

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ

¹*Н.Д.Муратова, ¹Н.Ж.Сулаймонова, ²Г.С.Бабаджанова*
¹*Ташкентский Государственный стоматологический институт*
²*Ташкентская медицинская академия*

Ключевые слова: миома, бесплодие, лапароскопия, агонисты гонадолиберина, доплерометрия кровотока, консервативная миомэктомия.

Представлены результаты обследования и лечения 58 женщин репродуктивного возраста с бессимптомной (32 женщины) и симптомной (26 женщин) миомой. Представлены результаты доплерометрии кровотока в динамике консервативного лечения миомы для определения срока проведения консервативной миомэктомии по ухудшению качества кровотока в узлах миомы. Показано, что раннее начало консервативного лечения агонистами гонадолиберина до развития осложнений миомы позволяет провести малоинвазивное органосохраняющее лечение, характеризующееся меньшей травматизацией, уменьшением кровопотери во время операции консервативной миомэктомии. Восстановление фертильности наступает чаще у женщин, перенесших лапароскопическую миомэктомию после медикаментозной терапии по сравнению с женщинами, не получавшими предоперационного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ

¹*Н.Д.Муратова, ¹Н.Ж.Сулаймонова, ²Г.С.Бабаджанова*
¹*Ташкентский Государственный стоматологический институт*
²*Ташкентская медицинская академия*

Миома матки, являясь гормонозависимым доброкачественным образованием, в некоторых случаях может быть причиной развития бесплодия. До сих пор миома матки остается наиболее частой причиной хирургических вмешательств, зачастую приводящих к потере репродуктивного органа. Причиной тому является позднее обращение женщин к врачу после появления осложнений, увеличения размеров матки и количества узлов. Многочисленные исследования показали, что на сегодняшний день необходим дифференцированный подход к лечению каждой женщины, т.к. широкое применение современных ультразвуковых приборов с высокой

информативностью, применение доплерографии позволили не только определять топографию узлов, но и определять типы узлов миомы. Комбинированное медикаментозное и хирургическое лечение способствует повышению числа органосохраняющих операций на матке, а также приводят к восстановлению фертильности. Наиболее эффективными препаратами для медикаментозного лечения миомы являются препараты агонистов гонадотропных рилизинг гормонов (а-ГнРГ). Между тем, не всегда эффективность этих препаратов однозначна у женщин репродуктивного возраста, дискутируется вопрос о сроках проведения гормонального лечения и консервативной миомэктомии для восстановления фертильности(1-61).

Целью нашего исследования явилось определение роли комплексного консервативного лечения миомы и бесплодия в снижении частоты радикальных операций на матке.

Материал и методы исследования. Обследованы 58 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом миома матки, поступавшие на оперативное лечение в гинекологические отделения родильных комплексов № 6 и 9 г.Ташкента. Возраст обследованных колебался от 26 до 42 лет, составляя в среднем $32,46 \pm 2,1$ года. Все женщины были разделены на 2 группы: 1-группа - 32 женщины, у которых миома выявлена при обследовании по поводу бесплодия и не имела симптоматику. 2-группа – 26 женщин с симптомной миомой, среди которых 6 пациенток были с бесплодием, остальные - без нарушения репродуктивной функции.

В 1-группе для консервативной терапии миомы матки все пациентки получали препарат, относящийся к группе агонистов ГнРГ – буселерин-депо 3,75 мг и буселерин-спрей 0,15 мг/доза назально 3 раза в день в течение 3 – 4-х месяцев. После этого проводили оперативное лечение - консервативную миомэктомию. Мониторинг эффективности консервативного лечения у пациенток 1-группы проводился путем ежемесячного УЗИ-контроля размеров узлов с одновременным доплерометрическим исследованием кровотока вокруг узлов путем энергетического доплера на аппарате HITACHI HI VISION Preirus, датчик EUR-V53W R10, частота 8-4МГц. Допплерометрия в сосудах узлов миомы позволяла изучать качество перинодулярного и интранодулярного кровотока по величине индекса резистентности (ИР) до начала и в динамике лечения, что обеспечивало получение объективной оценки эффективности проводимого лечения. Кроме того, применение доплерометрии кровотока позволяло определить сроки проведения консервативной миомэктомии. Во 2-группе проведено только оперативное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-группу были включены женщины с субсерозным и/или интрамуральным типом миоматозных узлов тела

матки. Максимальное количество узлов составляло 9 у одной пациентки, размеры узлов были от 2-3 см до 5-7,5 см в диаметре. Показаниями для консервативной терапии обследованных являлись: суммарный размер матки до 14 недель, отсутствие клинической симптоматики (кровотечения, боли, нарушение функции соседних органов), интрамуральное или субсерозное расположение узлов, отсутствие быстрого роста узлов и бесплодие. При этом только субсерозные узлы выявлены у 12 (35,3%) пациенток, только интрамуральные у 7 (20,6%) пациенток. Смешанные узлы обнаружены у 13 (44,1%) пациенток. Бесплодие было первичным у 20 (62,5%) и вторичным у 12 (37,5%) пациенток. Как показали данные анамнеза, давность заболевания составляла от 3-х до 7 лет. Большинство (24 пациентки – 75%) отмечали в анамнезе нарушения менструального цикла по типу дисфункции яичников, при обследовании причиной бесплодия у них были определены ановуляторные циклы или недостаточность лютеиновой фазы. Практически все эти женщины получали неоднократно стимулирующую гормональную и физиотерапию. Миома обнаружена у пациенток при УЗИ матки и придатков с целью фолликулометрии.

Во 2-группе больных давность заболевания составляла от 5 до 10 лет. Клинические проявления заболевания появились в течение последних 3-4 лет, которым предшествовало бессимптомное течение. Большинство из этих пациенток наблюдались в поликлинике, однако консервативное лечение им не проводилось ввиду отказа от гормонального лечения. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла (21 - 80,8%) (гиперменорея, гиперполименорея, альгоменорея), нарушением функции соседних органов (2 – 7,7%), бесплодием (5 – 19,2%), диспареунией (8 – 30,8%), тянущими болями внизу живота (3 – 11,5%) в различных сочетаниях. Показанием к операции у них были кровотечения с хронической анемией, сочетание миомы с кистой яичника, быстрый рост миомы, нарушение функции соседних органов, множественная миома, сочетание миомы с аденомиозом. Объем оперативного лечения заключался в надвлагалищной ампутации матки без придатков (НАМ) – у 14 (53,8%), НАМ с придатками – у 3-х (11,5%) и экстирпации матки без придатков – у 3-х (11,5%) пациенток. Только в 6 случаях (23,2%) у пациенток с бесплодием была проведена консервативная миомэктомия с удалением от 4-х до 7 узлов путем лапаротомии.

Эффективность консервативного лечения определяли по ухудшению качества интра- и перинодулярного кровотока при доплерометрии. Так у пациенток I группы до лечения ИР составлял от 0,48 до 0,52. После применения буселерина в течение 3-4-х месяцев ИР повысился до 0,64-0,68, что свидетельствовало об ухудшении кровотока в зоне миоматозного узла, наряду с

уменьшением его размеров. При этом, узлы диаметром до 15 мм практически исчезали, размером от 15 до 30 мм - уменьшились вдвое, а диаметром от 30 до 55 мм - уменьшились на 15-20%. Динамическое УЗИ наблюдение за размерами матки и характером кровотока в зоне узлов показал повышение ИР в сосудах на 34-40% от исходной величины, появление аваскулярных узлов (в 28% случаев), отсутствие интранодулярного или перинодулярного кровотока (в 48% случаев). Следовательно, применение агонистов ГнРГ способствует нарушению кровоснабжения узла и повышению ИР, что позволяет сократить курс лечения этими препаратами и проводить динамическое наблюдение за клинической эффективностью лечения миомы матки. Сокращение срока лечения препаратами а-ГнРГ, учитывая их стоимость, имеет и экономическую эффективность в пользу пациентов.

Консервативная миомэктомия проведена путем лапароскопии в 1-группе больных у 18 (56,3%) больных, а остальным - путем лапаротомии. Последние были проведены в связи с большими размерами узлов, которые незначительно уменьшились после медикаментозного лечения. Обращает на себя внимание, что продолжительность операции, ее техническое выполнение, кровопотеря во время операции у пациенток 1 группы имели значительно лучшие показатели по сравнению с аналогичными данными у женщин 2-группы, не получавших до операции лечения. Так средняя продолжительность лапароскопического удаления узлов ($19,2 \pm 0,7$ мин.) была по продолжительности в 2 раза короче, чем при их лапаротомном удалении ($38,1 \pm 0,65$ мин.) у пациенток 1-группы. В тоже время продолжительность операции консервативной миомэктомии, выполненной путем лапаротомии у пациенток 2-группы, не получавших медикаментозное лечение а-ГнРГ, была в 1,4 раза дольше ($54,8 \pm 1,68$ мин.), чем аналогичная операция у пациенток 1-группы. Несомненно, что одной из причин была повышенная кровоточивость ложа при энуклеации узлов и их количество. Так, в 1-группе кровопотеря при лапароскопическом выполнении операции кровопотеря была ($49,2 \pm 5,3$ мл) в 2,8 раза меньше, чем при лапаротомном ($135,8 \pm 2,86$ мл), а во 2-группе ($234,4 \pm 9,8$ мл) - в 1,8 раз больше, чем при такой же операции в 1-группе. Как известно, применение а-ГнРГ способствует снижению перинодулярного и интранодулярного кровотока. Это обеспечивало меньшую кровопотерю при энуклеации особенно интрамурально-субсерозных узлов у пациенток 1-группы.

Таким образом, исследования показали, что ранняя диагностика миомы и проведение медикаментозной терапии а-ГнРГ позволяет значительно уменьшить объем оперативного вмешательства, сохранить репродуктивный орган, а в некоторых случаях, полностью заменить хирургическое лечение медикаментозным. Существовавшая до сих пор тактика ведения женщин с

бессимптомной миомой матки, заключающаяся только в наблюдении за узлами, которая за рубежом называлась «wait and see» (т.е. ждать и наблюдать) на сегодняшний день не приемлема. Отсутствие клинической симптоматики не должно объяснять бездействие врачей, т.к. это приводит к увеличению числа узлов, особенно при пролиферативном типе миомы, повышает риск потери репродуктивного органа. Длительность применения а-ГнРГ до консервативной миомэктомии была наиболее оптимальной в течение 3-4 месяцев, что способствовало сохранению псевдокапсулы узла и облегчало его энуклеацию. Для профилактики рецидива миомы и восстановления фертильности нами применялись препараты синтетических прогестинов с учетом возраста пациентки. Так, молодым женщинам до 35 лет назначали препараты, преимущественно однофазные (Новинет, Регулон, Линдинет-20, Геден Рихтер), а женщинам старшего репродуктивного возраста назначали препарат, относящийся к производным норстероидного ряда с гестагенными свойствами, норколут в течение 6 месяцев. После достижения удовлетворительной ультразвуковой картины в матке, отсутствии рецидивов миомы прием синтетических прогестинов останавливали и наблюдали за восстановлением фертильности. Частота наступления беременности у пациенток в 1-группе составила 53,1% (17 пациенток) в течение первого года после операции, а во 2-группе – 33,3% (2 из 6 пациенток), что вероятно связано с меньшей травматизацией тканей матки.

Выводы. 1. Органосохраняющее лечение при миоме матки зависит от длительности заболевания, наличия симптоматики, раннего начала лечения миомы препаратами а-ГнРГ. Это позволяет значительно уменьшить объем оперативного вмешательства, сохранить репродуктивный орган, а в некоторых случаях, исключить хирургическое вмешательство.

2. Консервативная миомэктомия, выполненная путем лапароскопии после лечения а-ГнРГ в течение 3-4 месяцев, имеет преимущества перед лапаротомной энуклеацией узлов в виде сокращения кровопотери и времени выполнения операции, а также восстановления фертильности.

Список литературы

1. Abdullaeva, L. M., Babadzhanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Role of hormonal disturbances in sterility development for patients with benign formations of ovaries. *Likars' ka Sprava*, (3-4), 104-109.
2. Каттаходжаева, М., Сулейманова, Н., Муратова, Н., Амонова, З., & Каршиева, Э. (2021). Современные взгляды на роль генитальной папилломавирусной инфекции в развитии предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики. *in Library*, 21(1), 38-44.

3. Муратова, Н. Д., & Абдувалиев, А. А. (2015). Влияние трансформирующего фактора роста- $\beta 2$ на пролиферацию клеток лейомиомы матки. *Казанский медицинский журнал*, 96(6), 968-970.
4. Ризаев, Ж. А., Муратова, Н. Д., Бабаджанова, Г. С., & Абдурахманова, С. И. (2019). Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза. *Мед. журн. Узбекистана*, 1, 23-26.
5. Муратова, Н., Ходжаева, З., Абдурахманова, С., & Сулейманова, Н. (2021). Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике аденомиоза и миомы матки у молодых женщин. *in Library*, 21(4), 66-68.
6. Абдурахманова, С. И., Бабаджанова, Г. С., Муратова, Н. Д., & Сулаймонова, Н. Ж. Алгоритм лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки, сочетанной с аденомиозом. *NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT*, 15.
7. Babadjanova, G. S., Abdurakhmanova, S. I., & Zh, S. N. (2020). The Role of Proinflammatory Cytokines in the Development of Clinical Picture of Myoma and Adenomyosis. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).
8. Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., Муратова, Н., & Сулейманова, Н. (2020). Анализ репродуктивных нарушений у женщин с миомой матки и/или аденомиозом и методы коррекции. *in Library*, 20(1), 171-178.
9. Назарова, Д., Муратова, Н., Абдурахманова, С., & Сулаймонова, Н. (2022). Определение уровня цитокинов в крови больных для выбора тактики лечения миомы. *in Library*, 22(1), 341-342.
10. Abdullaeva, L. M., Babadjanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Роль гормональных нарушений в развитии бесплодия у больных с доброкачественными образованиями яичников. *Likars' ka sprava*, (3-4), 104-109.
11. KHODJAEVA, Z., MURATOVA, N., SULAYMONOVA, N., & ABDURAHMANOVA, S. (2000). THE EFFECTIVENESS OF OK DRUGS IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS. *ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ Учредители: Институт иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан*.
12. Muratova, N. J., & Shokirova, N. G. (2022). TREATMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND VARICOSE VEINS. *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology*, 2(02), 46-54.
13. Муратова, Н., Сулаймонова, Н., & Абдурахманова, С. (2021). Роль заместительной гормональной терапии при ортопедическом стоматологическом лечении женщин в постменопаузе. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* 4, 1(02), 101-102.

14. Muratova, N., Zufarova, S., & Eshonkhodjaeva, D. (2016, February). Features conservative treatment of uterine fibroids women of reproductive age. In *GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY* (Vol. 32, pp. 102-102). 2-4 PARK SQUARE, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXON, ENGLAND: TAYLOR & FRANCIS LTD.
15. Muratova, N. D., & Abduvaliev, A. A. (2015). Effect of transforming growth factor- β 2 on uterine leiomyoma cells proliferation. *Kazan medical journal*, 96(6), 968-970.
16. Муратова, Н. Д., Бабаджанова, Г. С., & Турсунова, Н. Б. (2023). ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ МАЛОГО ТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
17. Муратова, Н. Д., Эшонходжаева, Д. Д., & Бабаджанова, Г. С. (2023). Эффективность микронизированного прогестерона в профилактике преждевременных родов.
18. Муратова, Н. Д., & Миралимова, Н. А. (2022). BACHADON MIOMASINING NOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
19. Назарова, Д. Г., & Муратова, Н. Д. (2022). BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KESHISHINING XUSUSIYATLARI. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
20. Муратова, Н. Д. (2022). ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
21. Касимова, Э. В., Салимов, О. Р., & Муратова, Н. Д. (2022, November). ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЗГТ ПРИ НЕСЪЁМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. In *Conferences* (pp. 75-76).
22. Касимова, Э. В., Рустамович, О., & Муратова, Н. Д. (2022, November). ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ. In *Conferences* (pp. 77-80).
23. Muratova, N. J., & Shokirova, N. G. (2022). THYROID STATUS IN A WOMAN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME. *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology*, 2(02), 38-45.

24. Муратова, Н. Ж., & Шокирова, Н. Г. (2022). ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИНЫ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ. *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology*, 2(2), 38-45.
25. Муратова, Н. Ж., & Шокирова, Н. Г. (2022). ЛЕЧЕНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ. *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology*, 2(2), 46-54.
26. Babadjanova, G., Sultanmuratova, G., & Muratova, N. (2021). *Analysis of carbohydrate and lipid metabolism in pregnant women with metabolic syndrome* (Doctoral dissertation, Venice).
27. Муратова, Н., & Умарова, Р. (2020). Семизликда репродуктив йуқотишлар ривожланишининг сабаби. *Общество и инновации*, 1(1/s), 645-650.
28. Муратова, Н., & Умарова, Р. (2020). Ожирение как причина развития репродуктивных потерь. *Общество и инновации*, 1(1/S), 645-650.
29. Муратова, Н. Д., Сулаймонова, Н. Ж., Ходжаева, З. А., & Эшонходжаева, Д. Д. (2020). Роль трансформирующего фактора роста-бета-2 в патогенезе аденомиоза и миомы матки.
30. Муратова, Н., Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., & Ходжаева, З. (2019). Choice of tactics of treatment in the combination of myoma and adenomyosis in women of reproductive age. *in Library*, 19(2), 1-1.
31. Muratova, N. D., Babadjanova, G. S., & Eshonkhodjaeva, D. D. (2017). Цитотоксическая активность фактора TGF-β2 относительно клеток миомы матки. *Likars' ka sprava*, (3-4), 63-67.
32. МУРАТОВА, Н., & БАБАДЖАНОВА, Г. (2017). ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА TGF-P2 относительно клеток миомы матки. *Likarska Sprava*.
33. Muratova, N., Abduvaliev, A., & Eshonkhodjaeva, D. (2016, February). Effect of transforming growth factor tgf-beta 2 cell proliferation fibroids. In *GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY* (Vol. 32, pp. 102-102). 4 PARK SQUARE, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXON, ENGLAND: TAYLOR & FRANCIS LTD.
34. Муратова, Н. Д., Зуфарова, Ш. А., & Эшонходжаева, Д. Д. (2015). ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ПРИ МИОМЕ МАТКИ. *Журнал теоретической и клинической медицины*, (1), 106-108.
35. Muratova, N. D., Zufarova, S. A., & Babadjanova, G. S. (2014). Efficiency of complex treatment and rehabilitation of myoma of the uterus in patients with infertility. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 36(6), 536-538.

36. Назарова, Д. Б., Муратова, Н. Д., & Абдуллаева, Л. М. (2008). Роль иммунокоррекции в профилактике рецидивов доброкачественных образований яичников. *Вестник Российского государственного медицинского университета*, (3), 106-107.
37. Муратова, Н. Д. Ходжаева Зарина Алихановна. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH*, 49.
38. Муратова, Н. Д. ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ. *ООО «Maxliyo-shifo» & V*, 47.
39. Муратова, Н. Д. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ. *ООО «Maxliyo-shifo» & V*, 44.
40. Dustova, N. K., Babadjanova, G. S., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Peculiarities of pregnancy and labor peculiarities in patients with varicose veins of the pelvic. *International Journal of Bioscience and Biotechnology*, 11(9), 92-97.
41. Dustova, N. K., Babadjanova, G. S., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Pathogenetic reasons for the development of varicose disease in pregnant women. *Central Asian journal of pediatrics*, 2(2), 87-96.
42. Kapp, N., Todd, C. S., Yadgarova, K. T., Alibayeva, G., Nazarova, D., Loza, O., & Babadjanova, G. S. (2007). A randomized comparison of misoprostol to intrauterine instillation of hypertonic saline plus a prostaglandin F_{2α} analogue for second-trimester induction termination in Uzbekistan. *Contraception*, 76(6), 461-466.
43. Бабаджанова, Г. С., & Абдурахманова, С. И. (2018). Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы). *Журнал теоретической и клинической медицины*, (3), 85-90.
44. Бабаджанова, Г. С., & Тухтамишева, Н. О. (2017). Современный взгляд на диагностику и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста. *Биология и интегративная медицина*, (2), 64-79.
45. Бабаджанова, Г. С., Дустова, Н. К., Ихтиярова, Г. А., & Аслонова, М. Ж. (2020). Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин. In *Университетская наука: взгляд в будущее* (pp. 556-559).
46. Babadjanova, G. S., Abdurakhmanova, S. I., & Zh, S. N. (2020). The Role of Proinflammatory Cytokines in the Development of Clinical Picture of Myoma and Adenomyosis. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).
47. Бабаджанова, Г. С., & Хабибуллаева, М. Ф. (2009). Диагностика и лечение варикозного расширения вен малого таза у беременных. *Здоровье женщины*, 4, 75-7.
48. Бабаджанова, Г. С., Мирзаева, Д. Б., & Гуломова, М. А. (2017). Оценка ведения беременности и родов у женщин с миомой матки. *Биология и интегративная медицина*, (2), 111-117.

49. Ходжаева, Н., Абдурахманов, М., Ихтиярова, Г., Дустова, Н., & Косимова, Н. (2012). Этиология варикозного расширения вен малого таза при беременности. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (1 (68)), 154-156.
50. Бабаджанова, Г. С., & Хабибуллаева, М. Ф. (2008). Варикозное расширение вен малого таза у беременных: диагностика и лечение: научное издание. *Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья*, (3), 25-26.
51. Бабаджанова, Г. С., Раззакберганаова, Г. О., & Саттарова, К. А. (2017). Факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. *Биология и интегративная медицина*, (11), 14-19.
52. Бабаджанова, Г. С. (2002). *Патогенетические аспекты нарушений репродуктивной функции, их коррекция и прогнозирование здорового потомства у женщин с некоторыми видами хронических TORCH-инфекции* (Doctoral dissertation, Автореф. дис.... д-ра мед. наук).
53. Разикова, К. Х., Бабаджанова, Г. С., & Саттарова, К. А. (2019). Оценка эффективности лапароскопического метода в лечении внематочной беременности. *Биология и интегративная медицина*, (1 (29)), 14-20.
54. Бабаджанова, Г. С., Саттарова, К. А., & Раззакберганаова, Г. О. (2018). Роль нарушения качества кровотока в маточно плодово-плацентарном кровообращении в развитии ПОНРП. *Биология и интегративная медицина*, (9), 56-62.
55. Бабаджанова, Г. С., Назарова, Д. Б., & Абдуллаева, Л. М. (2009). Характер иммунологических и гормональных нарушений у больных с доброкачественными образованиями яичников и бесплодием. *Врач-аспирант*, 32(5), 344-349.
56. Бабаджанова, Г. С. (2003). Молекулярные аспекты хронической плацентарной недостаточности, обусловленной TORCH-инфекциями. *Вест. врача общей практики.-2008.- Спец. вып. ч, 2*, 143-147.
57. Бабаджанова, Г. С. (1988). Условия труда и состояние репродуктивной системы у работниц современного производства натурального шелка.
58. Абдурахманова, С. И., Бабаджанова, Г. С., & Сулаймонова, Н. Ж. (2022). РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА.
59. Бабаджанова, Г. С., Ходжаева, Д. Н., & Разикова, К. Х. (2019). Внематочная беременность: ранняя диагностика и лечение. *Биология и интегративная медицина*, (1 (29)), 21-27.
60. Бабаджанова, Г. С., Узакова, М. К., & Мансурова, М. Ю. (2019). Течение беременности и родов у женщин с врожденными пороками сердца. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1), 367-368.

61. Бабаджанова, Г. С., Саттарова, К. А., & Асадова, М. И. (2018). Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная материнскими антителами анти-RH"(E). *Биология и интегративная медицина*, (9), 51-55.
62. Ro'ziyev, M. (2023, May). O'ZBEK VA NEMIS TILLARDA FE'LVNING MAJHUL NISBATINING IFODALANISHI. In *Integration Conference on Integration of Pragmalinguistics, Functional Translation Studies and Language Teaching Processes* (pp. 181-183).
63. Ro'ziyev, M. (2022). Periods of the educational process and the technology of teaching based on them. *ЦЕНТР НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (buxdu.uz)*, 21(21).
64. Ro'ziyev, M. (2021). Ta'lim jarayonida yangi pedagogik texnologiyalardan foydalanishning psixologik imkoniyatlari. *ЦЕНТР НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (buxdu.uz)*, 1(1).
65. Ro'ziyev, M. (2021). TA'LIM JARAYONINING UCHINCHI DAVRI ASOSIDA NEMIS TILI DARSLARINI O'TISH TEXNOLOGIYASI. *ЦЕНТР НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (buxdu.uz)*, 3(3).
66. РЎЗИЕВ, М. К. ТАЪЛИМ ЖАРАЁНИДА ЯНГИ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШНИНГ ПСИХОЛОГИК ИМКОНИЯТЛАРИ. *PSIXOLOGIYA* Учредители: Бухарский государственный университет, (S2), 50-52.
67. Ro'ziyev, M. (2020). Didaktik hodisalar tizimiga zamonaviy yondashuv. *ЦЕНТР НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (buxdu.uz)*, 1(1).