

Date: 17th September-2026

**АЁЛЛАРДА БЕПУШТЛИК: ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ
УСУЛЛАРИ**

Хусанова Мухлисахон Шухратжон қизи

Central Asian Medical University (CAMU), 1-курс клиник ординатори

Аннотация. Аёлларда бепуштлик репродуктив саломатликнинг энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммоларидан бири бўлиб, у нафақат ҳомиладорликка эришиш имкониятига, балки аёлнинг рухий ҳолати, оилавий муносабатлари ва ҳаёт сифатига ҳам таъсир кўрсатади. Мақолада аёллар бепуштлигининг асосий сабаблари, уни аниқлашда қўлланиладиган замонавий клиник, лаборатор ва инструментал усуллар, тухумдон захирасини баҳолаш, бачадон ва бачадон найлари ҳолатини текшириш, овулятор бузилишларни аниқлаш ҳамда жуфтликни комплекс баҳолаш тамойиллари ёритилган. Шунингдек, овуляцияни индукция қилиш, эндокрин бузилишларни коррекциялаш, гистероскопик ва лапароскопик даволаш, бачадон ичи инсеминацияси, экстракорпорал уруғлантириш, интрацитоплазматик сперматозоид инъекцияси ва криоконсервация каби замонавий даволаш имкониятлари таҳлил қилинган. Бепуштликни бошқаришда аёлнинг ёши, бепуштлик давомийлиги, тухумдон захираси, найлар ўтказувчанлиги, бачадон патологияси ва эркак омилини бир вақтда ҳисобга олган индивидуал ёндашувнинг аҳамияти таъкидланган.

Калит сўзлар: аёллар бепуштлиги, репродуктив саломатлик, овуляция, тухумдон захираси, антимюллер гормони, эндометриоз, ЭКУ, ИКСИ, ёрдамчи репродуктив технологиялар.

Бепуштлик замонавий тиббиётда репродуктив ёшдаги аҳоли орасида кенг тарқалган муаммолардан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти бепуштликни эркак ёки аёл репродуктив тизимининг касаллиги сифатида таърифлайди ва у мунтазам, ҳимояланмаган жинсий ҳаётга қарамай 12 ой ёки ундан ортиқ вақт давомида ҳомиладорликка эришилмаслиги билан ифодаланади. ЖССТнинг глобал баҳоларига кўра, репродуктив ёшдаги инсонларнинг тахминан ҳар олтинчисидан бири ҳаёти давомида бепуштлик муаммосига дуч келади. Бу ҳолатнинг тарқалиши уни фақат алоҳида оиланинг муаммоси эмас, балки жамоат саломатлиги учун аҳамиятли ҳолат сифатида кўриб чиқиш зарурлигини кўрсатади. 2025 йилда ЖССТ бепуштликнинг профилактикаси, диагностикаси ва даволашига бағишланган биринчи глобал клиник қўлланмани эълон қилди. Унда ёрдамнинг хавфсиз, самарали, далилларга асосланган ва имкони борича барча аҳоли қатламлари учун етарли даражада очиқ бўлиши асосий тамойиллардан бири сифатида белгиланган.

Аёлларда бепуштлик бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи бепуштликда аёлда илгари ҳомиладорлик кузатилмаган бўлади, иккиламчи бепуштликда эса анамнезда камида бир марта ҳомиладорлик бўлган, аммо



Date: 17th September-2026

кейинчалик қайта ҳомиладор бўлиш имкони йўқолган ёки қийинлашган бўлади. Аёл репродуктив функцияси гипоталамус-гипофиз-тухумдон тизими, овуляция, бачадон найларининг ўтказувчанлиги, эндометрийнинг рецептивлиги ва умумий соматик ҳолатнинг ўзаро мувофиқ ишлашига боғлиқ. Шунинг учун бепуштлиқни битта касаллик сифатида эмас, турли этиологик омиллар натижасида юзага келадиган клиник ҳолат сифатида баҳолаш тўғри бўлади. Айрим жуфтликларда аниқ сабаб топилмайди ва барча стандарт текширувлар меъёрида бўлса ҳам ҳомиладорлик юз бермайди; бундай ҳолат тушунтириб бўлмайдиган бепуштлиқ деб юритилади.

Аёлларда бепуштлиқнинг энг муҳим сабабларидан бири овуляция бузилишларидир. Поликистоз тухумдонлар синдроми, гипоталамик дисфункция, гиперпролактинемия, қалқонсимон без касалликлари, тухумдон функциясининг бирламчи етишмовчилиги, оғир вазн етишмовчилиги ёки семизлик, ортиқча жисмоний юклама ва айрим сурункали касалликлар фолликул етилиши ҳамда овуляция жараёнини издан чиқариши мумкин. Ҳайз циклининг номунтазамлиги, олигоменорея ёки аменорея овулятор дисфункция эҳтимолини оширади. Бироқ мунтазам цикл ҳам репродуктив тизимнинг барча бўғинлари мутлақо соғлом эканини аниқламайди. Шу сабабли клиник анамнез лаборатор ва инструментал маълумотлар билан биргаликда баҳоланади.

Най-перитонеал омил ҳам муҳим ўрин тутати. Бачадон найларининг тўлиқ ёки қисман обструкцияси сперматозоид ва ооцитнинг учрашувини қийинлаштиради ёки имконсиз қилади. Бунга чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар, аввал ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, битишма жараёнлари ва эндометриоз сабаб бўлиши мумкин. Най патологиясини ўз вақтида аниқлаш даволаш тактикасини танлашда жуда муҳим, чунки оғир икки томонлама най шикастланишида узоқ вақт самарасиз консерватив даволаш репродуктив вақтни йўқотишга олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, ҳар бир най патологияси ҳам дарҳол экстракорпорал уруғлантиришни талаб қилмайди; қарор беморнинг ёши, патология даражаси ва бошқа омиллар билан биргаликда қабул қилинади.

Эндометриоз аёлларда бепуштлиқ билан кўп учрайдиган ҳолатлардан бири бўлиб, унинг репродуктив функцияга таъсири бир нечта механизмлар орқали амалга ошади. Кичик чанок анатомиясининг ўзгариши, битишмалар, яллиғланиш медиаторларининг кўпайиши, тухумдон эндометриомалари ва баъзан тухумдон захирасининг пасайиши ҳомиладорлик эҳтимолига таъсир қилиши мумкин. Эндометриозда оғриқ синдроми, дисменорея, диспареуния ёки сурункали чанок оғриғи бўлиши мумкин, лекин айрим беморларда касаллик деярли белгисиз кечади. Шу сабабли бепуштлиқ билан мурожаат қилган аёлда анамнезни чуқур ўрганиш муҳим. Эндометриозни даволашда фақат касаллик босқичига эмас, балки аёлнинг ёши, оғриқ даражаси, тухумдон захираси, аввалги операциялар ва ҳомиладорлик режасига ҳам эътибор берилади.

Бачадон омили ҳам репродуктив натижаларга таъсир қилиши мумкин. Эндометрий полиплари, бачадон бўшлиғини деформацияловчи субмукоз миомалар,

Date: 17th September-2026



бачадон ичи синехиялари, айрим туғма аномалиялар ва аденомиоз имплантация учун ноқулай шароит яратиши мумкин. Бироқ УТТда аниқланган ҳар қандай кичик миома ёки полип автоматик равишда бепуштликининг ягона сабаби деб қабул қилинмаслиги керак. Замонавий ёндашувда аниқланган ўзгаришнинг локализацияси, ҳажми, бачадон бўшлиғига таъсири ва беморнинг умумий репродуктив ҳолати баҳоланади. Бу ортикча жарроҳлик амалиётларидан сақланиш ва ҳақиқатан клиник аҳамиятга эга патологияни ўз вақтида даволаш имконини беради.

Аёл ёши фертилликини баҳолашда энг муҳим прогностик омиллардан бири ҳисобланади. Ёш ўтиши билан тухумдонларда қолган ооцитлар сони камаяди ва уларнинг сифати ҳам пасаяди. Бу табиий биологик жараён бўлиб, айниқса кеч репродуктив ёшда ҳомиладорликка эришиш имкониятига сезиларли таъсир кўрсатади. Шу сабабли бепуштлики диагностикасини бошлаш муддати аёл ёшига боғлиқ. ASRM тавсияларига кўра, 35 ёшдан кичик аёлларда мунтазам ҳимояланмаган жинсий ҳаёт фонида 12 ой ичида ҳомиладорлик юз бермаса текширув бошланади; 35 ёш ва ундан катта аёлларда эса 6 ойдан кейин текширув ва зарур ҳолда даволашни бошлаш мақсадга мувофиқ. 40 ёшдан кейин янада тезкор баҳолаш талаб қилиниши мумкин. Агар аменорея, эндометриоз, най патологияси, тухумдон захирасини камайтирувчи касаллик ёки бошқа маълум хавф омили мавжуд бўлса, белгиланган муддатни кутиш шарт эмас.

Замонавий диагностика батафсил анамнез йиғишдан бошланади. Ҳайз циклининг бошланиш ёши, давомийлиги, мунтазамлиги, оғриқлилиги, аввалги ҳомиладорликлар ва уларнинг натижалари, контрацепция тарихи, кичик чанок инфекциялари, операциялар, эндометриозга хос белгилар, дори воситалари, сурункали касалликлар ва оилавий анамнез аниқланади. Тана вазни ва бўйи, тана масса индекси, гиперандрогения белгилари, қалқонсимон без ҳолати ва гинекологик кўрик натижалари клиник манзарани тўлдиради. Бепуштликини фақат аёлни текшириш билан чеклаш нотўғри. Жуфтликда ҳомиладорлик режалаштирилаётган бўлса, эркак омилини ҳам параллел баҳолаш зарур; сперма таҳлили бошлангич текширувнинг асосий қисмларидан бири ҳисобланади.

Овуляцияни баҳолашда Ҳайз тарихи катта аҳамиятга эга. 21-35 кун оралиғида мунтазам келадиган цикл кўп ҳолларда овулятор циклга мос келади. Клиник вазият ноаниқ бўлса, лютеин фазасида прогестерон даражасини аниқлаш, овуляцияни башорат қилувчи тестлар ёки трансвагинал УТТ орқали фолликул ривожланишини кузатиш мумкин. Базал ҳароратни узоқ вақт ўлчаш ёки эндометрий биопсиясини фақат овуляцияни тасдиқлаш мақсадида қўллаш замонавий стандарт текширувнинг асосий усуллари ҳисобланмайди. Агар цикл номунтазам бўлса, фақат овуляция йўқлигини тасдиқлаш билан чекланмасдан, унинг сабабини топишга ҳаракат қилиш керак.

Тухумдон захирасини баҳолаш сўнгги йилларда репродуктологиянинг муҳим йўналишларидан бирига айланди. Антимюллер гормони, антрал фолликулалар сони, эрта фолликуляр фазада ФСГ ва эстрадиол даражаси энг кўп қўлланиладиган

Date: 17th September-2026

кўрсаткичлардир. АМГ циклининг турли кунларида ўлчаниши мумкин, антрал фолликулалар сони эса трансвагинал УТТ орқали баҳоланади. Бу кўрсаткичлар, айниқса, тухумдонларни назоратли стимуляция қилишга қутилаётган жавобни тахмин қилиш ва даволаш режасини индивидуаллаштиришда фойдали. Бироқ АМГ пастлиги аёл мутлақо ҳомиладор бўла олмайди дегани эмас. ASRM тухумдон захираси тестларини ёш ва клиник ташхис ўрнига қўймаслик, балки қўшимча прогностик восита сифатида талқин қилиш зарурлигини таъкидлайди.

Трансвагинал ультратовуш текшируви аёллар бепуштлиги диагностикасининг энг ахборотли ва нисбатан кам инвазив усулларида биридир. У бачадоннинг ўлчами ва тузилиши, эндометрий ҳолати, миоматоз тугунлар, полиплар, тухумдонлар ҳажми, антрал фолликулалар, кисталар ва эндометриомаларни баҳолаш имконини беради. Зарур ҳолларда уч ўлчамли УТТ бачадоннинг туғма аномалияларини ва бачадон бўшлиғи конфигурациясини аниқлашда қўшимча маълумот беради. Ультратовуш натижаси клиник маълумотлардан алоҳида эмас, балки улар билан биргаликда талқин қилиниши керак, чунки тасвирдаги ҳар бир ўзгариш ҳам репродуктив функциянинг бузилишини аниқлатмайди.

Бачадон найларининг ўтказувчанлигини баҳолаш учун гистеросальпингография ва соногистерографик усуллар кенг қўлланилади. ASRM най ўтказувчанлигини баҳолашда HSG ёки SHGни тавсия этиладиган усуллар қаторига киритади. Гистеросальпингография бачадон бўшлиғи шакли ва найлар орқали контраст ўтишини кўрсатади. Соногистерография бачадон бўшлиғи патологияларини аниқлашда фойдали бўлиши мумкин. Гистероскопия бачадон бўшлиғини тўғридан-тўғри кўриш ва бир вақтнинг ўзида полип, синехия ёки субмукоз миома каби патологияни даволаш имконини беради. Лапароскопия эса барча бепушт аёлларга рутин скрининг сифатида ўтказилмайди; эндометриоз, битишма ёки бошқа чаноқ патологиясига асосли гумон бўлганда қўлланилади.

Гормонал текширувлар ҳам клиник кўрсатмаларга мувофиқ танланади. Тиреотроп гормон қалқонсимон без функциясини баҳолаш учун муҳим. Пролактинни ҳар бир аёлда автоматик тарзда текшириш шарт эмас; у галакторея, олигоменорея ёки аменорея каби кўрсатмалар бўлганда аҳамиятли. Гиперандрогения белгилари бўлса андрогенлар ва зарур бошқа гормонлар баҳоланади. Генетик текширувлар ҳам барча беморларга бир хил ҳажмда буюрилмайди. Тухумдон функциясининг эрта етишмовчилиги, маълум ирсий касалликлар, хромосом патологияга гумон ёки преимплантацион генетик тестлашга эҳтиёж бўлган ҳолатларда генетик маслаҳат ва мақсадли тестлар ўтказилиши мумкин. Бу ёндашув диагностик жараёни далилларга асосланган ва иқтисодий жиҳатдан мақбул қилади.

Бепуштликни даволашда ягона универсал схема мавжуд эмас. Даволаш аниқланган сабаб, аёл ёши, тухумдон захираси, бепуштлик давомийлиги, найлар ҳолати, эркак омили ва жуфтликнинг репродуктив режасига қараб танланади. Овулятор дисфункцияда биринчи вазифа унинг сабабини аниқлашдир. Поликистоз тухумдонлар синдромида вазни меъёрлаштириш ва метаболик хавфларни назорат

Date: 17th September-2026

қилиш репродуктив натижаларга ижобий таъсир қилиши мумкин; зарур ҳолларда овуляцияни индукция қилиш қўлланилади. Гипоталамик аменореяда энергия танқислиги, овқатланиш ва жисмоний юклама мувозанатини тиклаш муҳим. Қалқонсимон без касалликлари ёки клиник аҳамиятли гиперпролактинемияда асосий эндокрин бузилиш коррекция қилинади.

Овуляция индукцияси фақат препарат тайинлашдан иборат эмас. Фолликул ўсишини кузатиш, кўп ҳомилалилик ва тухумдонларни ортиқча стимуляция қилиш хавфини ҳисобга олиш, жинсий алоқа ёки инсеминация вақтини тўғри режалаштириш талаб этилади. Замонавий репродуктив тиббиётда даволаш самарадорлиги билан бирга унинг хавфсизлиги ҳам устувор аҳамиятга эга. Шу сабабли беморга ўзбошимчалик билан гормонал препаратлар қабул қилиш эмас, балки мутахассис назоратида аниқ ташхисга асосланган даволаш тавсия этилади. Бепуштлики даволашда вақт омили айниқса 35 ёшдан кейин муҳим бўлиб, самарасиз усулларни узоқ давом эттириш кейинги муваффақият имкониятини пасайтириши мумкин.

Жарроҳлик даволаш клиник асосланган ҳолатларда юқори самара бериши мумкин. Бачадон бўшлиғини деформацияловчи субмукоз миома, эндометрий полипи ёки синехияда гистероскопик коррекция репродуктив анатомияни тиклаш имконини беради. Найлар ва кичик чанокдаги айрим патологияларда лапароскопик усуллар қўлланиши мумкин. Бироқ операциянинг ўзи ҳам тухумдон захирасига ёки чанокда битишмалар пайдо бўлишига таъсир қилиши мумкин. Айниқса тухумдон эндометриомасида такрорий операциялар тухумдон тўқимасига зарар етказиши эҳтимоли бор. Шунинг учун жарроҳлик қарорини қабул қилишда фақат патологик ўчоқнинг мавжудлиги эмас, балки репродуктив мақсад ва кейинги даволаш режаси ҳам ҳисобга олинади.

Ёрдамчи репродуктив технологиялар бепуштлики даволаш имкониятларини тубдан кенгайтирди. Бачадон ичи инсеминациясида махсус ишлов берилган сперма овуляция даврига яқин вақтда бачадон бўшлиғига киритилади. Бу усул танланган жуфтликларда, жумладан айрим тушунтириб бўлмайдиган бепуштлиқ ҳолатларида қўлланилиши мумкин. ЭКУда тухумдонлар назоратли стимуляция қилинади, ооцитлар олинади, лаборатория шароитида уруғлантирилади ва ҳосил бўлган эмбрион бачадонга кўчирилади. ЭКУ найларнинг оғир икки томонлама патологияси, баъзи эндометриоз ҳолатлари, даволашнинг бошқа усуллари натижа бермаган вазиятлар ва бошқа клиник кўрсатмаларда муҳим аҳамиятга эга.

Интрацитоплазматик сперматозоид инъекциясида битта сперматозоид микроманипуляция усули билан бевосита ооцит цитоплазмасига киритилади. ИКСИ, айниқса, оғир эркак омили, сперматозоидлар сони ёки ҳаракатчанлигининг жиддий пасайиши ва стандарт уруғлантириш имконияти чекланган айрим ҳолатларда қўлланилади. Бироқ ҳар бир ЭКУ циклида ИКСИни автоматик қўллаш шарт эмас; усул клиник кўрсатмаларга мувофиқ танланади. Репродуктив технологияларнинг яна бир муҳим йўналиши ооцит, сперматозоид ва эмбрионларни криоконсервация

Date: 17th September-2026

қилишдир. Бу онкологик ёки бошқа гонадотоксик даволаш олдидан фертиллиқни сақлашда, шунингдек ЭКУ дастурларида кейинги эмбрион кўчиришни режалаштиришда қўл келади.

Замонавий репродуктологияда даволаш натижасини фақат ҳомиладорлик тестининг мусбат чиқиши билан баҳолаш етарли эмас. Соғлом бола туғилиши, она учун хавфсизлик, кўп ҳомилалилиқ хавфини камайтириш ва асоратларнинг олдини олиш муҳим якуний мақсадлар ҳисобланади. Шу нуқтаи назардан эмбрион кўчириш стратегияси, стимуляция протоколи ва қўшимча процедуралар индивидуал танланиши керак. Илмий далиллари етарли бўлмаган қиммат “қўшимча” тестлар ва муолажаларни барча беморларга тавсия қилишдан сақланиш зарур. ESHRE тушунтириб бўлмайдиган бепуштлиқ бўйича қўлланмасида ҳам кўплаб қўшимча тест ва даволаш усуллари учун далиллар чекланганини таъкидлайди. Демак, замонавийлик кўп муолажа қилиш эмас, балки тўғри беморга тўғри усулни танлаш билан белгиланади.

Бепуштлиқ аёлнинг руҳий ва ижтимоий ҳолатига ҳам сезиларли таъсир кўрсатади. Узоқ давом этувчи текширувлар, даволаш натижасини кутиш, молиявий харажатлар ва атрофдагиларнинг босими хавотир, тушкунлик ва оилавий зиддиятларни кучайтириши мумкин. ЖССТ бепуштлиқ билан боғлиқ стигма ва даволашга кириш имкониятидаги тенгсизликларни муҳим муаммо сифатида кўрсатади. Шу сабабли репродуктив ёрдам фақат лаборатор ва техник муолажалардан иборат бўлмаслиги, беморга тушунарли ахборот бериш, реал кутилмаларни шакллантириш, психологик қўллаб-қувватлаш ва жуфтликни қарор қабул қилиш жараёнига жалб этишни ҳам қамраб олиши керак.

Профилактика нуқтаи назаридан бепуштлиқнинг барча сабабларини олдини олиш мумкин эмас, аммо айрим хавф омилларини камайтириш мумкин. Жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларни профилактика қилиш ва ўз вақтида даволаш, чекишдан воз кечиш, ортиқча алкоголь истеъмолини чеклаш, соғлом тана вазнини сақлаш, сурункали касалликларни назорат қилиш ва репродуктив тизимга зарар етказиши мумкин бўлган муолажалар олдидан фертиллиқни сақлаш имкониятларини муҳокама қилиш муҳим. Аҳолига ёш билан боғлиқ фертиллиқ пасайиши ҳақида илмий асосланган маълумот бериш ҳам репродуктив режалаштириш сифатини яхшилайдди. Бунда аёлларни қўрқитиш ёки айблаш эмас, балки қарор қабул қилиш учун аниқ ва холис маълумот бериш асосий мақсад бўлиши лозим.

Шундай қилиб, аёлларда бепуштлиқ кўп омилли ва мураккаб клиник ҳолат бўлиб, уни самарали бошқариш эрта, тизимли ва индивидуал ёндашувни талаб қилади. Диагностикада анамнез ва клиник кўрикдан бошлаб овуляция ҳолати, тухумдон захираси, бачадон ва найлар тузилиши ҳамда ўтказувчанлиги баҳоланади, эркак омили эса параллел текширилади. АМГ, антрал фолликулалар сони, трансвагинал УТТ, HSG ёки SHG каби усуллар клиник қарор қабул қилишга ёрдам беради, аммо уларнинг ҳеч бири беморнинг умумий клиник манзарасидан ташқарида



Date: 17th September-2026

мутлақ мезон сифатида талқин қилинмаслиги керак. Даволашда овулятор ва эндокрин бузилишларни коррекция қилиш, зарур ҳолларда жарроҳлик, инсеминация, ЭКУ, ИКСИ ва криоконсервация каби имкониятлардан босқичма-босқич фойдаланилади. Замонавий репродуктив тиббиётнинг асосий мақсади кўпроқ текширув ёки муолажа ўтказиш эмас, балки беморнинг ёши, ташхиси, репродуктив захираси ва индивидуал эҳтиёжларига мос, далилларга асосланган ва хавфсиз стратегияни танлашдан иборат.

Бепуштлиқни текшириш жараёнида бемор билан мулоқотнинг сифати ҳам ташхиснинг бир қисми ҳисобланади. Аёлга ҳар бир тест нима мақсадда ўтказилиши, натижа нимани кўрсатиши ва нимани кўрсатмаслиги тушунтирилса, нотўғри кутилмалар камаяди. Масалан, АМГ тухум ҳужайраларининг қолган миқдори ҳақида билвосита маълумот берса-да, ооцит сифатини тўғридан-тўғри ўлчамайди ва табиий ҳомиладорликнинг аниқ эҳтимолини яқка ҳолда белгиламайди. Шу каби, бир мартаги УТТ ҳулосаси ҳам клиник қарор учун етарли бўлмаслиги мумкин. Репродуктив тиббиётда натижаларни бир-бири билан боғлаб талқин қилиш, вақт омилини ҳисобга олиш ва беморга тушунарли тарзда изоҳлаш мутахассиснинг муҳим вазифасидир.

Бугунги кунда бепуштлиқни даволашда шахсийлаштирилган тиббиёт тамойиллари тобора муҳим бўлиб бормоқда. Бир хил ташхисга эга икки аёлда ёш, тухумдон захираси, ҳамроҳ касалликлар, аввалги даволашга жавоб ва репродуктив мақсадлар турлича бўлиши мумкин. Шу сабабли стимуляция протоколлари, даволаш босқичлари ва ёрдамчи репродуктив технологияга ўтиш вақти стандарт қолип бўйича эмас, индивидуал хавф-фойда нисбати асосида танланиши керак. Бу ёндашув ортқча даволашни камайтириш, вақтни тежаш ва беморнинг даволаш жараёнидаги иштирокини кучайтиришга хизмат қилади.

Репродуктив технологиялар жадал ривожланаётган бўлса-да, уларнинг имкониятларини реал баҳолаш зарур. Ҳеч бир усул барча жуфтликлар учун кафолатланган натижа бермайди. ЭКУ самараси ҳам аёл ёши, ооцит ва эмбрион сифати, асосий ташхис ва бошқа омилларга боғлиқ. Шунинг учун беморга даволашдан олдин эҳтимолий фойда, чекловлар, асоратлар ва муқобил вариантлар ҳақида тўлиқ маълумот бериш клиник этиканинг ажралмас қисми ҳисобланади. Бундай ёндашув беморнинг онгли розилигини таъминлайди ва муолажани фақат техник жараён эмас, балки шифокор ва бемор ўртасидаги ҳамкорликка айлантиради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: WHO; 2025. 262 p.
2. World Health Organization. Infertility. Fact sheet. Geneva: WHO; 2025.
3. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: WHO; 2023.

Date: 17th September-2026

4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2021;116(5):1255–1265.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2020;114(6):1151–1157.
6. European Society of Human Reproduction and Embryology. Evidence-based guideline: Unexplained Infertility. ESHRE; 2023.
7. Carson S.A., Kallen A.N. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*. 2021;326(1):65–76.
8. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 6th ed. Geneva: WHO; 2021.

