

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

С.М. МАРДОНОВА¹, Ф. АБДУЛАЗИЗОВА¹, Л.А. РАСУЛОВА¹, Г.А. АБДУЛЛОХОДЖАЕВА¹

¹ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к терапии дисменореи у девочек-подростков.

Материал и методы исследования: обследовано 135 девочек и девушек в возрасте 12-18 лет, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику. Среди обследованных 85 (63,0%) пациенток имели первичную дисменорею и составили основную группу.

Результаты и их обсуждение: у 55 (64,7%) пациенток отмечена лёгкой и средней степени тяжести дисменорея, причиной которой явилась функциональная гиперпростагландинемия. Им был назначен диклофенак в виде суппозитория по 50 мг 3 раза в день или в виде таблеток по 50 мг трижды в день в течение 5 дней и витамин Е внутрь по 200-400 мкг в сутки непрерывно в течение 3 месяцев. При недостаточности лютеиновой фазы у 17 (19,8%) пациенток, кроме немедикаментозной терапии, назначался Дюфастон по 20 мг/сутки – 10 дней в течение 3 мес. После проведения одного курса терапии отмечалось улучшение самочувствия у всех 17 (19,8%) пациенток. Висцеральная дисплазия соединительной ткани имела место у 26 (30,5%) девочек-подростков, им были назначены Магне-В6 по 2 т 2 раза в день и Новинет по схеме контрацепции в течение 3-6 месяцев. Эффект от терапии был положительный у 10 (83,3%) пациенток.

Заключение: индикаторами правильно выбранного метода лечения явились исчезновение боли, нормализация состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациентки, гормонального фона и снижение индекса резистентности сосудов миометрия и маточных артерий.

Ключевые слова: дисменорея, боль, нестероидные противовоспалительные средства, девочки-подростки, гиперпростагландинемия, Дюфастон.

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE THERAPY OF DYSMENORRHEA IN TEENAGE GIRLS

S.M. MARDONOVA¹, F. ABDULAZIZOVA¹, L.A. RASULOVA¹, G.A. ABDULLOHODJAEVA¹

¹ Tajik National Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan.

Objective: To develop a differentiated approach to the treatment of dysmenorrhea in adolescent girls.

Methods: Surveyed 135 girls and adolescent girls at the age of 12-18 years old, who has addressed to Health Centre. Primary dysmenorrhea was observed in 85 of patients and comprised the dominant group (63%).

Results: The signs of mild and moderate dysmenorrhea caused by functional hyperprostaglandinemia were observed in 55 (64.7%) patients. They were prescribed diclofenac in the form of a suppository 50 mg three times a day or in the form of tablets 50 mg three times daily for 5 days and vitamin E 200-400 µg orally per day regularly during 3 months. To patients 17 (19.8%) with luteal phase deficiency, except non-medicamentous therapy were prescribed Dufaston 20 mg/day - 10 days for 3 months. The following course of therapy improved the feelings of all 17 (19.8%) patients. Visceral dysplasia of connective tissue took place in 26 (30.5%) adolescent girls, whom were assigned Magne-B6 in tablets for 2 times a day and Novinet according to the contraceptive scheme during the 3-6 months. The therapy gave affirmative effect to 10 (83.3%) of patients.

Conclusions: The indicators of right selected method of treatment became: disappearance of pain, normalization of the vegetative nervous system and psycho-emotional status of a patient, hormonal background and reduction of the index resistancy of myometrium vessels and uterine arteries.

Keywords: Dysmenorrhea, pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, adolescent girls, hyperprostaglandinemia, Duphaston.

ВВЕДЕНИЕ

Развитие общества и состояние здоровья во многом определяются степенью здоровья молодёжи, которая составляет немалую часть населения, оказывая существенное влияние на здоровье населения в целом и образуя её трудовой, умственный, культурный и репродуктивный потенциал [1-4].

Актуальность изучения дисменореи связана с высокой частотой её встречаемости, и её социальным и психологическим аспектами. Данное заболевание считается тяжёлой патологией, так как боль ослабляет нервную систему, способствует развитию астенического синдрома, снижает память и трудоспособность [2, 5-7]. Дисменорея – это патологический процесс, проявляющийся схваткообразными болями внизу живота в дни менструации и сопровождающийся комплексом нейровегетативных, психоло-

гических, эмоциональных и обменно-эндокринных расстройств [6-10].

По данным разных авторов дисменорея встречается у 35-90% девушек, при этом у некоторых из них заболевание приводит к потере работоспособности и к изменению психосоматического статуса [2, 6, 11, 12].

По классификации дисменорею разделяют на первичную и вторичную. Первичная дисменорея – это болезненная менструация с отсутствием патологических изменений со стороны половых органов. При вторичной дисменорее болезненные менструации вызваны гинекологическими заболеваниями [6, 9, 10, 13, 14]. Первичная дисменорея в основном встречается у подростков, а вторичная – в старшей возрастной группе. Первичная дисменорея обычно развивается через 6-12 месяцев после

менархе, когда возникают первые овуляторные циклы [3, 5, 13, 15, 16]. Дисменорея среди подростков чаще встречается в возрасте 17-18 лет, что обусловлено временем окончательного развития менструальной функции и формирования овуляторного менструального цикла [8, 10, 12, 16, 17].

По мнению разных авторов, основными препаратами при лечении первичной дисменореи являются гестагены, комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [1, 10, 14, 15, 18]. Главный принцип терапии первичной дисменореи направлен на снижение продукции простагландинов и нормализацию менструального цикла [6, 17-19]. Теоретически дисменорея возникает в основном при нарушении синтеза и обмена арахидоновой кислоты и продуктов её метаболизма. Многие практикующие врачи считают достаточным применение НПВП с антиоксидантами [14, 15, 18, 19].

Распространённость заболевания и его медико-социальная значимость являются главным аргументом в объяснении пристального изучения данной патологии. Дисменорея у подростков чаще носит функциональный характер, теоретически исключает поиски других вероятных причин, связанных с органической патологией половой системы [3, 5, 18, 19]. Однако внедрение современных диагностических методов даёт возможность обнаружить «вторичность» болезни в большинстве случаев. В связи с этим, особую актуальность приобретают как ранняя диагностика причин болезненных менструаций, так и, соответственно, их комплексная коррекция, а также и сопутствующих психоэмоциональных и нейроэндокринных нарушений, что в дальнейшем способствует восстановлению репродуктивной системы [11, 14, 16, 17, 19, 20].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать дифференцированный подход к терапии дисменореи у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач обследовано 135 девочек и девушек в возрасте 12-18 лет, обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии.

Схема обследования девушек с ювенильной дисменореей включала изучение анамнеза, объективное обследование, гинекологическое исследование, мониторинг фолликула, доплерографию маточных артерий, определение гормонов в сыворотке крови (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, прогестерон). Обследование согласно представленной схеме позволило провести дифференциальную диагностику первичной и вторичной дисменореи. Среди обследованных нами девушек у 50 (37,0%) имела место вторичная дисменорея, что явилось критерием их исключения из основной группы. 85 (63,0%) девушек имели первичную дисменорею и составили основную группу. Всем им проводилась диагностическая проба с НПВП, клиническая значимость которой подтверждается результатами нашего исследования.

Немедикаментозное лечение включало: соблюдение пациентками режима труда и бодрствования; регуляцию пищевого рациона с увеличением потребления в перименструальные дни легко усвояемых и богатых витаминами продуктов и исключением продуктов на основе молока и кофе; повышение общего

тонуса посредством занятий лечебно-оздоровительной гимнастикой; применение иглорефлексотерапии и локального тепла. Иглорефлексотерапию проводили во II фазу менструального цикла – 10 сеансов (2-3 курса). Избирали общие транквилизирующие точки E36, RP6, MC6, Gi4 и местные – I4, P12, 13, 14, 15.

Медикаментозное лечение начинали с применения седативных препаратов (настойка валерианы или пустырника). При положительной пробе НПВП и определении причины дисменореи назначали диклофенак в виде суппозиторий (50 мг) или в виде таблеток. Терапия дисменореи, обусловленной механическим фактором и недостаточностью лютеиновой фазы, включала Дюфастон по 20 мг/сутки. При висцеральной дисплазии соединительной ткани (основная причина – недостаточность магния в организме), кроме немедикаментозной и седативной терапии, назначали Магне-В6 и Новинет по схеме контрацепции в течение 3-6 месяцев.

Цифровой материал обработан методами описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст обследованных девочек и девушек колебался от 12 до 18 лет, что в среднем составило $14 \pm 0,03$ лет. Анализ показал, что среди обследованных 37 (43,1%) составили девушки старше 16 лет, а каждая третья девушка находилась в возрастной группе 14-15 лет. Большинство обследованных девочек и девушек 54 (63,1%) было жительницами городов. Жительниц села было в 2 раза меньше (31 – 36,9%).

Известно, что проба с НПВП оказывает антипростагландинный эффект. В помощь врачу предлагается широкий спектр лечебных средств подобного механизма действия: ацетилсалициловая кислота, парацетамол, индометацин, ибупрофен, напроксен, диклофенак, кетопрофен, пироксикам и их аналоги. Нами был выбран диклофенак в виде суппозиторий и в таблетированной форме.

Снижение боли и сопутствующих проявлений дисменореи в первые 3 часа после приёма НПВП с сохранением положительного эффекта в последующие дни позволили определить, что причина дисменореи – функциональная гиперпростагландинемия. Эти пациентки отмечали лёгкую и средней степени тяжести дисменорею и составили большую группу – 55 (64,7%) человек.

Сохранение, а в ряде случаев и усиление болей, несмотря на продолжение приёма НПВП, на 2-3-й день обильной менструации с последующим ослаблением их интенсивности к 5-му дню пробы, были характерны для пациенток с дисменореей, обусловленной гиперплазией эндометрия (М-Эхо 12-15 мм в поздней фазе секреции), при которой имеет место механический фактор – отторжение более пышного эндометрия. У этих пациенток диагностирована недостаточность лютеиновой фазы, что подтверждалось гипопрогестеронемией, а также данными УЗИ – диаметр жёлтого тела был меньше 30 мм. Эти явления отмечены у 17 (19,8%) пациенток. Все эти девушки были в возрасте 16-18 лет.

Отсутствие обезболивающего эффекта НПВП на протяжении всей пробы отмечено при аномалиях положения тела матки, при котором образуется острый угол между телом и шейкой матки, что характерно при висцеральной дисплазии соединительной ткани и отмечается при недостаточности магния в организме. В нашем исследовании аномальное положение матки имели 26 (30,5%) девочек-подростков.

Таблица. Эффективность различных схем терапии при ювенильной первичной дисменорее

Причина	n	Схема терапии	Положительный эффект
Гиперпроstagландинемия	55	Диклофенак (50 мг) в виде суппозитория ректально 3 раза в день или в таблетированной форме по 50 мг трижды в день (3-5 дня) в течение 3-х менструальных циклов	46 (83,6%)
Загиб матки, генитальный инфантилизм (ановуляторные менструальные циклы)	13	Магне В6 по 2 таблетке дважды в день, 10 дней с интервалом 20 дней; Новинет по схеме контрацепции – в течение 3 менструальных циклов	10 (76,9%)
Недостаточность лютеиновой фазы	17	Дюфастон по 20 мг/сутки – 10 дней (с 15 по 25 день менструального цикла) в течение 3-х менструальных циклов	17 (100%)

Терапия дисменореи зависела от выявленной её причины, что обуславливало дифференцированный подход. При этом основной целью лечения явилось устранение болевого синдрома. Комплексный подход в терапии дисменореи предусматривал нормализацию состояния вегетативной нервной системы, психоэмоционального статуса и нормализацию менструального цикла.

Нами использовались следующие методы терапии:

1. Немедикаментозное лечение. Иглорефлексотерапию проводили во II фазу менструального цикла – 10 сеансов (2-3 курса). Иглорефлексотерапию получили 55 (64,7%) пациенток, и эффект был положительный у всех девушек с первичной ювенильной дисменореей. Локальное тепло (38-40°C) на низ живота за 24-48 часов до менструации в течение 5 дней рекомендовали всем девушкам с первичной дисменореей. Ослабление болевого синдрома отмечали все пациентки.

2. Медикаментозное лечение начинали с применения седативной терапии. Назначали настойку валерианы или пустырника по 20 капель трижды в день во II фазу менструального цикла в течение 3 менструальных циклов. После проведения пробы с НПВП, определения причины боли составляли схему терапии. При положительной пробе НПВП и функциональной гиперпроstagландинемии назначали диклофенак в виде суппозитория (50 мг) 3 раза в день или в таблетированной форме по 50 мг трижды в день, в течение 5 дней, и витамин Е внутрь по 200-400 мкг в сутки непрерывно, в течение 3 месяцев. Данная схема терапии первичной дисменореи проведена в течение 3-х менструальных циклов и оценена у 55 (64,7%) пациенток. В результате терапии отмечалось снижение и исчезновение бо-

лей и признаков дисфункции нейровегетативной системы у 46 (83,6%) (табл.).

Терапия дисменореи, обусловленной механическим фактором и недостаточностью лютеиновой фазы, кроме немедикаментозной терапии, включала Дюфастон по 20 мг/сутки – 10 дней (с 15 по 24 день менструального цикла), в течение 3 месяцев. После проведения одного курса терапии отмечалось уменьшение и исчезновение болей, улучшение самочувствия и настроения, снижение индекса резистентности маточных, аркуатных и радиальных артерий у всех 17 (19,8%) пациенток (табл.).

При аномалиях положения тела матки и образовании острых углов между телом и шейкой матки, что характерно для висцеральной дисплазии соединительной ткани (основная причина – недостаточность магния в организме), кроме немедикаментозной и седативной терапии, назначали Магне-В6 по 2 таблетки дважды в день и Новинет по схеме контрацепции в течение 3-6 месяцев. Данная схема терапии оценена у 13 (15,5%) пациенток. Эффект от терапии был положительный у 10 (83,3%) пациенток (табл.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При правильном установлении причины дисменореи и корректно выбранной схеме терапии положительный эффект от лечения отмечен в 85,9% случаев. Индикаторами правильно выбранного метода лечения явились исчезновение боли, нормализация состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациентки, гормонального фона и снижение индекса резистентности сосудов миометрия и маточных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кустаров ВН, Умарова МА, Ходжиева ГБ. Современное представление использования комбинированных оральных контрацептивов в подростковом периоде. *Вестник Авиценны*. 2011;1:114-8.
2. Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010;115:138-45.
3. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:104-13.
4. Казаева ОВ, Сучкова ОН. Современные аспекты врачебного профессионального консультирования подростков. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016;3:11-5.

REFERENCES

1. Kustarov VN, Umarova MA, Khodzheva GB. Sovremennoe predstavlenie ispol'zovaniya kombinirovannykh oral'nykh kontratseptivov v podrostkovom periode [Modern presentation of the use of combined oral contraceptives in adolescence]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2011;1:114-8.
2. Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010;115:138-145.
3. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:104-13.
4. Kazaeva OV, Suchkova ON. Sovremennyye aspekty vrachebnogo professional'nogo konsul'tirovaniya podrostkov [Modern aspects of medical professional adolescent counseling]. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2016;3:11-5.

5. Белокриницкая ТЕ, Фролова НИ, Белозерцева ЕП. Дисменорея, предменструальный синдром и синдром предменструального дисфорического расстройства у девушек-студенток. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2012;1:22-8.
6. Межевитинова ЕА, Абакарова ПР, Мгерян АН. Дисменорея с позиций доказательной медицины. *Здоровье женщины*. 2015;7(103):23-7.
7. Iacovides S, Avidon I, Bentley A, Baker FC. Reduced quality of life when experiencing menstrual pain in women with primary dysmenorrhea. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014;93:213-7.
8. Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C et al. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? *Journal of Pain Research*. 2012;5:169-74.
9. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*. 2015;21(6):762-78.
10. Лебедев ВА, Буданов ПВ, Пашков ВМ. Современные подходы к лечению первичной дисменореи. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2010;7(35):37-42.
11. Якубова ОА. Дифференцированная диагностика ювенильной дисменореи. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013;2:18-21.
12. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010;108(2):139-42.
13. Agarwal AK, Agarwal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian Journal of Community Medicine*. 2010;35(1):159-64.
14. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *American Family Physician*. 2014;89(5):341-6.
15. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Journal Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2012;13(15):2157-70.
16. Johnston L. Menstrual pain (dysmenorrhoea). *Prof Nurs Today*. 2014;18(1):13-4.
17. Пискалов АВ, Баринов СВ, Плаксина ВС. Хронический тазовый болевой синдром у девочек. *Детская Хирургия*. 2014;4:8-12.
18. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;7:188. Art. No.:CD001751. doi:10.1002/14651858. CD001751.pub3.
19. Садуакасова ШМ, Жатканбаева ГЖ, Несипбаева ГМ. Эффективность лечения дисменореи у девочек-подростков. *Вестник КазНМУ*. 2014;4:29-31.
20. Лорей АА, Мирон ИМ, Девятова ИН. Особенности течения беременности и родов у юных женщин. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2016;24(4): 88-95.
5. Belokrinitskaya TE, Frolova NI, Belozertseva EP. Dysmenoreya, predmenstrual'nyy sindrom i sindrom predmenstrual'nogo disforicheskogo rasstroistva u devushec-studentok [Dysmenorrhea, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder syndrome in female students]. *Reproductivnoe zdorov'ye detei i podrostkov*. 2012;1:22-28.
6. Mezhevitinova EA, Abakarova PR, Mheryan AN. Dysmenoreya s pozitsii dokazatel'noy meditsiny [Dysmenorrhea from the perspective of evidence-based medicine]. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2015;7(103):23-7.
7. Iacovides S, Avidon I, Bentley A, Baker FC. Reduced quality of life when experiencing menstrual pain in women with primary dysmenorrhea. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014;93:213-7.
8. Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C et al. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? *Journal of Pain Research*. 2012;5:169-74.
9. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*. 2015;21(6):762-78.
10. Lebedev VA, Budanov PV, Pashkov VM. Sovremennye podkhody k lecheniyu pervichnoy dismenorei [Modern approaches to the treatment of primary dysmenorrhea]. *Meditsinskiy aspekt zdorov'ya*. 2010;7(35):37-42.
11. Yakubova OA. Differentsirovannaya diagnostika yuvenil'noy dysmenorei [Differential diagnosis of juvenile dysmenorrhea]. *Rossiyskiy vestnik akushera-gynecologa*. 2013;2:18-21.
12. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010;108(2):139-42.
13. Agarwal AK, Agarwal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian Journal of Community Medicine*. 2010;35(1):159-64.
14. Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *American Family Physician*. 2014;89(5):341-6.
15. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Journal Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2012;13(15):2157-70.
16. Johnston L. Menstrual pain (dysmenorrhoea). *Prof Nurs Today*. 2014;18(1):13-4.
17. Piskalov AV, Barinov SV, Plaksina VS. Khronicheskiy tazovyy bolevoiy sindrom u devochek [Chronic pelvic pain syndrome in girls]. *Detskaya Khirurgiya*. 2014;4:8-12.
18. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;7:188. Art. No.:CD001751. DOI:10.1002/14651858. CD001751.pub3.
19. Saduakassova SHM, Zhatkanbaeva GZ, Nesipbaeva GM. Effektivnost' lecheniya dismenorei u devochek-podrostkov [Effective treatment of dysmenorrhea in adolescent girls]. *Vestnik KazNMU*. 2014;4:29-31.
20. Lorey AA, Mirov IM, Devyatova IN. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov u yunyk zhenshchin [Features of flow of pregnancy and labor in young women]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2016;24(4): 88-95.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мардонова Саломат Муродовна, к.м.н., доцент, зам. директора по лечебной части ТНИИ АГиП

Абдулазизова Фарид, аспирантка ТНИИ АГиП

Расулова Лайли Амирхоновна, к.м.н., заведующая поликлиникой ТНИИ АГиП

Абдуллоходжаева Ганджина Абдуазаловна, научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

AUTHOR INFORMATION

Mardonova Salomat Murodovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Deputy Director of Medical Affairs at Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Abdulazizova Farida, postgraduate student at Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Rasulova Layli Amirhonovna, Candidate of Medical Sciences, Head of Outpatient Department at Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Abdullohodjaeva Gandjina Abduazalovna, Scientific Officer of the Obstetrics Department at Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Абдуллоходжаева Ганджина Абдуазаловна
научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП

734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзаде, 31

Тел: (+992) 938 088870

E-mail: dr.tshn.tj@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: МСМ

Сбор материала: АФ, АГА

Статистическая обработка данных: АФ

Анализ полученных данных: МСМ, РЛА

Подготовка текста: МСМ, АФ, АГА

Редактирование: МСМ, РЛА, АГА

Общая ответственность: МСМ

Поступила 16.02.2017

Принята в печать 20.04.2017

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Abdullohodjaeva Gandjina Abduazalovna
Scientific Officer of the Obstetrics Department
Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tursunzade Street 31,

Tel.: (+992) 938 088870

E-mail: dr.tshn.tj@mail.ru

Submitted 16.02.2017

Accepted 20.04.2017