



**2020**

**Том 12, № 1 - 2**

# ***ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЁНКА***

Периодический научно практический медицинский журнал

---

# ***ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СОЛУГУ***

Мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

**ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**  
периодический научно-практический медицинский журнал

Том 12. № 1-2, 2020 год

Журнал основан в 2009 году

Учредитель – Национальный центр охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Журнал зарегистрирован Министерством юстиции Кыргызской Республики. Регистрационный номер 1519

Журнал входит в список изданий рекомендованных ВАК Кыргызской Республики для публикации результатов диссертационных исследований

Адрес редакции: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек,

ул. Ахунбаева 190.

+996 312 49-10-33.

+996 709 79-59-79;

+996 777 36-85-73

[eisaeva.ped@mail.ru](mailto:eisaeva.ped@mail.ru)

<http://jurnal.ncomid.kg>

**Главный редактор**

Узакбаев К.А. – д.м.н., профессор, академик МАНЭБ (Бишкек, Кыргызстан)

**Заместитель главного редактора**

Маймерова Г.Ш. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

**Редакционная коллегия**

Абдувалиева С.Т. - к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Апералиев М.Ё. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Гулиев Н.Д. – д.м.н., профессор (Баку, Азербайджан)

Кадырова Р.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Кангельдиева А.А. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Каюпова Л.С. - д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

Кочкунов Д.К. - к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Кудаяров Д.К. – д.м.н., профессор, академик НАН КР (Бишкек, Кыргызстан)

Кучербаев А.А. - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Макенжан Алмаз - д.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

Мусуралиев М.С. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Мизерницкий Ю.Л. – д.м.н., профессор (Москва, Россия)

Набиев З.Н. – д.м.н., профессор (Душанбе, Таджикистан)

Нукушева С.Г. – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

Омурбеков Т.О. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Рыскельдиева В.Т. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Саатова Г.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Самигуллина А.Э. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Юлдашев И.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Фуртикова А.Б. – к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Эшалиева А.С. – к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

**Ответственный секретарь**

Исаева Э.Ж. - (Бишкек, Кыргызстан)

УДК: 618.393-079.5

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАЩИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Рустамова Д.Б., Шукуров Ф.И.

### Резюме

**Цель:** изучить эффективность микронизированного прогестерона при лечении привычного невынашивания беременности на ранних сроках.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 60 женщин в возрасте 20–36 лет с привычным невынашиванием на сроках беременности. Основную группу составили 40 беременных, принимавших для лечения привычного невынашивания беременности препарат Утрожестан®. В группу сравнения вошли 20 здоровых беременных женщин. Всем женщинам проведены общеклинические (ультразвуковое исследование, влагалищные и цервикальные мазки, анализы крови, мочи, билирубина и его фракции, общего белка крови, характеристик гемостаза и прогестерона крови до и после лечения).

**Результаты.** У всех беременных, получавших терапию микронизированным прогестероном, клинические признаки угрозы прерывания беременности были эффективно устранены, отсутствовали достоверные различия по срокам лечения. Купирование болевого синдрома в основной группе произошло соответственно на  $3,7 \pm 2,4$  сутки от начала лечения ( $P > 0,05$ ), прекращение кровоотделения – на  $4,1 \pm 1,3$  сутки ( $P > 0,05$ ). При наличии ретрохориальной гематомы кровянистые выделения из половых путей соответственно прекратились на  $5,2 \pm 2,3$  сутки ( $P > 0,05$ ).

**Вывод.** Использование микронизированного прогестерона привело не только к устранению симптомов невынашивания беременности, а также привело к сохранению беременности у 85,6% женщин.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, профилактика, Утрожестан®

## КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЭРТЕ МӨӨНӨТТӨРҮНДӨ КАДИМКИ БОЮНАН ТҮШҮҮНҮ ДАРЫЛОДО МИКРОНИЗИРЛЕНГЕН ПРОГЕСТЕРОНДУ КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Ташкент медициналык академиясы, Ташкент ш., Ўзбекистан

Д.Б.Рустамова, Ф.И.Шукуров

Д. Б. Рустамова, Ф.И. Шукуров

### Корутунду

**Максаты:** кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө кадимки боюнан түшүүнү дарылоодо микронизирленген прогестерондун натыйжалуулугун изилдөө.

**Материалы жана ыкмалары.** кош бойлуулуктун мөөнөттөрүндө кадимки боюнан түшүү менен 20-36 жашка чейинки 60 аял байкоодо болушту. Кадимки боюнан түшүүнү дарылоо үчүн Утрожестан® каражатын ичкен 40 кош бойлуу аял негизги топту түздү. Салыштырма топко 20 дени сак кош бойлуу аял кирди. Баардык аялдарга жалпы клиникалык изилдөөлөр (ультрадобуш изилдөө, кындан жана мойнок түтүктөн сыйпамдар, кан, заара, билирубин жана анын фракцияларынын, кандын жалпы белогу анализдери, дарыланууга чейин жана андан кийин кандын гемостазы жана прогестерону мүнөздөмөлөрүнүн анализдери) өткөрүлдү.

**Натыйжалары.** Дарылоо катары микронизирленген прогестеронду алган баардык кош бойлуу аялдардан кош бойлуулукту токтотуу коркунучунун клиникалык белгилери натыйжалуу жок болгон, дарылоонун мөөнөттөрү боюнча шексиз айырмалар болгон эмес. Негизги топто оорутуу синдромун токтотуу дарылоо баиталгандан бери ( $p > 0,05$ )  $3,7 \pm 2,4$  суткада болду, кан бөлүнүп чыгуулардын токтошу –  $4,1 \pm 1,3$  суткада ( $p > 0,05$ ). Ретрохориалдык гематома болсо, жыныс жолдорунан кансыраган бөлүнүүлөр  $5,2 \pm 2,3$  суткада ( $p > 0,05$ ) токтоду.

**Жыйынтыгы.** Микронизирленген прогестеронду пайдалануу боюнан түшүү симптомдорун жок кылууга гана эмес, ошондой эле 85,6% аялдын кош бойлуулугун сактап калууга алып келди.

**Негизги сөздөр:** боюнан түшүү, алдын алуу, Утрожестан®.

## EXPERIENCE OF APPLICATION OF MICRONIZED PROGESTERON IN THE TREATMENT OF HABITARY NON-CARE OF PREGNANCY IN EARLY TERMS

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Rustamova D.B., Shukurov F.I.**

### *Summary*

**Objective:** to study the effectiveness of micronized progesterone in the treatment of habitual miscarriage in early pregnancy.

**Material and methods.** Under observation were 60 women aged 20–36 years with habitual miscarriage during pregnancy. The main group consisted of 40 pregnant women who took the drug Utrozhestan® for the treatment of habitual miscarriage. The comparison group included 20 healthy pregnant women. All women underwent general clinical (ultrasound, vaginal and cervical smears, blood tests, urine tests, bilirubin and its fractions, total blood protein, characteristics of hemostasis and progesterone blood before and after treatment).

**Results.** In all pregnant women who received micronized progesterone therapy, the clinical signs of the threat of abortion were effectively eliminated, there were no significant differences in the duration of treatment. Relief of pain in the main group occurred, respectively, at  $3.7 \pm 2.4$  days from the start of treatment ( $p > 0.05$ ), and cessation of bleeding - at  $4.1 \pm 1.3$  days ( $p > 0.05$ ). In the presence of retrochorial hematoma, spotting from the genital tract, respectively, stopped on  $5.2 \pm 2.3$  days ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion.** The use of micronized progesterone not only eliminated the symptoms of miscarriage, but also led to continued pregnancy in 85.6% of women.

**Key words:** miscarriage, prevention, Utrozhestan®

**Актуальность.** Под привычным невынашиванием беременности (ПНБ) имеют в виду самопроизвольное прерывание беременности два и более раза подряд. В настоящее время частота невынашивания беременности (НБ) колеблется от 10 до 25%; в I триместре беременности она может достигать 50%, во II триместре – 20%, в III триместре – 30%. [1,2,3]. Частота привычного невынашивания в популяции составляет 2% от общего числа беременностей. В то же время, несмотря на проводимые и предлагаемые мероприятия по сохранению беременности, частота невынашивания беременности на ранних сроках продолжает оставаться высоким и требует разработки новых эффективных методов. Согласно данным последних лет, важную роль в предупреждении привычного невынашивания беременности на ранних сроках играет прогестерон и его воздействие на рецепторы прогестерона в эндометрии. Однако доказательная основа применения гестагенов при привычном невынашивании беременности на ранних сроках все еще остается недостаточной [4,5,6]. Это обуславливает необходимость поиска новых безопасных и эффективных аналогов прогестерона. Наиболее спорными вопросами использования прогестерона у беременных являются сроки использования, безопасность, эффективность, оптимальная дозировка и пути введения при привычной невынашивании беременности на ранних сроках. Общеизвестно, что вагинальное применение прогестерона эффективно для профилактики привычного невынашивания на ранних сроках и неоднозначно для сохранения беременности [7,8]. Использование микронизированного прогестерона при привычном невынашивании беременности, особенно в ранние сроки, остается спорной проблемой. Микронизированный прогестерон (препарат Утрожестан®), по химической структуре полностью идентичный молекуле эндогенного прогестерона, в организме превращается в активные метаболиты, обуславливающие наряду с гестагенным эффектом анксиолитическое, токолитическое, антиальдостероновое и антиандрогенное действие.

**Цель нашего исследования** явилась изучить роль микронизированного прогестерона при лечении привычного невынашивания беременности на ранних сроках.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 60 женщин в возрасте 20–36 лет с привычным невынашиванием на сроках беременности. Основную группу составили 40 беременных, принимавших для лечения привычного невынашивания беременности препарат Утрожестан®. В группу сравнения вошли 20 здоровых беременных женщин с физиологическим течением беременности. Возраст пациенток достоверно не различался и варьировал в пределах от 20 до 41 года. Всем женщинам проведены общеклинические (ультразвуковое исследование, влагалищные и цервикальные мазки, анализы крови, мочи, билирубина и его фракции, общего белка крови, характеристик гемостаза и прогестерона крови до и после лечения. Прогестерон определялись способом иммуноферментного анализа. Всем женщинам основной группы в комплексе лечения был назначен микронизированный прогестерон по 400 мг/сут вагинально (200 мг 2 раза в день) до стихания симптомов привычного невынашивания беременности. После стабилизации состояния и устранения признаков привычного невынашивания дозу препарата снижали до 200 мг (утром и вечером по 100 мг вагинально), обычно это происходило после 12 нед беременности. Длительность терапии в основной группе составила  $6,2 \pm 2,6$  недели.

Критериями включения в исследование были:

- на момент обращения выявление признаков угрозы невынашивания беременности: жалобы на боли в низу живота и в пояснице, а также кровянистые выделения из половых путей;
- по данным УЗИ малого таза наличие ретрохориальной гематомы и/ или локального повышения тонуса миометрия;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (один и более самопроизвольных абортов, преждевременные роды, бесплодие, преэклампсия, антенатальная гибель плода, ПОНРП);
- подписание пациенткой информированного согласия на включение в группу исследования.

Критерии исключения при отборе пациенток:

- ИППП в анамнезе,
- фоновые соматические и эндокринные заболевания,
- аномалии развития полового аппарата,
- наличие рубца на матке,
- беременность, индуцированная с помощью ВРТ,
- антифосфолипидный синдром,
- генетические формы тромбофилии (мутации Лейдена, гена протромбина),
- многоплодная беременность,
- никотиновая интоксикация,
- несоблюдение предписаний врача.

У всех пациенток было получено информированное согласие на использование данных обследования в научных целях и согласие на проведение исследования.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows all, Microsoft Office Excel 2013. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t).

### **Результаты и обсуждение.**

Как показали проведенные исследования, у женщин с привычным невынашиванием беременности уровень прогестерона в крови в среднем имел тенденцию к понижению и составлял  $112,5 \pm 14,2$  нмоль/л, тогда как у здоровых –  $134,5 \pm 24,5$  нмоль/л. Все эти женщины имели достоверное понижение показателя прогестерона, которое коррелировало со сроком беременности ( $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ). Обращало внимание, что в процессе лечения этот показатель не достиг значений здоровых, хотя уже после 2 нед лечения достоверно повысился по сравнению с исходными цифрами.

У всех беременных, получавших терапию микронизированным прогестероном, клинические признаки угрозы прерывания беременности были эффективно устранены, отсутствовали достоверные различия по срокам лечения. Купирование болевого синдрома в основной группе произошло соответственно на  $3,7 \pm 2,4$  сутки от начала лечения ( $p > 0,05$ ), прекращение кровоотделения – на  $4,1 \pm 1,3$  сутки ( $P > 0,05$ ).

При наличии ретрохориальной гематомы кровянистые выделения из половых путей соответственно прекратились на  $5,2 \pm 2,3$  сутки ( $p > 0,05$ ).

Отмечена хорошая переносимость микронизированного прогестерона, отказов от лечения и побочных эффектов на препараты во время лечения не отмечено. Положительный эффект Утрожестана был замечен и при оценке динамики основных характеристик системы гемостаза. В процессе лечения наблюдались нормализация значений фибриногена, D-димера и выраженная тенденция к понижению повышенного показателя спонтанной скорости агрегации тромбоцитов. Важно подчеркнуть, что использование только низкомолекулярного гепарина у женщин с тромбофилическими состояниями без применения микронизированного прогестерона не приводило к аналогичному эффекту, вызывая лишь тенденцию к понижению параметров гиперкоагуляции. Микронизированный прогестерон наряду с уже описанными положительными результатами приводил к улучшению кровотока в спиральных артериях. Нарушение кровотока было зафиксировано у 3 из 16 беременных основной группы (у 2 – хронический эндометрит в анамнезе, у 1 – двурогая матка). Через 6 дней использования микронизированного прогестерона нарушения сохранились у 1 беременной с пороком развития, в дальнейшем они также исчезли к концу 4-й недели лечения. Важно подчеркнуть, что применение препарата Утрожестан® вагинально у женщин с ретрохориальной гематомой и кровянистыми выделениями приводило к быстрому прекращению геморрагий (4–5-й день) и рассасыванию гематомы в течение 2 нед. Прекращение болезненных ощущений у 26 женщин было замечено в течение 6–7 дней, у 24 – 2 нед. Длина шейки матки в 13–14 нед у всех женщин основной группы не была меньше 4–4,2 см. Следует отметить хорошую переносимость препарата.

Таким образом, препарат микронизированный прогестерон считается эффективным, безопасным и патогенетически обоснованным средством лечения беременных женщин с привычным невынашиванием беременности на ранних сроках.

**Выводы.** В целом лечение беременных с привычным невынашиванием на ранних сроках препаратом Утрожестан® можно оценить, как весьма эффективное – беременность сохранилась и прогрессировала у 85,6% женщин.

#### Список литературы

1. **Алегина, Е. В.** Полиморфизм гена интерлейкина-2 у женщин с привычными потерями беременностей [Текст] / Е. В. Алегина, Н. К. Тетруашвили, А. А. Агаджанова, Д.Ю. Трофимов, А. Е. Донников // *Акушерство и гинекология*. – 2015.–№ 5. – С. 26-29
2. **Зыгмунт, М.** Прогестерон – новый взгляд на давно известное лекарство. [Текст] / М. Зыгмунт, Я. Сала // *Репродуктивна ендокринология*. – 2017. - № 1 (33). – С. 17–25.
3. **Сидельникова, В. М.** Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием [Текст] // В. М. Сидельникова. – 3-е изд. – М.: МЕДпрессинформ. - 2013. – 224 с.
4. **Хорошкеева, О. В.** Роль антигенов главного комплекса гистосовместимости в реализации привычного выкидыша [Текст] / О. В. Хорошкеева, Н. К. Тетруашвили, О. В. Бурменская А. А. Агаджанова, Д. Ю. Трофимов // *Акушерство и гинекология*. – 2016. – № 3. – С. 5-10
5. **Тетруашвили, Н. К.** Ведение беременности у женщин с привычным выкидышем, обусловленным иммунологическими нарушениями. [Текст] / Н. К. Тетруашвили, А. А. Агаджанова // *Consilium Medicum*. - 2010. - № 12 (6). – С. 10–4.
6. **Ших, Е. В.** Клинико-фармакологические аспекты применения дидрогестерона для сохранения беременности. [Текст] / Е. В. Ших // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2010. - № 2.- С. 6–9.
7. **Haas DM.** Progestogen for preventing miscarriage. [Text] / DM. Haas, PS Ramsey. // *Cochrane Database Syst Rev*. - 2013.
8. *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. "Current clinical irrelevance of luteal phase deficiency: a committee opinion."* *Fertil Steril* 103.4 (2015): 27–32.

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПЕДИАТРИЯ

- КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ**  
*Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В.* 4 - 8
- МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЦП**  
*Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.* 9- 12
- ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**  
*Жураева М. А., Ашуралиева М. А, Юсупова Н. А.* 13-17
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ D У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СТАТУСА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ**  
*Курбонова П.Г., Вохидов А.В.* 18-22
- ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ, АУТОИММУННЫХ (ВОСПАИТЕЛЬНЫХ) И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**  
*Саякбаев К. С., Саатова Г.М.* 23- 30
- ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ**  
*Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.* 31- 34
- АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ**  
*Узакбаев К. А., Фуртикова А. Б., Маймерова Г.Ш.* 35-39
- ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРОГНОЗ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ**  
*Хамзаев К.А.* 40 -45
- РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БИОПТАТА ПОЧКИ**  
*Хамзаев К.А., Шарипов А.М.* 46 - 51
- ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ВНУТРИУТРОБНУЮ ЗАДЕРЖКУ РАЗВИТИЯ ПЛОДА**  
*Хусейнова М.А., Хасанова М.А.* 52 - 55

## ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

**ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ**  
*Саулен Нурбек<sup>1</sup>, Бекниязова Гулимишат Алтысбаевна<sup>2</sup>, Ыктияров Аяз Абдурахымұлы<sup>3</sup>* 56-61

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ**  
*Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш., Акмолаев Д.С.* 62 -67

**РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АНОРЕКТАЛЬНЫХ  
МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ**  
*Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.* 68 - 76

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОСТИЛБЕГИТ В ИНДУКЦИИ  
ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
*Бекмирзаева Ф.М., Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М.* 77 -82

**ОХВАТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДОБРОВОЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ  
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕМ НА ВИЧ**  
*А.В.Вохидов, Х.Б.Давлатов* 83- 86

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ  
ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАЩИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ**  
*Рустамова Д.Б., Шукуров Ф.И.* 87- 90

**ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛАРА® В СОЧЕТАНИИ С ЛОНГИДАЗА® В РЕАБИЛИТАЦИИ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**  
*Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М., Бекмирзаева Ф.М.* 91 – 96