

## ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

*Кудратова Д.Ш., Каттаходжаева М.Х., Сулайманова Н.Ж.  
(Ташкенский Государственный стоматологический институт)*

**Резюме.** Дети, рождённые малой массой представляют собой особую группу пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания. У маловесных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающий широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** масса тела, задержка внутриутробного развития плода, микроэлемент, факторы риска.

## КАМ ВАЗНЛИ ЧАКАЛОКЛАР ТУГИЛИШНИ ПРОФИЛАКТИКА ХАМДА БАШОРАТ КИЛИШ

*Кудратова Д.Ш., Каттаходжаева М.Х., Сулаймонова Н.Ж.  
(Тошкент давлат стоматология институти)*

**Резюме.** Кам вазн билан тугилган болалар парваришнинг алохида шароитларини талаб этувчи, физиологик етилмаганлик белгилари хос булган беморларнинг алохида гурухини ташкил этади. Кам вазнда тугилган чакалоқларда узок давом этувчи патологик холатларнинг юкори хавфи кайд этилиб, у тиббий ёрдам курсатиш тизимида кенг куламли таъсир курсатади.

**Калит суз:** кам вазн, хомила усишининг оркада колиши, микроэлемент, хавф омиллари.

## PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN

*Kudratova D.Sh., Kattaxodjaeva M.X., Sulaymonova N.J.  
Tashkent State Stomatology Institute*

The children born by small weight represent special group of patients of whom signs of a physiological dismaturity are characteristic that defines special conditions of nursing. At small newborns the high risk of long-term pathological states exerting large-scale impact on system of delivery of health care becomes perceptible.

**Key words:** children with a small weight, fruit arrest of development, microelement, risk factors.

Факторы риска, влияющие на рождение детей с низкой массой тела, многочисленны: возраст матери, социально-экономический статус, состояние здоровья, течение беременности, несовместимость матери и ребенка по систем АВО, генетические факторы. В исследованиях Н.П. Шабалова, Г.М. Дементьевой (2006г) недоношенность и задержка развития имеют множество причин, совокупности которых и развивается патологический процесс. в обменных процессах и метаболизме имеет значение не отдельно взятый микроэлемент (МЭ), а комплекс МЭ и их сбалансированность, так как в организме между самими микроэлементами существует взаимодействие. Так, отмечается синергизм магния, меди, кобальта, цинка в их действии на процессы роста и развития. Кобальт эффективно действует на кроветворение лишь при наличии достаточных количеств железа и меди, а магний повышает усвоение меди. В то же время известно, что железо, кальций, магний и цинк конкурируют друг с другом при одновременном приеме. Кроме того, кальций и железо ингибируют адсорбцию марганца, а цинк - меди. При дефиците железа скорость всасывания никеля существенно возрастает. Дестабилизация обмена эндогенных металлов (цинк, железо, медь, железо, кальций) усиливает процессы перекисного окисления липидов и синтез оксида азота, активацию процессов адгезии, продукцию цитокинов, кальций зависимых процессов, регуляцию экспрессии и внутриклеточного транспорта главного комплекса гисто совместимости, подавляет функцию макрофагов, проявляется системной сосудистой патологией, имеющей важное значение в развитии и течении воспалительного процесса, некроза клеток.[1-61]. Повышенный уровень токсических МЭ (алюминий, кремний, ртуть, свинец) способствуют возникновению нейроэктодермальных опухолей мозга.

По мнению Н.В. Долгушина, Е.В. Казанцева, А.В.Пивоварова (2013 г.) малая масса тела новорожденных (ММН) при рождении ассоциирована с высокой частотой неонатальной заболеваемости и смертности, а также, возможно, с повышенной частотой заболеваемости во взрослом возрасте.

**Цель исследования.** определение особенностей течения гестации и факторов рождения маловесных детей для обоснования прогнозирования и своевременной его профилактики.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 51 родильницы, у которых новорождённые родились массой тела до 2499,0 граммов в сроке гестации от 37недель и более.

Контрольную группу составили 21 родильницы, у которых роды произошли своевременно и массой тела новорождённых свыше 2500,0 граммов.

В сравнительном аспекте анкетно - опросным методом изучены соматический и акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные данные и клиническое течение родов в изучаемых группах. Изучались частота, причинные факторы рождения маловесных детей.

**Результаты и обсуждение.** Нами проведён анализ карт 111 женщин родивших детей массой менее 2500 граммов в сроке гестации от 37 и более, которые находились в Бухарском Областном Перинатальном Центре (ОПЦ) в периодах от 2013 до 2014 года, которые составили группу женщин ретроспективного наблюдения.

Соматический анамнез включила: изучение возраста, профессии, семейного положения, наличия фоновых состояний и экстрагенитальных заболеваний, сопутствующих во время данной беременности. По возрастной категории женщины подразделены на 4 группы: до 20 лет составили 3 женщины (2,7%) из ретроспективной, 6 (11,8%) женщин из основной и 4 женщины (19,0%) из контрольной группы. Женщины в возрасте от 21 до 29 лет составили 31 женщин (27,9%) из ретроспективной, 40 (78,4%) женщин из основной и 12 женщин (57,1 %) из контрольной группы. Женщины в возрасте от 30 до 34 лет составили 4 женщины (3,6%) из ретроспективной, 4 (7,8%) женщин из основной и одна женщина (4,8 %) из контрольной группы. Женщины от 35 и старше лет составили 2 женщины (1,8%) из ретроспективной, 4 (7,8%) женщин из основной и одна женщина (4,8 %) из контрольной группы. К многорожавции отнесены женщины у которых в анамнезе произошли 3 и более родов, независимо от исходе. К часторожавщие отнесена женщин, у интергенетика интервал составил менее 2х лет.

Среди обследованных женщин основной группы первобеременные составили 31,4% (16 женщин), повторнобеременные наблюдение 62,7% (32 женщины), многорожавщие 7,8% (4 женщины), часторожавщие 11,8% (6 женщин).

Изучение паритета у контрольной группы, показано, что среди них 38,1% (8 женщин) оказались первобеременные, 57,1% (12 женщин) повторнобеременные, 9,5% (2 женщин) многорожавщие, 4,8% (одна женщина) часторожавщие.

Исследование показало, что среди пациенток основной группы, преобладали домохозяйки (44 женщины), которые составили 86,3% женщин. Женщины умственного труда составили 8 (14,7%) женщин, из них: 2 (3,9%) женщины – студентки. Рабочую профессию имели 6 (11,8%) женщин.

При изучения материнских факторов риска рождения маловесных детей выявлено, что все женщины имели ту или иную **экстрагенитальную патологию**

как фоновую или сопутствующую. Из них **анемией** страдали 84 женщины из ретроспективной, 43 из основной, 6 женщин контрольной группы, что составило соответственно 75,7%; 84,3%; 28,6%. В группу контроля включены были практически здоровые женщины и женщины с анемией I степени, у которых уровень Hb составила не менее 100 г/л.

**Ожирением** различной степени страдали 33 (29,7%) женщин из ретроспективной, 7 (13,7%) женщин из основной и одна женщина (4,8%) из контрольной группы, что говорит о довольно часто встречающейся патологии.

27 (24,3%) женщин из ретроспективной, 27 (52,9%) женщин из проспективной группы, 6 женщин (28,6%) из контрольной группы страдали заболеваниями **щитовидной железы**, что указывает на распространенность данной патологии в эндемической зоне.

Заболеваниями **мочеполового тракта** в виде **циститов** страдали одна (0,9%) женщина из ретроспективной группы, 3 (5,9%) женщин из проспективной группы.

29 (26,0%) женщин имели в анамнезе **хронический пиелонефрит** из ретроспективной, 9 (17,6%) женщин из проспективной группы. В контрольной группе женщин заболевания мочеполового тракта не наблюдались.

**Инфекционными заболеваниями** в виде **гепатитов** переболели 16 (14%0) женщин из ретроспективной, у 3 (5,9%) женщин из проспективной группы.

Далее по частоте встречаемости выявлены **инфекции**, относящие к группе TORCh. Эти инфекции определены у (1,8%) женщин из ретроспективной, 12 (23,5%) женщин из основной группы, в анамнезе которых имелись неоднократные репродуктивные потери.

Заболеваниями **сердечно-сосудистой системы** в виде ревматизма страдали 2 (1,8%) женщин из ретроспективной, одна (1,96%) женщина из основной группы, из контрольной группы не страдала. Варикозной болезни страдали 14 (12,6%) женщин из ретроспективной, 17 (33,3%) женщин из основной группы, двое женщин (9,5%) из контрольной группы.

11(9,9%) женщин из ретроспективной, 5 (9,8%) женщин из основной группы перенесли, эпизоды **воспалительных заболеваний органов малого таза**, в основном в виде кольпитов.

В структуре **акушерских осложнений** самой распространенной и часто выявляемой патологией была **ОРВИ**, перенесенная во время беременности 51 (45,9%) женщин из ретроспективной и 29 (56,9%) женщин из основной группы перенесли ОРИ различной тяжести и длительности. При этом 47% женщин не получала соответствующее лечение стационарно или консервативно.

**Преэклампсия** легкой и тяжелой степени встречалась у 22 женщин из ретроспективной группы, что составила 19,8 % и , у 11 женщин проспективной

группы, что составила 21,6 %. В контрольную группу не включены женщины, у которых беременность осложнилось с поздними токсикозами.

**Угроза прерывания беременности** наблюдалось у 20 женщин ретроспективной группы у которых беременность протекала на фоне этого осложнения, в различные сроки беременности что составила 18,0%, у 14 женщин основной группы (27,5%).

**Ранними токсикозами** страдали 14 женщин из ретроспективной группы, что составила 12,6 % и 11 женщин из основной группы, что составила 21,5%.

**Многоводием** осложнилась беременность у 13 женщин из ретроспективной группы, что составила 11,7 %. А в основной группе у троих женщин наблюдалось это осложнение, что составила 5,9 %.

**Маловодие** выявлено у 10 женщин из ретроспективной и у 2 женщин из проспективной группы, что составило соответственно 9,0 % и 3,9%.

Также в ходе исследований выявлено: патология прикрепления плаценты в виде **низкой плацентации**, которая имела места в 6,3% случаев (у 7 женщин) в ретроспективной группе и 3,9 % случаев (2 женщины) в основной группе.

**Отек беременных** встречалось у 5 женщин ретроспективной группы, что составило 4,5% и у 2 женщин из основной группы, что составила 3,9%.

Довольно часто регистрированы **гипертензивные нарушения** во время беременности в виде гестационной гипертензии, преэклампсии легкой и тяжелой степени, которые имели место у 29 женщин ретроспективной, у основной групп женщин. Из них: наблюдалось у 7 женщин ретроспективной группы, что составило 6,3%. В группе женщин основного наблюдения. Это патология встречалось у 3 женщин, что составило 5,9 % случаев.

17 (33.3%) женщин имели в анамнезе экологические и профессиональные вредности из проспективной и 2 (9.5%) женщин из контрольной группы.

14 (27%) женщин имели в анамнезе наличие вредных привычек у женщины и мужа из проспективной, 1 (5%) женщин из контрольной группы.

Таким образом, у преобладающего большинства женщин ретроспективной и основной группы наблюдения встречалось та или иная экстрагенитальная или генитальная патология, которые явились неблагоприятными фоном для нормального развития плода. У 78% женщин на фоне этих патологий присоединилась и акушерская патология, приводящая в итоге к фетоплацентарной недостаточности, проявляющемся в виде ЗРП.

Результаты исследования показали, что как эссенциальные, так и токсичные микроэлементы (МЭ) оказывают прямое или косвенное влияние на развитие и клиническое течение на рождение маловесных детей.

Показатели эссенциальных МЭ, контрольной группы как кальция, магний и железа укладываются в пределах нормы, составляя следующие:

Уровень **кальций** в пуповинной крови составляет 2,34 ммоль/л, по отношению к норме 2,03-2,6 ммоль/л, уровень которого в основной группе составляет 1,94 ммоль/л.

Концентрация **магния** в пуповинной крови основной группы составил 0,69 ммоль/л, по отношению к контрольной группе, у которых составил 0,78 ммоль/л, тогда как референтные значения составляют 0,70-0,99 ммоль/л.

Концентрация **железа** также была низкая, чем нормальных значений и у женщин контрольной группы. Уровень этого элемента в пуповинной крови составила в группе женщин основной группы 9,9 мкмоль/л, в контрольной группе 16,9 мкмоль/л, тогда как референтные значения составляют 12,5-30,4 мкмоль/л. При дефицита железа в организме, прежде всего, ухудшается клеточное дыхание, что ведет к дистрофии тканей и органов и нарушению состояния трофики, которое постепенно может привести к плацентарной недостаточности.

Как известно микроэлемент **Медь**, участвует в развитии факторов роста и формирования чувствительности, при недостатке меди плод отстаёт в развитии, страдает внутриутробной инфекцией.

Концентрация меди у женщин основной группы оказалась намного меньше (9,8) чем в норме (11,02-22,04), а в контрольной группе 14,8 мкмоль/л.

Также уровень **фосфор** в пуповинной крови у женщин, рожавших маловесных детей оказался несколько меньше (0,45 ммоль/л) чем у женщин контрольной группы (0,82 ммоль/л) тогда как, в норме уровень этого элемента не должен превышать 0,025.

### **Выводы.**

1. Ретроспективный анализ показал, что частота встречаемость рождения маловесных детей (МД) составляет 7,3% от общего числа родов в Бухарской области. Наиболее частые причины рождения МД явились: преэклампсии легкой и тяжелой степени, анемия и ОРИ, перенесенные в период данной гестации.
2. Изучение проспективного материала показывает, что рождению маловесных детей способствуют фоновые соматические заболевания, предшествующие до беременности, инфекционные заболевания острого и хронического характера, сопутствующие во время беременности. Также, учитывая, что 42,5% женщин отмечают неблагоприятные экологические и трудовые условия и наличия вредных привычек у себя и (или) у членов семьи, и дефицит эссенциальных МЭ необходимо женщин этого контингента отнести к группе высокого риска.
3. Изучение микроэлементного статуса показало значимую разницу в изучаемых группах. В основной группе наблюдался заниженная

концентрация таких эссенциальных микроэлементов, как Fe, Ca, Mg, Cu, P в пуповинной крови, чем в контрольной группе.

4. Результаты анализа указывают на фундаментальную необходимость использования мультивитаминных препаратов для микронутриентной поддержки беременности и для профилактики гипотрофии и пороков развития плода.

### Литература

1. Каттаходжаева, М., Сафаров, А., Сулейманова, Н., & Абдуллаева, Л. (2020). К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. *in Library*, 20(1), 18-21.
2. Каттаходжаева, М. Х. (1987). Течение родов и морфологическая характеристика плодовых оболочек при несвоевременном излитии околоплодных вод. *Структурные вопросы процессов фильтрации: Сб. ст. науч.*, 68-69.
3. Крылов, В. И., Каттаходжаева, М. Х., Шехтман, М. М., & Парвизи, Н. И. (1995). Характеристика адаптивных реакций организма беременных с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и их новорожденных в раннем неонатальном периоде. *Акушерство и гинекология*, 4, 24-6.
4. Абдуллаева, Л., Каттаходжаева, М., Сафаров, А., & Гайибов, С. (2020). Прогнозирование и профилактика акушерских и перинатальных осложнений при многоплодной беременности. *Журнал вестник врача*, 1(1), 110-113.
5. Каттаходжаева, М. Х., & Рахманова, Н. Х. (2018). Методы выбора контрацепции у женщин группы риска. *Узбекистан*, 1, 96-100.
6. Каттаходжаева, М. Х., & Сулаймонова, Н. Ж. (2009). Эффективность скринингового исследования в диагностике заболеваний шейки матки. *Вестник врача*, 3, 250-251.
7. Каттаходжаева, М. Х. (1994). Состояние адаптационных возможностей организма у больных с острыми воспалительными процессами гениталий по данным кардиоинтервалографии. *The I Congress of internal Medicine of Central Asia. — Tashkent*, 112-115.
8. Каттаходжаева, М. Х., & Гайбуллаева, Д. Ф. (2020). Показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры системного воспаления у беременных при преэклампсии. *Re-health journal*, (2-2 (6)), 10-13.
9. Каттаходжаева, М. Х. (1995). Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. *Дисс. док. наук*, 17-25.
10. Халдарбекова, Г. З., Каттаходжаева М. Х. (2020). ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА. *Мировая наука*.
11. Мухамедов, И. М., Каттаходжаева, М. Х., & Хужаева, Ш. А. (2009). Репродуктив ёшдаги аёлларда меъёрда ва патологик ҳолатларда жинсий аъзолар микрофлораси.
12. Каттаходжаева, М., Енькова, Е., Ихтиярова, Г., Рахманова, Н., Каршиева, Э., & Кодирова, З. (2022). Современные аспекты диагностики и лечения

- хронических воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий у женщин. *in Library*, 22(1), 541-545.
13. Каттаходжаева, М. Х., Абдуллаева, Л. С., & Сулейманова, Н. Ж. (2022). Практические контраргументы в профилактике послеродовых акушерских кровотечений. *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований*, 3(2).
14. 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.
15. Абдуллаева, Л., Каттаходжаева, М., & Сафаров, А. (2021). Клинико-морфологические параллели при синдроме перерастяжения матки. *Общество и инновации*, 2(6/S), 253-260.
16. Абдуллаева Л., Каттаходжаева М., Сафаров А., Сулейманова Н. (2022). Клинико-морфологические параллели при беременности, осложненной многоводием. *в Библиотеке*, 22 (1), 4137-4141.
17. Каттаходжаева, М. Х., Абдуллаева, Л. С., & Сулейманова, Н. Ж. (2022). Значение прогнозирования послеродовых кровотечений при синдроме перерастяжения матки в персонификации профилактических мероприятий. *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований*, 3(2).
18. Аvezов, А., Каттаходжаева, М., Болтоева, Ф., & Юлдашева, С. (2020). Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia. *in Library*, 20(4), 1751-1760.
19. Каттаходжаева, М., Умаров, З., Абдуллаева, Л., Сафаров, А., & Сулайманова, Н. (2020). Наружный акушерский поворот при тазовом предлежании плода как альтернатива абдоминальному родоразрешению. *in Library*, 20(1), 26-28.
20. Каттаходжаева, М. Х. (1981). Исход беременности и родов при многоводии различной этиологии. *Беременность и экстрагенитальная патология. Ташкент*, 39-41.
21. Каттаходжаева, М. Х. (1984). Электронно-микроскопические изменения эпителия плодовых оболочек при некоторых акушерских патологиях. *Клеточные механизмы приспособительных процессов*.
22. Каттаходжаева, М. Х., & Гайбуллаева, Д. Ф. Гипергомоцистеинемия при преэклампсии. *Материалы*, 13, 56-58.
23. Каттаходжаева, М. Х., & Гайбуллаева, Д. Ф. (2022). Значение повышенного уровня гомоцистеина в развитии эндотелиальной дисфункции при преэклампсии. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
24. Каттаходжаева, М. Х., Сулайманова, Н. Ж., Амонова, З. Д., & Шакирова, Н. Г. (2020). Актуальность проблемы генитальной папилломавирусной инфекции и рак шейки матки. Стратегии профилактики (обзор). *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований*, 1(1).

25. Парпиева, Н. Н., Каттаходжаева, М. Х., & Юпдашев, М. А. (2009). Характерные рентгенологические признаки туберкулеза гениталий у женщин. *Украинский научно-медицинский молодежный журнал*, (1), 38-41.
26. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
27. Каттаходжаева М. Х., Назирова М. У. Особенности параметров гемостаза при неразвивающейся беременности/ features of hemostasis parameters in non-developing pregnancy/ rivojlanmaydigan homiladorlikda gemostaz parametrlarining xususiyatlari//Репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. 2022. No4. ISSN: 2181-0990 DOI: 10.26739/2181-0990 C.27-32
28. Navruzova, N. O., Karshiyeva, E. E., Kattakhodjayeva, M. K., & Ikhtiyarova, G. A. (2022). Methods for diagnosing diseases of the uterine cervix. *Frontiers in Bioscience-Landmark*, 27(1), 20-28
29. Каттаходжаева, М. Х. (1983). *Клинические особенности течения беременности, родов и морфологическое состояние плодных оболочек при многоводии* (Doctoral dissertation, Дис. канд. мед. наук).
30. Каттаходжаева М., Каршиева Е., Амонова З. (2022). Инновационные технологии лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки. *в Библиотеке*, 22 (1), 1-3.
31. Абдурахманова, С., Каттаходжаева, М., Сулаймонова, Н., & Назарова, Д. (2019). Изменения про-и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза. *in Library*, 19(3), 38-41.
32. Рахманова, Н. Х., & Каттаходжаева, М. Х. (2018). АЁЛЛАРДА КОНТРАЦЕПЦИЯ УСУЛЛАРИНИ ИНДИВИДУАЛ ТАНЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ: ШАРҲ. *Журнал теоретической и клинической медицины*, (1), 82-85.
33. Ахмедова, Д., & Каттаходжаева, М. (2014). Фарзандлари соғлом юрт кудратлидир (Могуча та страна, у которой здоровые дети). *газета «Халқ сўзи*, 17.
34. Каттаходжаева, М. Х., Сафаров, А. Т., Абдуллаева, Л. С., & Бабажанова, Ж. Д. Гайбуллаева. «Многоплодие как фактор риска материнской заболеваемости и смертности. *Ташкент. Ж. Мед. журнал Узбекистана*, (3), 122-124.
35. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 4(1).
36. Кудратова, Д. Ш., & Каттаходжаева, М. Х. (2023, January). ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ. In *INTERNATIONAL CONFERENCES* (Vol. 1, No. 1, pp. 752-762).
37. Гайбуллаева, Д. Ф., & Каттаходжаева, М. Х. (2017). Значение гипергомоцистеинемии в развитии фетоплацентарной недостаточности при

- преэклампсии. Редакционная коллегия: Юсупов РГ, доктор исторических наук; Ванесян АС, доктор медицинских наук; Калужина СА, доктор химических наук; Шляхов СМ, доктор физико-математических наук, 9.
38. Янгиева Г., Каттаходжаева М. Х., Нуралиев Н. А. (2006). КЛИНКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. *ООО «Макслиё-шифо» и В*, 118 (5), 110.
39. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 4(3).
40. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). Параметры Гемостаза При Неразвивающейся Беременности. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 482-492.
41. Каттаходжаева, М. Х., Назирова, М. У., Сулайманова, Н. Ж., & Эшкабилова, М. А. (2009). ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ФЕРТИЛЬНОСТИ. *Украинский научно-медицинский молодежный журнал*, (1), 35-37.
42. KUDRATOVA, D. S., IKHTIYAROVA, G. A., & DAVLATOV, S. S. (2021). Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic. *International Journal of Pharmaceutical Research (09752366)*, 13(1).
43. Жураева, Х. И., Очилова, Д. А., & Кудратова, Д. Ш. (2016). Распространенность и выявляемость сахарного диабета среди женского населения. *Биология и интегративная медицина*, (2), 80-87.
44. Бадритдинова, М. Н., Кудратова, Д. Ш., & Очилова, Д. А. (2016). Распространенность некоторых компонентов метаболического синдрома среди женского населения. *Биология и интегративная медицина*, (2), 53-61.
45. Кудратова, Д. Ш. (2016). Метаболик синдром асосийкомпонентларинингтаркалиши. *Биология и интегративная медицина*, 2(2), 62-71.
46. Кудратова, Д. Ш., & Ихтиярова, Г. А. (2020). Современный взгляд на диагностику врожденных пороков развития плода. *Вестник Ташкентской медицинской академии*, 2, 147-153.
47. Ishtiyarova, G. A., Sh, K. D., & Ismatova, M. I. (2018). Development of the algorithm of prevention and prediction of the birth of small weight children. *Репродуктивная медицина (научно-практический журнал казахстанской ассоциации репро-дуктивной медицины)*, 1, 34.
48. Ашурова, Н. Г., Тошева, И. И., & Кудратова, Д. Ш. (2018). Состояние готовности родовых путей у рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек. *Репродуктивная медицина*, (2), 32-34.
49. Кудратова Д.С., Каримова Г.К., Нарзуллаева Н.С. (2022, декабрь). Комплексный анализ причин и факторов риска внутриутробных причин аномалий развития плода в Бухарской области. На конференциях (стр. 35-45).

50. Саидова, Л. Б., & Кудратова, Д. Ш. (2016). Заболеваемость организованных и неорганизованных групп детей дошкольного возраста в Бухарском регионе. *Биология и интегративная медицина*, (2), 20-31.
51. Ikhtiyarova, G. A., & Sh, K. D. Optimization of prenatal screening for diagnostics of intrauterine anomalies of fetal development *Journal of ethics and diversity in international communication* 2022 Issue 8.
52. Asilova, S. U., Mirzaev, A., Nazarova, F. N., Nazirova, M. U., & Sh, U. G. (2023). REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGERY WITH POST-COVID ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 5(05), 72-85.
53. Nazirova, M. U., Kattakhodzhaeva, M. K., & Asilova, S. U. (2023). The state of bone mineral density of women in the perimenopausal period. *British Medical Journal*, 3(1).
54. Асилова, С. У., Турдунова, Г. Н., Назирова, М. У., Юсупова, К. А., Назаров, Ж. Х., & Милушева, Р. Ю. ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ХИТОЗАНА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ. *ТАЖИИР ЖАЙЪАТИ*, 24.
55. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 3(4).
56. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). Параметры Гемостаза При Неразвивающейся Беременности. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 482-492.
57. Назирова, М. У. (2005). Эффективность применения простагландинов в прерывании неразвивающейся беременности. *Диссер. к. м. наук-2005 145с.*
58. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 4(1).
59. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА. *ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 4(3).
60. Ikhtiyarova, G. A., & Kudratova, D. S. (2022). Ecological Risk Factors for Intrauterine Anomalies of Fetal Development. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 1(4), 331-335.
61. Ikhtiyarova, G. A., & Kudratova, D. S. (2022). Non-Instrumental Risk Predictors of Intrauterine Fetal Malformations. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 1(4), 355-360.
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. *ПСИХОЛОГИЯ Учредители: Бухарский государственный университет*, (S2), 50-52.
67. Ro'ziyev, M. (2020). Didaktik hodisalar tizimiga zamonaviy yondashuv. *ЦЕНТР НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (buxdu. uz)*, 1(1).