



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOғLIҚNI SAQLASH VAZIRLIGI  
ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI OLIY TAʼLIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI  
VAZIRLIGI TOШKENT TIBBIЁT AKADEMIIASI  
TOШKENT TIBBIЁT AKADEMIIASI URGANCH FILIALI

«TIBBIЁTDA INNOVATSIYANING ʻURNI»  
мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуман тўплами

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ  
И ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Сборник Международной научно-практической конференции по теме  
«РОЛЬ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ»

**Тахририят хайъати:**

**Редакционная коллегия:**

Шадманов А.К., Исмаилов У.С., Рузибаев Р.Ю., Каримов Р.Х., Ботиров Д.Ю.,  
Абдуллаев Р.Б., Оллаберганов М.И., Авезов М.И., Рўзметов П.Ю., Сапаева Ш.А.,  
Матризаева Г.Д., Хаджиева Н.М., Тажиева З.Б., Ходжаниязов А.А.

**ТТА Урганч филиали  
Кенгаши томонидан 2024 йил  
30 март ойида чоп этишга  
тавсия этилган (7-сон  
баённома)**

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртларида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

26-27 апрель 2024 йил. Урганч. Ўзбекистон



## КИРИШ СЎЗИ

Хурматли халқаро илмий-амалий анжуман иштирокчилари!

Биз тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги катта ўзгаришлар остонасида турибмиз. Айниқса, тиббиётда инновацияларнинг ўрнига кўпчилик қизиқиш билдирмоқда: беморлар, шифокорлар, тадқиқотчилар. Бу борада юртимизда турли кўламдаги ишлар амалга оширилмоқда. Олимларимиз ва етук мутахассисларнинг тиббиёт соҳасидаги инновациялар бўйича изланишлари билан, шунингдек бу борада олиб борилаётган илмий-тадқиқот ишлари билан танишишда ва ўзаро фикр алмашишда бундай илмий-амалий анжуманларнинг фойдали жиҳатлари кўп, деб ўйлайман.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида 2024 йил 26-27 апрел кунлари ўтказиладиган “Тиббиётда инновациянинг ўрни” мавзусидаги халқаро илмий-амалий анжуманининг ўтказилиши хорижий олимлар ва республикадаги етук мутахассислар билан тиббиётда инновацияларнинг ўрни юзасидан ўзаро фикр алмашиш ҳамда илмий-тадқиқот ишларини амалиётга тадбиқ қилиш имкониятини беради. Анжуманда ўқиладиган ҳар бир маърузада тақдим этиладиган янги маълумотлар илмий-тадқиқотчилар ва амалий шифокорлар фаолиятида муҳим аҳамият касб қилишига ишонаман.

Хурматли илмий-амалий анжуман қатнашчилари. Барчангизни халқаро илмий-амалий анжуманнинг бошланиши билан табриклайман ва ушбу анжуманнинг юқори даражада ўтишига тилак билдираман!

*ТТА Урганч филиали директори  
Р.Ю. Рузибаев*

9. Ермакова И.В., Адамовская О.Н., Сельверова Н.Б. Физическое развитие, нейровегетативный, гормональный и психоэмоциональный статус детей на разных стадиях полового созревания //Новые исследования. - 2017; 4(53): 127–39.
10. Каримова Н. А., Курбанова Н. С. Нарушение физического развития у подростков и его осложнения //Журнал кардиореспираторных исследований. - №2, 2021. -С.64-67Латышев О.Ю., Бржезинская Л.Б., Окминян Г.Ф., и др. Дифференциальная диагностика конституциональной задержки пубертата и гипогонадотропного гипогонадизма у мальчиков. //Проблемы эндокринологии. -2019, Том 65, №6. – С. 417-424
11. Мельник В.А., Козакевич Н.В. Влияние комплекса социально-биологических факторов на морфофункциональные показатели физического развития и половое созревание городских школьников // Курский науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье» . 2014. No 2. С. 56–61.
12. Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н. Анализ факторов риска задержки полового развития у девочек-подростков //Журнал теоретической и клинической медицины. -№6, 2021. – С.129-130
13. Райгородская Н.Ю., Болотова Н.В., Поляков В.К. и др. Показатели полового развития здоровых мальчиков в различные периоды гипофизарно-гонадной активности //Журнал Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2019; 98(6): 91–7.
14. Grossman A.B., Исмаилов С.И., Кулмирзаева М.Г., Урманова Ю.М., Гилязитдинов К.Н. Конституциональная задержка роста и пубертата у мальчиков: обзор литературы //Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal. - Vol. 15, № 5, 2019. - С. 402-409
15. Heinrichs C. Normal puberty and delayed puberty. Rev Med Brux. 2011 Sep;32(4):256-62.
16. Jennifer Harrington, and Mark R. Palmert Distinguishing Constitutional Delay of Growth and Puberty from Isolated Hypogonadotropic Hypogonadism: Critical Appraisal of Available Diagnostic Tests Volume 97 Issue 9 | September 1, 2012
17. Palmert MR, Dunkel L 2012 Clinical practice. Delayed puberty. N Engl J Med 366:443 – 453

## **ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, «ФОРМИРУЮЩИХ» НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Бекбаулиева Г.Н., Ризаев Ж.А., Нигматова Н.М., Эшкулова С.

*Ташкентская медицинская академия*

**Резюме:** В настоящее время ранние репродуктивные потери в акушерстве являются одним распространенных патологий среди беременных. Причиной данной патологии соответственно приводят экстрагенитальные заболевания, образ жизни и раннее вступление в брак.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, интегрированная оценка, самопроизвольный выкидыш

### **HOMILADORLIKNI "SHAKLLANTIRUVCHI" KLINIK OMILLARNI YAXLIT BAHOLASH**

**Bekbaulieva G., N., Rizaev J.A., Nigmatova N.M, Eshkulova S.**

**Toshkent Tibbiyot Akademiyasi.**

**Xulosa:** hozirgi vaqtda akusherlikda erta reproduktiv yo'qotishlar homilador ayollar orasida keng tarqalgan patologiyalardan biridir. Ushbu patologiyaning sababi shunga mos ravishda ekstragenital kasalliklar, turmush tarzi va erta turmush qurishdir.

**Kalit so'zlar:** homiladorlikning yo'qolishi, integratsiyalashgan baholash, homilani o'z-o'zidan tushish.

### **INTEGRATED ASSESSMENT OF CLINICAL FACTORS THAT "SHAPE" MISCARRIAGE**

**Bekbaulieva G., N., Rizaev J.A., Nigmatova N.M, Eshkulova S.**

**Tashkent Medical Academy**

**Summary:** Currently, early reproductive losses in obstetrics are one of the most common pathologies among pregnant women. The cause of this pathology is, respectively, extragenital diseases, lifestyle and early marriage.

**Key words:** miscarriage, integrated assessment, spontaneous miscarriage.

**Актуальность.** В современном акушерстве научные доказательства последних лет существенно изменили имеющиеся представления о механизмах и времени формирования осложнений гестационного процесса. Течение беременности в ранние сроки находятся сегодня в эпицентре внимания акушеров-гинекологов, так как нарушение механизмов регуляции в этот сроке рассматривается в качестве отправной точки будущего благополучия или неблагополучия [1,2,3,4,5].

В связи с этим интегрированная оценка факторов риска невынашивания в ранних сроках беременности остается одной из задач разумное решение которого приведет к нивелированию репродуктивных и перинатальных потерь.

**Целью исследования** интегрированная оценка факторов риска невынашивания беременности.

**Материалы и методы исследования.** Проводилось ретроспективное исследование женщин с невынашиванием беременности, где в I основную группу было включено 166 женщин, у которых последняя беременность завершилась самопроизвольным выкидышем. II группа (контроль) – 100 женщины с физиологическим течением беременности и со срочными родами.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных анамнеза показал, что в 30,1% случаев данный самопроизвольный выкидыш был повторным. Кроме того, на 100 обследуемых женщин приходилось  $21,7 \pm 3,2$  искусственных аборт (что значительно выше официальных данных), причем 38,0-39,0% аборт были проведены в связи с неразвивающейся беременностью. У  $36,7 \pm 3,8\%$  женщин выкидыш произошел при первой беременности, что в определенной степени связано с худшим состоянием их здоровья и незавершенностью полового развития при более раннем вступлении в брак. Так, по данным нашего исследования  $41,5\%$ , вступали в брак до 20 лет, в том числе  $2,8\%$  до 18 лет.

Самопроизвольному выкидышу последней беременности предшествовали срочные роды в  $31,9\%$  случаев, у  $8,4\%$  всех женщин – бесплодие. У остальных же данный выкидыш произошел на неблагоприятном акушерском фоне, то есть предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, искусственным аборт, преждевременными родами. Следовательно, неблагоприятный акушерский анамнез является существенным фактором риска самопроизвольного прерывания беременности, поэтому полноценно собранный анамнез позволит раньше начать превентивное лечение женщин.

Таким образом, согласно анамнезу, данный выкидыш был связан с разными признаками (в среднем с  $1,3$  причиной на 1 женщину).

В дальнейшем проведя группировку причин, нами выявлены определенные закономерности. Так, чаще всего самопроизвольный выкидыш связан с наличием соматической патологии: (у  $35,3 \pm 6,2\%$ ), а среди них более, чем в половине случаев – с перенесенной во время беременности ОРВИ. На 2-м месте выкидыш связан с акушерско-гинекологическим анамнезом ( $28,0 \pm 4,3\%$ ). Следовательно, ВОП и акушерам-гинекологам, следует больше уделять внимания диагностике и своевременному лечению соматической и гинекологической патологии при ежегодных профосмотрах женщин активного фертильного возраста и особенно при взятии беременных на учет.

Значимость клинических факторов в самопроизвольном аборте наглядно видна при сопоставлении количества всех зарегистрированных заболеваний и патологических состояний в историях болезни у женщин с выкидышами (I группа) и контрольной (II группы). Так, в II группе на 100 женщин зарегистрировано  $106,0 \pm 1,0$  заболеваний; в основном – это соматические патологии ( $97,0 \pm 1,7$ ), в частности, анемия ( $88,0 \pm 3,2\%$  женщин), в том числе у  $2,0 \pm 1,4\%$  - II степени, значительно реже – зоб ( $5,0 \pm 2,2\%$ ),

гестационная гипертензия ( $6,0 \pm 2,3\%$ ) и единичные случаи гинекологические заболевания и патологий беременности. По сравнению с контролем, в I группе женщин, было зарегистрировано в 2,8 раз больше заболеваний ( $297,6$  на 100 женщин), в том числе в 2 раза больше соматическая патология ( $194 \pm 1,1$  на 100;  $p < 0,0001$ ). В частности, анемия отмечена у  $95,2 \pm 1,6\%$ , в том числе у 27 женщин ( $16,3 \pm 2,8\%$ ) II степени, пиелонефрит – у  $38,3 \pm 3,7\%$  (в 38 раз чаще, чем в II группы), зоб у  $12,0 \pm 2,5\%$ , хронические инфекции, включая туберкулез – у  $11,4 \pm 2,7\%$ , острые инфекции во время беременности – у  $26,9 \pm 3,4\%$  (в 32 раза чаще) женщин. Почти у всех женщин было сочетание 2 или 3 видов патологий, в частности, с анемией. Так, сочетание анемии с пиелонефритом отмечено у  $33,7 \pm 3,6\%$  женщин.

В 40 раз чаще у женщин с выкидышами зарегистрированы заболевания женских половых органов ( $40,1 \pm 3,8$  на 100 женщин;  $p < 0,001$ ), в том числе TORCH инфекции – у  $11,4 \pm 2,4\%$  и другие воспалительные заболевания – у  $15,0 \pm 2,7\%$  (в 14-15 раз чаще, чем в II группе), а также аномалии и опухоли женских половых органов (в 8-6 раз чаще). На таком отягощенном фоне в I группе почти в 7 раз чаще, чем в контроле развиваются осложнения во время беременности ( $63,0 \pm 3,7$  на 100 против  $9,0 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), причем как со стороны женщины ( $37,2 \pm 3,7\%$ ), так и со стороны плода и плаценты (в  $25,8 \pm 3,4\%$ ).

Вычисленные критерии Стьюдента (t) также показали, что наибольшая значимость в невынашивании беременности принадлежит соматическую патологию, и в первую очередь пиелонефриту и гломерулонефриту ( $t=9,9$ ), особенно в сочетании с анемией ( $t=10,8$ ) и острыми инфекциям во время беременности, включая ОРВИ ( $t=7,8$ ), а также туберкулезу и другим хроническим инфекциям ( $t=7,3$ ) и анемии II степени ( $t=7,1$ ). Среди гинекологической патологии наиболее значимыми оказались воспалительные заболевания женских половых органов, в частности TORCH инфекции ( $t=4,8$ ). Эти состояния обуславливают осложнения беременности, способствующие невынашиванию, среди которых более высокий «вес» имеют рвота беременных ( $t=5,7$ ), преэклампсия ( $t=4,9$ ), многоводие ( $t=4,1$ ).

Менее значимыми в развитии самопроизвольного выкидыша оказались заболевания органов дыхания, хронический гепатит и другие болезни органов пищеварения, а также многоплодие ( $t < 2$ ).

Высокая значимость большинства учтенных патологических состояний как факторов риска невынашивания беременности позволила нам провести их комплексную оценку и разработать прогностическую таблицу, позволяющую ВОП довольно корректно отнести ту или иную беременную к определенной группе риска, основываясь на данных обследования и анамнеза (табл. 1). За основу была взята частота распространения патологических состояний у женщин с самопроизвольным выкидышем, оценка значимости которых проводилась на основе метода Байеса. Вычислив нормированные интенсивные показатели, были получены показатели относительного риска для каждого фактора и прогностические коэффициенты для каждого патологического состояния (градации фактора).

Из таблицы 1 видно, что максимальный относительный риск невынашивания характерен для соматической патологии (9,2), часто являющихся пусковым механизмом развития патологии беременности.

Используя вычисленные прогностические коэффициенты в таблице 1, определяем максимальную и минимальную величину риска:

$$\text{Максимальная величина риска} = \frac{\sum X_{\max}}{\sum R} = \frac{30,4+8,1+8,2+3,0}{24,1} = 2,06$$

$$\text{Минимальный риск} = \frac{\sum X_{\min}}{\sum R} = \frac{3,3+1,3+1,7+0,8}{24,1} = 0,29$$

С учетом границ риска (0,29–2,06) определены диапазоны для 3-х степеней риска невынашивания беременности. I группа - наименьшая вероятность риска (0,29 – 0,82) благоприятный прогноз. II группа - средняя вероятность риска (0,83 – 1,36) требует

повышенного внимания. III группа - наибольшая вероятность риска (1,37 – 2,06) неблагоприятный прогноз.

Таблица 1

Интегрированная оценка клинических факторов, «формирующих» невынашивание беременности

| Факторы  | Градация  | Частота фактора на 100 женщин I группы (г) | Нормированный интенсивный показатель $N = \frac{g}{M}$ | Показатель относительного риска $R = \frac{N_{max}}{N_{min}}$ | Прогностический коэффициент $X = N \cdot R$ |
|--|---|--|--|---|---|
| Наличие соматической патологии                     | Пиелонефрит,  | 38,3                                       | 3,31   | 9,2   | 30,4  |
|  | Острые инфекции во время беременности                     | 26,9                                       | 2,33   |   | 21,4  |
|  | Анемия II степени   | 16,3                                       | 1,4  |   | 12,9  |
|  | Зоб   | 12,0                                       | 1,04   |   | 9,6   |
|  | Туберкулез и другие хронические инфекции                  | 11,4                                       | 1,0  |   | 9,2   |
|  | Артериальная гипертензия                                  | 4,2  | 0,36   |   | 3,3   |
| Гинекологические заболевания                       | ТОРЧ инфекция   | 11,4                                       | 1,0  | 6,2   | 6,2   |
|  | Другие воспалительные заболевания женских половых органов | 15,0                                       | 1,30   |   | 8,1   |
|  | Аномалии женских половых органов                          | 6,6  | 0,57   |   | 3,5   |
|  | Опухоли женских половых органов                           | 4,8  | 0,41   |   | 2,5   |
|  | Истмико-цервикальная недостаточность                      | 2,4  | 0,21   |   | 1,3   |
| Осложнения данной беременности со стороны: женщины | Рвота беременных средней и тяжелой степени                | 19,2                                       | 1,7  | 4,8   | 8,2   |
|  | Преэклампсия, эклампсия                                   | 15,6                                       | 1,35   |   | 6,5   |
|  | Гестационная гипертензия                                  | 2,4  | 0,36   |   | 1,7   |
|  | Многоводие  | 9,0  | 0,78   |   | 3,0   |
| Осложнения данной беременности со стороны: плода   | Неправильное положение плода/тазовое предлежание          | 8,4  | 0,73   | 3,9   | 2,8   |
|  | Резус-сенсбилизация                                       | 2,4  | 0,2  |   | 0,8   |
|  | Предлежание плаценты /низкая плацентация                  | 4,8  | 0,41   |   | 1,6   |
|  |   |  |  |   |   |

Для определения степени риска необходимо суммировать прогностические коэффициенты, соответствующие признакам женщины, и сумму разделить на 158,9, в результате можно получить интегрированный коэффициент данной женщины сформировывать прогностическую таблицу 2.

Таблица 2.  
Группы риска самопроизвольного выкидыша

| Уровень риска | Величина поддиапозона | Группа риска                          |
|---------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Низкий риск   | 0,52 – 2,17           | Благоприятный прогноз                 |
| Средний риск  | 2,18 – 3,83           | Требуется повышенное внимание         |
| Высокий риск  | 3,84 – 6,02           | Высокий риск самопроизвольного аборта |

Сформированная нами прогностическая таблица позволяет патронажной акушерке при опросе женщин прогнозировать вероятность самопроизвольного выкидыша и дифференцированно проводить патронаж и беседы с каждой беременной, а в случаях средней и высокой степени риска – немедленно сообщать врачу.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ позволил выделить ряд ведущих факторов риска самопроизвольных выкидышей:

Ведущими факторами среди соматической патологии были: заболевания почек, особенно в сочетании с анемией, острые респираторные инфекции во время беременности

Выявлена высокая частота ТОРС-инфекции и другие воспалительные заболевания, а также аномалии и опухоли женских половых органов .

#### Литература.

1. Бекбаулиева Г.Н., Ризаев Ж.А., Абдураимова Г.А. Прогностических факторов риска самопроизвольных выкидышей // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2023, №2. – С. 35-37
2. Джабиева, А.А. Исходы беременности и родов у женщин с угрозой прерывания в I триместре / А.А. Джабиева, А.В. Джабиев, И.М. Ордиянц // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2012. – № 6. – С. 66-77.
3. Султанова Н.А. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в Республике Узбекистан. // Новый день в медицине – 2020, №4 (32). – 695-697
4. Тешаев Ш. Ж., Ахмаджонова Г. М. Морфологические особенности процесса децидуализации при самопроизвольном выкидыше у женщин с антифосфолипидным синдромом. // Доктор ахборотномаси № 4 (101)—2021. – С. 145-149
5. Zenclussen, A.C. Adaptive immune responses during pregnancy / A.C. Zenclussen / Am J Reprod Immunol. – 2013. – Vol. 69, No 4. – P. 291-303.

## ПРЕМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ

Дустматова Д.У., Бекбаулиева Г.Н., Тилегенов Б.М.  
*Ташкентская медицинская академия*

В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает второе место, в связи с улучшением выявляемости во время УЗИ. Настораживает то что, в течении

|   |            |
|---|------------|
| <b>ЧАСТОТА МЕТАСТАЗИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА .....</b>  | <b>163</b> |
| Юлдашев Б.С., Ходжаниязов А.А. Каримов Р.Х., Жуманиязова Н.С.....   | 163        |
| <b>III-БОБ: Акушерлик ва гинекологияда замонавий технологияларнинг қўлланилишида инновациянинг ўрни, муаммолари ва истиқболлари</b>       | <b>165</b> |
| <b>BIRLAMCHI DISMENOKEYANI QIZLARDA KELIB CHIQISH SABABLARI .....</b>   | <b>165</b> |
| Abduraxmonova I.S. <sup>1</sup> , Qalandarova M.A. <sup>2</sup> .....   | 165        |
| <b>PERIMENOPAUZAL DAVRDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHI .....</b>   | <b>166</b> |
| Duschanova Z.A. ....  | 166        |
| <b>OVARIAN TISSUE OOCYTES IN VITRO MATURATION (OTO-IVM). .....</b>  | <b>166</b> |
| Ismailova N., Natalia R. ....   | 166        |
| <b>XORAZM VILOYATIDA ENDOMETRIOZ-ASSOTSIRLANGAN BEPUSHTLIKNI DIAGNOSTIKASI VA UNI DAVOLASHDA LAPAROSKOPIYANING O'RNI.....</b>             | <b>167</b> |
| Jumaniyazov K.A., Jumaniyozova Sh.Q. ....   | 167        |
| <b>XORAZM HUDUDIDA QOG`ONOQ SUVI KETGAN HOMILADORLARDA XORIOAMNIONIT RIVOJLANISHINING KLINIK OMILLARI.....</b>                            | <b>168</b> |
| Karimova I.E. ....  | 168        |
| <b>QOG`ONOQ PARDASI TUG'RUQDAN OLDIN YORILGAN HOMILADOR AYOLLARDA XORIOAMNIONIT KELIB CHIQISHI VA RIVOJLANISHI.....</b>                   | <b>169</b> |
| Karimova I.E., Ismailova D.O` .....   | 169        |
| <b>XORAZM VILOYATIDA YELBO'G'OZ VA RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK O'TKAZGAN AYOLLARDA IMMUNOGISTOKIMYOVIY USULDA BAHOLASH. ....</b>           | <b>171</b> |
| Madrimova Q.Q.....  | 171        |
| <b>SERVITSITNI KELITIRIB CHIQUVCHI XAVF OMILLARI VA ULARNING PROFILAKTICASINI OPTIMALLASHTIRISH.....</b>                                  | <b>172</b> |
| Matqurbonova Sh.B., Ismoilova D.O' .....  | 172        |
| <b>REPRODUKTIV DAVRDAGI AYOLLARDA NOSPEKIFIK SERVISITNI DAVOLASHDA YANGICHA YONDASHUV .....</b>   | <b>172</b> |
| Matusupova S.G., Irnazarova D.H. ....   | 172        |
| <b>ANALYSIS OF OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND PLACENTA ACCRETA.....</b>                      | <b>174</b> |
| Matyakubova S.A., Olimova N.X .....   | 174        |
| <b>STATE OF INDICATORS OF CELLULAR IMMUNE IN WOMEN WITH EXTERNAL-GENITAL ENDOMETRIOSIS.....</b>   | <b>178</b> |
| Nadzhmitdinova D.A.....   | 178        |
| <b>GORMONAL BEPUSHTLIK TERAPIYASIDA MELATONINNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH.....</b>   | <b>181</b> |
| Po`latbaeva B.S., Ikramova X.S. ....  | 181        |
| <b>TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI BILAN ASSOSIRLANGAN BEPUSHTLIKDA REPRODUKTIV FAOLIYATNI TIKLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH.....</b> | <b>181</b> |
| Rajabova G.O. Ikramova X.S.....   | 181        |



|   |            |
|---|------------|
| <b>QIZLARDA TASHQI JINSIY A'ZOLAR MIKROEKOLOGIYASINING YOSH XUSUSIYATLARI .....</b>                               | <b>182</b> |
| Salayeva N.M., Matyoqubova L.Sh.....  | 182        |
| <b>QIZLARDA VULVOVAGINITNING KLINIK Kechishi .....</b>  | <b>183</b> |
| Salayeva N.M., Qadamova G.R.....  | 183        |
| <b>BACHADONDAN QON KETISHINING PATOMORFOLOGIK ASOSLARI .....</b>  | <b>185</b> |
| Sheyxova X.K.....   | 185        |
| <b>HAYZ FUNKSIYASI SHAKLLANISHIDA JISMONIY MASHQLARNING AXAMIYATI .....</b>                                       | <b>185</b> |
| Yakubboyeva Sh.U., Sobirova M.R., Ruziyeva N.H.....   | 185        |
| <b>THE ROLE OF ISTHMIC- CERVICAL INSUFFICIENCY IN STRUCTURE OF PREMATURE BIRTH.....</b>                           | <b>186</b> |
| Yusupova M.A., Allayarova S.D.....  | 186        |
| <b>РВОТА БЕРЕМЕННЫХ И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ .....</b>  | <b>187</b> |
| Абдиева С.А. <sup>1</sup> , Джаббарова Ю.К. <sup>2,3</sup> .....  | 187        |
| <b>ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 НА АКУШЕРСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....</b>                                       | <b>188</b> |
| Абдиримова А.Д., Юсупова М.А. ....  | 188        |
| <b>ХОМИЛАДОРЛАР АЁЛЛАРДА ГЕМОГЛОБИННИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ (ПРОСПЕКТИВ МОНИТОРИНГ НАТИЖАЛАРИ) .....</b>        | <b>189</b> |
| Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.С., Мамадалиева М.М., Усманов Б.У., Соипова Г.А.....                               | 189        |
| <b>ХОМИЛАДОРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ҚОНДАГИ ГЕМОГЛОБИН МИҚДОРНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК МУДДАТИГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ЎЗГАРИШИ.....</b> | <b>189</b> |
| Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.С., Мамадалиева М.М., Мамасолиева Ш.А., Соипова Г.А. ....                          | 189        |
| <b>ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГЕМОГЛОБИН МИҚДОРНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ АНИҚЛАНИШИ ВА ЎЗГАРИШЛАРИНИ 6 ЙИЛЛИК ТАВСИФИ .....</b>    | <b>190</b> |
| Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.С., Мамадалиева М.М., Адилова Г.Р., Курбонова Р.Р. ....                            | 190        |
| <b>СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....</b>                             | <b>190</b> |
| Асранкулова Д.Б., Наджмитдинова Д.А.....  | 190        |
| <b>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ .....</b>                              | <b>191</b> |
| Бекбаулиева Г.Н., Иброхомова Н.О., Кадирова Б.М., Раззакова Н.С., Тилегенов Б.М. ....                             | 191        |
| <b>ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, «ФОРМИРУЮЩИХ» НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ .....</b>                | <b>194</b> |
| Бекбаулиева Г.Н., Ризаев Ж.А., Нигматова Н.М., Эшқулова С. ....   | 194        |
| <b>ПРЕМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ.....</b>             | <b>198</b> |
| Дустматова Д.У., Бекбаулиева Г.Н., Тилегенов Б.М.....   | 198        |