

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 4

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 4
2022

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

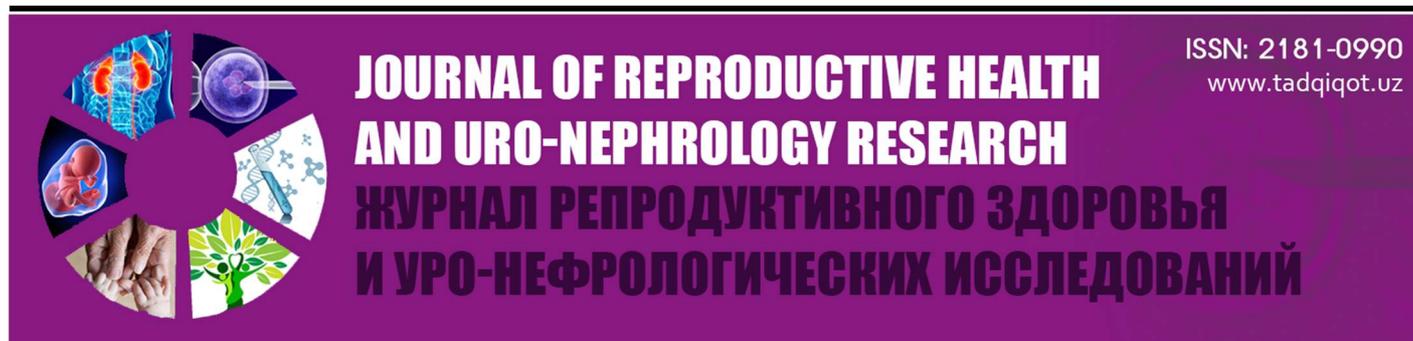
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А. Т., Актамова Н ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА / PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES / OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH	6
---	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

2. Абдурахмонова Ситора Ибрагимовна, Ризаева Малика Абдуманоновна АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ/ ANALYSIS OF THE GROWTH OF COMPLICATIONS OF UTERINE FIBROIDS AND ADENOMYOSIS IN POSTCOVID WOMEN/ POSTCOVID DAVRIDA AYOLLARDA BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZ ASORATLARINING O'SISHINING TAHLILI.....	11
3. Агабабян Лариса Рубеновна, Турсунова Нозанин ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ/ FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HYPERANDROGENISM/ GIPERANDROGENIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING XUSUSIYATLARI.....	14
4. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ/ PRE-GRAVIDAR TRAINING OF WOMEN WITH A HISTORY OF UNDEVELOPED PREGNANCY/ RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK BO'LGAN AYOLLARNING PREGRAVIDAR TAYYORGARLIGI.....	17
5. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН/MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN/RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK VA UNI AYOLLARDA QAYTA TIKLASHNING ZAMONAVIY YONDOSHUVLARI.....	20
6. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ELEVATED HOMOCYSTEINE LEVELS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREECLAMPSIA/ PREEKLAMPSIYA PAYTIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYANI RIVOJLANTIRISHDA GOMOTSISTEIN DARAJASI OSHDI.....	23
7. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Назирова Муяссар Убаевна ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY/ RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI.....	27
8. Комилова Мастура Сафаровна, Пахомова Жанна Евгеньевна ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЦИТОКИНЫ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ/ ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CYTOKINES: A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PREMATURE DEPARTMENT OF A NORMALLY LOCATED PLACENTA/ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA SITOKINLARNING: NORMAL JOYLASHGAN YOLDOSHNING VAQTIDAN OLDIN KOCHISHINI RIVOJLANISHDAGI ROLI.....	32
9. Кудратова Дильноза Шарифовна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ/ PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN/ KAM VAZNLI CHAQALOQLAR TUG'ILISHINI PROFILAKTIKA XAMDA BASHORAT QILISH.....	36
10. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмудова Севара Эркиновна РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS/ PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI.....	40
11. Уринбаева Нилюфар Абдужабборовна, Эшонходжаева Дилдора КОВИД-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСА / COVID-ASSOCIATED MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF GESTATION AFTER CORONAVIRUS/ KOVID BILAN BOG'LIQ MIOKARDIT KORONAVIRUS BILAN KASALLANGANIDAN KEYIN GESTASIYADAGI ASORATLARI.....	43
12. Файзуллаева Хилола Бахроновна, Абдуллаева Мухиба Негматовна ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ / PROGNOSTIC INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF POST-HYPOXIC SYNDROME IN NEWBORN/ YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA POSTGIPOKSIK SINDROMNING KLINIK VA LABORATORIYA KO'RSATKICHLARINING PROGNOSTIK AXBOROT TARKIBI.....	46

- 13. Ходжаева Зарина Алихановна, Муратова Нигора Джураевна**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ/ FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS/ ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI.....49
- 14. Gapparova Guli Nurmuminovna, Axmedjanova Nargiza Ismoilovna**
COVID - 19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH/ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC.....53
- 15. Muratova Nigora Djurayevna, Miralimova Nigora Abdurashidovna**
BACHADON MIOMASINING HOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI/ ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ/ THE EFFECT OF UTERINE FIBROIDS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH.....58
- 16. Nazarova Dildora Gulomovna, Muratova Nigora Djurayevna**
BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KECISHINING XUSUSIYA/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ/ FEATURES OF THE COURSE OF ADENOMYOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS.....61
- 17. Safarov Aliaskar Tursunovich, Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Safarova Lola Aliaskarovna**
OIV INFEKTSIYASINING HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRGA TA'SIRINI BAHOLASH/ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА/ ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF GESTATION, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD.....65
- 18. Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Qudratova Dilnoza Sharifovna**
HOMILA ANTENATAL NUQSONLARI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ERTA BASHORATLASH PREDIKTORLARI/ ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА/ EARLY MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE FETAL ANOMALIES.....68
- 19. Raximova Durdona Juraqulovna, Shayxova Guli Islamovna**
7-17 YOSHLI MAKTAB O'QUVCHILARINING JISMONIY RIVOJLANISHINI BAHOLASH/ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ/ ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF 7-17-YEAR-OLD SCHOOL STUDENTS.....72
- 20. Zakirova Nodira Islamovna, Zakirova Fotima Islamovna, Abdullaeva Nigora Erkinovna**
FEATURES OF PREGNANCY MANAGEMENT AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA WITH ACTIVE AND EXPESTANT TASTICS/ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЪЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ/ FAOLI VA KUTILGAN BOSHQARUV BO'LGAN MAKROSOMIY AYOLLARDA HOMILALIYLIKNI BOSHQARISH XUSUSIYATLARI VA TUG'ILISH NATIJASI.....77



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW
УДК 618.5-008.6 (075.4)

Агабабян Лариса Рубеновна

Кандидат медицинских наук
и/о профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Ахмедова Азиза Тайировна

Доктор философских наук
Ассистент

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Актамова Насиба

Магистр

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Agababyan Larisa Rubenovna, Akhmedova Aziza Tayirovna, Aktamova Nasiba, Prognosis and prevention of purulent-septic diseases in pregnant women with oral diseases (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 4. pp.6-10



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7412741>

Agababyan Larisa Rubenovna

Candidate of Medical Sciences
Professor

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Akhmedova Aziza Tayirovna

Doctor of Philosophy
Assistant

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Aktamova Nasiba

Master

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES (LITERATURE REVIEW)

Agababyan Larisa Rubenovna

Tibbiyot fanlari nomzodi
v/b professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Ahmedova Aziza Tayirovna

Falsafa fanlari doktori
Assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston
Aktamova Nasiba
Magistr
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

В начале нового тысячелетия, как это ни парадоксально, инфекционные болезни составляют важнейшую проблему медицины. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости, являются наиболее частой причиной госпитализации женщин репродуктивного возраста и причиняют главные медицинские, социальные и экономические проблемы не только в России, где пациентки с воспалительными заболеваниями женских половых органов составляют 60-65% амбулаторных и 30% стационарных больных, но и во всем мире [2, 5, 6]. Последствия ВЗОМТ разрушительны для репродуктивного здоровья женщин: это синдром хронической тазовой боли, невынашивание, внематочная беременность, бесплодие. Эпидемия внематочной беременности и трубно-перитонеального бесплодия (в числе прочих причин) привела к тому, что число случаев бесплодных браков в России превысило 15%, что, по данным ВОЗ, считается критическим уровнем воспроизводства населения [4]. Особенную опасность не только для здоровья, но и жизни женщин представляют гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии, при этом «...по своим социально-демографическим последствиям неблагоприятный или инвалидизирующий исход акушерского и гинекологического сепсиса гораздо более значим, чем исход сепсиса другой этиологии» (Я.П. Сольский, 1990). За последние десятилетия значительно изменилось клиническое течение гнойных ВЗОМТ, все реже встречаются классические симптомы (боли, гипертермия, лейкоцитоз и пр.) и формы воспалительных заболеваний, описанные в руководствах. К примеру, в настоящее время практически не встречается перитонит после кесарева сечения, а доминируют «вялопротекающие» осложнения, приводящие к формированию несостоятельного шва (рубца) на матке.

Особенностями течения гнойных ВЗОМТ в современных условиях являются следующие:

1. Изменение характера микробного фактора, снижение его роли на последующих этапах воспалительного процесса при возрастании роли системных нарушений. Воспалительный процесс теряет специфичность и поддерживается вторичной, преимущественно условно-патогенной флорой (эпидермальный, сапрофитный стафилококк) в ассоциации с атипичными возбудителями (хламидии, микоплазмы, вирусы генитального герпеса, цитомегаловирусы) или патогенными штаммами с множественной устойчивостью к антибиотикам.

2. Высокая инфицированность девушек возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), начиная с подросткового возраста. Так, в последние десятилетия отмечается рост распространенности курения, пьянства, наркомании, а также свободных сексуальных отношений среди подростков. Этому способствует снижение роли семьи, многих нравственных ценностей - целомудрия, моногамного брака, не только свободный доступ к порнографической литературе, но и прямая пропаганда свободных сексуальных отношений. Так, по данным диссертационной работы Ю.М. Белой [3], 13,5% девочек-подростков Московской области сексуально активны уже в возрасте 14 лет, к 17-летнему возрасту их число увеличивается до 27,5%, более 1/3 девочек имели 2 половых партнеров и более. Инфицированность онкогенными штаммами ВПЧ среди сексуально-активных девочек-подростков составляет 50,5%. У всех ВПЧ-позитивных девочек диагностированы другие ИППП: генитальные микоплазмы (16,6%), хламидии (6,6%), трихомонады (13,3%), гонорея (3,3%), цитомегаловирус (23,3%), генитальный

герпес (16,6%); 78% опрошенных девочек курят (64% - до 10 сигарет в день, 36% - пачку и более), алкоголь употребляют 59%.

3. Изменение структуры «провоцирующих» факторов гнойных ВЗОМТ. Если еще 10 лет назад у 42,8% пациенток тяжелые гнойные ВЗОМТ развивались на фоне длительного ношения ВМК, то в настоящее время в связи с исключением данного опасного метода контрацепции число носительниц ВМК в структуре гнойных ВЗОМТ снизилось до 17%. Их «нишу» заняли пациентки с послеродовыми осложнениями (16,9% в 2001 г. и 35,5% - в 2011 г., где в соотношении 9:1 доминируют осложнения оперативных родов) и пациентки с послеоперационными осложнениями (9 и 27,4% соответственно). Неуклонно растет частота оперативных родов: в настоящее время, по данным мировой и отечественной литературы, каждая четвертая беременная родоразрешается путем кесарева сечения, и у каждой пятой из них послеоперационный период протекает с осложнениями. Так, только в МОНИИАГ и Московской области за 3 года произведено 44 709 кесаревых сечений: в МОНИИАГ в 2009 г. - 554 (24,9%), 2010 г. - 529 (24,3%), 2011 г. - 435 (23,7%); в Московской области - 13 643 (20,3%), 14 449 (20,8%) и 15 099 (21,6%) соответственно. Неуклонно растет также число гинекологических операций, особенно эндохирургических, а также вмешательств с применением сетчатых протезов [1, 7]. Обсуждая тему послеоперационных осложнений - неприятных, но неизбежных даже в самой успешной хирургической практике событий, нельзя не отметить, что если раньше основным патогенетическим звеном развития гнойных послеоперационных осложнений у данных больных было вторичное инфицирование (нагноение) гематом, инородных тел, лигатур в малом тазу, то в настоящее время количество таких больных уменьшилось. Рост частоты послеоперационных осложнений связан, прежде всего, с увеличением количества акушерских, гинекологических и эндохирургических операций и освоением новых технологий. Примером могут служить данные чрезвычайно интересного исследования, выполненного в МОНИИАГ в 2011 г. [1]. В работе представлены «обезличенные» и тем самым объективные результаты многоцентровых исследований осложнений 677 операций Prolift, выполненных за 4 года в 7 высококвалифицированных гинекологических и урологических стационарах Москвы. Выявлено 152 (22,4%) осложнения. Из них 64 (9,4%) - mesh-ассоциированные, воспалительные: синехии влагалища - 0,3%, эрозии влагалища - 4,8%, эрозии мочевого пузыря - 0,2%, уретровлагалищный свищ - 0,15%, сморщивание протеза - 1%, инфицирование - 0,6% (в том числе 3 тяжелых случая инфекции: 2 паравезикальных абсцесса и флегмона малого таза). В последнее время все реже встречаются гнойные ВЗОМТ после аборт как результат уменьшения количества аборт и внедрения мини- и медикаментозных аборт, а также тяжелых гнойных ВЗОМТ в результате прогрессирования гнойного воспаления вследствие повышения качества лечения больных и внедрения эндохирургических методов лечения.

4. Первично хроническое течение заболевания или, в лучшем случае, наличие короткой «острой» фазы манифестации заболевания с дальнейшим «стертым» клиническим течением, для акушерских больных - поздняя (после выписки) манифестация воспалительного процесса. Характерно также нечеткое стадийное течение заболевания, связанное с тем, что интенсивное антибактериальное лечение предпринимается по любому поводу, а иногда «профилактически», а заболевание имеет волнообразное длительное течение (ремиссия-обострение), при этом в стадии обострения возникают дальнейшие осложнения.

5. Преобладание инфильтративных и некротических форм воспаления, описанных еще К.П. Улезко-Строгановой (1939) как септические, в отсутствие сопряженных с тяжестью заболевания клинических и лабораторных признаков инфекции.

6. Несоответствие тяжести заболевания и лабораторных показателей. Так, большинство больных с хроническим гнойным воспалением имеют достаточно «спокойные» показатели белой крови: среднее количество лейкоцитов (медиана) у больных составляет 6,8 тыс., лейкоцитоз наблюдается только в 29,2% наблюдений. «Истощение» белого ростка крови проявляется не только отсутствием лейкоцитоза у 62,1% и наличием лейкопении у 8,7% больных, но и нарушением функциональной возможности продуцировать незрелые, юные формы нейтрофилов: среднее количество палочкоядерных нейтрофилов составляет 3. Полученные данные позволяют заключить, что в настоящее время нельзя ориентироваться на лейкоцитоз как на маркер гнойного процесса. Показателем, сохранившим свою информативность, остается скорость оседания эритроцитов, средние ее значения (медиана) составляют 27 мм/ч, при септическом течении - до 70 мм/ч. Парадоксально, но лучше, чем лейкоцитоз, тяжесть гнойного поражения отражают уровни гемоглобина, при этом степень анемии, носящей у данных больных интоксикационный характер, достоверно сопряжена с тяжестью гнойного поражения. Лейкопения свидетельствует о септическом течении процесса и наличии тяжелых аутоиммунных нарушений. Повышенные биохимические показатели (мочевина, креатинин, билирубин) появляются слишком поздно и свидетельствуют о наличии полиорганных септических нарушений.

7. Присоединение системных нарушений:

а) тяжелых гемостазиологических нарушений с наличием тромбоза вен матки и магистральных сосудов малого таза у 35,7% больных;

б) иммунных нарушений, которые при длительном течении воспалительного процесса носят более тяжелый характер, связанный с повреждением рецепторного аппарата и присоединением аутоиммунного компонента воспаления: повышенный уровень антител к рецепторам γ -интерферона наблюдается у 81,8% больных, при этом средний уровень их концентрации превышает физиологические показатели в среднем на 71%, отражая тяжесть деструкции (при средней степени превышая физиологическую на 14%, при тяжелой - на 80%). У 65,8% больных определяется повышенный (в среднем от 35 до 85% от физиологических значений) уровень аутоантител к фосфолипидам, ДНК, коллагену, мембранам нейтрофилов, при этом также имеется достоверное сопряжение продукции данных аутоантител и тяжести гнойного воспаления;

в) нарушение синтеза половых стероидов и повреждение рецепторного аппарата. Парадоксально, но наиболее «устойчивой» тканью в условиях гнойного воспаления (несмотря на инициацию процесса из эндометрия и восходящий путь инфекции) является эндометрий, что, по-видимому, можно объяснить его циклическим отторжением и регенерацией, а также доступностью для санации, в то время как миометрий и особенно яичники наиболее уязвимы при гнойном воспалении. Так, снижение концентрации эстрадиола до значений менопаузального (менее 150 пмоль/л) отмечалось у 36,9% пациенток репродуктивного возраста с гнойными ВЗОМТ. Уровень прогестерона в крови во второй фазе цикла также был резко снижен и составил в среднем 2,2 нмоль/л (у 46,2% больных он не превышал 1 нмоль/л). Концентрация рецепторов эстрадиола в эндометрии была снижена в 2 раза, прогестерона - в 5 раз, в миометрии - в 5 и 4 раза, в яичниках - в 25 и более чем в 100 раз соответственно. Для оценки тяжести морфологических изменений мы использовали полихромный метод окрашивания по Маллори: самые выраженные изменения наблюдались в миометрии. Повреждение миометрия носило мозаичный характер: наряду с отдельными сохраненными участками (мышечная ткань, сосуды) в миометрии определялись зоны грубоволокнистого склероза, различные стадии развивающегося гиалиноза и жировое перерождение деваскуляризованных участков, особенно хорошо выявляемые на поперечном срезе. Морфологическим исходом

хронического гнойного оофорита во всех случаях явилось перерождение ткани, выразившееся в замене функциональной яичниковой ткани соединительной (от «гнездного» поражения до полного замещения яичниковой ткани соединительной), что морфологически проявлялось в отсутствии сосудов, наличии мозаичного гиалиноза или сплошных полей гиалиновой ткани.

Таким образом, течение гнойного процесса (особенно длительное) приводит к выраженным функциональным и морфологическим нарушениям (метаболическим, иммунным, аутоиммунным, гемостазиологическим, гормональным), повреждению рецепторного аппарата и тканей матки.

Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота гнойно-септических заболеваний у родильниц составляет до 10% всех акушерско-гинекологических нозологий. После КС у 60% родильниц возникают те или иные формы гнойно-септических заболеваний.

От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают лидировать, занимая 1-2 место, доля его с акушерскими кровотечениями, микроорганизмах, обитающих во влагалище, упоминают со второй половины прошлого столетия. В отечественной литературе первое сообщение об исследовании микрофлоры влагалища было сделано профессором Д.О. Оттом в 1886 году. В 1887 году была предложена теория о самоочищении влагалища. Эта теория основана на том, что находящаяся во влагалище здоровых женщин вагинальная палочка продуцирует молочную кислоту. Образование молочной кислоты происходит из гликогена, содержащегося в клетках слизистой оболочки влагалища. Образующаяся молочная кислота обеспечивает неблагоприятные условия для существования кокковой флоры. Снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл ведет к усиленному росту условно-патогенных микроорганизмов.

У здоровых не беременных женщин репродуктивного возраста обнаружено 10 в 9 степени анаэробных и 10 в 8 степени аэробных колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 мл влагалищного содержимого. Ранговая последовательность бактериальных видов следующая: анаэробная, лактобактерии, пептококки, бактероиды, эпидермальные стафилококки, коринебактерии, зубактерии. Среди аэробов преобладают лактобактерии, дифтероиды, стафилококки, стрептококки, среди анаэробов - пептострептококки, бифидобактерии, бактероиды.

Во время беременности гормональные изменения в эпителии влагалища и шейки матки связаны с прогрессирующим снижением величины pH влагалищного содержимого, что способствует росту нормальной влагалищной флоры - лактобацилл, так как эстрогенная активность способствует росту клеток влагалищного эпителия и накоплению в них гликогена. Гликоген является субстратом для метаболизма лактобацилл, ведущий к образованию молочной кислоты. Молочная кислота обеспечивает кислую реакцию влагалищного содержания (pH 3,8-4,4), необходимую для роста лактобацилл. Лактобациллы при этом являются фактором неспецифической защиты. У здоровых беременных женщин по сравнению с небеременными имеет место 10-кратное увеличение выделения лактобактерий и снижение уровня колонизации бактериями шейки матки по мере увеличения срока беременности. Эти изменения приводят к тому, что ребенок рождается в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью.

Во время беременности организмы матери и плода тесно связаны между собой и плацентой. Это допускает обмен клеток и обуславливает перестройку иммунокомпетентных органов беременности [4], функции которых выполняются преимущественно двумя типами клеток [17].

По мнению В.Н. Серова, Е.В. Жарова, О.И. Сускова [18] беременность относится к вторичным иммунодефицитным состояниям и характеризуется количественными и функциональными изменениями в Т- и В-системах иммунитета и неспецифических факторов защиты. При исследовании клеточного иммунитета у женщин в I триместре физиологически протекающей беременности установлено снижение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня Тхелперов и выраженная неспецифическая Т-клеточная супрессия. Кроме того, отмечается достоверное увеличение уровня иммуноглобулина G (IgG) и некоторое снижение иммуноглобулина А (IgA.), по сравнению со здоровыми небеременными женщинами [19, 20, 21]. Снижение количества Т-лимфоцитов в ранние сроки беременности, повидимому, направлено на предотвращение реакций, связанных с отторжением генетически чужеродного плода. Падению уровня Т-лимфоцитов (субпопуляции Т-хелперов) до минимума предшествует пик содержания хорионического гонадотропина, оказывающего иммуносупрессивное действие [20, 21, 22].

В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариеологии и в периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется изменением уровня и структуры заболеваний полости рта.

При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени [1, 2, 3, 4, 5, 6]. До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности.

Стоматологический статус беременных женщин характеризует низкий уровень стоматологических знаний, отсутствие мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта. Профилактика заболеваний, так же как и патогенетическая терапия, предполагает прежде всего знание их этиологии и патогенеза. Гормональный статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний. Ряд учёных придерживается мнения о связи стоматологического статуса с гормональными сдвигами в организме беременных женщин [7, 8, 9].

К концу I триместра между организмами матери и плода устанавливается сложный обмен гормонов. Формирующаяся к этому времени плацента начинает продуцировать большое количество гормонов белковой и стероидной природы, в 10-100 раз превышающее суточную продукцию гормонов классическими эндокринными железами [9]. Такой резкий скачок уровня гормонов находит своё отражение и в полости рта, что может быть объяснено наличием высокоспецифичных эстрогенных рецепторов в культуре клеток костной ткани [10], в тканях маргинального периодонта, в мелких сосудах [11], либо влиянием половых гормонов на состояние десны через иммунную систему, которая претерпевает изменения на протяжении всего периода беременности. M. Sooriyamoorthy [12] так описывают механизм влияния гормональных изменений на состояние десны: иммунная супрессия, увеличение экссудации, стимуляция костной резорбции и стимуляция синтетической активности фибробластов, влияние на состав микрофлоры. А.О. Ojanotko-Harri, М.Р. Нагг с соавт. [13], исследуя метаболизм прогестерона, предположили, что он предупреждает развитие реакции немедленного типа (острое воспаление), но допускает нарастание хронического воспаления в

тканях десны. Несколько иного мнения придерживается А. Tsami-Pandi [14], расценивая влияние половых гормонов как моделирующее, делающее десну более чувствительной к воздействию местных раздражающих факторов. Учёные амстердамского университета [7, 13] пришли к выводу, что повышение уровня эстрогенов и прогестерона слизистой оболочки десен влияет на проницаемость сосудов и экссудацию вплоть до остановки микроциркуляции, ведет к увеличению образования простагландина E₂ слизистой оболочки, вызывает недостаточность солей фолиевой кислоты, снижает способность к редифференциации и клеточной регенерации, а, следовательно, изменяет барьерную функцию эпителия, чем и объясняется усиление клинических проявлений при гингивитах. Meijer van Putten J. B. [15] отмечает усиление воспалительного процесса в десне, при котором имеет место физиологический сосудистый феномен (гиперемия и припухлость). Кроме того, эстроген и прогестерон изменяют микроокружение бактерий полости рта и содействуют их росту, а также являются причиной изменчивости их популяции. Это подтверждает данные китайских учёных С.С. Tsai, K.S. Chen [16], выявивших положительную корреляцию между уровнем прогестерона, беременностью, тяжестью гингивита и процентом пигментообразующих бактерий.

В защите организма от проникновения антигенов через слизистые оболочки большую автономную роль играет местный иммунитет, функцию которого выполняет комплекс неспецифических биологически активных веществ (лактоферрин, лизоцим, опсоныны, интерферон, муцины, гликопротеиды секретов и др.), клеточный и секреторный иммунитет (Т-клетки, антитела) [24].

Изучением функциональных связей факторов резистентности полости рта, обеспечивающих эффективность барьерной функции, а также зависимости стоматологического уровня здоровья от местного иммунитета полости рта занимались многие учёные [23, 25, 26]. Высокая интенсивность кариеса зубов на фоне повышенного содержания sIgA и выраженного дефицита IgG и IgM в слюне, что характерно для острого течения кариеса, была отмечена А.И. Марченко, Г.Д. Овруцким с соавт. [27]. В то же время имеются сведения, указывающие на высокую интенсивность кариеса сопровождаемую снижением уровня sIgA. Существенное значение имеет гигиеническое состояние полости рта в момент обследования. При рациональном гигиеническом уходе за зубами, приводящем к значительному снижению индекса гигиены полости рта, уровень sIgA в слюне существенно повышается, что может повышать риск гнойно-септических осложнений у беременных женщин [27].

Тяжёлые и длительно протекающие патологии тканей полости рта в период беременности хронические заболевания матери оказывают неблагоприятное влияние на антенатальное и постнатальное развитие, являются серьёзными факторами риска в возникновении патологии молочных зубов у детей в возрасте до 3-х лет, так как под влиянием этих факторов нарушается формирование всех тканей будущего зуба, а также обызвествление эмали и дентина [29]. Это говорит о необходимости тесного сотрудничества интернистов и стоматологов на организменном уровне.

Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий профилактики гнойно-септических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска. Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить акушерско-гинекологический и стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины.

Литература

1. Аксамит, Л.А. Значение зубного налета в возникновении пришеечного кариеса у беременных женщин / Л.А. Аксамит // Стоматология. – 1978. - №5. – С. 26-31.

2. Лахтин, Ю.В. Антенатальная профилактика кариеса / Ю.В. Лахтин // Фельдшер и акушерка. – 1990. - №4. – С. 28-30.
3. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2003. – 196 с.
4. Макаричева, А.Д. Иммунологические процессы и беременность / А.Д. Макаричева. – Новосибирск: Наука, 1979. – 212 с.
5. Laine, M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol. Scand. – 2002 Oct. – Vol. 60, N 5. – P. 257-264.
6. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: Материалы международной конференции. – Иркутск, 1992. – С. 106-107.
7. Абрахам-Инпяйн, Л. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных. //Стоматология. – 1966. - №3. – С. 15-18.
8. Amar, S. Influence of hormonal variation on the periodontium in women / S. Amar, K.M. Chung // Periodontol. – 2000. – 1994. – Vol. 6. – P. 79-87.
9. Zachariassen, R.D. Pregnancy gingivitis / R.D. Zachariassen // J. Gt. Houst Dent Soc. – 1997 Oct. – Vol. 69, N3. – P. 10-12.
10. Association of estrogen receptordinucleotide repeat polymorphism with osteoporosis / M. Sano [et al.] // Biochem-Biophys-Res-Commun. – 1995 Dec. 5. – Vol. 217, N1. – P. 378-383.
11. Рецепторы эстрогенов в тканях маргинального пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / В.Н. Копейкин [и др.] // Стоматология. – 1995. – №4. – С. 13-15. 12. Sooriyamoorthy, M. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease / M. Sooriyamoorthy, D.B. Gower // J. Clin. Periodontol. – 1989. – Vol. 16, N4. – P. 201-208.
13. Ojanotko-Harri, A.O. Altered tissue metabolism of progesterone in preg- ВЕСТНИК ВГМУ, 2008, том 7, №4 10 nancy gingivitis and granuloma / A.O. Ojanotko-Harri // J. Clin. Periodontol. – 1991 Apr. – Vol. 18, N4. – P. 262-266.
14. Tsami-Pandi, A. Old and new aspects of gingivitis in pregnancy / A. Tsami-Pandi // Odontostomatol Proodos. – 1989 Jun. – Vol. 43, N3. – P.3 99-403.
15. Meijer van Puttern, J.B. Female hormones and oral health / J.B. Meijer van Puttern // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 1988 Nov. – Vol. 105, N11. – P. 416-418.
16. Tsai, C.C. A study on sex hormones in gingival crevicular fluid and black pigmented bacteria in subgingival plaque of pregnant women / C.C. Tsai, K.S. Chen // Gaoxiong Yi Xue Za Zhi. – 1995. – Vol. 11, N5. – P. 265-273.
17. Чернышов, В.П. Субпопуляция лимфоцитов, специфические белки беременности при физиологической ранней беременности и раннем спонтанном аборте неясного генеза / В.П. Чернышов, С.В. Теличкун // Иммунологические аспекты репродуктивного здоровья. – ВОЗ. ТОО «Гендальф». – М., 1995. – С. 164-169.
18. Серов, В.Н. Состояние иммунной системы у женщин перед родоразрешением / В.Н. Серов, Е.В. Жаров, О.И. Сусков // Вопр. охраны материнства. – 1986. – №12. – С. 34-37.
19. Дашкевич, В.Е. Взаимосвязь показателя иммунологической реактивности, гормонального баланса и липидного обмена во время беременности у здоровых женщин / В.Е. Дашкевич, И.Ю. Гордиенко, Л.И. Тутченко // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 65-67.
20. Изменение показателей иммунной и протезно-ингибиторной систем при физиологической беременности / В.Н. Запорожан [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1992. – №8-12. – С. 8-11.
21. Некоторые показатели клеточного иммунитета при неосложненной беременности и при угрозе невынашивания / Л.В. Тимошенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 27-29. 22. Иммунологические изменения в организме рожениц рожениц при различных видах родовой деятельности / П. Варга [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С. 45-47.
22. Складар, В.Е. Кариес зубов и болезни пародонта у беременных и обоснование методов их профилактики / В.Е. Складар, Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1995. – №1. – С. 58-61.
23. Литовская, А.В. Состояние местного иммунитета у населения регионов размещения предприятий микробиологической и химической промышленности / А.В. Литовская, И.В. Егорова, Н.И. Толкачева // Гигиена и санитария. – 1998. - №5. – С. 52-54.
24. Кочетова, Л.И. Иммунный статус у детей с различной интенсивностью кариеса / Л.И. Кочетова, Б.А. Шиф, И.К. Цебере // Стоматология. – 1989. – №3. – С. 60-63.
25. 26. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy. A study of dental health education in pregnancy / E. Goepel [et al.] // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1991 Mar. – Vol. 51, N3. – P. 231-235.
26. Овруцкий, Г.Д. Иммунология кариеса зубов / Г.Д. Овруцкий, А.И. ВЕСТНИК ВГМУ, 2008, том 7, №4 11 Марченко, Н.А. Зелинская. – Киев: Здоровье, 1991. – 96 с.
27. Юденкова, С.Н. Роль генетического фактора в формировании уровня противомикробной активности крови и возникновении кариеса зубов у детей / С.Н. Юденкова // Стоматология. – 1987. - №4. – С. 60-61.
28. Морфологические изменения зачатков временных зубов при отягощенном течении антенатального периода / Н.И. Бубнова [и др.] // Стоматология. – 1994. – №3. – С. 60-62.
29. Носова, В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам / В.Ф. Носова, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2001. - №3. – С. 46-49.
30. 31. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов [и др.]. – М.: Мед. книга, 2001. – 344 с.
31. Чумакова, Ю.Г. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных / Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1996. - №5. – С. 404-408

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000