилиш организмга катта зарар келтириши мумкин.

Гормонлар кучли препаратлар бўлиб, уларнинг таъсири фақатгина турига эмас, балки уларнинг дозалари ва қабул қилиш схемаларига кўпроқ боғлиқ. Шифокор тавсияларига кўра қабул қилинмаса, улар эндокрин механизмларининг жиддий ва тўғрилаб бўлмайдиган бузилишига олиб келиши мумкин. Шундан кейин шифокорга қанча қатнаманг, фойдаси бўлмайди, у ёрдам бера олмайди.

Иккинчи қарама-қарши ёндошув – гормонлар ёрдамида даволанишдан кўрқиш, барча гормонлар зарарли, улар ўта семиришга ва бадандаги тукларнинг кўпайиб кетишига олиб келиб, пировард натижада аёлни эркакка айлантириб қўяди деб ишониш. Бунинг оқибатида “ўлсам ўламан, гормон ичмайман” деб туриб олиш ҳоллари ҳам кузатилган.

Гормонал препаратларнинг таъсири тўғрисидаги ҳар иккала мутлақо нотўғри фикрнинг пайдо бўлишига нима сабаб бўлди? Гинекологик касалликларга алоқаси бўлмаган бошқа касалликлар пайтида қўлланадиган гормонал препаратларнинг қўшимча таъсирлари тўғрисида кундалиқ ҳаётимизда юзага келган тасаввурлар гинекологияда қўлланадиган гормонал воситаларга нисбатан механик тарзда олиб ўтилди.

Бундай ёндошув, ҳатто шифокор бемор аёлни гормонал препаратларни қабул қилишга кўндирган тақдирда ҳам, даволашда муваффақият келтирмайди, чунки психологик қарши туриш, “даҳшатли” оқибатларни кутиш препаратларнинг даволаш таъсирига монелик қиладиган қудратли омил бўлиб хизмат қилади.

Шифокор кўрсатмаларига кўра қабул қилинган гормонал препаратлар ҳеч қандай зарар келтирмайди ва косметик нуқсонларни келтириб чиқармайди, балки, аксинча, жуда самарали бўлиб, ҳатто аёлнинг ташқи қиёфасини яхши томонга ўзгартиради.

Юқорида баён этилганлардан хулоса чиқарсак, гормонал препаратлар мақбул ва самарали таъсир кўрсатиши учун улар малакали шифокор маслаҳатларига кўра қабул қилиниши лозим.

Шифокорларнинг эътироф этишича, даволаниш тўғри олиб борилганда, бепуштликнинг эндокрин шакли билан оғриган 70-80% беморларда ҳомиладорлик содир бўлишига эришиш мумкин. Поликистоз тухумдонларга эга беморларда бепуштликни ушбу йўл билан даволашда энг катта самарадорликка эришилган – 80-90%. Бироқ 10-20% беморларга консерватив даволаш таъсир кўрсатмайди. Бундай ҳолларда оператив аралашув қўлланади. Яқин вақтга қадар поликистоз тухумдонларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг энг кенг тарқалган тури понасимон резекция эди. Бундай операциядан кейин 60-70% беморларда овулятор ҳайз даври тикланади, бироқ ҳомиладорлик содир бўлиш частотаси анча паст бўлиб, 20-40% ни ташкил этади. Бу ҳолат операциядан кейин кўпчилик аёлларда бачадон найчаларининг ўтувчанлигини бузадиган тортмалар пайдо бўлиши билан боғлиқ, яъни бепуштликнинг эндокрин шакли найча-перитонеал шаклга ўтади.

Бундай вазият кўпчилик мутахассисларни поликистоз тухумдонларни оператив йўл билан даволаш учун қорин бўшлиғида амалга ошириладиган катта операциялардан эмас, балки лапароскопиядан фойдаланишга ундади. Бундай усулни қўллаш натижасида ҳомиладорлик содир бўлиш кўрсаткичи (трубалар тутилмаган ва сперма сифати қониқарли бўлиш шarti билан) 80-90%ни ташкил этди. Кўп ҳолларда жарроҳлик йўли билан даволашни гормонал даволаш билан қўшиб олиб бориш талаб қилинади. Бунда кўпроқ аёл организмида эркак жинсий гормонлари даражасини пасайтирадиган гормонлар қўлланади.

Кўп ҳолларда поликистоз тухумдонларга эга беморларни нафақат бепуштлик, балки ушбу касалликка хос бўлган косметик нуқсонлар ҳам – баданда туклар, хуснбузарларнинг кўпайиши, семизлик безовта қилади. Бу ўринда на консерватив ва на оператив даволаш тукларнинг ўта кўпайишининг олдини олмаслигини, бироқ бу жараёни тўхтатиши мумкинлигини таъкидлаб ўтиш лозим. Хуснбузарлар нормал ҳайз даври юзага келгач, ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин. Семизликни йўқотиш учун эса узоқ муддат давомида, сабр-тоқат билан шуғулланиш лозим – пархезлар, жисмоний машқлар ва ҳ.к.

Гиперпролактинемия эндокрин бузилишнинг яна бир тури бўлиб, у ҳам кўп ҳолларда бепуштлик сабабчиси бўлиши мумкин, аммо гормонал йўл билан осон даволанади. Бу касаллик қонда пролактин гормони миқдорининг кўпайиб кетиши натижасида юзага келади ҳамда сут безларидан сут ёки оғиз сути кўринишидаги оқмаларнинг ажралиб чиқишида намоён бўлади. Шунингдек бунда ҳайз функциясининг турли даражада бузилиши кузатилади: сариқ тананинг оз-моз етишмаслигидан тортиб, то ҳайз тўлиқ тўхташигача.

Қонда пролактин миқдорининг кўпайиб кетиши баъзи ҳолларда гипофизда ёки бош мианинг бошқа бўлимларида ўсма борлигидан далолат бериши ва уни жарроҳлик йўли билан ёки нур билан даволаш зарурлигини кўрсатиши ҳам мумкин. Шунинг учун шифокорнинг бош мия рентгенограммасини қилиш зарурлиги тўғрисидаги талабига жиддий қараш лозим. Бу ўринда компьютер томографияси ёки ядро-магнит резонанси миёдаги энг кичик шишларни ҳам аниқлай оладиган тўлиқ ахборот берувчи ташхислаш методлари ҳисобланади.

Қонда пролактин миқдорининг ошиб кетишига кўпроқ ҳолларда тинчлантирувчи, ухлатадиган, гормонал ва шу каби турли препаратларнинг қабул қилиниши, шунингдек узоқ вақт оч юриш (масалан, озиш мақсадида), сурункали стресслар ва бошқа вазиятлар сабаб бўлади. Юқорида айтиб ўтилганидек, бепуштликнинг бу шакли осон даволанади. Бу борада пролактиннинг ошиқча секрециясини пасайтирадиган парлодел препарати яхши маълум.

Эндокрин бузилишларнинг бепуштликни келтириб чиқарадиган ва унга ҳамроҳлик қиладиган энг кўп учрайдиган белгиси бу дисфункционал бачадон қон кетишларидир. Бу ўринда бундай ҳоллар мустақил касаллик эмас, балки бошқа касалликларнинг, кўпроқ ҳолларда поликистоз тухумдонлар синдромининг белгиси бўлишини ҳам билиб қўйган яхши. Асосий касалликни даволашга қаратилган терапия қон кетишини ҳам тўхтатади, бепуштликни ҳам даволайди. Шифокорнинг вазифаси гормонал бузилишлардан бошқаларини, қон кетиш сабабларини, масалан, қон ивишининг бузилишини биринчи ўринда даволашдан иборат.

Клиник белгилар аниқ намоён бўлмай туриб, қалқонсимон без функциясининг бузилиши ҳам кўпинча бепуштлик сабаби бўлади. Шифокор юрак уриш хуружлари, юракнинг нотекис уриши, қувватсизлик, терлаш, уйқусизлик, ўта асабийлик, йиғлоқлик ёки, аксинча, вазннинг тушиб кетиши, ҳароратнинг кўтарилиши ёки эт увишиши, ич қотиш ёки кетиш каби белгиларга эътибор қаратиши лозим. Қалқонсимон без функциясини нормаллаштиришга қаратилган муолажа кўп ҳолларда ҳомиладорлик содир бўлишига олиб келади. Бироқ айрим препаратларни қабул қилиш бўлажак бола соғлигига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Шунинг учун шифокор талабларигаа эътибор бериш ва қатъий риоя қилиш, даволаниш пайтида ҳомиладорликдан пухта ҳимояланиш зарур.

Тухумдонлар функциясининг барвақт тугаши билан боғлиқ бепуштликни даволаш анча қийин, аммо умид қилса бўладиган хатти-ҳаракатдир. Жуда кам ҳолларда ҳомиладорлик мустақил равишда ёки гормонал муолажалардан кейин содир бўлади. Ҳозирги пайтда ҳомиладорликнинг бу шаклини донор тухумхўжайралари ва эмбрионларидан фойдаланган ҳолда ЭКУ йўли билан даволашни энг истиқболли деб ҳисоблаш мумкин.

Эндометриоз келтириб чиқарган битишув жараёни бепуштликнинг сабаби бўлган ҳолларда оператив даволаш усули қўлланади. Бунда тортмалар тилинади ёки қорин операция қилиш учун ёрилади, ёки бўлмаса лапароскопия ўтказилади ва бир вақтнинг ўзида ёки кейин гормонал препаратлар берилади. Сўнгги йилларда эндометриозни даволашда гонадотропин-рилизинг гормонларининг агонистлари, масалан, декапептил дело, тобора кенгроқ қўлланмоқда. Бепуштликнинг ушбу шаклини даволашда ЭКУ усули ҳам яхши натижалар бермоқда.

#### Эркак бепуштлигини даволаш

Эркаклар бепуштлигини даволаш уролог-андрологлар вазифасига киради. Баъзида яллиғланишга қарши оддий даволаш ҳам спермограмма кўрсаткичларини анча яхшилашга ёрдам беради. Бепуштликнинг айрим эндокрин шаклларини даволашда гормонлардан фойдаланиш катта самара беради. Ниҳоят, жуда кам ҳолларда жарроҳлик операцияси талаб қилинади. Бу кўпроқ тухумдонлар томирларининг варикоз кенгайиши туфайли амалга оширилади. Айтиш лозимки, бундай операциядан кейин спермограмма кўрсаткичлари яхшиланиши учун бемор 18-20 ёшдан ошмаган бўлиши керак. 24-25 ёшдан кейин эса бундай операция нафақат самара бермайди, балки спермограмма кўрсаткичларини янада ёмонлаштириши мумкин.

Эркаклар бепуштлигини даволаш самарадорлиги умуман олганда унча юқори эмас, 8-15%ни ташкил этади холос. Шунинг учун, агар ҳомиладорлик бир йил давомида содир бўлмаган

бўлса, эр-хотин сунъий уруғлантириш тўғрисида ўйлашлари лозим. Унинг турини шифокор белгилайди. Эракк бепуштлигини даволашнинг энг самарали усули ЭКУ бўлиб, у ИКСИ билан кўшиб олиб борилса самадорлиги янада ортади.

Бепуштликнинг сабабчии сифатида эр-хотин жуфтлигининг бир-бирига тўғри келмаслиги аниқланган бўлса, даволаш сунъий йўл билан уруғлантириш усулларидадан фойдаланишга қаратилган бўлиши лозим.

Ноаниқ бепуштликни даволаш

Бепуштликнинг бу шаклини даволаш ҳам жиддий муаммодир. Баъзи ҳолларда аёлнинг ўзида овуляция мавжуд бўлса-да, уни рағбатлантиришга қаратилган гормонал даволаш самарали бўлиб чиқади. Кўпроқ ҳолларда сунъий уруғлантириш усулларида кўллашга тўғри келадими, бунда ҳам яна ўша ЭКУ берадиган натижа самаралироқ бўлади.

### **БЕПУШТЛИКНИ ДАВОЛАГАНДАН КЕЙИН ҲОМИЛАЛИКНИ ВАҚТИ-СОАТИГА ЕТКАЗИШ МУАММОЛАРИ**

Бепуштликни даволагандан кейин, айниқса ЭКУдан кейин, ҳомиладор бўлганлар орасида ҳомиладорликни вақти-соатига етказмаслик ҳолатлари кўп учрайди. Бунинг бир неча сабаблари мавжуд. Биринчидан, бемор аёлнинг ёши 30дан ошган, иккинчидан, эндокрин бузилишлар ва яллиғланиш касалликларининг мавжудлиги, учинчидан, гормонал препаратларнинг жуда катта дозаларда қабул қилиниши ва, ниҳоят, тўртинчидан, ҳомиладорлик содир бўлишига тўсқинлик қилган сабабларнинг ўзи ҳомиладорликни вақти-соатига етказишга ҳам тўсқинлик қилиши мумкинлиги.

Бепуштликни даволагандан кейин ҳомиладорларни кузатиб бориш ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, улардан аёллар маслаҳатхоналари ва оддий гинекологик стационарларнинг шифокорлари хабардор бўлавермайдилар. Бу ўринда ҳомиладорлик пайтида гормонал препаратларни беришдан қўрқмаслик кераклигини таъкидлаб ўтамиз ҳолос. Уларнинг бўлажак бола учун ҳавфсизлиги аниқланган деб ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг содир бўлиши пировард натижада соғлом бола туғилиши билан тугаши лозим бўлган жараённинг боши ҳолос. Шунинг учун ҳомиладорликнинг дастлабки даврлариданок, янада яхшиси, у содир бўлган дақиқадан бошлаб, бепуштликни даволагандан кейинги ҳомиладорликни сақлаш бўйича тажрибага эга бўлган мутахассис назорати остида бўлиш зарур.

### **БЕПУШТЛИККА ОЛИБ КЕЛАДИГАН ВА/ЁКИ УНГА ҲАМРОҲЛИК ҚИЛАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНАДИГАН ПРЕПАРАТЛАР**

Юқорида биз одатда бепуштликни даволашдан олдин олиб бориладиган яллиғланишга қарши даволаш ҳақида гапириб ўтдик.

Бундай даволаш антибиотиклар, вирусларга, замбуруғларга қарши препаратлар, трихомонозни даволашда қўлланадиган воситалар ва бошқа воситалар ёрдамида олиб борилади.

Бепуштлиқни даволаш учун қўлланадиган препаратлар асосан гормонал препаратлар бўлади ёки у ёки бу тарзда одамнинг эндокрин тизимига таъсир кўрсатади.

Бу қалқонсимон без, буйрак усти безлари, тухумдон безларининг препаратлари бўлиши мумкин. Булар орасида айниқса тухумдон безларининг препаратлари (эстрогенлар ва прогестеронлар), шунингдек уларнинг синтетик аналоглари (прогинова, эстрофем, дюфастон ва бошқалар) ҳайз даври бузилишларининг даврий терапияси учун, ҳомиладорликнинг тўхташ ҳавфи туғилганда, уни қўллаб-қувватлаш учун жуда кенг қўлланса, экстракорпорал уруғлантириш дастурларида эмбрионларни бачадонга олиб ўтгандан кейин ҳамма вақт қўлланади.

Ановуляцияни даволашда кломифена цитрат жуда кенг қўлланади. У ўзининг алоҳида хусусиятларига кўра фолликулаларнинг ўсиши ва нормал пишиб етилишини рағбатлантириш хусусиятига эга. Худди шу мақсадларда гонадотропинлар препаратлари, масалан, меноген ҳамда унинг олий даражада тозаланган менопур аналоги қўлланади. Гонадотропинлар препаратлари ЭКУ усули билан бепуштлиқни даволашда ниҳоятда юқори самарали, аниқроқ айтадиган бўлсак, тенги йўқ бўлиб чиқди. Айнан шуларнинг ёрдамида битта ҳайз даврида бир нечта фолликулаларни, демакки, бир нечта эмбрионларни етиштиришга эришилди, бунинг натижаси ўлароқ ҳомиладорликнинг содир бўлиш эҳтимоли ошди. Гонадотропинлар сперматогенезнинг бузилиши билан боғлиқ эркак бепуштлигининг айрим шаклларини даволашда ҳам кенг қўлланади.

Эркак ва аёл бепуштлигини, шу жумладан, ЭКУ йўли билан даволашда хорионик гонадотропин (ХГ), масалан, хорагон ниҳоятда кенг қўлланади. У ҳомиладор аёлларнинг сийдигидан олинади. Айнан шу препарат организмга киритилганда, овуляция механизми ишга тушади ҳамда шифокорларга уруғланишга қодир тухумхўжайраларни олиш вақтини қатъий кўрсатади. ХГ препаратлари сариқ тана функциясини ҳамда эрта муддатлардаги ҳомиладорликни қўллаб-қувватлашда кенг қўлланади.

Ниҳоят, бепуштлиқни даволашда тобора кенгроқ қўлланаётган препаратларнинг яна бир синфини айтиб ўтиш лозим. Улар қаторида (а-ГнРГ) гонадотропин рилизинг гормонининг агонистлари бўлган препаратларни, масалан, декапептилни кўрсатиб ўтиш мумкин.

Декапептил гонадотропинлар билан биргаликда фолликулалар ва тухумхўжайраларнинг ўсиши ва пишиб етилишини тўлиқ назорат остига олиш ва шунинг билан ЭКУ дастурларида фақатгина гонадотропинлардан фойдаланишга қараганда анча юқорироқ натижаларга эришиш имконини беради. Айнан шу препаратлар эндометриоз, бачадон миомаси, простата беши шишларини ва ҳ.к. мустақил даволаш усули сифатида муваффақият билан қўллаиб келинмоқда.

Сўнгги йилларда овуляцияни рағбатлантириш учун гонадотропинларнинг синтетик, рекомбинант препаратлари ва ГнРГ антагонистлари қўлланмоқда. Бироқ уларнинг самарадорлигини вақт ҳали исботлаганича йўқ.

Беморлар санаб ўтилган препаратлар қанчалик безарар деган саволни тез-тез берадилар. Яна бир бор таъкидлаб ўтамиз: агар улар шифокор кўрсатмасига кўра қабул қилинса, фақат фойда

келтиради. Бироқ уларнинг ҳаммаси учун ўзининг тўғри келмайдиган жиҳатлари ҳам мавжуд бўлиб, улар препаратга илова қилинган тавсифда кўрсатилади ҳамда шифокорга яхши маълум бўлади. Бу ўринда биз фақат гонадотропинларни қўллашда тўғри келмайдиган жиҳатлар ҳақида тўхталиб ўтамиз, чунки айнан улар бепуштликни даволашда бугунги кунда айниқса кенг қўлланади.

Тухумдонлар, сут безлари, қалқонсимон безда шишлар бўлса, гонадотропинлардан фойдаланиш мумкин эмас. Шунинг учун даволаниш олдидан бундай патология йўқлигига ишонч ҳосил қилиб олиш зарур. Аёллар ўзларида мавжуд бўлган ва ўзлари билган патология тўғрисида, ҳеч нарсани беркитмай, албатта шифокорни шахсан хабардор қилишлари шарт. Янада яхшиси – бепуштликни даволаш олдидан тегишли мутахассисга (маммолог, эндокринолог) мурожаат қилиб олиш.

Миллионлаб кишилар бепуштликни даволашда катта миқдорда гонадотропинларни қабул қилганлар. Бироқ бугунги кунга қадар уларнинг мутлако безарарлигини ҳам, аниқ бир зарарини ҳам ишонч билан таъкидлаш ғоят қийин. Эҳтимол, бу масала узил-кесил ойдинлашиши учун яна бир неча ўн йиллар ўтишига тўғри келар.

Гонадотропинларни қабул қилиш тухумдонларнинг фолликуляр аппаратини қашшоқлаштириб қўйиб, бу билан эрта климаксни келтириб чиқармайдими? Аёлларнинг шифокорларга тез-тез берадиган саволаридан бири мана шундай. Гонадотропинлардан кўп йиллар давомида фойдаланиш тажрибаси кўрсатишича, бундан кўркмас ҳам бўлади.

Хулоса қилиб, таъкидлаш жоизки, даволаш жараёнида узоқ вақтни талаб қиладиган, кам самарали, эскирган усуллар ва препаратлар ўрнига тиббиёт фанининг сўнгги ютуқларига асосланган янги, юқори самарали, репродуктив технологиялар келмокда. Бундай шароитда замонавий гормонотерапия имкониятларига, сунъий, биринчи навбатда экстракорпорал уруғлантириш методларининг турли вариантларига суянган фаол ёндошув бепуштликни даволашда бирдан-бир тўғри ҳисобланади. Бепуштликни даволашда унинг сабабларини тўғри баҳолаш, ҳар бир жуфтлик учун кам вақт, куч ва маблағ сарфлаб ҳомиладорликка олиб келадиган оптимал даволаш методини топиш муваффақият гаровидир.

Ва, ниҳоят, тиббиётда сиз кўп эшитган, бироқ жарангдор атамалар ортида нима яширинганини тушуниб ета олмаган янги тенденциялар тўғрисида маълумот бермоқчимиз.

## **ГЕНЕТИК ТЕСТ СИНОВИ**

Генетик мутацияларнинг катта қисми яширин қолади, ва инсон оғир ирсий касалликнинг ташувчиси нима бўлиши мумкинлигини билмайди ҳам. Агар ота-онанинг иккаласида бир хил ген мутацияси мавжуд бўлса, бола бемор туғилади. Қуйида замонавий усуллар билан ташхислаш мумкин бўлган генетик касалликлар санаб ўтилган. Ҳозирда бемор бола туғилишининг олдини олиш усули мавжуд. Бироқ бунинг учун ота-оналар генетик тест синовларидан ўтишлари лозим. Оиласида ақалли битта ирсий касаллик ҳодисаси бўлган жуфтликлар учун бундай синовлардан ўтиш шарт.

Кенг тарқалган ирсий касалликлар рўйхати

Муковисцидоз

Фенилкетонурия

Тэй-Сакс касаллиги

Гоше касаллиги

Пигментли ретинит

Ўроқсимон-хўжайравий анемия

Талассемия

Фанкони анемияси

Дюшен миодистрофияси

Бейкер миодистрофияси

Пузирчатка

Буйраклар поликистози

Альцгеймер касаллиги

Ретинобластома

Оилавий аденоматозли полипоз

Оилавий канцероидли синдром

Оилавий кўкрак саратони

Нейрофиброматоз

Гидроцефалия

Гентингтон хораяси

X-синувчан хромосома синдроми

Орқацеребрал атаксия

Бунда ирсий мойилликка эга бўлган касалликлар алоҳида ўрин эгаллайди. Айниқса диабет, атеросклероз, саратон ва бошқалар кенг тарқалган касалликлардир. Саратон касаллигига батафсилроқ тўхталиб ўтмоқчимиз, чунки ўсманинг ривожланишига олиб келадиган мутацияларни билган ҳолда преимплантацион генетик ташхислашни ўтказиш ва бу билан ушбу оилага хос бўлган саратон ирсиятини узиб ташлаш мумкин.

Ирсий саратонни ташхислаш ва профилактика қилиш

Кўпчиликка маълум бўлганидек, саратон касаллиги кўп ўринда битта оила аъзоларида кузатилади. Ҳозирги пайтда кўкрак саратони, тухумдонлар, йўғон ва тўғри ичак саратони, қалқонсимон без, ўпка саратонининг ва ҳ.к. юзага келиши учун жавобгар бўлган генлар очилган. Саратон касаллигига генетик жиҳатдан мойиллик барча онкологик касалликларнинг эҳтимолий сабабчисидир ҳамда илм-фан қайси геннинг мутацияси аниқ қайси саратон учун жавоб бериши кераклигини аниқлаши учун озгина вақт керак холос деган нуқтаи назар мавжуд.

Ирсий саратон ҳавфли ўсмалар умумий миқдорининг тахминан 10-15%ни ташкил этади. Агар аёлда кўкрак саратонига мойиллик учун жавоб берадиган мутация мавжуд бўлса, унинг ушбу

касалликка дучор бўлиш эҳтимоли 50-55%ни ташкил этади. Ёмон ирсият ҳақида билиш кишининг тақдирида бирон нимани ўзгартира оладими? Аёлда кўкрак саратони касаллигига мойиллик мавжудлигини билиш айрим ҳолларда касалликдан халос бўлиш, бошқа ҳолларда эса у билан анча муваффақиятли курашиш имконини беради. Генетик тест синови онкогенларни аниқлаб бера олади. Ҳозирда бундай синовлар жаҳоннинг кўпгина мамлакатларида муваффақиятли ўтказилмоқда.

Бепуштликни даволаш жараёнида катта миқдорда гормонал препаратларни қабул қилишга мажбур бўлган аёллар шифокорларга ушбу препаратларнинг соғлиққа қанчалик зарари бор экани тўғрисида тез-тез савол билан мурожаат қиладилар. Бу саволга саратон мутациялари ёки онкогенларнинг мавжудлигига тест синовини ўтиш натижасида холис жавоб олиш мумкин. Агар аёл организмида онкогенлар топилган бўлса, бу ҳолда у гормонларни катта миқдорда қабул қилмаслиги ҳамда рағбатлантирувчи препаратларсиз даволаниш вариантлари тўғрисида ўйлаб кўриши лозим. Бундан ташқари саратон мутациялари аниқланганида аёл уларнинг ўз бола-чақасига мерос бўлиб ўтиш эҳтимоли тўғрисида, демакки уларни саратон ирсиятидан халос этиш эҳтимоли тўғрисида ҳам бош қотириши керак. Бугунги кунда преимплантацион ташхислаш методини қўллаш туфайли бундай имкониятни амалга ошириш мумкин. Оиласида кўкрак саратони, тухумдонлар саратони ва ҳ.к. касалликлари мавжуд бўлган аёллар учун онкогенларни аниқлашга тест синовларини ўтиш ғоят долзарб масаладир. Махсус таҳлилларни топширмай туриб, ўзларида кўкрак саратони генлари йўқ деб ишонч билан айта оладиган аёл борми? Афсуски, йўқ. Тўғридан-тўғри яқин қариндошлар у ёқда турсин, ота-оналари нима билан оғриган ва нимадан вафот этганларини ҳамма ҳам билавермайди. Кўп ҳолларда касалликлар, бахтсиз ходисалар, урушлар, табиий офатлар кишилар ҳаётини уларда онкологик касалликлар намоён бўлмай туриб олиб кетади. Бироқ улар касал генларини меросхўрларига қолдириб бўлган бўлишлари мумкин. Бундан келиб чиқадиган хулоса – ҳар бир аёл ҳаётида ақалли бир марта организмида онкогенларнинг мавжудлигига тест синови топшириши лозим.

Ўз боласининг киндик қонини нима учун сақлаш керак?

Боланинг киндик қонида кўп миқдорда ствол хўжайралари мавжуд. Бу шундай хўжайраларки, улар бошқа хўжайраларга, масалан қон хўжайралари бўлмиш эритроцитлар, лейкоцитларга ва ҳ.к. айланади.

Ҳамма эшитган: шундай касалликлар борки, улардан даволашда киши ҳаётини сақлаб қолишнинг бирдан-бир йўли илик кўчириб ўтказишдир. Масалан, қон касалликлари лейкоимия (қон саратони), анемиянинг айрим турлари, талассомия, нур касаллиги ва бошқалар шундай касалликлар жумласига киради. Бунда бемор организмида одам илигида мавжуд бўлган ствол хўжайралари “ишга” тушади.

Иликни кўчириб ўтказишда катта муаммолар мавжуд. Биринчидан, мос келадиган илик донорини топиш зарур. Бу эса ғоят мураккаб масала. Баъзида бунинг учун йиллар керак бўлади. Аммо касаллик кутиб турмайди-ку. У жуда тез ривожланади ва донор топилгунча, бемор вафот этади. Агар омад чоғиб қолса, туғишган опа-сингиллар ёки ака-укалар донор бўлишлари мумкин. Бироқ бу ўринда ҳам тўлиқ мосликка эришиш жуда қийин, хатто мумкин

эмас. Хатто мос донорнинг илиги кўчириб ўтказилганидан кейин ҳам узоқ вақт бемор иммунитетини бостиришга тўғри келади. Бу эса иккинчи жиддий муаммони келтириб чиқаради: бемор инфекциялардан нобуд бўлиши мумкин, чунки уни ҳамма вақт “стерил” шароитда сақлашнинг имкони йўқ-ку.

Энди ҳар бир кишининг кичкина идишчада оз миқдорда бўлса-да, ўзининг ствол хўжайралари бор деб фараз қилайлик. Агар бу киши ягона қутулиш йўли ствол хўжайраларини кўчириб ўтказиш бўлган касалликлардан бири билан тўсатдан оғриб қолган бўлса, мос келадиган донорни қидириш, бировнинг илигидан фойдаланганлик учун катта пул тўлаш, иммунитетни бостириш билан боғлиқ узоқ муддатли ва оғир процедурани бошидан кечириш ўрнига у музхонадан ўз-ўзининг ствол хўжайраларини олиб, улардан фойдаланади кўяди.

Киндик қони банки айнан мана шундай имкониятни беради: донорни излашга сарфланадиган қадрли вақтнинг бир дақиқаси ҳам зойе кетмайди, иммунитетни бостириш билан боғлиқ ҳавфнинг ўзи қолмайди. Боз устига, киндик қонидан олинган ствол хўжайралари иликдан олинган шу турдаги хўжайралардан анча ёш. Бу демак, уларнинг организм учун керакли хўжайраларга айланиш имкониятлари ҳам анча кучли. Киндик қонидаги фойдали хўжайралар концентрацияси иликдагига қараганда анча баланд, уларни кўчириб ўтиш процедураси эса анча осонроқ ва ҳавфсизроқ.

Сўнгги ўн йилликда киндик қонидан олинган ствол хўжайраларидан муваффақиятли фойдаланишда жуда катта тажриба орттирилди. Кўпчилик мамлакатларда (масалан, АҚШда) киндик қонини тўплаш ва сақлаш бўйича миллий дастурлар жорий қилиндики, улар туфайли минглаб кишиларнинг ҳаёти сақлаб қолинди.

Афсуски, ушбу сатрларни ўқиб турганлар учун бундай имконият йўқ. Бироқ ўз фарзандингизнинг киндик қонини сақлаб қўйиб, унга шундай имконият беришингиз мумкин ва шарт. Уни бир умрга сақлаб қўйинг-у, сизнинг фарзандингиз илоё ундан ҳеч қачон фойдаланмасин. Бироқ бирон кор-хол юз берса, фарзандингизда у туғилгандаёқ сиз унга ҳада этган имконият бўлади.

Ҳар қандай янгилик каби, киндик қони банкини яратиш ғояси ҳам кўпчиликда шубҳа туғдириши мумкинлигини биз тушуниб турибмиз. Лекин бир неча йил ўтиб, бу ғоя ҳам самолет, поезд, компьютер ва ўз вақтида ажабланарли кўринган яна алла қанча нарсалар каби одатий бўлиб кетади. Ствол хўжайралари кўплаб касалликларни даволашда асос вазифасини ўтайди. Бироқ уларни ҳаётда фақат бир марта – фарзандингиз туғилганда тўплаб олиш мумкин. Мана шу вақтни қўлдан бой бериб, сиз ўз фарзандингиз соғлигининг нодир ва тенги йўқ манбаидан маҳрум этган бўласиз.

Айтиб ўтиш зарур бўлган яна бир гап бор. Сиз фарзанд кутаяпсиз. Сиз унинг ҳамма вақт соғлом ва бахтиёр бўлишига ишонасиз. Биз ҳам бутун дилдан сизнинг истагингизга шерикмиз. Бироқ ҳақиқий ҳаёт баъзида жуда шафқатсиз бўлади: эртами-кечми, ҳамма кишилар касал бўладилар, ва бу жуда ёш даврда ва жуда оғир шаклда содир бўлиши мумкин. Кўпчилик касалликларни даволаш бугунги кунда жуда қиммат туради ва шундай бўлганда ҳам, ҳамма вақт самара беравермайди. Сизда эса бугуноқ фарзандингизнинг келажакдаги ҳаёти ва соғлиги учун асос яратиб бериш имконияти мавжуд.

Овуляция кунини қандай аниқлаш мумкин?

Овуляция, яъни тухумхўжайрани фолликуладан чиқиши уруғланишнинг асосий омилларидан биридир. Агар аёлда овуляция бўлмаса, уруғланиш ҳам бўлмайди. Тухумхўжайра муваффақиятли уруғланиши ва ҳомиладорлик содир бўлиши учун сперма аёлнинг жинсий йўллариغا овуляциядан кейин икки кун мобайнида келиб тушиши жуда муҳимдир. Шунинг учун фарзанд кўришни орзу қилган ҳар бир аёл ўзига-ўзи аввалам бор ўзида овуляция борми ва у қачон содир бўлаяпти деган савол бериши лозим.

Овуляциянинг бор-йўқлигини ва унинг бошланиш вақтини ташхислашнинг бир неча усуллари мавжуд. Асосий усуллардан бири, масалан, ультратовуш текширувидир. Бундай текширув пайтида шифокор аввал фолликулани пишиб етилиш жараёнини, кейин овуляция белгиларини – фолликуланинг ўрнида сариқ тананинг ҳосил бўлиши ва бачадон атрофида суюклик тўпланишини кўради. Мана шу дақиқани тутиб олиш учун, ультратовуш текширувини бир неча марта ўтказишга тўғри келади. Бироқ асосий муаммо шундаки, овуляция куни ўзгариб туради, шунинг учун уни ҳар бир ҳайз даврида янгитдан аниқлашга, яъни яна бир неча кун давомида УТТ қилишга тўғри келади. Бу зерикарли, чарчатадиган ва ортиқча маблағ талаб қиладиган процедурадир.

Овуляция кунини аниқлашнинг бошқа бир усулида аёл организмида овуляция бошланишига таъсир кўрсатадиган лютеинлашувчи гормон (ЛГ) ўз чўққисига етган вақт аниқланади. ЛГ ўз чўққисига етганини қондан аниқлаш мумкин. Бунда бир неча кун давомида лабораторига келиб қон топшириб туриш керак. ЛГ чўққисини сийдикдан ҳам аниқлаш мумкин. Бу “овуляцияга уй шароитида ўтказиладиган тестлар” деб аталади. Бу тестлар анча аниқ, бироқ бир марталик бўлганлиги учун, уларнинг запаси муттасил тўлдириб турилиши лозим. Ниҳоят, сўнгги йилларда овуляцияни сўлакдан аниқлаш методи ишлаб чиқилди. Бу метод аёлнинг жинсий гормонлари таъсирида сўлакнинг кристаллашуви каби фавқулотда ҳодисага асосланади: Кристалларнинг максимал миқдори овуляция кунини ҳосил бўлади. Агар мана шу куни сал қуритилган сўлакка микроскоп остида қаралса, у папоротник япроғига ўхшаб кетгани кўринади. Айнан мана шу куни ёки яқин бир-икки кун мобайнида жинсий алоқада бўлиш ёки сунъий уруғлантиришни ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бу метод ҳам уйда ўтказиладиган тестлар қаторига киради, бироқ сиз ҳар гал дорихонадан янги тестларни сотиб олишингиз шарт бўлмайди, бир марта мини-микроскоп сотиб олсангиз кифоя. Шунда ўз ҳайз даврингизни ҳар қандай вақтда ва ҳар қандай ерда назорат қилиб боришингиз мумкин бўлади!

Овуляцияни аниқлаш учун экспресс-тестлар

Экспресс-тестлар тез ташхислаш талаб қилинган барча ҳолатларда жуда қўл келади. Улар шифокорлар томонидан ҳам, беморларнинг ўзлари томонидан ҳам уй шароитида қўлланиши мумкин. Улардан фойдаланиш алоҳида тайёргарлик, махсус кўникма ёки қўшимча аппаратурани талаб қилмайди.

Овуляцияни аниқлаш учун Клиаплан тести овуляция механизмини ишга соладиган лютеинлаштирувчи гормон (ЛГ) чўққисини аниқлашга асосланган. Бу тест сийдикда

текширилади. Тест ниҳоятда юқори сезгирлик ва аниқликка эга бўлиб, у овуляцияни 99% ҳолларда аниқлаб беради. Тест уруғланиш учун энг мақбул вақтни аниқлашда қўлланади. Натижа 3 минут давомида олиниши мумкин. Бунда сийдикни тўплаш учун ҳеч қандай қўшимча восита керак эмас – аёл сийдик чиқариш пайтида тестни унинг оқимиغا қўйиб турса, шунинг ўзи етади.

Бепуштликни даволашда тест:

- табиий ва рағбатлантирилган ҳайз даврларида жинсий алоқа учун вақтни тўғри белгилаш;
- эр ёки донор спермаси билан сунъий уруғлантиришни ўтказиш учун энг мақбул вақтни белгилаш;
- ташхислаш ва даволаш процедураларини ўтказиш учун (гормонларга қон таҳлилини топшириш, эндометрий биопсиясини ўтказиш ва ҳ.к.) оптимал вақтни белгилаш;
- ректал ҳароратни ўлчашдек тинкани қуритадиган ва ёқимсиз процедурадан қутулиш;
- кўп марталаб шифокор қабулига келиш ва ультратовуш теширувидан ўтишдан халос бўлиш;
- шифохонага қатнайвериш миқдорининг камайиши ҳисобига вақт ва маблағ сарфини анча камайитириш имконини беради.

Ҳомиладорликни эрта ташхислаш учун Клиаблю экспресс-тести. Тест сезгирлиги 30 бирликка тенг бўлиб, у ҳомиладорликни ҳайз кечиккан биринчи кундаёқ 99,8% аниқликда билиб беради.

«СолькоТриховак» вакцинаси нима учун керак?

Соғлом аёл қинида бактериялардан иборат кучли ҳимоя тўсиғи мавжуд. Бу бактериялар сут кислотани ишлаб чиқаради ва бу билан касаллик қўзғатувчи микробларнинг кириб бориши ва кўпайишига тўсқинлик қилади. Ушбу ҳимоя тизими сал панд бериб қўйса борми, сут кислотаси бактерияларининг сони кескин қисқариб, касаллик келтириб чиқарувчи бактериялар гуркираб ўсиб кетади. Қин микрофлорасининг бузилиши ва, айниқса, трихомониаз аёл учун ташқи жинсий органлар соҳасидаги таъсиротлар, қичиш, жуда ёмон исли (“сасиган балиқ иси келадиган”) оқмалар, қизариш, жинсий алоқа пайтида ва ундан кейин сезиладиган оғриқ каби бирталай нохуш сезгилар сабабчиси бўлади. Бундай ҳолатни гинекологлар “бактериал вагиноз” деб атайдилар.

Бугунги кунда бактериал вагиноздан бола туғиш ёшида бўлган ҳар бир учинчи аёл у ёки бу даражада азият чекади. Бактериал вагиноз эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит (ортиқларнинг яллиғланиши) ва бачадон бўйинчаси эрозияси каби сурункали яллиғланиш касалликлари учун жуда мақбул замин бўлиб хизмат қилади. Аборт, бачадон ва найчаларнинг рентген тасвирлари, гистеро- ва лапароскопия, гинекологик операциялар, бепуштликни текшириш ва даволаш (бачадон ичида уруғлантириш, экстракорпорал уруғлантириш), спираль қўйиш ва кўплаб бошқа манипуляцияларнинг ўтказилиши қин флорасига салбий таъсир кўрсатади ҳамда уни тўлиқ меъёрга келтиришни талаб қилади, чунки патоген микроорганизмларнинг бачадонга ва ундан ўтиб кичик чаноқ бўшлиғига кириб бориши бачадон, унинг ортиқларининг яллиғланиши ва хатто перитонитга олиб келиши мумкин. Айрим беморларда бу касаллик дори-дармон билан (шамлар ёки кремлар ёрдамида) анча осон даволанади, бошқаларда эса чўзилиб кетиши ва хатто сурункали тус олиши мумкин. Тажриба

шуни кўрсатадики, бугунги кунда маълум бўлган қинни санация қилиш методларининг самараси қисқа муддатли ва турғун эмас – суртма таҳлиллари ва даволашни деярли ҳар ойда қатаришга тўғри келади. Бундай ҳол организмнинг ўзи патоген флора билан курашмаслиги, бундай аёлларда маҳаллий иммунитет кескин тушиб кетгани билан боғлиқ. Заифлашган иммунитетни тўғрилаш бактериал вагинозни даволашнинг самарали йўли бўлиб, у икки босқичда ўтказилиши лозим. Биринчи босқичда антибактериал препаратлар қабул қилинади. Иккинчи босқичда қинда табиий ҳимоя микрофлораси тикланади, бунга СолкоТриховак вакцинаси воситасида эришилади. СолкоТриховак вакцинаси маҳаллий иммунитетни рағбатлантиришга қаратилган. Вакцинани киритиш натижасида антителолар (зиджисмлар) ҳосил бўлади. Улар “нотўғри” флорани йўқ қилади ва бу билан меъёрдаги микрофлоранинг кўпайиши ва фаоллашуви учун шароит яратади.

Вакцинация бактериал вагиноз касаллиги кўп қайтариладиган, ҳомиладорликни режалаштираётган (ҳомиладор бўлишдан 2-3 ой олдин), бачадон спиралидан фойдаланмоқчи бўлган аёллар учун тўғри келади. Оддий воситалар билан биргаликда вакцинация яллиғланиш касалликларининг сурункаликка ўтиб кетмаслигининг олдини олиш имконини беради ҳамда жинсий инфекциялар ҳавфини анча пасайтиради.

Вакцина деярли ҳавфсиз: унинг қўшимча таъсирлари атиги 2%га яқин бўлиб, улар ҳам маҳаллий реакциялардан нарига ўтмайди. Бу, масалан, қизамиқ, сил, қизилча каби ҳаммага маълум вакциналарникига қараганда анча паст.

Вакцина қин микрофлорасини турғун меъёрга келтиради ҳамда аёлни суртмалар-даволаш-суртмалар доираси бўйлаб тинимсиз айланиб юришдан халос этади.