

**RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIKDAN KEYIN PREGRAVIDAR TAYYORGARLIK****S. T. Djurabekova**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, abort, pregravidar tayyorlash.**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, аборт, прегравидарная подготовка.**Key words:** non-developing pregnancy, abortion, pregravidary preparation.

Hozirda rivojlanmagan homiladorlikdan keyin reproduktiv funktsiyani tiklash dasturini keyinchalik amalga oshirish bilan bosqichma-bosqich tashxis qo'yish uchun aniq mezon mavjud emas. Bunday bemorlarni reabilitatsiya qilish uchun asosli algoritm yo'q. Rivojlanmagan homiladorligi bo'lgan ayollarni reabilitatsiya qilish masalasi hozirgi kunga qadar o'rganilmagan bo'lib qolmoqda. Ushbu tadqiqotning dolzarbligi rivojlanmagan homiladorlikni boshidan o'tkazgan ayollarning reproduktiv salomatligi sohasidagi vaziyatni chuqurroq o'rganishni belgilaydi va pregravidar tayyorlash bo'yicha samarali chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish talab etadi.

**ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ****С. Т. Джурабекова**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время нет четкого критерия для постановки поэтапного диагноза с последующей реализацией программы восстановления репродуктивной функции после неразвивающейся беременности. Разумного алгоритма реабилитации таких больных не существует. Вопрос реабилитации женщин с неразвивающейся беременностью до настоящего времени остается неизученным. Актуальность данного исследования предполагает углубленное изучение ситуации в области репродуктивного здоровья женщин, перенесших неразвивающуюся беременность, и разработки эффективного комплекса мероприятий по прегравидарной подготовке.

**PREGRAVIDARY PREPARATION AFTER NON-DEVELOPING PREGNANCY****S. T. Djurabekova**

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Currently, there is no clear criterion for making a phased diagnosis with the subsequent implementation of a program to restore reproductive function after an undeveloped pregnancy. There is no reasonable algorithm for the rehabilitation of such patients. The issue of rehabilitation of women with non-developing pregnancy still remains unexplored. The relevance of this study involves an in-depth study of the situation in the field of reproductive health of women who have had an undeveloped pregnancy, and the development of an effective set of measures for pregravidary preparation.

Akusherlik amaliyoti muammolari orasida hali ham rivojlanmagan homiladorlik birinchi o'rinlardan birini egallaydi [5,6]. Homila tushishi - bu muammo bo'lib, uning ahamiyati nafaqat vaqt o'tishi bilan kamaymaydi, balki, ehtimol, hatto oshib boradi [1,7,8]. Homila tushishining turli xil turlari orasida o'tkazib yuborilgan abort alohida o'rin tutadi, ya'ni. bachadon bo'shlig'ida uzoq muddat kechikish bilan erta davrda embrion yoki xomilaning o'limi - rivojlanmagan homiladorlik.

Xalqaro Kasallik Tasnifi (XKT)-10-da maxsus bo'lim kiritildi: "Abort natijasi bilan homiladorlik", unda homiladorlikning dastlabki patologiyasining ayrim shakllari va kodlari ta'kidlangan. Ushbu tasnifga ko'ra, o'lik tuxum hujayrasi - anembrioniya (sinonimi: blightedovum, anembrionik homiladorlik, "emptysac") - bu aplaziya yoki embrioblastning erta rezorbsiyasi tufayli bo'sh embrion xaltachadir [10].

Rivojlanmagan homiladorlik – bachadon ichi erta homila nobud bulishi va homilaning bachadon bo'shlig'ida tutilishi. Rossiya ilmiy adabiyotlarida "rivojlanmagan" yoki "muzlatilgan homiladorlik" tushunchalari ushbu atamalarning sinonimlari sifatida ishlatiladi.

Reproduktiv yo'qotishlar tarkibida ushbu patologiyaning ulushi ancha yuqori: 10-20% ni tashkil qiladi. O'lik homila yoki embrionning bachadon ichida tutilishi o'lik homila sindromining asosiy sababidir [2, 10].

Rivojlanmagan homiladorlik - bu reproduktiv yo'qotish aholining hayotiy potentsialining o'rnini bosuvchi yo'qotilishini anglatadi, chunki tug'ilmagan bolalar inson kapitalini qaytarib bo'lmaydigan yo'qotishidir [3, 4,8]. Rivojlanmagan homiladorlikning etiologiyasi va patogenezini

haqidagi mavjud nazariy g'oyalarni tahlil qilish natijasida yagona va umumiy tan olingan tasnifi mavjud emas. Shu bilan birga, patologik jarayonni amalga oshirish mexanizmlari yaxshi o'rganilmagan va bo'limlarda keltirilgan [5,10,13].

Odatda rivojlanmagan homiladorlik polietiologik asorati bo'lib, surunkali endometrit asoslangan [5]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, RH 30-35% hollarda reproduktiv yo'qotishlarning sababi hisoblanadi [12]. Shuni ta'kidlash kerakki, 80-90% reproduktiv yoshdagi ayollardir [11,13]. Bu muammoning psixosotsial tomonini keltirib chiqaradi, chunki o'tkazib yuborilgan homiladorlik og'ir ruhiy travma bo'lib, ko'pincha keyingi rivojlanmagan homiladorlikning boshlanishiga olib keladi.

**Tadqiqot maqsadi:** Rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan ayollarda, pregravidar tayyorlashni optimallashtirish

**Materiallar va tadqiqot usullari:** Maqsadga erishish va belgilangan ilmiy vazifalarni bajarish uchun ishning klinik qismi I. Irgashev nomli 4- Toshkent shahar klinik kasalxonasi ginekologiya bo'limida olib borildi. Biz rivojlanmagan homiladorlik bilan kasallangan ayollarning 50 ta kasallik tarixini ko'rib chiqdik va ikkinchi guruhga rivojlanmagan homiladorlik bilan kasallangan 30 ayolni tekshirdik.

Birinchi guruhga 2016-2019 yillarda (retrospektiv tekshiruv) klinikaga murojaat qilgan rivojlanmagan homiladorlik (RH) kuzatilgan ayollarning 50 ta kasallik tarixi tanlab olingan.

Ikkinchi guruhga 2018-2021 yillar oralig'ida biz kuzatgan RH tashxisi qo'yilgan 30 ta empirik tanlangan ayollar kirdi.

Ushbu guruhdagi bemorlar klinik laboratoriya tadqiqotlari, ultratovush tekshiruvi, morfologik tekshiruvi, infeksiya uchun immunoferment, gormonal tekshiruvlar, shuningdek pregravid tayyorlash va homiladorlik boshlanishini kuzatish bo'yicha ambulatoriya tekshiruvlaridan o'tdilar.

Belgilangan vazifalarni amalga oshirish uchun ayollarning reproduktiv funksiyasiga ta'sir etuvchi omillarni o'rganish amalga oshirildi. Ayollarning yoshi reproduktiv salomatlikning ajralmas ko'rsatkichidir, bu bir nechta tushunchalarni o'z ichiga oladi - bu ayolni xavfsiz homilador qilish, aniqlash va sog'lom avlod tug'ish qobiliyatidir.

Reproduktiv yosh - bu ayol tanasi reproduktiv funktsiyani bajarishga qodir bo'lgan davr. Biz tekshirgan bemorlarning yoshi 18 yoshdan 34 yoshgacha bo'lgan reproduktiv yoshda bo'lib, o'rtacha ko'rsatkich retrospektiv guruhda  $30,5 \pm 0,96$  yosh, istiqbolli guruhda  $29,2 \pm 1,06$  yosh.

Oilaviy ahvol bo'yicha ayollarni guruhlarga taqsimotini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, retrospektiv guruhda ayollarning 92% birinchi nikohda, 8% ikkinchi nikohda, istiqbolli guruhda navbati bilan 83,3% va 16,7%.

Asosiy guruhda, uchta turmushga chiqmagan ayollarda morfologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra tushishning sababi yallig'lanish omil bo'lganligiga e'tibor qaratiladi. Ehtimol, bu ushbu ayollarning jinsiy munosabatlaridagi ko'pxotinlilik bilan bog'liqdir. Homiladorlikni rejalashtirishda ayolning bilimi va uning jamiyatdagi ijtimoiy mavqei juda katta ahamiyatga ega. So'ralganlarning aksariyati oliy yoki o'rta maxsus ma'lumotlarga ega ( $p > 0,05$ ), ularning taxminan 2/3 qismi ishchilar toifasiga mansub (mos ravishda 44% va 57%); o'rtacha, har beshinchi bemor uy bekasi (mos ravishda 54% va 40%) bo'lib, guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar bo'lmagan.

Bolalikda va balog'at yoshida biz tekshirgan barcha ayollar bolalar infeksiyalari va turli xil yallig'lanish kasalliklariga duch kelishgan. Rivojlanmagan homiladorlik bo'lgan ayollarning ekstragenital kasalliklari tekshirilganda ayollarning ko'pchiligida topilgan va har xil xarakterga ega bo'lgan.

Guruhdagi ma'lumotlarni tahlil qilsak, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari I guruhdagi 5 (10%) ayollarda va II guruhdagi 5 (16,7%) ayollarda gipertoniya bilan ifodalanadi, bu gemodinamika va mikrosirkulyatsiya o'zgarishi bilan kechadi. Tug'ma yurak nuqsonlari (mitral qopqoq prolapsi) I guruhdagi 2 (4,0%) ayollarda, II guruhdagi 2 (6,67%) ayollarda uchradi. E'tiborli tomoni shundaki, qon tomir kasalligi - varikoz tomirlari bilan og'rigan ayollarning ulushi yuqori (guruhlarda 18% va 20%). Siydik chiqarish tizimining kasalliklari ikkala guruhdagi ayollarning yarmida qayd etilgan (mos ravishda 52% va 80%). Surunkali pielonefrit deyarli bir xil

chastotada ro'y berdi va qoida tariqasida homiladorlik davrida kuchaymasdan I guruhda 11 (22%) va II guruhda 14 (46,7%) davom etdi. Siydik pufagi kasalliklari (surunkali sistit, giperreaktiv siydik pufagi) bilan kasallanish I guruhda sezilarli darajada yuqori - 44% II guruhga qaraganda - 30%. Ekstragenital kasalliklar orasida oshqozon-ichak traktining eng keng tarqalgan kasalliklari, masalan: surunkali gastrit (mos ravishda 24% va 20%); xoletsistit (mos ravishda 12% va 23%) kolit, I guruhda - 16%, ikkinchisida - 20%, oshqozon yarasi - mos ravishda 8% va 6,7%. Nafas olish kasalliklari bilan kasallanish o'rganilgan guruhlarda sezilarli darajada farq qilmadi: mos ravishda 6% va 10%.

Endokrin tizim kasalliklari ayolning reproduktiv funksiyasiga jiddiy o'zgarishlar kiritadi. Qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari, gipofiz bezi kasalliklari ko'pincha RHga olib keladigan asosiy qo'zg'atuvchi mexanizmdir. Qalqonsimon bez kasalliklari guruhlarida navbati bilan I guruhdagi ayollarning 18% va II guruhdagi 46,7% aniqlandi va subklinik gipotireoz (navbati bilan 12 va 23%), diffuz toksik bo'qoq bilan gipertireoz ( mos ravishda 4% va 6,7%).

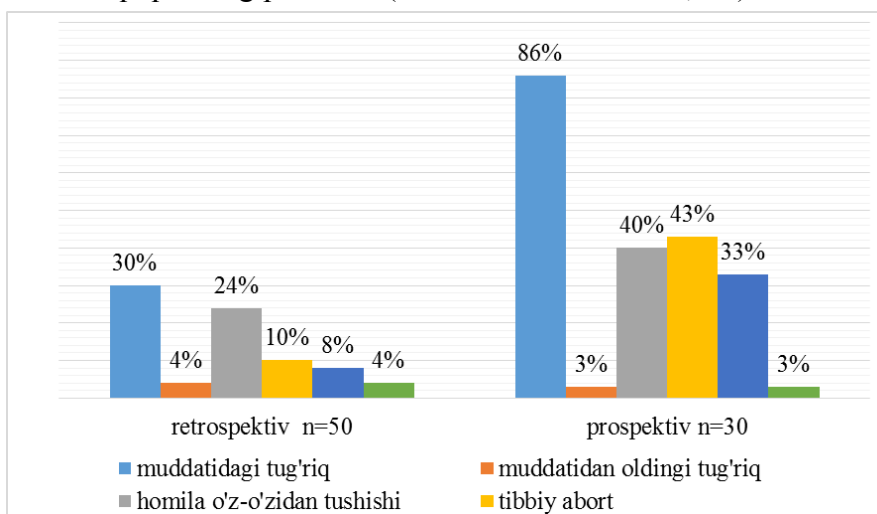


Diagram 1. Akusherlik anamnezi.

Taqdim etilgan ma'lumotlarga asoslanib, xulosa qilish mumkinki, birgalikda kelib chiqadigan somatik kasalliklar va oldingi jarrohlik aralashuvlar u yoki bu darajada keyingi homiladorlik natijalariga, shuningdek, RH sabablariga ta'sir qiladi. Shuning uchun surunkali kasalliklarga qarshi profilaktika chorolari, zamonaviy ko'rik va kerak bo'lganda davolash reproduktiv davrda xavf omillarining salbiy ta'sirini kamaytiradi.

Ma'lumotlarni tahlil qilishda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ko'pincha ginekologik kasallikning tuzilishida uchrashi aniqlandi. Shunday qilib, har uchinchi ayolda surunkali endometritning chastotasi (mos ravishda 38% va 46%) topilgan. Serviks kasalligi (mos ravishda 18% va 33%). Bu shundan dalolat beradiki, rivojlanmagan homiladorlik rivojlanishining asosiy omili bu yallig'lanish jarayonidir.

Taqdim etilgan jadval akusherlik tarixi sezilarli darajada ortganligini ko'rsatadi. Guruhda normal muddat bilan tugagan birinchi homiladorlikning nisbati, qolgan homiladorlik yig'indisidan kam. Shuni ta'kidlash kerakki, ilgari 1 yoki 2 RH tarixga ega bo'lgan ayollarda bo'lgani kabi, birinchi homiladorlik vafot etgan ayollarning ulushi yuqori va bu ehtimol keyingi homiladorlikning noqulay natijasini aniqladi. Shuni ta'kidlash kerakki, birinchi muvaffaqiyatsiz tugallangan homiladorlikdan so'ng darhol reabilitatsiya hamma uchun ham amalga oshirilmadi yoki umuman amalga oshirilmadi. Biroq, birinchi homiladorligi istalmagan va har oltinchisida tibbiy abort qilish bilan to'xtatilgan ayollar bo'lgan.

Abortdan keyin deyarli hech kimga reabilitatsiya qilinmaganligiga e'tibor qaratiladi. Yuqoridagilardan xulosa qilishimiz mumkinki, reproduktiv funksiyaga ko'plab omillar ta'sir qiladi. Ulardan biri – turli yoshdagi ayollar. Bir tomondan, ayol qanchalik yosh bo'lsa, shunchalik kam asoratlar kuzatiladi. Jarrohlik aralashuvlar, abortlar, muvaffaqiyatsiz homiladorlikdan keyin reabilitatsiya yetishmasligi ayol tanasining reproduktiv funksiyasini og'irlashtiradigan surunkali kasal-

liklarga olib keladi.

Ginekologik kasallikning tuzilishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, surunkali endometritli bemorlar aksariyat hollarda akusherlik-ginekologik tarixga ega. Birinchi tibbiy abortdan so'ng reabilitatsiya yetishmasligi, birinchi o'tkazib yuborilgan homiladorlik takroriy RH bo'lgan ayollar sonini ko'paytiradi.

Progesteron darajasining pasayishi barcha ayollarda qayd etilgan. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, ayollarda anamnezdagi bitta NB bilan progesteron darajasi normal oraliqda bo'lgan va jinsiy yo'llar infeksiyasini keltirib chiqaradigan ayollarda nafaqat  $12,9 \pm 1,22$  ng / ml topilgan progesteronning sezilarli darajada pasayishi va uning qondagi konsentratsiyasi, shuningdek, estradiol darajasi (hayz davrining birinchi va ikkinchi bosqichlarida o'rtacha qiymati  $114 \pm 5.56$  tuxumdonlar). Ehtimol, birinchi LFYdagi yallig'lanish doimiy LFY rivojlanishining qo'zg'atuvchi mexanizmi bo'lib, keyinchalik tiklanish davrisiz LFYga olib keladi, uning sababi LFY.

Laboratoriya tadqiqotlarining tahlili shuni ko'rsatdiki, gormonal kasalliklarning tabiati aralash xarakterga ega va homiladorlik natijasi uchun bashorat qiluvchi ahamiyatga ega. O'zgargan gormonal foni tartibga solish uchun ayolning gormonal holatiga, RHning taxmin qilingan sabablaridan qat'i nazar, e'tibor berish kerak. Birinchi RH dan so'ng, yetarli darajada yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkazing, hayz davrini va bachadondagi retseptorlar apparatini tiklash kerak Reproaktiv kasalliklarda pregravidar tayyorgarlik muhim rol o'ynaydi. Tadqiqot asosida o'tkazilgan differentsial tekshiruvdan so'ng, olingan ma'lumotlar tahlil qilindi va har bir bemor uchun homiladorlikdan oldin individual tayyorgarlik belgilandi.

Yallig'lanish jarayoni bo'lgan va RH bo'lgan ayollarda pregravidar tayyorgarlik ikki bosqichli davolanishni o'z ichiga oladi. Birinchi bosqichda davolash patogenga qaratilgan va quyidagilarni o'z ichiga olgan:

- sezgirlikni hisobga olgan holda va metronidazol preparatlari bilan birgalikda antibiotik terapiyasi. Davolash hayz davrining birinchi kundan boshlandi va keng spektrli antibiotiklar foydalaniildi. Viruslarga qarshi terapiya antibiotik dorilarni qabul qilish bilan birga kechdi;

Ikkinchi bosqichda quyidagilar amalga oshirildi:

- bifidobakteriyalar va laktobakteriyalarni o'z ichiga olgan preparatlar yordamida ichak mikroflorasi va qin biotsenozini tiklash;

- bachadonning retseptorlari apparatini tiklash

- fizioterapevtik muolajalar yordamida bachadonning retseptorlari apparatini tiklash (sink bilan elektroforez).

Ayollarda davolanish samaradorligini tekshirish.

Odatda 3-6 hayz tsikli davom etgan davolanishdan so'ng, ikkinchi tekshiruv tayinlandi:

- infeksiyalar yo'qligini, immunitetni normallashtirish va qin biotsenozini tasdiqlovchi laboratoriya tekshiruvlari;

- tsiklning 24-26 kunlari ikkinchi bosqichida kichik chanoq organlarini ultratovush tekshiruvi, endometriyning qalinligi, sariq tananing diametri, shuningdek ularning qon bilan ta'minlanishini o'lchash;

- tsiklning 24-26 kunlari progesteron miqdorini o'lchash;

Davolanishning ijobiy (to'liq) ta'sirini bir necha ko'rsatkichlar bo'yicha aniqladik:

Ultratovush bilan, hayz davrining II bosqichida endometriyning qalinligi 8 dan 12 mm gacha, tuzilishi bir hil, tuxumdonda sariq tanachaning diametri 16 dan 22 mm gacha, qon borligi miometriyning barcha qatlamlarida oqim, shuningdek sariq tananing qon bilan ta'minlanishi - bu ko'rsatkichlarning barchasi davolanishning ijobiy samarasini ko'rsatdi.

Faqatgina bemorlarning 67,0 % da biz yuqorida ko'rsatilgan barcha parametrlarda terapiyadan ijobiy ta'sir oldik. Ikkinchi yarmida faqat 2 holatda yallig'lanishga qarshi davolashning to'liq natijasiga erishilmadi. Bu anamnezda ikki yoki undan ortiq RH bo'lgan bemorlar bo'lib chiqdi.

Davolashdan ijobiy natija olgan bemorlarga homiladorlik tavsiya etilgan. Homiladorlik 9 (30%) ayollarda 3 tsiklda, 13 (43%) 6 oy ichida sodir bo'lgan. Kontsepsiya davrlarida kuniga 400

mg foliy kislotasini o'z ichiga olgan vitaminlar kompleksi buyurilgan. 12 ayolda endometriyda yallig'lanish alomatlari bo'lmagan, ammo qo'shimcha tekshirish usullari natijalari me'yordan past bo'lgan. 8 (28,6%) ayollarda morfologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra davolash samarasi olingan - yallig'lanish alomatlari yo'q edi, ammo ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra endometriyning qalinligi 7 mm dan kam edi hayz davrining 24-26 kunlarida sariq tanachaning diametri 16 mm dan ortiq, qondagi progesteron darajasi 10 ng / ml dan yuqori edi. Ushbu holat retseptorlar apparati yetishmovchiligi deb baholandi va bunday ayollarga qo'shimcha davolash, tsiklik vitaminli terapiya buyurildi. Ikki tsikldan so'ng, tsiklning 24-26 kunida ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Ularning barchasi yaxshi ko'rsatkichlarni oldi va homiladorlikni rejalashtirishga maslahat berildi. Ammo 4 (14,3%) bemorda endometriyning morfologik tekshiruvda yallig'lanish alomatlari bo'lmaganida LFY belgilari kuzatildi: ultratovush tekshiruvi bo'yicha qonda progesteron kontsentratsiyasi 10 ng / ml dan kam, endometriyning qalinligi 7 mm dan kam, sariq tananing diametri 14 mm. Ushbu bemorlarda progesteron preparatlari ishlatilgan. Ular hayz davrining II bosqichida 3 tsikl uchun 16 dan 25 kungacha buyurilgan. Qo'shimcha davolanish va keyingi tekshiruvlardan so'ng ularga homiladorlikni rejalashtirish tavsiya qilindi va erishildi.

Yuqorida keltirilgan materialdan ko'rinib turibdiki, anamnezida ikki yoki undan ortiq RH bo'lgan ayollarda terapevtik ta'sir yanada qiyinlashdi va diqqat bilan kuzatishni talab qildi. Ushbu ayollar guruhida nafaqat etarli darajada yallig'lanishga qarshi terapiyani amalga oshirish muhim, balki fizioterapevtik protseduralar yordamida zararlangan endometriyning retseptorlari apparati va miyometriydagi qon oqimini tiklash, shuningdek bir vaqtning o'zida amalga oshirish kerak. gestagenlar yordamida LFY profilaktikasi.

LFY morfologik tashxisi qo'yilgan ayollarni pregravid bilan tayyorlash. Davolashning asosi gormonal holatni tartibga solishdir. Agar ayollarda HA bo'lsa, kontrendikatsiya bo'lmasa, odatda 3-6 oy davomida birlashtirilgan og'iz kontratseptivlari buyurilgan.

Agar ayollarda steroid gormonlari (estrogenlar va progesteron) kamaygan bo'lsa, u holda gormonlarni almashtirish terapiyasi preparatlari buyurildi: Femoston 1/10 yoki 2/10 yoki Dyufaston 10 mg, tsiklning 16 dan 25 kunigacha kuniga 2-3 tabletkaga. Parametrlari ultratovush orqali kuzatiladigan endometriy, tuxumdonlarning reaksiyasiga qarab, davolanish 2-3 tsiklga mo'ljallangan.

Metabolik kasalliklarga chalingan bemorlar uchun tayyorgarlik ovqatlanish mutaxassisi bilan maslahatlashuvdan, tana vaznini kamaytirishga qaratilgan parhezni tanlashdan boshlandi va keyin gormonal darajalar tartibga solina boshladi.

Giperprolaktinemiya aniqlanganda, preparat prolaktin darajasining boshlang'ich qiymatiga qarab haftasiga 1-2 marta Dostinex 0,5 mg, 1 yoki 1/2 tabletkaga bo'lgan. Prolaktin darajasini nazorat qilish har 2-3 haftada amalga oshirildi

LFY sabab bo'lgan ayollarda davolanish natijasida yaxshi natijaga erishish ancha qiyin - har uchdan birida qo'shimcha terapiya talab qilingan, "yallig'lanish" kichik guruhida esa har soniyada terapiyani tuzatish zarur. Anamnezda ikkitadan ortiq RH kasalligi bo'lgan ayollarning davolanishiga javob berish ancha qiyin bo'lgan, ehtimol bu reproduktiv tizimga bir vaqtning o'zida ta'sir ko'rsatadigan ko'p qirrali patologik jarayonlar bilan bog'liqdir.

Tekshiruvdan so'ng anamnezda RH bilan kasallangan har bir bemorga RHning asosiy sababini yo'q qilishga qaratilgan individual davolash tartibi tayinlandi. Pregravidar tayyorlangandan so'ng barcha ayollarga o'tishni taklif qilishdi. Doppler tahlillari bilan tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi; qondagi progesteron darajasini aniqlash, PZR diagnostikasi.

O'tkazilgan tadqiqotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, barcha ayollar davolanishdan kerakli samarani olishmagan.

Shuning uchun davolash rejimi ishlab chiqilgan algoritmgaga muvofiq, har bir bemor uchun alohida-alohida 3-6 oy davomida ishlab chiqilgan. Davolashning samaradorligi tos a'zolarining takroriy ultratovush tekshiruvi, fermentlarga bog'liq immunosorbent tahlillari ma'lumotlari bilan hisobga olindi. O'tkazilgan pregravid preparatidan ijobiy natija olgandan so'ng, ayollarga homiladorlikni rejalashtirish tavsiya qilingan va homilador bo'lganda ular kuzatildi.

Taqdim etilgan ma'lumotlardan kelib chiqadiki, pregravid tayyorlashga differentsial yondashuv tufayli homiladorlik shubhasiz ma'qul bo'lgan ayollarda homiladorlikning ijobiy natijalari ulushini oshirish mumkin. Bundan tashqari, kelgusi homiladorlik uchun ayollarni tayyorlashga differentsial yondashuv takrorlangan rivojlanmagan homiladorlik chastotasini 3 baravar kamaytirishga imkon berdi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Баранов И.И., Серов В.Н. //Климактоплан в терапии климактерического синдрома//. Русский медицинский журнал. 2015. № 13 (1). С. 11–14.
2. Джобава Э.М. //Вопросы патогенеза и терапии тромбофилических состояний у беременных с тромботическими осложнениями и невынашиванием беременности //Consilium medicum. -2016.-Т.8,№3.- С.37-41.
3. Доброхотова Ю.Э., Савченко Т.Н. //Неразвивающаяся беременность//. Учебно- методическое пособие. Под ред. О.В. Макарова. М.: РГМУ, 2012. С. 5–10
4. Потапова С.В. //Невынашивание беременности как медико социальная проблема, (распространенность, факторы риска, профилактика)//. Автореферат дисс.канд. мед. наук М,- 2018.С. 24
5. Прилепская, В.Н. //Микоплазменная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. 2007. - № 4. - С. 5-8.
6. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. // Незривающаяся беременность// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 200
7. Салов И.А., Маринушкин Д.И.// Гемостазиологические нарушения при незривающейся беременности//. Пробл. беременности. 2000. № 1. С. 2126
8. Серова О.Ф., Милованов А.П. //Основные патоморфологические причины незривающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии у женщин// Акушерство и гинекология. 2011г. №1. Стр. 19-23.
9. Тирская, Ю.И. //Незривающаяся беременность на фоне герпетической инфекции: вопросы патогенеза, диагностики, профилактики// :автореф. дис. Омск, 2018. - 23 с.
10. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. //Репродуктивное здоровье современной популяции девочек//. Акуш. и гин. 2016. № 1. С. 34–39
11. Fatemi H.M., Popovic-Todorovic B.,// In vitro fertilization pregnancy in a patient with proven chronic endometritis// Fertil. Steril.-2019. P.1293.
12. Johnston-Macananny E.B. et al.// Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization// Fertil. Steril.-2020. P.437-441.
13. Pihusch R., Buchholz T., //Thrombophilic gene mutations and recurrent spontaneous abortion: prothrombin mutation increases the risk in the first trimester//, Immunol. 2011. - Vol. 46. - P. 124-131.