

3-4(II).2017

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ISSN 2091-5969



ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
научно - практический журнал



основной группы принимали препарат "Орнифлокс" по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 7 дней, группа сравнения Полимик. Все больные были обследованы согласно протоколу. Проведены клинико-лабораторное обследование с определением вида возбудителя и чувствительности к данному препарату. Больные контрольной группы были достоверно сопоставимы с больными основной группы.

Эффективность оценивалась исчезновением симптомов заболевания и нормализацией лабораторных и инструментальных показателей. Исследуемые препараты не влияли на клинические показатели периферической крови и биохимические показатели: - содержание гемоглобина, эритроцитов, СОЭ, лейкоцитов, АЛТ и билирубин. Взятие мазка с определением вида возбудителя показал элиминацию воз-

будителей, с хорошей эффективностью. Эффективность обоих препаратов хорошая. Средняя оценка эффективности в баллах для обоих препаратов 2,97±0,033 и 2,93±0,046. Переносимость основного препарата и препарата сравнения хорошая. Средняя оценка переносимости в баллах - 3,93±0,046 и 3,87±0,063.

Таким образом, препарат "Орнифлокс", оказал хороший противомикробный эффект и хорошо переносился больными и по эффективности и переносимости не уступает препарату сравнения "Полимик". Препарату "Орнифлокс", производства ДХО "NIKA PHARM", Узбекистан, может быть рекомендован клиническому применению, а также регистрации в Республике Узбекистан при лечении гинекологических инфекций.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО

Д.Ю. Юлдашева, Н.К. Хушмуродова

Кафедра акушерства и гинекологии №2.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Актуальность. К настоящему времени стандартная процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и ее модификации (ЭКО использованием ооцитов донора, интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит) стали почти "рутинными" методами, применяемыми в ситуациях, при которых оказываются бессильными консервативные и хирургические средства восстановления естественной фертильности. Характеризуя терапевтический потенциал ЭКО, можно констатировать, что обеспечиваемая им частота наступления беременности на цикл (30-40%) практически сравнялась с аналогичным показателем, регистрируемым в циклах при оплодотворении естественным путем (Корсаков В.С., 2009).

Цель нашей работы явилось изучение течения родов у женщин после ЭКО в зависимости от этиологического фактора бесплодия.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 80 женщин, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу были включены беременные после ЭКО, которые были разделены в зави-

симости от длительности бесплодия и возраста женщины на 2 группы: I группа - женщины с 20 до 30 лет, длительность бесплодия до 10 лет и II группа - от 30 до 40 лет и длительность бесплодия более 10 лет. Контрольную группу составили беременных женщин.

Результаты: В результате лечения по программе ЭКО в частота кесарева сечения у пациенток с одноплодной беременностью при трубно-перитонеальном бесплодии составляет 37,5%, при эндокринном - 42,5%, при мужском - 2,5%. Основными показаниями к оперативному родоразрешению при эндокринном бесплодии в 80% наблюдений является тяжелые формы гипертензивных нарушений и отслойка плаценты, при трубно-перитонеальном и мужском бесплодии в анамнезе, ЭКО, настрой пациентки на кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути составило при эндокринном - 21,7%, при мужском - 66,6%, при трубно-перитонеальном бесплодием - 18,2%.

Выводы: Частота родов через естественные родовые пути превысила в группе с бесплодием мужской этиологии.

ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ ЛОНГИДАЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Н.З. Юлдашева, Ф.И. Шукуров, Г.Н. Бекбаулиева

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Среди доброкачественных структурных патологий яичников лидирующее место занимают синдром поликистозных яичников (СПКЯ) и фолликулярные кисты. По последним данным, именно СПКЯ и фолликулярные кисты являются причиной в каждом третьем случае женского бесплодия. Если в структуре причин бесплодного брака на долю СПКЯ приходится 20-22%, то, на долю фолликулярных кист яичников (ФКЯ) - 7-10%. Проведение эндохирургического лечения бесплодия, обусловленного доброкачественными структурными изменениями яичников является первым и очень важным этапом терапии. Однако окончательная эффективность лечения определяется следующим этапом терапии, направленного на полное восстановление репродуктивной функции у данной категории женщин. Поиск путей улучшения реабилитации после эндохирургического лечения доброкачественных структурных изменений яичников, улучшения кровообращения малого таза, профилактика и лечение спаечного процесса и ликвидация последствий спаечного процесса послужили причиной проведения исследования эффективности применения суппозиторий Лонгидаза. Лонгидаза является полифункциональным лекарственным средством, способным подавлять воспаления, предотвращать реактивный рост соединительной ткани и вызывать обратное развитие

фиброза, т.е. корригировать сложный комплекс ауторегуляторных реакций соединительной ткани.

Целью исследования явилось оценка клинической эффективности препарата Лонгидаза в реабилитации репродуктивной функции у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 270 женщин перенесших лапароскопические операции по поводу доброкачественных структурных изменений яичников. Основную группу составили 120 женщин с СПКЯ и 120 - с ФКЯ, контрольную - 30 здоровых женщин. Диагноз доброкачественных структурных изменений яичников устанавливали на основании УЗИ и гормонального исследования. Всем пациенткам со вторых суток послеоперационного периода после хирургического лечения в комплекс лечебных мероприятий включали Лонгидазу в свечах по 3000 МЕ интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз/сут на ночь в течение 10 дней. 30 пациенток, перенесших хирургическое лечение, составили контрольную группу и получали только стандартную медикаментозную терапию.

Результаты и их обсуждению В процессе наблюдения большинство пациенток указывало на хорошую переносимость препарата Лонгидаза. При интравагинальном введении Лонгидазы побочные реакции зарегистрированы не были.

Все пациентки основной группы отметили исчезновение болевого синдрома внизу живота, менструации стали безболезненными, прекратились бели из половых путей. В основной группе 80,6% пациенток отметили нормализацию менструального цикла и из них в течение первых 6 месяцев наблюдения беременность наступила у 90% пациенток.

Заключение. Применение препарата Лонгидаза в реабилитации репродуктивной функции у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников, повышает клиническую эффективность в виде нормализации менструального цикла у 80,6% пациенток и наступления беременности у 90% пациенток.

ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ, ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*М.А. Юсупова, А.О. Машарипов
Ургенчский филиал ТМА*

Удельный вес недоношенных новорожденных составляет 5,8-6% среди всех родившихся. Именно они, в значительной мере, определяют раннюю неонатальную смертность, перинатальные заболевания и церебральную патологию у новорожденных. Тяжелые формы перинатальных поражений ЦНС наблюдаются у 60-70% недоношенных детей. В последние десятилетия в связи со значительными достижениями в неонатологии и совершенствованием перинатальной помощи, увеличилось количество выживших новорожденных с малым сроком гестации. Целью исследования явилось выявление ранних клинических, нейросонографических и доплерографических особенностей перинатальных повреждений головного мозга у недоношенных новорожденных в зависимости от гестационного возраста и наличия задержки внутриутробного развития.

Целью исследования явилось определение частоты, степени тяжести и исходов перинатальных поражений ЦНС у недоношенных новорожденных детей родившихся путём кесарева сечения. Всего нами было обследовано 42 новорожденных ребенка. Из них 22 - основная группа, родившихся путём кесарева сечения и 20 новорожденных (группа сравнения), родившихся от физиологических родов. Проанализированы истории родов и развития ребенка.

При сравнительном анализе частоты и тяжести перинатальных поражений ЦНС в раннем неонатальном периоде выявлено, что у всех детей обеих групп в первые сутки жизни отмечались клинические признаки гипоксически-ишемических поражений ЦНС различной степени тяжести. Однако тяжелые поражения ЦНС в течение всего раннего неонатального периода достоверно чаще наблюдались у детей,

рожденных естественным путем. Так, из 20 новорожденных 1-й группы клинические симптомы церебральной ишемии Ш степени в 1-е сутки жизни выявлены у 8 ребенка (40%), в то время как во 2-й группе - только у 5 (50%). Эти различия сохранялись на 3-и, 7-е сутки. У 10% детей 1-й группы церебральная ишемия III степени протекала с судорожным синдромом. Тяжелые поражения ЦНС часто сочетались с соматическими заболеваниями: болезнью гиалиновых мембран (10,9% в 1-й группе и 19,6% во 2-й группе), внутриутробной пневмонией (1 - группа 25% и 30% во 2 - группа).

Поражения ЦНС легкой и среднетяжелой степени в 1-е сутки были выявлены преимущественно у детей, родившихся путем операции кесарева сечения. нейросонографии выявил, что диффузные очаги гиперэхогенности в проекции перивентрикулярных областей, свидетельствовавшие о тяжелом гипоксически-ишемическом поражении ЦНС, чаще отмечались у детей 1-й группы (у 10 из 50%), обследованных по сравнению с 5 из 50 - во 2-й группе). Отсутствие изменений на нейросонограмме чаще наблюдалось среди детей, рожденных путем операции кесарева сечения на 1-е и 3-й сутки жизни. На 7-е сутки внутрижелудочковое кровоизлияние Ш степени (ВЖК) отмечено только у 7(35%), новорожденных 1-й группы, и 2-й группе 4(40%).

Выводы: Частота тяжелых гипоксически-ишемических и геморрагических поражений ЦНС (церебральная ишемия III ст., внутрижелудочковое кровоизлияние II-III ст.) и показатели летальности у недоношенных детей, рожденных путем операции кесарева сечения, в раннем неонатальном периоде в 1,5-2 раза ниже, чем при родоразрешении через естественные родовые пути.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМНОРЕИ ПРЕПАРАТАМИ МАГНИЯ У ДЕВУШЕК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*О.А. Якубова, К.Ш. Махмудова, Н.А. Сулейманова
Андижанский медицинский институт*

Устранение боли при ювенильной дисменорее (ЮД) - основная задача гинеколога. Общеизвестно положение, что наиболее эффективной является комплексная патогенетическая терапия, при которой действие одного лечебного фактора дополняется и углубляется действием других. Цель исследования: изучение влияния лечения ЮД у девушек с наличием и без признаков ДСТ препаратами магния на состояние соединительной ткани. Оценка эффективности лечения проводилась определением содержания магния в сыворотке крови на приборе спектрофлуориметр типа AF - 610 A RAYLEIGH LTD Shanghai ANTAI Diagnostics Co, LTD) с использованием наборов тест систем БИОЛАБ Россия и XX. Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки. Лечение ЮД у 38 девушек в группе сравнения проводилось назначением нестероидного противовоспалительного средства (НПВС) при легкой, НПВС и дюфастон во вторую фазу цикла при средне-тяжелой и при тяжелой - НПВС с добавлением микроциркуляционного монофазного комбинированного орального контрацептива в составе этинил эстрадиола 20 мг и гестодена 75 мкг.

Лечение 57 девушек в основной группе включало в лечебный комплекс препарат магния, на основании данных ранее проведенных исследований, доказавших их влияние на регуляторные системы организма, седативное, спазмолитическое и корригирующее действие на состояние соединительной ткани. Дозировка препарата магния проводилась в зависимости от степени тяжести дисменореи. Влияние проводимого лечения на стероидный профиль и содержание магния в крови изучено у девушек с ЮД в зависимости от степени тяжести и наличия проявлений ДСТ. При изучении уровня эстрадиола, прогестерона, магния в крови у девушек с дисменореей спустя 3 месяца после лечения в группе девушек первичной дисменореей легкой степени тяжести с признаками ДСТ, получавших традиционную терапию, через 3 месяца отмечена тенденция к снижению вышеперечисленных параметров относительно исходных значений, в 1,58; 1,4 и 1,52 раза - относительно значений практически здоровых лиц. Предлагаемая комплексная терапия с препаратами НПВС и препарат магния способствовала повышению низких значений эстрадиола в 1,42 (P<0,05) и 1,54 (P<0,05) раза, прогестерона - в 1,22 (P<0,05) и 1,26 (P<0,05) раза, магния - в 1,23 (P<0,05) и 1,24 (P<0,05) раза, относительно исходных параметров и значений группы

ЭНДОМЕТРИОПАТИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ РЕГЕНЕРАТОРНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИЧИНА ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>И.О. Маринкин, В.М. Кулешов, С.В. Айдагулова</i>	153	АНАЛИЗ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Ф.И. Саидова, И.И. Тошева</i>	164
ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ <i>С.Э. Махмудова</i>	154	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Л.А. Сафарова, С.Х. Эшматов</i>	165
ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА И РИСК КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Н.А. Мирзахмедова</i>	154	«БИФОЛАК-НЕО» В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ <i>М.А. Сидикходжаева</i>	165
ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА <i>Н.Х. Муминова, С.С. Садилова, М.Ш. Халбаева</i>	155	ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ ЯИЧНИКОВ И РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЕГО ГЕНЕЗЕ <i>М.Х. Тилашайхова, Д.Р. Ахмедова, И.В. Ищенко, С.З. Юлдашева</i>	166
ИММУННАЯ СИСТЕМА ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ <i>Н.Х. Муминова, Д.Б. Абдуллаева, Д.У. Акрамова</i>	155	ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ <i>Ш.Э. Туракулова, Д.А. Хасанова, Ф.Б. Мухсинов, Д.Д. Камалова</i>	166
ПРОБЛЕМЫ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ НА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ <i>Н.Х. Муминова, Ф.Д. Каримова, К.Ш. Захидова</i>	156	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОКИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ <i>Х.Н. Турсунова, Г.Н. Бекбаулиева</i>	166
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ СОЧЕТАННОЙ С АДЕНОМИОЗОМ <i>Н.Д. Муратова, З.А. Ходжаева</i>	156	РОЛЬ И МЕСТО МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО) <i>И.И. Тютрин, В.Ф. Клименкова, О.Г. Шитикова</i>	167
СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С ВМС <i>З.А. Насирова</i>	157	РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ <i>М.К. Хайдарова</i>	167
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ <i>Ф.Ж. Насирова, М.Д. Усманова, Ш.К. Усманов</i>	157	ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ <i>Д.А. Хасанова, Д.Д. Камалова</i>	168
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Б.Б. Негмаджанов</i>	158	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Д.А. Хасанова</i>	168
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ МАТЕРИ НА РАЗВИТИЕ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК <i>Ф.Ж. Носирова, О.А. Якубова, М.Р. Маматова</i>	159	ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА В ПРАКТИКЕ ВОП <i>Д.А. Хасанова, М.И. Расулова</i>	169
РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ <i>Ф.Ж. Носирова, М.Р. Маматова, О.А. Якубова, Д.Б. Асранкулова</i>	159	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ТРИГГЕРОВ ОВУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ <i>Г. Худайкулова, Г.Н. Бекбаулиева</i>	170
ВМС - МИРЕНА® В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ (ГПЭ) У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ <i>Ш. Нуриддинова, Ф. Хуррамова</i>	160	ПРОВЕДЕНИЕ МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>М.Т. Хусанходжаева</i>	170
СОСТОЯНИЕ ПЛОДА, НОВОРОЖДЕННОГО И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Н.И. Парвизи, Д.Ф. Гайбуллаева</i>	160	ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ <i>Н.М. Шарипова, Д.Н. Ходжаева</i>	171
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СОСТОЯНИЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ <i>М.И. Расулова, Д.А. Хасанова</i>	161	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА <i>Х.Т. Шодиева, У.А. Садуллаева, Н.И. Парвези</i>	171
CUSTOMIZED GROWTH COEFFICIENTS FOR UZBEKISTAN <i>Y.G. Rasoul-Zadeh, A.A. Klimashkin, J. Gardosi, A. Francis</i>	161	АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКО <i>Д.Ю. Юлдашева, Н.К. Хушмуродова</i>	172
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА <i>З.А. Рахимова</i>	162	ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ ЛОНГИДАЗА В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ <i>Н.З. Юлдашева, Ф.И. Шужуров, Г.Н. Бекбаулиева</i>	172
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ <i>С.З. Рахимова, Б.А. Джуманов</i>	162	ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ, ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ <i>М.А. Юсупова, А.О. Машарипов</i>	173
ЗНАЧИМОСТЬ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>М.М. Рахматуллаева</i>	163	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ПРЕПАРАТАМИ МАГНИЯ У ДЕВУШЕК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>О.А. Якубова, К.Ш. Махмудова, Н.А. Сулейманова</i>	173
К ВОПРОСУ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ МИОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ <i>М.М. Рахматуллаева</i>	163	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ <i>Д.Т. Янгибаева</i>	174
MENSTRUAL FUNCTION IN NURSING MOTHERS <i>N.G. Rakhmonkulova, T.A. Avezov</i>	164	REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN WITH HYPERPROLACTINEMIA <i>D.T. Yangibaeva, Y.I. Mirkasimova</i>	174