

3-4(I).2017

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ISSN 2091-5969



ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
научно - практический журнал



рева сечения компенсаторные возможности организма женщин, перенесших тяжелую преэклампсию, еще больше усугубляются, восстановление их протекает медленно. Это диктует необходимость постоянного контроля за состоянием родильниц и проведения реабилитационных мероприятий.

Выводы. Ведение беременных с тяжелой преэклампсией требует индивидуального подхода. Для выбора времени и способа родоразрешения первостепенное значение имеет проведение всесторонней многофакторной оценки исходного состояния матери, наличия осложнений, эффективности проводимой терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности, Ташкент, 2007.- 63 с.
2. Расульзаде Ю.Г., Гафаров Ф.Б. Репродуктив анамнезида преэклампсия ва эклампсия бўлган аёлларда ҳомиладорлик.//Ўзб. Тиббийёт ж.- 2004.-№5.-С.78-83.
3. Bozhenova S., Poroshanova V., Sampat D. Delinery and perinatal aspects of pregnant women with pre-eclampsia-eclampsia.-//Akusherstvo I Ginecologia.-2004.-Vol.43 (7).- P.3-9.
4. Pallasmaa N et al.The impact of maternal obesity, age, pre-eclampsia and insulin dependent diabetes on severe maternal morbidity by mode of delivery-a register-based cohort study.// Arch Gynecol Obstet. 2014 Aug 13.
5. Pre-eclampsia.//Nurs Times.-2005.- Vol. 101 (40).-P.27.
6. Safe Motherhood Initiative. Maternal safety bundle for severe hypertension in pregnancy, November 2015. https://www.acog.org/-/media/Districts/District-II/Public/SMI/v2/HTNSlideSet_Nov2015Updated.pdf mc=1&ts=20161117T1126427528 (Accessed on November 20, 2016).
7. Sheikhi A. M. Small H. Y., Currie G., Delles Ch.Systematic Review of Micro-RNA Expression in Pre-Eclampsia Identifies a Number of Common Pathways Associated with the Disease.Published: August 16, 2016 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.016080>
8. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. (PDF). 2011.ISBN 978-92-4-154833-5.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ

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

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

Тухумдонларида эндохирургик операцияси ўтказган аёлларда репродуктив функциясининг ретроспектив тахлили

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

Тухумдонларида эндохирургик операцияси ўтказган 100 нафар (асосий гуруҳ) ва операция ўтказмаган 50 нафар (таққослаш гуруҳи) аёллар тиббий хужжатлари таҳлил қилинди. Таҳлил натижаларига кўра, тухумдонларида қисман резекция ўтказган аёлларда ҳомиладорлик бўлиш 1,5 баробар кўп, яъни 16,3% ни, лапароскопик электрокаутеризация ўтказган аёлларда 6,5%, цистэктомиядан кейин - 17,4% ни ташкил этди.

Таянч сўзлар: ретроспектив таҳлил, беуштлиқ, репродуктив функция, эндохирургик операция

Retrospective analysis of reproductive function in women undergoing endosurgical operations on ovaries

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

A retrospective analysis of the medical documentation of 100 women who underwent endosurgical operations on the ovaries (the main group) and 50 patients without operated ovaries (comparison group) was carried out in the anamnesis. The total number of cases of the onset of uterine pregnancy after partial ovarian resection was 1.5 times higher than after laparoscopic cauterization of the ovaries was 16.3% and 6.5%, respectively, after cystectomy-17.4%.

Key words: retrospective analysis, infertility, reproductive function, endosurgery operation

Актуальность. Разработка эффективных способов преодоления бесплодия является в настоящее время важнейшей государственной медико-социальной задачей. Это обусловлено высокой частотой бесплодия, его неблагоприятным влиянием на демографическую ситуацию в стране, психологический климат в семье и социальную адаптацию супружеской пары [1,2]. Одним из направлений лечения бесплодия является применение эндохирургических технологий, частота наступления беременности после которого составляют 29,1% (данные Европейского общества репродукции человека, 2007 г.). В настоящее время малоинвазивная хирургия в гинекологии заняла прочное место. [3,4] Существующие исследования доказывают влияние хирургического вмешательства на яичниках на формирование различных отклонений в репродуктивном здоровье женщины, таких как нарушение менструальной функции и бесплодие [5,6]. Это обусловлено повышенной травматизацией тканей при операциях

с последующим повреждением фолликулярного аппарата и нарушением кровоснабжения органа и снижением его функции. Предполагается, что степень выраженности данных отклонений во многом зависит от методики эндохирургического лечения и объема выполненной операции [7,8].

Целью исследования явилось ретроспективный анализ репродуктивной функции у женщин перенесших эндохирургические операции на яичниках, по поводу доброкачественных структурных изменений яичников, и изучить их влияния на репродуктивную функцию.

Материалы и методы

Проанализированы статистические данные гинекологического отделения акушерского комплекса №9 г. Ташкента. Проведен ретроспективный анализ архивной медицинской документации 100 женщин, перенесших в анамнезе эндохирургические операции на яичниках (основная группа), и 50 женщин - без оперированных яичников (группа сравнения). Все женщины поступали в

гинекологическое отделение с готовыми анализами клинического, лабораторного и данными диагностического обследования. Кроме этого, учитывались данные стационарного лечения (выписки из стационара). Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0/8.0 с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов. Для анализа взаимозависимости изучаемых показателей проводили корреляционный анализ методом Spearman Rank с вычислением корреляции и последующим установлением его значимости по критерию t .

Результаты и их обсуждение

Всем пациенткам была проведена общее клинико-лабораторное обследование, включающее клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, развернутый анализ системы гемостаза, определение группы крови и резус фактора, анализ микрофлоры влагалища, а также анализы крови на RW, ВИЧ, гепатиты, В и С проводились по месту жительства. У всех пациенток обследованных групп нами собирались данные анамнеза: возраст, профессия, перенесенные ранее соматические заболевания и наличие экстрагенитальной патологии. В сбор анамнеза включали данные о характере менструальной функции, начиная с менархе, особенности становления ее и характер нарушений. Изучалась репродуктивная функция пациенток обследуемых групп (количество беременностей и их исход), их репродуктивное здоровье, анализировалась гинекологическая заболеваемость, виды и методы лечебно-диагностических внутриматочных манипуляций, методы контрацепции, ранее проводимая противовоспалительная и гормональная терапия. Анализируя жалобы пациенток и данные их анамнезов, можно предположить диагноз, в связи с этим особую актуальность в выявлении заболевания и определении его распространенности приобретают специальные гинекологические, лабораторные и гистологические методы исследования. Анализируя историю болезни 150 женщин, выявлено, что у 100 из них в анамнезе были оперированы яичники, что составило 66,6%. Возраст пациенток варьировал от 20 до 35 лет. Распределение женщин по возрастным градациям осуществлялось следующим образом: 20-25 лет, 26-30 лет, 31-35 лет, старше 35 лет.

Средний возраст женщин в основной группе составил 30,2 ± 4,7 года, в то время как в группе сравнения был статистически ниже - 28,7 ± 4,9 года ($p < 0,05$). Большинство пациенток находились в зарегистрированном браке: основная группа - 98 (98%), в группе сравнения - 46 (92%). Жителями г.Ташкента являлись 78 (78%), из других регионов республики с оперированными яичниками в анамнезе и 22 (22%). В социальном статусе преобладали работающие пациентки: 102 (68,0%) и 48 (32%) соответственно. Профессиональный состав пациенток был следующим: женщин, имевших как высшее, так и среднее образование, было 68 (45,4%), их работа была связана с наличием эмоциональных нагрузок, занимающихся физическим трудом - 34 (22,6%), неработающих женщин - 48 (32%). Таким образом, неработающих женщин было достоверно меньше ($p < 0,001$), чем занятых в процессе производства. Изучая соматический анамнез в двух группах, отмечено, что экстрагенитальная патология выявлена у 94 (94%) женщины с оперированными яичниками и у 44 (88%) - без таковых на яичниках. В структуре соматической патологии весомое место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта - 18

(18%) и 16 (32%) и болезни сердечно-сосудистой системы - 5 (5%) и 3 (6%), анемия - 23 (23%) и 26 (17,3%) заболевание мочевыделительной системы - 18 (18%) и 21 (42%) соответственно ($p > 0,05$). В то же время в основной группе в 4 раза чаще диагностировались заболевания эндокринной системы - 36 (36%) и 34 (68%) в сравниваемой группе ($p < 0,05$).

Средний возраст менархе в группах составил 13 ± 1,3 года, что соответствовало общепопуляционным данным ($p > 0,05$). В основной группе встречаемость нарушений менструального цикла в семь раз превышала показатели в группе сравнения ($p < 0,001$). Кроме того, у пациентов с эндохирургическими вмешательствами на яичниках достоверно чаще регистрировался отягощенный гинекологический анамнез. При этом сальпингоофарит отмечены у 15 (15%) пациенток с оперированными яичниками, гиперпластические процессы эндометрия - у 8 (8%), бесплодие - у 40 (40%), нарушение менструального цикла - 37 (37%) ($p < 0,05$). По частоте встречаемости другой гинекологической патологии в группах значимой разницы не прослежено ($p > 0,05$).

В структуре показаний к эндохирургическому лечению лидировали одинаково фолликулярные кисты яичников - 50 (50%) случаев, затем следовали синдром поликистозных яичников - 50 (50%). Изучая данные гистологических заключений полученного операционного материала, были зафиксированы следующие результаты: фолликулярные кисты - 50 (50%), синдром поликистозных яичников - 50 (50%). Хирургическое лечение осуществлялось лапароскопическим доступом - 100 (100%) случаев. В структуре выполненного объема были представлены следующие варианты оперативных вмешательств на яичниках: частичная резекция яичников - 40 (40%), лапароскопическая каутеризация яичников - 10 (10%) и цистэктомия - 50 (50%).

Кроме того, мы провели оценку результатов оперативного лечения у 100 пациенток с доброкачественными структурными изменениями яичников в зависимости от вида оперативного вмешательства. Всем пациенткам в послеоперационном периоде была назначена консервативная терапия, включающая использование инфузионных и антибактериальных препаратов. Общее число случаев наступления маточной беременности после частичной резекции яичников оказалось в 1,5 раза выше, чем после лапароскопической каутеризации яичников составило 16,3% и 6,5%, соответственно, после цистэктомии - 17,4%.

Таким образом, женщин, не реализовавших свою репродуктивную функцию, в группе обследования было достоверно больше ($p < 0,05$). Представленные данные отражают их влияние на формирование нарушений репродуктивной функции у женщин после эндохирургической операции на яичниках. Полученные данные указывают о необходимости разработки и проведения, а также совершенствования новых эффективных реабилитационных мероприятий после эндохирургических операций на яичниках по поводу доброкачественных структурных изменений.

Выводы

У женщин, имеющих операции на яичниках, чаще наблюдаются нарушения менструального цикла - 37%, бесплодие - 40%. Это свидетельствует о влиянии хирургических вмешательств на функцию яичников и развитие спаечного процесса, в связи с чем эти пациентки чаще нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий после эндохирургической операции при доброкачественных структурных изменениях яичников.

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. Гуриев Т. Д. Синдром поликистозных яичников. Акушерство, гинекология и репродукция. 2010; N2: с.10-15
3. Зейналов С. М., Кадырова А. С. Малоинвазивная хирургия в диагностике и лечении придатков матки // Эндоскопическая хирургия. 2007. № 2. С. 61-63.
4. Кулаков В. И., Гатаулина Р. Г., Сухих Г. Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. М.: Триада, 2007. 256 с.
5. Назаренко Т. А., Гаспаров А. С., Волков Н. И. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции // Журнал акушерства и женских болезней. 2008; 3: 90-95.
6. Сухих Г. Т., Назаренко Т. А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М. 2010; с. 22.
7. Mohamed ML, Nouh AA, El-Behery M. Effect on ovarian reserve of laparoscopic bipolar electrocoagulation versus laparotomichemostatic sutures during unilateral ovarian cystectomy. Int J Gynaecol Obstet 2011; 114 : 69-72.
8. Wiegatz I., Kuhl H. Long-cycle treatment with oral contraceptives // Drugs. 2008. Vol. 64. № 21. P. 2447-2462.

ЎЗБЕКИСТОНДА МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚ РИВОЖЛАНИШ ХАВФИ ОМИЛЛАРИ

Х.А. Эрматова, Д.Д. Саиджалилова
Тошкент тиббиёт академияси

Развития факторов преждевременных род в Узбекистане

Х.А. Эрматова, Д.Д. Саиджалилова

Проведен ретроспективный анализ 238 историй родов за период с 2012-2015гг. Преждевременные роды составили 18%. Шансы и относительный риск развития преждевременных родов высокие у женщин с преэклампсией (OR=5,9; RR=4,4), истмико-первикальной недостаточностью (OR=7,8; RR=6,9), наличие мурогенитальной инфекции (OR=6,4; RR=4,5), а также с отягощенным преждевременными родами (OR=2,6; RR=2,4) акушерским анамнезом.

Ключевые слова: Беременность, преждевременные роды, риск развития.

The development of premature confinement factors in Uzbekistan

Kh..A. Ermatova, D.D. Saidjalilova

The retrospective analysis of 238 histories of labours for the period since 2012-2015 years was held. The premature labours were 18%. Women, with the preeclampsia, the cervical incompetence, the presence of urogenital infection also with onerous prematurity obstetric history, have high chances and relative risk of development of premature labours.

Keywords: Pregnancy, premature delivery, risk of development.

Долзарблиги: Муддатдан олдинги туғруқ турли мамлакатларда 6 фоиздан 12 фоизгача учрамоқда, охириги йилларда бу кўрсаткичнинг катталашishi кузатилади. [1,3,4,5]. 2002-2007 йилларда Ўзбекистонда муддатдан олдинги туғруқлар 16,2-18 фоизни ташкил қилди. Маълумки, муддатдан олдинги туғруқ ривожланишида кўп сонли этиологик омиллар сабаб бўлади: репродуктив функциянинг бузилиши, кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, уrogenитал инфекциялар, моддалар алмашинувининг бузилиши, аллергия касалликлар, аутоиммун ва бошқа касалликлар. [1,5]. Муддатига етмаган ҳомиладорликнинг ривожланишида баъзи перинатал омилларнинг роли аниқланди [2,5].

Мақсад: Ҳомиладор аёлларда муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш хавф омилларини ўрганиш мақсадида ретроспектив таҳлил ўтказиш.

Материал ва усуллар: хавф омилларини аниқлаш мақсадида 2012-2015 йилларда 238 нафар ҳомиладор аёлнинг касаллик тарихи ўрганилди. Хавф омиллари ва муддатдан олдинги туғруқ орасидаги ўзаро боғлиқлик даражасини таҳлил қилиш учун ривожланиш эҳтимоллиги (OR) ва нисбий хавф (RR) кўрсаткичларини аниқладик.

Тадқиқот натижалари: Соматик патологияларни текшириш шуни кўрсатадики, хавф омиллари орасида сурункали пиелонефрит кўрсаткичлари юқори OR ва RR (OR=2,8; RR=2,6). Муддатдан олдинги туғруқ келиб чиқишида оғирлашган акушерлик анамнези катта аҳамиятга эга. Анамнезида муддатдан олдинги туғруқ мавжуд аёлларда муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш эҳтимоллиги 2,6 марта юқори. Гинекологик касалликлар орасида муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш хавфи қуйидагича: сурункали эндометрит (OR=2,1; RR=1,9), истмико-цервикал етишмовчилик (OR=7,8;

RR=6,9). Муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш эҳтимоллиги ва нисбий хавфи уrogenитал инфекция мавжуд аёлларда соғлом аёлларга нисбатан 6,4 ва 4,5 марта юқори. Асоратланган ҳомиладорликлар орасида преэклампсия (OR=5,9; RR=4,4), ҳомила ўсиши чегаралиниши (OR=4,1; RR=3,9), нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши (O=3,5; RR=3,1) алоҳида ўринга эга. Муддатдан олдинги туғруқ пайдо бўлишида кўп ҳомиладорлик ўзига хос ўринга эга. Шундай қилиб, ягона ҳомиладорлик аёлларга нисбатан кўп ҳомиладорлик аёлларда муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш эҳтимоллиги 2,9 марта юқори. Ҳомиладор аёлларнинг наслида оғирлашган акушерлик анамнези мавжудлиги муддатдан олдинги туғруқ ривожланишида катта аҳамиятга эга. Бундай аёлларда наслида оғирлашган акушерлик анамнези мавжуд бўлмаган аёлларга нисбатан муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш хавфи 7.2-6.9 марта юқори.

Муддатдан олдинги туғруқ ривожланишида аралаш патологияли, яъни яллиғланиш, аутоиммун, наслий генезли касалликларнинг биргаликда келиши катта гуруҳни ташкил қилади. Аралаш патологияли аёлларда битта патологияли аёлларга нисбатан муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш хавфи 9,4 марта юқори.

Хулоса:

1. Соматик касалликлар орасида сурункали пиелонефрит билан касалланган аёлларда муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш эҳтимоллиги ва нисбий хавф юқори (OR=2,8; RR=2,6).

2. Гинекологик касалликлар орасида муддатдан олдинги туғруқ ривожланиш эҳтимоллиги ва нисбий хавф: сурункали эндометрит (OR=2,1; RR=1,9), истмико-цервикал етишмовчилик (OR=7,8; RR=6,9), уrogenитал инфекциялар (OR=6,4; RR=4,5).

- ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ РАСЧЕТА РИСКА СИНДРОМА ДАУНА**
М.М. Файзырахманова, О.Н. Олейниченко 141
- ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ II ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ВОССТАНОВЛЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА БЕСПЛОДИЯ**
М.К. Хайдарова 144
- ТЕНДЕНЦИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**
А.С. Ходжаева 145
- ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**
Г.А. Ходжимуратова 148
- ПРОТОКОЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
М.Т. Хусанходжаева 150
- ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА НАЧАЛА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**
З.И. Шамсиева, З.И. Халитова, К.Н. Абдуллажонова 152
- ЧТО ЛУЧШЕ - КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ИЛИ ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ?**
Н.М. Шарипова, Д.Н. Ходжаева 154
- РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ**
Ф.И. Шукуров, Ф.М. Аюпова, Н.З. Юлдашева 155
- ЎЗБЕКИСТОНДА МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУФРУК РИВОЖЛАНИШ ХАВФИ ОМИЛЛАРИ**
Ҳ.А. Эрматова, Д.Д. Саиджалилова 157
- НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ЭСТРОГЕНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНЫМ СКЛЕРОКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ**
Д.С. Юлдашева, Ш.Т. Мухамедханова, М.А. Таджиева, Р.К. Жалалов 158
- ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ**
Ш.Ф. Юлдашева, С.Н. Султанов 159
- ЛЕЧЕНИЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ ПРИ ПОМОЩИ КОМПРЕССИВНО-СШИВНЫХ ТЕХНОЛОГИИ**
Р.Б. Юсупбаев, Ш.С. Мухаммедова, М.Ж. Даулетова, А.М. Бабаханова 162
- ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГЕСТЕРОНА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ РЕЛАНТАНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
У.Ю. Юсупов, Н.У. Бабажанова 164
- КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ОТ НАЛИЧИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**
О.А. Якубова, Х.Н. Негматшаева, К.Ш. Махмудова, М.Р. Маматова 166
- Тезисы**
- ЛАПАРОСКОПИЯ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**
Б.С. Абдикулов, Д.М. Касымова 167
- КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА**
М.А. Абдуллаева, Д.Б. Асранкулова, М.Р. Маматова, Ф.Ж. Носирова 167
- ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ МАСТОДИНОН**
М.А. Абдуллаева, Д.Б. Асранкулова, Н.М. Ахмедова, М.Р. Маматова 168
- К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ**
К.И. Азимова, В.Э. Курбаниязова 168
- КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА**
М.Р. Алимухамедова 169
- ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕВОЧЕК**
Д.Б. Асранкулова, М.Р. Маматова, М.С. Мамадиева, Г.А. Кузиева 169
- ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**
Д.Б. Асранкулова, М.Р. Маматова, Ш.К. Мамажанова, Г.А. Усманова 170
- ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН**
Х.З. Ахмеджанова, Г.Н. Бекбаулиева 170
- МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ К ЗГТ**
А.Т. Ахмедова 171
- РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Г.А. Ахмедова 171
- АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**
Д.Р. Ахмедова, Д.Д. Курбанов 172