

ЗНАЧЕНИЕ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РИСКУ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

*Каттаходжаева М.Х., Турсункулова М.Э, Абдуллаева Л.С.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Самаркандский государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 15 миллионов детей рождаются недоношенными (до 37 полных недель беременности) и это число растет. Проблема недоношенных детей является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Частота преждевременного рождения детей в развитых странах мира составляет 5-12,5% и в последние годы имеет тенденцию к росту (1,2, 8). Данные о частоте рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ отличаются достаточным размахом уровня в разных странах. Так в Москве в 2008 -2010 гг. частота рождения детей массой тела - от 1000 до 1500 г (ОНМТ) составила 0,8-0,9, а частота рождения детей с ЭНМТ – 0,1-0,3 на 100 родившихся живыми. В целом по РФ в 2015 г. этот показатель для детей с ЭНМТ составил - 0,34 %, а ОНМТ - 0,66 %. Частота преждевременных родов различна во многих странах и не всегда зависит от экономического развития страны. Однако отмечено что в странах с низким уровнем дохода в среднем 12% детей рождаются раньше срока, в то время как в странах с высоким уровнем дохода этот показатель несколько ниже и составляет 9%. Самые высокие уровни преждевременных родов (ПР) на 100 случаев родов зафиксированы в Малави 18%, Конго 16,7%, Зимбабве 16,7%, Экваториальной Гвинее 16,5%, Пакистане 15,8% и других Центрально Африканских и странах Восточной Азии. Однако и в США ежегодно регистрируется 12% преждевременных родов. К странам с низким уровнем ПР относятся: Беларусь – 4,1%, Латвия – 5,1%, Финляндия и Хорватия по 5,5%, Литва и Эстония по 5,7%, Япония и Швеция 5,9% (1,2,5).

Однако многочисленные авторы сходятся во мнении, что чаще всего основной причиной рождения НД является инфекция. При прерывании беременности в срок 28-36 недель она наблюдается в 50-97% случаев (3,6-61).

Исследование, осуществлённое в 2011 г. И.Н. Струповец показало, что при рождении недоношенного ребенка у матерей в 50,0% была отмечена инфекционная патология (ОРВИ-23,3%; кольпит-20%; хронический пиелонефрит 6,6%) и инфекционный процесс имели место 93,3% случаях.

Другой наиболее частой причиной преждевременных родов может стать экстрагенитальная и соматическая патология. По данным И.В. Виноградовой (2012.) до наступления беременности матери НД в 4,3% случаев страдали тяжелой формой гипертонической болезни; 3% из них перенесли кардит; еще 3% страдали ожирением; 10,1% были носителями TORCH-инфекций; 14,5% указали на наличие в анамнезе искусственных абортов, а 7,5% на самопроизвольные выкидыши 9. Проблема недоношенности носит четко выраженный медико-социальный характер: на сегодняшний день вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70%, в заболеваемость – 75% (4,6, 7). В мире проводятся приоритетные научно-исследовательские работы для усовершенствования мероприятий по ранней диагностике и профилактике ранней диагностики и профилактики риска рождения недоношенных детей. Причины рождения недоношенного ребенка многообразны, при этом не всегда можно отделить главные факторы от второстепенных. При этом необходимо помнить постулат: « Все, что можно прогнозировать, можно профилактировать».

Цель исследования.

Основной задачей исследования было выявление факторов риска рождения недоношенных детей и их оценке с последующей возможностью прогнозирования.

Материалы и методы исследования.

Исследование основано на анализе 236 историй родов и новорожденных, родившихся в Перинатальном центре г. Карши и родильном доме №2 г. Самарканда. Анализировались такие параметры, как возраст матери, профессиональные вредности, исходы предыдущих беременностей, сопутствующие болезни, осложнения настоящей беременности., течение и исход родов.

Нами был рассчитан относительный риск рождения недоношенного ребенка на каждый показатель состояния обследуемых женщин. Ситуация, при которой относительный риск больше ($RR > 1$), указывает на то, что риск недоношенных при изучаемом факторе больше чем при его отсутствии. При относительном риске равном единице ($RR = 1$) связь между фактором и болезнью отсутствует.

Результаты исследования.

Наиболее часто встречающимися факторами риска, по данным многих авторов, являются материнские, к которым относятся: возраст матери, вредность профессии матери, исходы предыдущих беременностей, сопутствующие болезни, болезни, перенесенные во время беременности, осложнения настоящей беременности [].

Для определения степени недоношенности мы пользовались **классификация гестационного возраста по Е.А. Усачевой.**

С I степенью недоношенности родилось в сроки гестации 35-37 недель с весом примерно 2001-2500 г - 44 (48,9%); со II степенью в сроки гестации 32-34 недель с весом примерно 1501-2000 г – 28 (31,1%), с III степенью в сроки гестации 29-31 недель вес примерно 1001-1500 г – 14 (14,4%) и с IV степенью менее в сроки гестации 29 недель вес менее 1000 г. – 5 (5,6%0. Данный анализ показал, что в анализируемой группе недоношенных детей 78,9% детей родились в сроке гестации ранее 35 недель. Это не может не сказаться на особенностях течения периода адаптации при рождении, поскольку именно в раннем неонатальном периоде с наибольшим напряжением протекают адаптивные реакции.

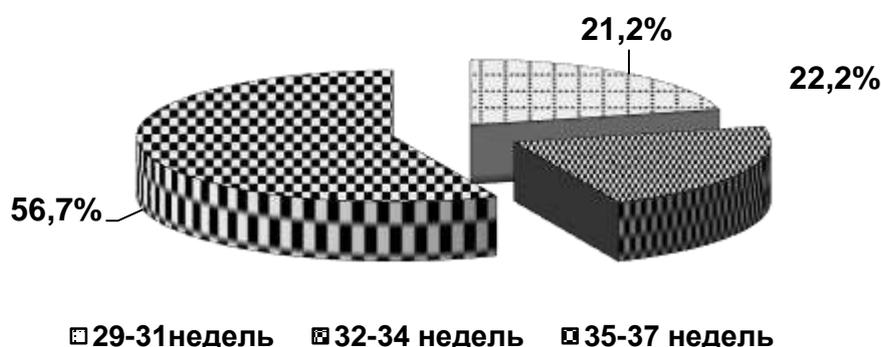


Рис. 1. Распределение недоношенных детей по срокам гестации при рождении

Преждевременные роды в сроках 29-31 недель произошли у 21,2% исследованных, в 32-34 недели – у 56,7% и от 35 до 37 недель гестации родились 22,2% новорожденных. Большую вероятность рождения недоношенного ребенка имеют матери-подростки, чем матери в возрасте 25-34 лет, относительный риск в этом случае составляет $RR=1,52$, вот относительный риск рождения недоношенного ребенка составляет $RR=2,37$ у матерей старше 36 лет. В нашем случае преобладали матери в возрасте 21-25 лет, составляя чуть больше половины обследованных (табл. 1).

Таблица 1

Возраст матерей, у которых произошли преждевременные роды

| Возраст | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|-----------|--------------------------|------|------------------------|------|------|-------|
| | абс | % | абс | % | | |
| До 20 лет | 22 | 15,1 | 15 | 16,7 | 0,90 | >0,05 |
| 21-25 | 46 | 31,5 | 38 | 42,2 | 0,75 | >0,05 |
| 26-30 | 34 | 23,3 | 25 | 27,8 | 0,84 | >0,05 |
| 31-35 | 28 | 19,2 | 12 | 13,3 | 1,44 | >0,05 |

| | | | | | | |
|-------|----|------|---|-----|------|-------|
| 36-40 | 16 | 11,0 | 8 | 8,9 | 2,37 | >0,05 |
|-------|----|------|---|-----|------|-------|

Примечание: - достоверно относительно данных 1 группы ($-P>0,05$; $-P>0,01$; $-P>0,001$)

Анализ данных таблицы 2 показал, что профессия матери особой роли не играет, единственно, у студенток риск рождения недоношенного ребенка составил $RR=2,22$, видимо это связано с молодым возрастом до 20 лет (табл. 2).

Таблица 2

Профессия матери обследованных недоношенных

| Профессия | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|------------------|-----------------------------|------|---------------------------|------|------|-------|
| | абс | % | абс | % | | |
| Рабочая | 38 | 26,0 | 12 | 13,3 | 1,95 | <0,05 |
| Служащая | 18 | 12,3 | 17 | 18,9 | 0,65 | >0,05 |
| Студент | 18 | 12,3 | 5 | 5,6 | 2,22 | >0,05 |
| Д/х | 46 | 31,5 | 36 | 40,0 | 0,79 | >0,05 |
| Сельхозработница | 26 | 17,8 | 20 | 22,2 | 0,80 | >0,05 |

При изучении паритета беременности и родов было отмечено, что преобладали первородящие старше 30 лет с сочетанной соматической и гинекологической патологией, а также были женщины, имеющие более 5 беременностей и количество беременностей превышающие 3-4 и между беременностями небольшие интервалы между беременностями, что приводит к истощению резервных возможностей репродуктивной системы женщин, что свидетельствует, о том, что у них рождаются недоношенные дети. Немалую роль в рождении детей играет исход предыдущей беременности, особенно самопроизвольные выкидыши ($RR=3.23$; $P<0,01$). Видимо, этиологические причины имеют одинаковую основу (табл. 3). Заболевания во время беременности наносят огромный вред плоду. Самым опасным считаются инфекционные заболевания во время беременности, которое отягощает ее течение и создает риск внутриутробного инфицирования плода.

Таблица 3

Исход предыдущих беременностей

| Исходы | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|--------|-----------------------------|---|---------------------------|---|----|---|
| | абс | % | Абс | % | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----|------|----|------|------|-------|
| Рождение живого ребенка | 126 | 91,8 | 38 | 72,2 | 0,42 | <0,05 |
| Мертворождение | 1 | 0,7 | 3 | 3,3 | 0,21 | >0,05 |
| Самопроизвольный выкидыш | 6 | 4,1 | 16 | 17,8 | 3,23 | <0,01 |
| Медицинский аборт | 8 | 5,5 | 7 | 7,8 | 0,70 | >0,05 |
| Рождение недоношенного ребенка | 17 | 11,6 | 12 | 13,3 | 0,87 | >0,05 |

Анализ свидетельствует о том, почти каждая третья беременная перенесла инфекционное заболевание, которая ухудшая состояние матери и следственно и плода и активировала уже существующую инфекцию, приводя к внутриутробному инфицированию.

Обострения хронических соматических заболеваний матери во время беременности также оказывают отрицательное воздействие на состояние матери и плода: гипертоническая болезнь относительный риск рождения недоношенных детей составляет RR=3,12; P<0,001, хронические болезни ВДП – RR=3.04; P<0,05, хронический пиелонефрит - RR=2,65; P<0,05, хронические болезни ЖКТ - RR=4.86; P<0,05. Все это свидетельствует негативном влиянии обострения соматических болезней на состояние плода и матери (табл. 5).

Таблица 5

Соматические заболевания обследованных

| Виды заболеваний | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|-------------------------|--------------------------|------|------------------------|------|------|--------|
| | абс | % | абс | % | | |
| Здорова | 16 | 11,0 | 7 | 7,8 | 1,00 | >0,05 |
| Гипертоническая б-нь | 5 | 3,4 | 26 | 28,9 | 3,12 | <0,001 |
| Хронический пиелонефрит | 22 | 15,1 | 21 | 23,3 | 2,65 | <0,05 |
| ОРВИ | 59 | 40,4 | 68 | 75,6 | 4,53 | <0,001 |
| Хронический тонзиллит | 37 | 25,3 | 42 | 46,7 | 0,54 | <0,001 |

| | | | | | | |
|------------------------|----|------|----|------|------|-------|
| TORCH-инфекция | 12 | 8,2 | 19 | 21,1 | 0,39 | <0,01 |
| Аллергия | 1 | 0,7 | 4 | 4,4 | 0,15 | <0,05 |
| Хр. болезни ЖКТ | 38 | 26,0 | 35 | 38,9 | 4,86 | <0,05 |
| Хр. болезни ВДП | 32 | 21,9 | 19 | 21,1 | 3,04 | <0,05 |
| Хр. заболевания ССС | 18 | 12,3 | 9 | 10,0 | 1,23 | >0,05 |
| Патология ЦНС | 25 | 17,1 | 17 | 18,9 | 0,91 | >0,05 |

Примечание: - достоверно относительно данных 1 группы (* - $P>0,05$; ** - $P>0,01$; *** - $P>0,001$)

Немаловажное значение в качестве факторов риска невынашивания имеют развившиеся осложнения беременности. Анализ полученных данных свидетельствует о высоком коэффициенте гестационной патологии. Такие осложнения настоящей беременности как: многоводие - $RR=3,21$; $P<0,001$; угроза выкидыша - $RR=2,34$; $P<0,001$; угроза преждевременных родов (ПР) $RR=3,35$; $P<0,001$, обладают высоким относительным риском рождения недоношенного ребенка (табл. 6).

Таблица 6

Осложнения настоящей беременности

| Виды заболеваний | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|-------------------|--------------------------|------|------------------------|------|------|--------|
| | абс | % | Абс | % | | |
| Многоводие | 5 | 3,4 | 22 | 24,4 | 3,21 | <0,001 |
| Маловодие | 9 | 6,2 | 12 | 13,3 | 0,46 | <0,05 |
| Угроза выкидыша | 32 | 21,9 | 58 | 64,4 | 2,34 | <0,001 |
| Угроза ПР | 24 | 16,4 | 42 | 46,7 | 3,35 | <0,001 |
| Анемия | 112 | 76,7 | 79 | 87,8 | 0,87 | <0,01 |
| Преэклампсия | 36 | 24,7 | 24 | 26,7 | 0,92 | >0,05 |
| Эклампсия | 5 | 3,4 | 9 | 10,0 | 0,34 | <0,05 |
| Другие осложнения | 2 | 1,4 | 3 | 3,3 | 0,41 | >0,05 |

Примечание: - достоверно относительно данных 1 группы (* - $P>0,05$; ** - $P>0,01$; *** - $P>0,001$)

Течение родового процесса также оказывает воздействие на состояние плода и новорожденного, что видно по данным таблицы (табл. 7).

Таблица 7

Характер родов

| Показатели | Группа сравнения (n=146) | | Основная группа (n=90) | | RR | P |
|-----------------|--------------------------|-------|------------------------|-------|------|--------|
| | абс | % | Абс | % | | |
| Срочные | 146 | 100,0 | 0 | 0,0 | - | <0,001 |
| Преждевременные | 0 | 0,0 | 90 | 100,0 | 0,01 | <0,001 |
| Переношенные | 3 | 2,1 | 0 | 0,0 | - | >0,05 |
| Стремительные | 11 | 7,5 | 8 | 8,9 | 0,85 | >0,05 |
| Затяжные | 8 | 5,5 | 5 | 5,6 | 0,99 | >0,05 |

Операцию кесарево сечение по показаниям в группе доношенных детей сделали у 20 (26,3%) женщин и у 48 (3,3%) из группы, которые родили недоношенных. В остальных случаях роды произошли через естественные родовые пути. Заслуживает особого внимания показатель кровопотери в родах и послеродовом периоде при невынашивании. Средний объем кровопотери в группе рожениц с недоношенной беременностью составила $435, 5 \pm 55,0$ мл, тогда как в контрольной группе этот показатель был $280,5 \pm 30,5$ мл. Склонность к акушерским кровотечениям при недоношенной беременности, по-видимому, связана с целым рядом патоморфологических нарушений миометрия, отражающейся на родовой деятельности и сократительной способности послеродовой матки.

Выводы.

Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует о высокой вероятности развития преждевременных родов, в частности, и невынашивания беременности, в целом при ряде предрасполагающих факторов. Наиболее часто преждевременные роды происходят в активном репродуктивном возрасте (21-30 лет) у домохозяйек и сельхозработниц. Почти каждая третья имела в анамнезе эпизоды невынашивания в различных сроках гестации. Среди соматической патологии наибольшее влияние на невынашивание оказывают заболевания инфекционного характера, приводящие к увеличению числа осложнений гестационного периода и родового процесса. Достоверно повышаются при преждевременных родах и объемы акушерской кровопотери. Исходя из перечисленного, необходимо в период антенатального наблюдения выявлять группы беременных с риском на невынашивание и осуществлять среди них профилактические мероприятия.

Использованная 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 контраверсии 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. Авезов, 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 С.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 ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ 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). КЛИНИКО-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 ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО 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., Турпунова, Г. Н., Назирова, М. У., Юсупова, К. А., Назаров, Ж. Х., & Милушева, Р. Ю. ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ХИТОЗАНА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ. *ТАЖРИП 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 ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ 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 ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО 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. *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).