

Impact Factor: 5.878

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 1

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 институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

№ 1  
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 института

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

## Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

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

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

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: 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 института  
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Samarkand State Medical Institute)

**Зокирова Нодира Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского  
Государственного медицинского института

**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)

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

**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 института

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

**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.

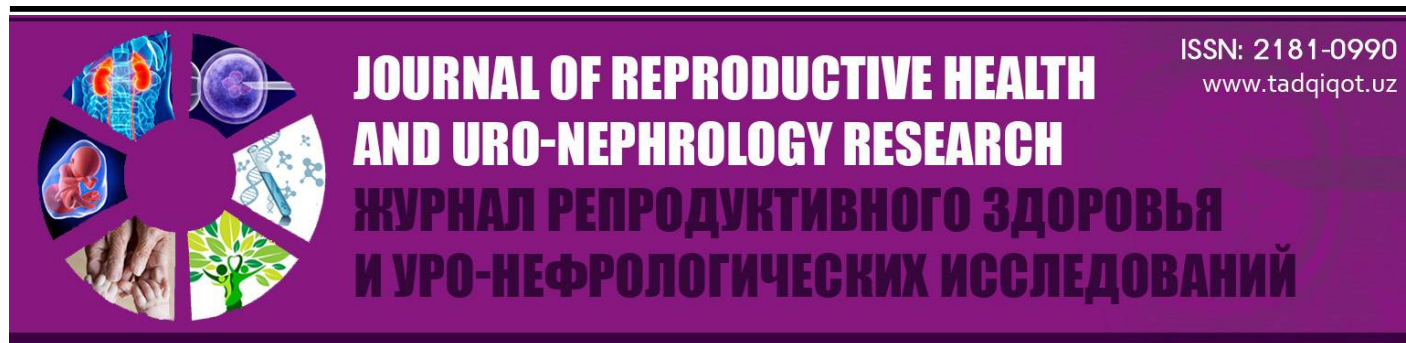
**Шалина Раиса Ивановна**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

<b>1. Аллазов С. А., Турсунов О. Б., Батиров Б. А., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А.</b> ВАРИКОЦЕЛЕ: ВСЕГДА ЛИ ПЛАНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / VARICOCELE: IS IT ALWAYS A PLANNED DISEASE / VARIKOTSELE: DOIM HAM REJALI KASALLIKMI.....	6
<b>2. Аллазов С. А., Аллазов И. С., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А., Негматов К.Н.</b> ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ / RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER / PROSTATI BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH.....	10
<b>3. Исанбаева Л. М.</b> ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ / A PROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS/BACHADON MIOMASI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARINING ISTIKBOLL TAXLILI.....	14
<b>4. Назарова Г. Х.</b> ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/INNOVATIVE METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA/PREEKLAMPSIYADA PROGNOSTIK MARKERLARNI DIAGNOTIKA QILISHNING INNOVATSION USULLARI .....	16
<b>5. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н. Р., Жалолова И. А., Шамсиева М. Ш.</b> КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ/CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION/JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENITAL PROLAPSANI TUZATISH.....	19
<b>6. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г.Т., Очилова У. Т.</b> ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ / THE COURSE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN AND DIFFERENT APPROACHES IN TREATMENT / HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNING KECHISHI VA DA'VOLASHDA TURLI YONDASHUVLAR.....	23
<b>7. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г. Т., Омонова П. О.</b> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ / SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA / QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI.....	27
<b>8. Негмаджанов Б. Б., Зоирова Н. А., Шавкатов Х. Ш., Раббимова Г. Т.</b> ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, MODERN CLASSIFICATION OF GENITAL PROLAPSE AND MODERN CONCEPTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE / GENITAL PROLAPS ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ZAMONAVIY TASNIFI VA KASALLIKNI XIRURGIK DAVOLASHDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR.....	31
<b>9. Нигматулина И. И., Исанбаева Л. М.</b> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ / SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE / HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI .....	34
<b>10. Раббимова Г. Т., Жумагелдиева Ю.Ш.</b> ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН / EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN / HOMILADOR AYOLLARDA O'TKIR YOG'LI GERATOZNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH.....	38
<b>11. Юсупова Д. О., Матякубова С. А., Палванов Т. М.</b> ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ / BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY / RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI.....	41





УДК 618.36–006.325+618.14-006.882| 07-08 (075.9)


**Юсупова Дильноза Озодбаевна**  
Онкогинеколог, Республиканский  
специализированный научно-практический  
медицинский центр онкологии и радиологии  
Хорезм, Узбекистан

**Матякубова Саломат Александровна**  
Директор Хорезмский областной  
перинатальный центр, Хорезм, Узбекистан

**Палванов Тохир Марксович**  
Директор Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр  
онкологии и радиологии, Хорезм, Узбекистан

#### ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**For citation:** Yusupova Dilnoza Ozodbaevna , Matyakubova Salomat Aleksandrovna, Palvanov Toxir Marksoyich, Background diseases of trophoblast in women with non-developing pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 1, pp. 41-43

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426624>

**Yusupova Dilnoza Ozodbaevna**  
Republican Specialized Scientific and Practical  
Medical Center of Oncology and Radiology, Khorezm Uzbekistan.

**Matyakubova Salomat Aleksandrovna**  
Director Khorezm Regional Perinatal Center  
Khorezm Uzbekistan.

**Palvanov Toxir Marksoyich**  
Director Republican Specialized Scientific and Practical  
Medical Center of Oncology and Radiology, Khorezm Uzbekistan.

#### BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

**Yusupova Dilnoza Ozodbaevna**  
onkoginekolog  
Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya  
va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi  
Xorazm, O'zbekiston

**Matyakubova Salomat Aleksandrovna**  
Director Xorazm viloyati perinatal markazi  
Xorazm, O'zbekiston

**Palvanov Toxir Marksoyich**  
Direktor Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya  
va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi  
Xorazm, O'zbekiston

#### RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

В последнее время в структуре гинекологических и онкологических заболеваний трофобластическая болезнь беременности (ТБ) занимает особое место. Несмотря на то, что ТБ - сравнительно редкая патология, актуальность ее проблемы достаточно велика, так как этому заболеванию подвержены женщины преимущественно молодого детородного возраста, иногда не достигшего 25 лет. Проблемы ранней диагностики ТБ обусловлена агрессивным течением заболевания, а также мрачностью прогноза для больных, имеющих метастазы в легкие и головной мозг (летальность превышает 50% и 90% соответственно) [4]. Под этим термином обобщены биологически взаимосвязанные патологические состояния трофобласта, включающие как доброкачественные формы: пузырный занос (полный или частичный) и его морфологические типы — простой и пролиферирующий, так и злокачественные формы: инвазивный пузырный занос (ИПЗ), трофобластическую опухоль плацентарной площадки, эпителиоидную трофобластическую опухоль и хориокарциному (ХК) [1; 22].

Трофобластическая болезнь (ТБ) обусловлена нарушением развития и роста внешнего слоя оболочки зародыша трофобласта на фоне или после любой беременности. Среди онкологических заболеваний ТБ варьирует от 0,01% до 3,6% [5]. В соответствии с международной гистологической классификацией в понятие ТБ входят: пузырный занос (ПЗ) (полный, частичный, инвазивный), хориокарцинома, трофобластическая опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная трофобластическая опухоль. Инвазивный ПЗ считается злокачественным за счет его выраженной пенетрации в миометрий, а также его способности к метастазированию [7].

Учет факторов риска при составлении плана лечения и системность курсов химиотерапии являются обязательными условиями успешного лечения. Важными прогностическими факторами являются: возраст пациентки, исход предыдущей беременности, исходный уровень  $\beta$ -хорионического гонадотропина ( $\beta$ -ХГЧ), размеры первичных лимфоузлов, локализация, размеры и количество метастазов [10; 16].

Факторы риска можно выделить 2 наиболее значимых фактора риска развития ПЗ – возраст матери и наличие ПЗ в предыдущих беременностях. И ранняя беременность, и беременность женщины в возрасте после 40 имеют высокий риск развития полного ПЗ. Риск повторного полного ПЗ составляет 1%, это примерно в 10-20 раз выше, чем риск ПЗ в общей популяции, а риск третичного ПЗ – 15-20% вне зависимости от смены партнера [20]. Семейная форма ПЗ – редкое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, которое может приводить к повторным эпизодам ПЗ. Мутация происходит в гене NLRP7, локализованного в хромосоме 19q (в 70% случаев), или KND3L (в 5% случаев), что приводит к диплоидному полному ПЗ, развивающемуся при слиянии нормальных материнской и отцовской гамет [2; 15]. Живорождение у этих пациенток является редкостью, однако донорские яйцеклетки здоровой женщины могут привести к успешному рождению здорового ребенка [7; 23]. В одном из исследований было выявлено, что основным симптомом у 81 пациентки с ПЗ было Фактор риска, Возраст, лет  $\geq 40$ , пузырный занос в предыдущей беременности, частые аборт, неполный аборт, и так далее.

Клиническая картина пузырный заноса, наиболее распространенным симптомом является маточное кровотечение. Молярные ткани могут отделяться от децидуальной оболочки и разрушать материнские сосуды, а большие объемы задержавшейся крови способны расширять полость матки. Внутриматочные сгустки окисляются и сжижаются, как следствие – выделения из влагалища ржавого цвета, которые имеют вид «сливового сока» [3; 21]. Так как маточное кровотечение может быть в большом объеме и длительное время, у половины из этих пациенток наблюдается анемия (гемоглобин менее 100 г/л), которая порой требует применения гемотрансфузионной терапии [18]. Чрезмерное увеличение матки относительно гестационного срока – один из наиболее классических признаков полного ПЗ, хотя обнаруживается только у половины пациенток. Полость матки может быть расширена как за счет ткани хориона, так и за счет

оставшейся крови. Избыточный рост матки обычно связан со значительным увеличением уровня ХГЧ. Клинически выраженный гипертиреозидизм обнаруживается лишь у 7% пациенток, но при яркой симптоматической картине может потребоваться медицинская помощь. У этих пациенток возможны тахикардия, гипертермия и тремор. Текалютеиновые кисты диаметром 6 см и более развиваются примерно у половины пациенток. Они представляют собой многокамерные образования, содержащие янтарную или серозно-геморрагическую жидкость, с двусторонней локализацией. Их образование связывают с повышением уровня ХГЧ и пролактина [13; 24]. Презклампсия развивается в 27% случаев. Нередко у пациенток наблюдаются гипертензия, протеинурия и гиперрефлексия, но экламптические судороги нехарактерны. Токсемия встречается в основном у пациенток с увеличенным размером матки и высоким уровнем ХГЧ. У большинства пациенток наблюдаются признаки замершей беременности или неполного аборта, и диагноз устанавливается только на основании исследования тканей [8; 12]. Маточное кровотечение, наблюдается у около 70% случаев. Наиболее частый симптом при ГТН – нерегулярные кровотечения, связанные с субинволюцией матки. Кровотечение может быть непрерывным или периодически прекращаться, с внезапными и иногда массивными кровоизлияниями.

Лабораторные показатели: ТБ обычно диагностируется исключительно при повышенных значениях  $\beta$ -ХГЧ [9]. У большинства пациенток в течение 8 недель после эвакуации ПЗ наблюдается динамическое снижение  $\beta$ -ХГЧ до нормальных значений. Гистологическая верификация хориокарциномы. D.P.Goldstein et al. (New England Trophoblastic Disease Center) опубликовали перечень факторов риска малигнизации после эвакуации ПЗ: уровень  $\beta$ -ХГЧ перед эвакуацией ПЗ более 10000 мМЕ/мл, размер матки больше соответствующего сроку беременности, текалютеиновые кисты более 6 см в диаметре, возраст матери более 40 лет [19]. Таким образом, наиболее ранний признак злокачественной трофобластической опухоли (ЗТО) – повышение уровня  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови при осуществлении динамического контроля за пациентками с беременностью в анамнезе. Мониторинг титра  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови имеет решающее значение в диагностике резистентных форм заболевания, а также при оценке эффективности проводимой химиотерапии. Лечение проводится до нормализации уровня ХГ с последующими 3 курсами профилактической химиотерапии в аналогичном режиме либо до появления признаков резистентности опухоли [14]. Рецидивы болезни встречаются достаточно редко. Частота выявления рецидивов ТО варьирует от 3 до 8% (у больных с высоким риском резистентности – до 20%). Все рецидивы диагностируются в сроки от 6 до 36 мес. (наиболее часто – от 6 до 18 мес.). Частота излечения больных с рецидивами составляет 75%, причиной данной патологического процесса является возникновение резистентности опухоли является сложной и до конца не решенной проблемой, особенно для пациенток с высоким риском [11; 17]. Наиболее частыми причинами возникновения резистентности ТО являются: неадекватное планирование химиотерапии 1-й линии, нарушение режима стандартной химиотерапии (уменьшение дозы пре паратов, увеличение интервалов между курсами, необоснованное сокращение продолжительности химиотерапии), необоснованная смена режимов химиотерапии, отказ от профилактических курсов химиотерапии и в отдельных случаях – биологические особенности опухоли. Самые ранние критерии резистентности ЗТО – зафиксированное при 3 последовательных исследованиях в течение 10 дней увеличение уровня ХГ вовремя или по окончании химиотерапии (до 6 мес) или плато / снижение уровня ХГ менее 10%. Обследование и лечение больных с резистентностью ТО должно проводиться только в специализированной клинике, имеющей все необходимое современное оборудование для тщательного обследования пациентки (УЗКТ, РКТ, МРТ) и положительный опыт лечения таких больных, так как прогноз определяется эффективностью стандартной химиотерапии 2й

линии [6;17]. Это обстоятельство также повышает интерес к феномену данного заболевания.

Таким образом, своевременная точная диагностика, диф. диагностика и этиопатогенетического лечения в включающая в себя профилактику рецидивов позволит достичь столь высоких результатов. Следует отметить, что значительные успехи

лекарственной противоопухолевой терапии и разработка методов ранней диагностики позволили достичь высокого уровня выживаемости больных с трофобластической болезнью. В результате этого не только существенно улучшены результаты лечения, но и имеется возможность сохранения детородной функции женщинам раннего репродуктивного возраста.

#### Список литературы:

1. Гасанбекова З.А., Алиев С.А., Мещерякова Л.А., Кузнецов В.В. Опыт республиканского онкологического диспансера в лечении злокачественных трофобластических опухолей: пути совершенствования. Опухоли женской репродуктивной системы. 2012;3:73-78.
2. Гладкова О.В. “Заболеваемость трофобластической болезнью в Иркутской обл. Оценка факторов риска. Пути профилактики” автореф. 27С. 2013г
3. Кузнецов В.В., Мещерякова Л.А., Хохлова С.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований плаценты (Трофобластическая болезнь) от 2014 г. Доступно по: <http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/52.pdf>. Ссылка активна на 10.10.2018.
4. Кулаков В. И. Трофобластическая болезнь. Руководство по акушерству. Беременность. Осложнения // В.И. Кулаков, В.С. Сидорова. Часть II. – Глава 15. – 2006. – С. 841.
5. Манзюк Е., Е Махова. Сборник научных трудов VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Душанбе. – 2010. – С. 263.
6. Маркина И.В. Современные принципы лечения больных трофобластической опухолью //И.В. Маркина, Б.О. Толокнов, Л.В.
7. Памфамиров Ю. К., Демченко Д. В., Коробова П. Г. «ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» ТАВРИЧЕСКИЙ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК 2018, том 21, № 4
8. Толокнов Б.О., Славина Е.Г., Кадагидзе З.Г., Махова Е.Е., Маркина И.В. Иммунный статус у пациенток с трофобластической болезнью // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /онкогинекология. – 2009. – №1-2. – С. 63-67.
9. Цип Н.П. Мониторинг больных после удаления пузырного заноса // Онкогинекология. – 2012. – № 8 (4). – С. 81-84.
10. Цип Н.П. Эпидемиология пузырного заноса: состояние проблемы в Украине // Н.П. Цип, Л.И. Воробьева. Онкогинекология. – 2012. – № 6 (2). – С. 56-59.
11. Alazzam M., Tidy J., Osborne R., Coleman R., Hancock B.W., Lawrie T.A. Chemotherapy for resistant or recurrent gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;1(13):88-91.
12. Alifrangis C., Agarwal R., Short D., Fisher R.A., Sebire N.J, Harvey R., Savage P.M., Seckl M.J. EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic neoplasia: good outcomes with induction low-dose etoposide-cisplatin and genetic analysis. *J Clin Oncol.* 2013;31(2):280-286.
13. Braga A., Uberti E.M., Fajardo Mdo C. et al. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers: results after 12 years since International FIGO 2000 Consensus. *J Reprod Med.* 2014; 59 (5-6): 241-7.
14. Brown J., Naumann R.W., Seckl M.J., Schink J. et al. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. *Gynecol Oncol.* 2016; 144 (1): 200-7.
15. Eagles N., Sebire N.J., Short D. et al. Risk of recurrent molar pregnancies following complete and partial hydatidiform moles. *Hum Reprod.* 2015; 30: 1168-71
16. Hussein M.R. Analysis of p53, BCL-2 and epidermal growth factor receptor protein expression in the partial and complete hydatidiform moles. *Exp Mol Pathol.* 2009; 87 (1): 63-9.
17. Hyman D.M., Bakios L., Gualtiere G. et al. Placental site trophoblastic tumor: analysis of presentation, treatment, and outcome. *Gynecol Oncol.* 2013; 129 (1): 58-62.
18. Lurain J.R. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203 (6): 531-539
19. Mangili G., Lorusso D., Brown J. et al. Trophoblastic disease review for diagnosis and management: a joint report from the International Society for the Study of Trophoblastic Disease, European Organisation for the Treatment of Trophoblastic Disease, and the Gynecologic Cancer Inter Group. *Int J Gynecol Cancer.* 2014; 24 (9 Suppl 3): 109-16
20. Schmitt C., Doret M., Massardier J. et al. Risk of gestational trophoblastic neoplasia after hCG normalization according to hydatidiform type. *Gynecol Oncol.* 2013; 130: 86-9.
21. Seckl M.J., Sebire N.J., Fisher R.A. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013; 24 (Suppl 6): vi39-50
22. Shaaban A.M., Rezvani M., Haroun R.R. et al. Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features. *Radiographics.* 2017; 37 (2): 681-700.
23. Soper J. Гестационная трофобластическая болезнь // J. Soper, W.T. Creasman. Клиническая онкогинекология. Под ред. Ф.Дж. Дисаи, У.Т. Крисмана. – Перевод с англ. Под ред. Е.Г. Новиковой. М.: Практ. Мед., 2012. – С. 180-221
24. Trommel N.E. Introduction of a PanEuropean initiative to improve clinical management of GTD in Europe: European Organisation for Treatment of Trophoblastic Disease // N.E. Trommel, F. Goldfrier, C. Lybol. *J. Gynecol. Oncol.* 2011. – Vol. 2. – P. 62-65.