

3-4(II).2017

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ISSN 2091-5969



ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
научно - практический журнал



РОЛЬ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Ф.И. Шукуров, Ф.М. Аюпова, Н.З. Юлдашева

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Тухумдонларида хавфсиз структурали ўзгаришлар билан боғлиқ бепуштлиқ диагностикасида антимюллер гормонининг ўрни

Ф.И. Шукуров, Ф.М. Аюпова, Н.З. Юлдашева

Тухумдонларида хавфсиз структурали ўзгаришлар мавжуд 290 нафар аёлда антимюллер гормони текшируви ўтказилди. Олинган натижаларга кўра тухумдонлар поликистози синдроми мавжуд аёлларда АМГнинг миқдори $12,6 \pm 0,2$ нг/мл, тухумдонларида фолликуляр кистаси мавжуд аёлларда эса $7,26 \pm 0,7$ нг/мл ташкил этди. Жарроҳликдан кейинги даврда ушбу кўрсаткичнинг $2,5 \pm 0,2$ нг/мл гача пасайганлиги аниқланди.

Таянч сўзлар: тухумдонлар поликистози синдроми, тухумдонлар фолликуляр кистаси, антимюллер гормони, диагностика

The role of antimuller hormone in diagnosis of infertility caused by benign structural ovarian changes

F.I. Shukurov, F.M. Ayupova, N.Z. Yuldasheva

A total of 290 women with benign structural changes in the ovaries were examined. The data of the studies showed that the level of AMH on the average was: in the group with PCOS 12.6 ± 0.2 ng/ml, in the group with the PCL 7.26 ± 0.7 ng/ml. In the postoperative period, these indices decreased to 2.5 ± 0.2 ng/ml.

Key words: polycystic ovary syndrome, ovarian follicular cysts, antimuller hormone, diagnostics

Актуальность. Антимюллеров гормон (АМГ) – это биологически активное вещество, который вырабатывают специализированные клетки яичников на протяжении всей жизни женщины до наступления менопаузы. Антимюллеров гормон, является одним из диагностических маркеров репродуктивной системы женщины, появившихся за последние годы. Малейшие сдвиги от нормы свидетельствуют о дисфункции репродуктивной системы женщины, гормональном дисбалансе и серьезных проблемах со здоровьем. Измерение этого гормона позволяет выяснить отдельные вопросы патогенеза ряда гинекологических заболеваний [1,2]. Патология яичников занимает существенное место в структуре женского бесплодия. Среди доброкачественных структурных изменений яичников лидирующее место занимают синдром поликистозных яичников (СПКЯ) и фолликулярные кисты яичников [2,3]. По последним данным, именно СПКЯ и фолликулярные кисты являются причиной в каждом третьем случае женского бесплодия. При этом в структуре причин бесплодного брака на долю СПКЯ приходится 20-22%, а среди всех случаев эндокринного бесплодия СПКЯ составляет 56,2%. Фолликулярные кисты яичников тоже, являются довольно распространенной патологией среди доброкачественных структурных изменений яичников, встречается с частотой до 70% [4,5].

Исследования последних лет направлены на поиск более точных маркеров диагностики данных заболеваний. На сегодняшний день первостепенное значение имеет изучение факторов, влияющих на фолликулогенез в яичниках, которые могут препятствовать овуляции и приводить к доброкачественным структурным изменениям яичников [6,7]. Большой интерес в оценке репродуктивного потенциала женщин представляет антимюллеровый гормон, являющийся гликопротеином и относящийся к семейству трансформирующих факторов роста-в. Считается что у женщин АМГ синтезируется клетками гранулезы преантральных и малых антральных фолликулов (Менее 4 мм) [7,8]. Таким образом, АМГ может тестироваться в сыворотке крови являться маркером функциональной активности яичников и диагностическим критерием сохранности фолликулярного ап-

парата. В этой связи многих исследователей привлекает внимание изучение значения АМГ при доброкачественных структурных изменениях яичников. Исследование АМГ может оказать существенную помощь в понимании патофизиологии доброкачественных структурных изменений яичников, а также может являться диагностическим критерием данного заболевания.

Целью исследования явилась изучение роли АМГ как диагностического маркера при доброкачественных структурных изменениях яичников.

Материал и методы. В исследование были включены 290 женщин: в основную группу вошли 240 женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников из них, 120 женщин (I группа) с фолликулярными кистами яичников (ФКЯ) и 120 - (II группа) с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), контрольную группу составили, 50 здоровых женщин, с нормальной менструальной функцией, обратившиеся для уточнения состояния репродуктивной системы перед планированием беременности. Средний возраст обследованных составило $24,4 \pm 0,2$ года. Гормональное исследование включало определение уровня ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, эстрадиола (Е2) в плазме крови на 2-5-й дни и прогестерона на 18-22 дни менструального цикла. Определение уровня гормонов производилось радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов в радиоиммунной лаборатории Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии (РСНПМЦЭ). Измерение уровня АМГ проводили в сыворотке крови на 2-3-й день менструального цикла радиоиммунным методом ИФА с помощью коммерческого набора фирмы DSL (США). Забор крови на исследование у пациенток производили из локтевой вены в объеме 2-5 мл в пробирку с клонд-активатором (осаждающий реагент) на 2-3-й день менструального цикла (ранняя фолликулярная фаза) при сохраненном ритме менструаций или менструально - подобной реакции и на 23-25 дни (фаза расцвета желтого тела), утром натощак. Контроль параметров фолликулогенеза осуществлялся под динамическим ультразвуковым наблюдением, обследование проводили на 5 - 8, 10 - 12 и на

Таблица 1.

Гормональные показатели у обследованных женщин

Гормоны	Группа с СПКЯ n=120	Группа с ФКЯ n=120	Группа сравнения n=50
ЛГ, МЕ/л	11,9±0,3*	11,4±0,2*	4,3±0,1
ФСГ, МЕ/л	4,1±0,2*	4,5±0,4	4,2±0,2
ЛГ/ФСГ	3,1±0,2*	2,9±0,2*	1,1±0,1
Тестостерон, нмоль/л	2,91±0,16*	2,4±0,22*	1,26±0,17
Эстрадиол, нмоль/л	0,21±0,01*	0,23±0,03*	0,32±0,03
Прогестерон, нмоль/л	16,1±0,01*	0,5±0,2*	2,2±0,3

* - статистически значимые различия с показателями группы сравнения (p<0,05)

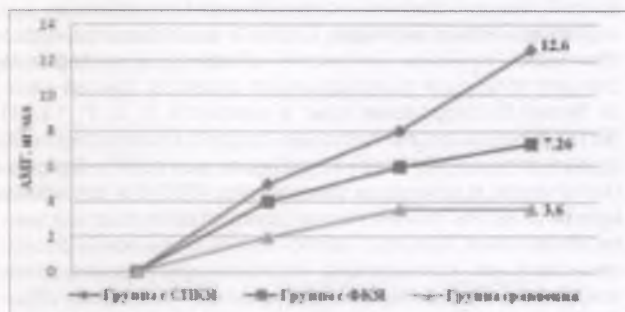
14-15 дни менструального цикла с помощью аппарата «АlokaSSD 3500SX» (Япония), объем яичников вычисляли на основании трех измерений по формуле: $V = 0,5236 \times L \times W \times H$, где L - длина, W - ширина, H - толщина. Диагностическим критерием ультразвукового исследования для СПКЯ служит увеличение объема яичников более 9 см³ и наличие периферических гипоехогенных структур (фолликулов) диаметром 6-10 мм. В одном срезе должно быть не менее 8 неразвивающихся фолликулов при отсутствии признаков роста доминантного фолликула. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи стандартного пакета статистических расчётов. Достоверность расхождений средних величин определяли по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ гормональных критериев диагностики доброкачественных структурных изменений яичников у обследованных. Полученные данные указывают на то, что у женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников уровень ЛГ в группе с ФКЯ составил 11,4±0,2 МЕ/л, с СПКЯ 11,9±0,3 МЕ/л и был достоверно (p<0,001) выше, чем в группе сравнения. При этом уровень ЛГ более 10 МЕ/л выявлен только у 14 (56%) больных с ФКЯ и у 10 (66,7%) пациенток с СПКЯ. Уровень ФСГ у обследованных нами больных с доброкачественными структурными изменениями яичников, не отличался от показателей группы сравнения (p<0,05). При этом повышение соотношения ЛГ/ФСГ (более 2,5) выявлено только у 29 (77,5%) больных с доброкачественными структурными изменениями яичников обеих групп. Таким образом, повышение уровня ЛГ и коэффициента ЛГ/ФСГ имеет место далеко не у всех больных с доброкачественными структурными изменениями яичников, что ещё раз подтверждает мнение учёных, считающих эти изменения недостоверными критериями диагностики доброкачественных структурных изменений яичников. Одним из ведущих диагностических критериев при СПКЯ является увеличение содержания андрогенов в периферической крови и, в первую очередь, общего тестостерона (более 2,5 нмоль/л). По нашим данным, уровень тестостерона у женщин основной группы (с СПКЯ) составил 2,91±0,16 нмоль/л; в группе сравнения - 1,26±0,17 нмоль/л и достоверно (p<0,001) превышал эти показатели у здоровых женщин. Парадоксально, но у женщин с выраженной гиперандрогенией увеличение содержания общего тестостерона (свыше 2,5 нмоль/л) наблюдалось только в 52,5% случаев. Полученные нами результаты не расходятся с данными других исследователей, по мнению которых изолированное определение общего тестостерона в крови не может являться маркером избытка андрогенов у женщин с СПКЯ, а имеющиеся отклонения в гормональных показателях могут привести к диагностическим ошибкам. Мы не выявили различий содержания E2 в сыворотке крови у больных СПКЯ, однако отметили достоверное (p<0,05) увеличе-

ние E2 относительно показателей группы сравнения (Табл. 1).

С целью определения новых маркеров доброкачественных структурных изменений яичников, мы исследовали в крови содержание АМГ. Уровень АМГ у здоровых женщин группы сравнения в среднем составил 3,6±0,2 нг/мл. У обследованных женщин с СПКЯ уровень АМГ оказался в 3,5 раза выше, чем в группе сравнения и в среднем составил: в группе с СПКЯ - 12,6±0,2 нг/мл, в группе с ФКЯ - 7,26±0,7 нг/мл. (p>0,05) (Рис 1).

АМГ был одинаково повышен у женщин СПКЯ как с нормальной, так и с избыточной массой тела. Проведенный корреляционный анализ позволил установить статистически значимую связь АМГ со всеми критериями диагностики СПКЯ: прямой зависимостью с объёмом яичников (p<0,05) и числом антральных фолликулов (p<0,05); ЛГ (p<0,05) и Т (p<0,05); обратную зависимость с ФСГ (p<0,05) и E 2 (p<0,05). Полученные в ходе нашей работы данные в определенной степени подтверждают мнение исследователей, указывающих на значение АМГ в патогенезе СПКЯ и его участие в нарушении фолликулогенеза, изменениях в продукции гранулы и гормонов, регулирующих рост фолликулов у пациенток с СПКЯ. Тем не менее, причина, по которой при СПКЯ фолликулы остаются на стадии предшествующей секреции доминантного остаётся неизвестной. В связи с этим трудно судить, является ли повышенный уровень АМГ продуктом остановки роста фолликулов, или это повышение играет самостоятельную патогенетическую роль. В любом случае повышенный уровень АМГ блокирует ароматазу, что приводит к снижению уровня E2 и повышению тестостерона. В свою очередь высокие уровни тестостерона способствуют атрезии, прекращению развития фолликулов на антральной стадии и формированию типичных увеличенных яичников с множественными мелкими кистозными фолликулами. Исходя, из полученных данных можно предположить, что АМГ действительно может являться высокоспецифичным и чувствительным диагностическим маркером



* - статистически значимые различия с показателями группы сравнения (p<0,05)

Рис 1. Содержание АМГ у женщин исследуемых групп

СПКЯ, в определенной степени отражающим характер происходящих внутри яичниковых процессов, и определение АМГ может быть включено в алгоритм обследования больных СПКЯ. Было обнаружено, что пациентки с ФКЯ имеют меньший уровень АМГ: $7,26 \pm 0,7$ нг/мл. При анализе размеров фолликулов, которые могут продуцировать АМГ было обнаружено, что у пациенток с ФКЯ имеется большая, чем в группе сравнения, гетерогенность в этой группе фолликулов и они в среднем имеют больший размер.

Выводы:

1. АМГ является одним из наиболее значимых регу-

ляторов репродуктивной функции женщины, который отражает рост фолликулов от примордиального пула до стадии больших антральных. Уровень АМГ у женщин с СПКЯ оказался в 3,5 раза выше, чем в группе сравнения и в среднем составил: в группе с СПКЯ - $12,6 \pm 0,2$ нг/мл, в группе с фолликулярными кистами яичников имеют меньший уровень АМГ: $7,26 \pm 0,7$ нг/мл.

2. Антимюллеровый гормон является высокоспецифичным и чувствительным диагностическим маркером при доброкачественных структурных изменениях яичников, определение которого может быть включено в алгоритм обследования пациенток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агабабов Р. М., Галау С. И. Лапароскопия в диагностике и лечении больных с поликистозом яичников. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М.: 2008; 124-125.
2. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н. Роль антимюллера гормона (АМГ) в норме и при различных гинекологических заболеваниях. Журнал акушерства и женских болезней. 2009; 58 (3): 74-83.
3. Краснополский В.И. Состояние фолликулярного резерва и андрогенсекретирующей функции яичников после хирургического лечения бесплодия при синдроме поликистозных яичников. Российский вестник акушера-гинеколога. 2009; 9 (5): 26-9.
4. Назаренко Т. А., Мишиева Н. Г., Фанченко Н. Д. Роль

антимюллерового гормона в оценке овариального генеза // Пробл. репродукции.- 2008.- № 6.- С. 26-30.

5. Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. М.: Изд-во РУДН, 2009.

6. Сухих Г.Т, Назаренко Т.А Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М. 2010; с. 22.

7. Anti-Mullerian hormone: a new marker for ovarian function / J. A. Vissr, F. H. de Jong, J. S. Laven et al. // Reproduction.- 2008.- Vol. 19.- P. 77-83.

8. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) [Text] // Hum. Reprod. - 2008. - Vol. 19, № 1. -P. 41-47.

ФОРМИРОВАНИЕ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНО-ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

А.Ю. Юлдашев, С.З. Юлдашева, Н.Х. Рузиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Согласно многочисленным исследованиям, слизистая оболочка тонкой кишки, как и всей пищеварительной трубки, находится на границе раздела внешняя – внутренняя среды и испытывая на себе постоянное воздействие различных по химической природе веществ, развивает и формирует структуры, функции которых расщепление, формирование барьеров, регуляция гомеостаза внутренней среды организма. Если последовательная физико-химическая деградация различных нутриентов и интеграции органов пищеварения в функциональную систему является предметом многочисленных исследований, то барьерно-защитная – иммунная система слизистых оболочек (ИССО), ее взаимодействие с пищеварительно-всасывательной функцией недостаточно изучена.

Цель настоящего исследования: изучение механизмов формирования интеграции пищеварительно-всасывательной и иммунной систем в слизистой оболочке тонкой кишки в раннем постнатальном онтогенезе.

Материалы и методы: Свето- и электронномикроскопически изучены слизистая оболочка и пейеровы бляшки тощего и подвздошного отделов тонкой кишки белых беспородных крыс в возрасте 1, 3, 7, 14, 21 (естественное вскармливание грудным молоком) и 90 (дефинитивное питание) суток после рождения. Стереоскопически, с помощью микроскопа МБС-9 в динамике возраста вдоль тонкой кишки осуществлен подсчет числа пейеровых бляшек; свето- и электронномикроскопически в них установлено число лимфатических узелков, их линейные параметры, взаимоотношения стромальных и иммунных клеток. Для электронномикроскопических исследований кусочки слизистой оболочки тонкой кишки фиксированы в забуференном 2,5% ра-

створе глютар-альдегида (20мин) и 1 % растворе осмиевой кислоты (1,5 часа) при pH 7,2- 7,3. После обезвоживания в спиртах возрастающей концентрации они залиты в аралдит. Полутонкие (1-2мкм) и ультратонкие (600А°) срезы получены на ультрамикротоме LKB-4800. Полутонкие срезы окрашены основным фуксином-метиленовым синим; ультратонкие – контрастированы в растворах уранил ацетата и цитрата свинца. Ультратонкие срезы просмотрены в микроскопе JEM-100S (Япония).

Иммунологические методы. Иммуноглобулиновые рецепторы на плазмолемме энтероцитов ворсинок тонкой кишки и лимфоцитов выявлены иммунопероксидазным методом. Криостатные срезы кусочков тонкой кишки или пейеровой бляшки после фиксации в 1% растворе глютар- альдегида (pH 7,3; t=30 мин) инкубированы с антисывороткой к IgA, IgM, IgG конъютированной с пероксидазой хрена). После окончания инкубации срезы обработаны раствором 3,3 – диаминобензидина (10мин) и промыты в фосфатном буфере. После фиксации в 1% растворе осмиевой кислоты (60мин) и обезвоживания в спиртах возрастающей концентрации они залиты в аралдит. Статистическая обработка всех количественных результатов произведена с применением пакета программ «Statistika». Достоверны различия при P<0,05.

Результаты собственных исследований: Если у 3-мес. крыс количество пейеровых бляшек вдоль тонкой кишки варьирует от 17 до 28 (в среднем $24,5 \pm 1,8$), то у односуточных крыс они едва выявляются в дистальной части 12-перстной и подвздошной кишки как диффузное скопление лимфобластов в собственной пластинке слизистой оболочки. В динамике возраста (1,

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ БАЗОВОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>З.И. Халитова, З.И. Шамсиева, Д.А. Юсупова</i>	ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФОНА МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА <i>К.Ш. Захидова, Ф.Д. Каримова, Н.Х. Муминова</i>
121	
НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК СО СРАЩЕНИЯМИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ <i>А.С. Ходжаева</i>	ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ <i>М.Н. Зухритдинов, О.А. Якубова, Х.Н. Негматшаева</i>
123	
ВЛИЯНИЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ <i>И.К. Худайбергенова, Д.Д. Саиджалилова</i>	СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ <i>Д.Х. Ирناзарова</i>
124	
ЗНАЧИМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АВО-КОНФЛИКТА БЕРЕМЕННЫХ <i>Г.З. Чориева</i>	ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИАРАЛЬЯ <i>И.В. Ищенко, М.Х. Тиллашайхова, Д.Р. Ахмедова</i>
125	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>З.И. Шамсиева, Ф.П. Нишанова, К.Н. Абдуллажонова, У.А. Ашурова</i>	ХРОНИЧЕСКИЕ ТАЗОВЫЕ БОЛИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Г.С. Каримова</i>
127	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Х.Т. Шодиева</i>	СОВРМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИИ TORCH-ИНФЕКЦИИ <i>Н.Н. Каримова, И.С. Саломова, Н.Б. Фаттоев, Ф.Ш. Орипова, И.И. Тошева</i>
128	
РОЛЬ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА В ДИАГНОСТИКЕ БЕСПЛОДИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ <i>Ф.И. Шукуров, Ф.М. Аюпова, Н.З. Юлдашева</i>	МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ <i>Н.Н. Каримова, Н. Фаттоев, Ф. Орипова, Ф.Р. Азимов</i>
130	
ФОРМИРОВАНИЕ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНО-ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ <i>А.Ю. Юлдашев, С.З. Юлдашева, Н.Х. Рузиева</i>	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОСТАНОВКИ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>Н.Н. Каримова, Н. Фаттоев, Ф. Орипова</i>
132	
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО <i>Д.Ю. Юлдашева, Н.К. Хушмуродова</i>	МВА - НЕТ МЕСТО ДЛЯ КЮРЕТКИ! <i>Н.Н. Каримова, Н. Фаттоев, Ф. Орипова, И.С. Саломова</i>
133	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ БОЛЬНЫХ С РИСКОМ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ <i>Р.Б. Юсупбаев, А.М. Бабаханова, Г.М. Умарова, М.У. Якулова</i>	АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ У БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ <i>Н.Н. Каримова, Ф.Р. Азимов, Ф.Ш. Орипова, Н.Б. Фаттоев, И.И. Тошева</i>
135	
ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ НА ФОНЕ МИОКАРДИТА <i>У.Ю. Юсупов, М.Ж. Даулетова, Н.У. Бабажанова</i>	ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ <i>Д.К. Комилжанова</i>
136	
РОЛЬ ПРОВосПалИТЕЛьных ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВНЕБОЛьНИЧНОГО ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>М.А. Юсупова, Г.Д. Матризаева</i>	ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Г.А. Кузиева, Д.Б. Асранкулова, М.Р. Маматова, Ш.М. Сатимова</i>
138	
Тезисы	
ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Н.М. Ахмедова, З.М. Назирова, М.Р. Маматова, Ш.К. Мамаджанова, М.А. Абдуллаева</i>	ОЦЕНКА ИСХОДОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ <i>Ю.М. Кузиева, Г.М. Нигматова</i>
140	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОКИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ <i>Г.Н. Бекбаулиева, Х.Н. Турсунова</i>	УЛУЧШЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН <i>М.М. Мамадалиева, Д.Б. Асранкулова, М.Р. Маматова, М.С. Мамадиева, Ш.К. Муфтайдинова</i>
140	
ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН <i>Г.Н. Бекбаулиева, Х.З. Ахмеджанова</i>	СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Ш.К. Мамажанова, Н.М. Ахмедова, М.Р. Маматова, З.М. Назирова</i>
141	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ <i>Ж.М. Гафуров, А.С. Любич, Х.И. Миразимова</i>	ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ <i>М.С. Мамадиева, Д.Б. Асранкулова, Н.М. Ахмедова, М.Р. Маматова</i>
141	
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ <i>Д.В. Гуламмахмудова, Д.А. Курбонова</i>	ПЕРМАНЕНТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ВАГИНОПЛАСТИКИ <i>М.Д. Маматкулова, Б.Б. Негмаджанов</i>
142	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕГУЛЯЦИЯ ПОЛА У ЧЕЛОВЕКА <i>Л.А. Джаббарова, К. Уткурова</i>	НОРМАЛИЗАЦИЯ РИТМА ОПОРОЖНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БЕРЕМЕННЫХ <i>М.Р. Маматова, Д.Б. Асранкулова, М.С. Мамадиева, Ш.С. Гозиева</i>
142	
ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОАГУЛОПАТИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ <i>Б.А. Джуманов, К.И. Азимова</i>	ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННОСТИ <i>М.Р. Маматова, Ш.С. Гозиева, Ф.Ж. Носирова, Ш.К. Мамажанова</i>
143	
ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Ф.И. Закирова, Н.И. Закирова, З.З. Базарова</i>	
143	