



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

<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: 618.11–008.62.11–089

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОСТИЛБЕГИТ В ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ташкенская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Бекмирзаева Ф.М., Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М.

Резюме

Цель: оценка эффективности применения кломифенсодержащего препарата для индукции овуляции у женщин, с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 женщины, из них: I– основную подгруппу вошли – 20 женщин с синдромом поликистозных яичников и во II основную подгруппу – 20 женщин с фолликулярными кистами яичников получавших после эндохирургического лечения кломифенсодержащий препарат, и группа сравнения – 20 женщин аналогичной патологией, но отказавшихся от приема кломифенсодержащего препарата. С помощью гормонального и ультразвукового исследований выявлена все характерные изменения для доброкачественных структурных изменений яичников после эндохирургического лечения в качестве стимуляции овуляции была назначена препарат Клостилбегит®.

Результаты. В I подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У 2-х (10,0%) из них овуляция наступила после второго цикла овуляции на дозе в 100мг кломифенсодержащего препарата в день. У одной (5,0%) больной овуляция была на третьем цикле лечения (150мг/в сутки). Беременность наступила у 17 (85,0%) больных этой подгруппы: у одной больной в первом же цикле лечения при приеме 50мг кломифенсодержащего препарата, у второй на третьем цикле стимуляции овуляции при дозе 100мг данного препарата. Во II– подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У трех (15,0%) из них овуляция произошла после второго цикла стимуляции с применением 100–150мг кломифенсодержащего препарата в день. Беременность в группе сравнения наступила у 3 (15,0%) пациенток **Заключение.** Применение кломифенсодержащего препарата у женщин, с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения приводит к индукции овуляции у 90,0% и 85,0% женщин, и наступлению беременности у 85,0% и 90,0% женщин соответственно.

Ключевые слова: бесплодия, лапароскопия, индукция овуляции, Клостилбегит®.

ЭНДОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИН АЯЛДАРДЫН ОВУЛЯЦИЯСЫНЫН ИНДУКЦИЯСЫНДА “КЛОСТИЛБЕГИТ” КАРАЖАТЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

Ташкент медициналык академиясы, Ташкент ш., Өзбекстан

Ф.М.Бекмирзаева, Ф.И.Шукуров, Ф.М.Аюпова

Резюме

Максаты: эндохирургиялык дарылоодон кийин энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү менен аялдардын овуляциясынын индукциясы үчүн кломифен камтыган каражатты колдонуунун натыйжалуулугун баалоо.

Материалы жана ыкмалары. Изилдөөгө 60 аял киргизилген, алардын ичинен: I-негизги топчого – поликистоздук энелик бездер синдрому менен 20 аял жана II-негизги топчого – эндохирургиялык дарылоодон кийин кломифен камтыган каражат алган энелик бездердин фолликулярдык ыйлаактар менен 20 аял кирген, жана салыштырма топ – окшош патология менен кломифен камтыган каражатты алуудан баш тарткан 20 аял. Энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү үчүн гормоналдык жана ультрадобуш изилдөөлөрдүн жардамы менен баардык мүнөздүү өзгөрүүлөр аныкталды, эндохирургиялык дарылоодон кийин овуляцияны стимуляциялоо катары Клостилбегит каражаты дайындалган.

Натыйжалары. Оорулуулардын I-топчосунда овуляция 17 (85,0%) аялда баишталган. Алардын ичинен 2 (10,0%) бейтапта кломифен камтыган каражаттын бир күндө 100 мг дозасында овуляциянын экинчи циклынан кийин овуляция баишталган. Бир (5,0%) бейтап аялда овуляция дарылоонун үчүнчү циклында (150 мг/в сутки) болгон. Бул топчонун 17 (85,0%) оорулуусунда кош бойлуулук баишталган: бирөөндө кломифен камтыган каражаттын 50 мг колдонгондон кийин дарылоонун биринчи эле циклында, экинчисинде бул каражаттын 100 мг дозасында овуляцияны стимуляциялоонун үчүнчү циклында. Оорулуулардын II-топчосунда 17 (85,0%) бейтапта овуляцияга жетүү мүмкүн болду. Алардын ичинен үчөөндө (15,0%) овуляция кломифен камтыган каражаттын бир күндө 100-150 мг колдонуу менен стимуляциялоонун экинчи циклынан кийин болгон. Кош бойлуулук салыштырма топтун 3 (15,0%) бейтабында баишталган.

Жыйынтыктоо. Эндохирургиялык дарылоодон кийин энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү менен шартталган тукумсуздук менен аялдарда кломифен камтылган каражатты колдонуу овуляциянын индукциясына 90,0% жана 85,0% аялдарда, ошондой эле иретке ылайык 85,0% жана 90,0% аялдарда кош бойлуулук баишталышына алып келет.

Негизги сөздөр: тукумсуздук, лапароскопия, овуляциянын индукциясы, Клостилбегит.

ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE CLOSTILBEGITIS PRODUCT IN OVULATION INDUCTION IN WOMEN AFTER ENDOSURGICAL TREATMENT

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Bekmirzaeva F.M., Shukurov F.I., Ayupova F.M.

Summary

Objective: to evaluate the effectiveness of the use of clomiphene-containing drug for the induction of ovulation in women, with benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment.

Materials and methods. The study included 60 women, of which: I – the main subgroup included 20 women with polycystic ovary syndrome and the II main subgroup – 20 women with follicular ovarian cysts who received clomiphene-containing preparation after endosurgical treatment, and the comparison group – 20 women with a similar pathology, but refused to take clomiphene-containing drug. With the help of hormonal and ultrasound studies, all characteristic changes for benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment were identified as a stimulation of ovulation, the drug Klostilbegit was prescribed.

Results. In the I subgroup of patients, ovulation was achieved in 17 (85.0%) patients. In 2 (10.0%) of them, ovulation occurred after the second ovulation cycle at a dose of 100 mg of clomiphene-containing drug per day. In one (5.0%) patient, ovulation was on the third cycle of treatment (150 mg / day). Pregnancy occurred in 17 (85.0%) patients of this subgroup: in one patient in the first cycle of treatment when taking 50 mg of clomifenes-containing preparation, in the second in the third cycle of ovulation stimulation at a dose of 100 mg of this drug. In the II-subgroup of patients, ovulation was achieved in 17 (85.0%) patients. In three (15.0%) of them, ovulation occurred after the second cycle of stimulation with the use of 100–150 mg of clomifenes containing drug per day. Pregnancy in the comparison group occurred in 3 (15.0%) patients. **Conclusion.** The use of clomiphene-containing drug in women with infertility due to benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment leads to the induction of ovulation in 90.0% and 85.0% of women, and pregnancy in 85.0% and 90.0% of women, respectively.

Key words: infertility, laparoscopy, ovulation induction, Klostilbegit®.

Актуальность. Доброкачественные структурные изменения яичников, характеризующиеся нарушениями менструального цикла, такими как олиго- и опсоменорее, являются одной из причин нарушений репродуктивной функции у женщин детородного возраста [1,2,3]. Частота встречаемости доброкачественных структурных изменений яичников у женщин с нарушениями менструального цикла и неудачами реализации репродуктивной функции по данным разных источников колеблется от 19% до 25% [4,5,6]. Самую многочисленную группу среди доброкачественных структурных изменений яичников – до 88,7% составляют синдром поликистозных яичников и фолликулярные кисты, эти же две патологии оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье [7]. На современном этапе развития репродуктивной хирургии эндохирургическое лечение, по праву считается основным и первостепенным методом лечения при доброкачественных структурных изменениях яичников [8,9]. Несмотря на проведенные исследования, посвященные изучению репродуктивного здоровья женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников, на сегодня не решена проблема восстановления фертильности [10]. В связи с этим важным является разработка и совершенствование эффективных методов реабилитации репродуктивной функции у женщин, перенесших эндоскопический метод лечения женского бесплодия, обусловленного доброкачественными структурными изменениями яичников.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения кломифенсодержащего препарата для индукции овуляции у женщин, с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 женщины, из них: I – основную подгруппу вошли – 20 женщин с синдромом поликистозных яичников и во II основную подгруппу – 20 женщин с фолликулярными кистами яичников получавших после эндохирургического лечения кломифенсодержащий препарат, и группа сравнения – 20 женщин аналогичной патологией, но отказавшихся от приема кломифенсодержащего препарата. Возраст обследованных составил $24,5 \pm 0,2$ года. С целью стимуляции овуляции нами было выбрана кломифенсодержащий препарат. Кломифенсодержащий препарат – нестероидный антагонист рецепторов эстрогенов, препарат первого ряда для стимуляции овуляции при доброкачественных структурных изменениях яичников. Кломифенсодержащий препарат – наиболее простой в применении среди препаратов, используемых для стимуляции овуляции.

Немаловажные его достоинства – экономичность, низкая вероятность развития побочных эффектов и максимально приближенное к идеальной терапевтической цели действие: индукция развития единственного фолликула, имитирующая естественный менструальный цикл. При назначении кломифенсодержащего препарата мы также, учитывали уровень овариального резерва (ОР) и степени экспрессии эстрогеновых рецепторов в яичниках и эндометрия. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Всем женщинам стимуляцию овуляции проводили кломифенсодержащим препаратом по следующей схеме. Пациенткам с нормальным ОР и слабой степени экспрессии эстрогеновых рецепторов, клостилбегит назначали с 5–й по 9–й дни менструального цикла в дозе 50 мг (50 мг per os) в течение 5 дней на протяжении 2 – 3 циклов, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100 мг) в сутки в течении 5 дней. Пациенткам с низким ОР и высокой степени экспрессии эстрогеновых рецепторов клостилбегит назначали с 3–й по 7–й дни менструального цикла в дозе 100 мг (100 мг per os) 1 таблетки 2 раза в течение 5 дней на протяжении 2–3 циклов, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100 мг) в сутки в течении 5 дней. Пациенткам с низким ОР и умеренной степени экспрессии эстрогеновых рецепторов клостилбегит со 2–го по 6–й в дозе 100 мг (100 мг per os) 1 таблетки 2 раза в течение 5 дней, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100 мг) в сутки в течении 5 дней. Всех пациенток наблюдали в течение МЦ с целью прослеживания результатов кломифенсодержащем препаратом. Для оценки эффективности стимуляции функции яичников в динамике менструального цикла и в процессе лечения проводили УЗД–фолликулометрию и определяли толщину эндометрия. УЗИ органов малого таза проводили вагинальным датчиком (7,5 МГц– Sonoace X4–Корея). При УЗИ оценивали толщину и эхогенность эндометрия, количество и размеры лидирующих фолликулов на 8, 12 и 14 день менструального цикла, во II–ой фазе цикла определяли наличие желтого тела и структуру эндометрия. В I–ой подгруппе больных, получавших для индукцию овуляции кломифенсодержащий препарат, произошло достоверное ($p < 0,05$) увеличение диаметра максимального фолликула, который в среднем составлял $2,2 \pm 0,4$ см, во II подгруппе – $2,0 \pm 0,3$ см. Толщина эндометрия в этой группе больных также существенно ($p < 0,05$) увеличилась и в среднем составила $0,9 \pm 0,03$ см в I подгруппе и во II–ой – $1,0 \pm 0,2$ см. В обеих подгруппах отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение толщины эндометрия. Вместе с тем сравнение двух групп по этим параметрам показало, что во I –ой подгруппе больных диаметр максимального фолликула достоверно ($p < 0,05$) превосходил соответствующий показатель во II– подгруппы, толщина эндометрия также была существенно ($p < 0,05$) больше во I–ой подгруппе больных. Соотношение клинического эффекта стимуляции в группах обследованных больных представлено на рисунке 1.

В I подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У 2-х (10,0%) из них овуляция наступила после второго цикла овуляции на дозе в 100 мг кломифенсодержащего препарата в день. У одной (5,0%) больной овуляция была на третьем цикле лечения (150 мг/в сутки). Беременность наступила у 17 (85,0%) больных этой подгруппы: у одной больной в первом же цикле лечения при приеме 50 мг кломифенсодержащего препарата, у второй на третьем цикле стимуляции овуляции при дозе 100 мг данного препарата. Во II– подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных.

У трех (15,0%) из них овуляция произошла после второго цикла стимуляции с применением 100–150мг кломифесодержащего препарата в день. Беременность в группе сравнения наступила у 3 (15,0%) пациенток (см. Рис 1).

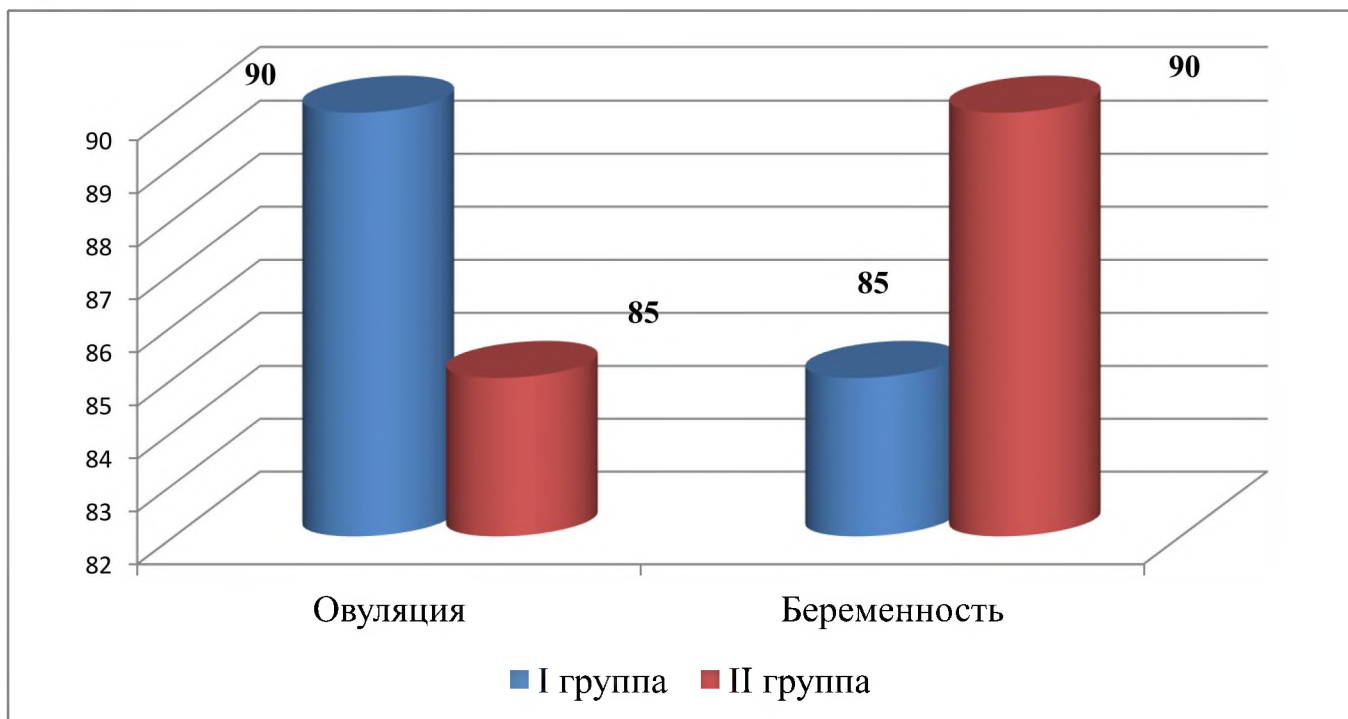


Рисунок 1. Частота наступления овуляции и беременности у обследованных женщин принимающих кломифенсодержащий препарат в, %.

Таким образом, индукция овуляции кломифесодержащем препаратом является эффективным методом стимуляции овуляции, обеспечивающим достижение овуляции у 87,0% больных с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения. На фоне индукции овуляции кломифенсодержащим препаратом серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, ни у одной больной не было отмечено. Согласно полученным данным, в 40 овуляторном цикле с применением кломифенсодержащего препарата среднее число фолликулов в диаметре более 18мм к середине МЦ 34 (85,0%) из них в процессе индуцированного фолликулогенеза созревали все фолликулы, в 6 циклах два фолликула. Средняя продолжительность времени достижения фолликулом предовуляторной стадии развития составила $13,5 \pm 0,2$ дня. Средний диаметр доминантного фолликула на 12–14 день менструального цикла у женщин с подтвержденной овуляцией составил $18 \pm 1,3$ мм.

Размеры лидирующего фолликула у обследованных женщин были сопоставимы на фоне приема разных доз кломифенсодержащего препарата (см.табл. 1).

Таблица 1 - Размеры доминирующего фолликула у обследованных женщин, (M±m)

Доза кломифенсодержащего препарата	I подгруппа с СПЯ, n=20			II подгруппа с ФКЯ, n=20		
	День цикла					
	8-й	12-й	14-й	8-й	12-й	14-й
50 мг	9,2±0,4	17,0±0,6	19,0±1,2	9,0±0,4	17,2±0,1	19,5±1,4
100 мг	9,8±0,5	18,4±1,0	20,4±1,8	9,6±0,2	18,6±1,3	20,2±1,2
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Не было также выявлено достоверных отличий толщины эндометрия в течение цикла в зависимости от дозы кломифенсодержащего препарата (см.табл. 2).

Таблица 2 -Толщина эндометрия у обследованных женщин, (M±m)

Доза кломифенсодержа щего препарата	I подгруппа с СПЯ, n=20			II подгруппа с ФКЯ, n=20		
	День цикла					
	8-й	12-й	14-й	8-й	12-й	14-й
50 мг	7,2±0,2	8,6±0,3	9,4±0,2	7,0±0,1	8,4±0,1	9,2±0,3
100 мг	6,8±0,2	8,4±0,1	9,0±0,2	6,7±0,3	8,2±0,2	8,7±0,3
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Восстановление овуляторного цикла было достигнуто у 35 (87,5%) женщин. У 5 (12,5%) женщин сохранялся ановуляторный цикл в трех курсах стимуляции кломифенсодержащем препаратом. Увеличение дозы кломифенсодержащем препаратом до 100 мг в сутки привело к восстановлению овуляции у всех женщин, у двух (5,0%) наступила беременность. Показатель средней толщины эндометрия в середине цикла составил 9,2±0,3мм, что является благоприятным для имплантации плодного яйца. Беременность наступила у 37 (92,5%) женщин. Анализ ответа яичников на применение кломифенсодержащего препарата и частоты наступления беременности в зависимости от использованной дозы кломифенсодержащего препарата показал, что увеличение дозы препарата до 100мг в сутки увеличивает частоту наступления беременности вдвое (p<0,05). Всего при индукции овуляции кломифенсодержащем препаратом наступило 37 (92,5%) беременностей из них 17 (85,0%), в I подгруппе и 18 (90,0%) во II подгруппе.

Выводы. Применение кломифенсодержащего препарата у женщин, с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения приводит к индукции овуляции у 90,0% и 85,0% женщин, и наступлению беременности у 85,0% и 90,0% женщин соответственно.

Список литературы

1. **Адамян, Л. В.** Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). [Текст]/ Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева, С. А. Гаспарян // Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2015. – 22 с.
2. **Абашидзе, А. А.** Структура бесплодия. О чем не стоит забывать [Текст]/ А. А.Абашидзе // Справочник врача общей практики. –2014.– № 4. – С. 81–84.
3. **Геворкян, М. А.** Механизмы формирования и принципы патогенетической терапии функциональных кист яичников [Текст] / М. А. Геворкян, И. Б. Манухин // Проблемы репродукции. 2011. Т. 17. № 1. С. 22–27.
4. **Гриценко, И. А.** Системный подход к восстановлению репродуктивного потенциала у женщин после хирургического снижения овариального резерва [Текст]/ И. А. Гриценко, Л. В. Ткаченко//Лечение и профилактика.–2013. – № 2(6). – С. 18–23.
5. **Кулаков, В. И.** Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст] /В. И. Кулаков, Г. Т.Сухих, Т. А.Назаренко. –М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. –784 с.
6. **Назаренко, Т. А.** Стимуляция функции яичников [Текст] / Т.А.Назаренко. – 5–е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 288 с.
7. **Радзинский, В. Е.** Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. [Текст]/ В. Е. Радзинский, А. О. Духин // М.: Изд–во РУДН, 2009
8. **Сухих, Г. Т.** Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. [Текст] / Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко //М. 2010 с. 22.
9. **Charles E. Miller.** Reconstructive and Reproductive Surgery in Gynecology [Text] / Charles E. Miller. // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2012. – N3 – Vol – 19. P – 403.
10. **Escobar–Morreale, H. F.** (2018). Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. [Text] / Escobar–Morreale, H. F. // Nat Rev Endocrinol - 14(5), 270–284.

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 Нурбек¹, Бекниязова Гулимшат Алтысбаевна², Ыктияров Аяз Абдурахымұлы³ 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