



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.345

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ К ПРОБЛЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Ихтиярова Г.А. <https://orcid.org/0000-0002-2398-3711> e-mail: ixtiyarova.gulchexra@bsmi.uz

Каримова Г.К. <https://orcid.org/0000-0003-1931-1127> e-mail: karimova.gulrux@bsmi.uz

Наврүзова Н.О. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922> e-mail: navruzova.nilufar@bsmi.uz

Убайдуллаева С.И. <https://orcid.org/0009-0002-0717-7733>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке беременности является распространённым акушерским осложнением. Роды на фоне ПИОВ сопровождаются увеличением частоты оперативного родоразрешения, а также различных акушерских осложнений. Однако при всем многообразии тактик, методик, клинических рекомендаций, посвящённых действиям врача при ведении пациенток с ПИОВ, вопрос их выбора зависит от многих факторов. За более чем 20 лет изучения проблемы ПИОВ не разработана методика подготовки шейки матки, дающая 100% результат. При всем многообразии выбора методов ни один из них не лишён недостатков (противопоказания к применению, экономическая эффективность, комплаентность пациента и др.). В связи с этим оптимальный выбор тактики ведения родов при ПИОВ является залогом сохранения здоровья будущего поколения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: преждевременное излитие околоплодных вод; исходы беременности; обзор.

MODERN VIEWS TO THE PROBLEM OF PREMATURE RUPTURE OF AMNIOTICS

Ikhtiyarova G.A. <https://orcid.org/0000-0002-2398-3711> e-mail: ixtiyarova.gulchexra@bsmi.uz

Karimova G.K. <https://orcid.org/0000-0003-1931-1127> e-mail: karimova.gulrux@bsmi.uz

Navruzova N.O. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922> e-mail: navruzova.nilufar@bsmi.uz

Ubaydullaeva S.I. <https://orcid.org/0009-0002-0717-7733>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Premature rupture of membranes (PRMM) during full-term pregnancy is a common obstetric complication. Childbirth against the background of PRMM is accompanied by an increase in the frequency of operative delivery, as well as various obstetric complications. However, with all the variety of tactics, methods, and clinical recommendations dedicated to the actions of a physician in treating patients with PRMM, the question of their choice depends on many factors. For more than 20 years of studying the problem of PRMM, a method for preparing the cervix that gives a 100% result has not been developed. Despite the wide variety of methods to choose from, none of them is without drawbacks (contraindications for use, cost-effectiveness, patient compliance, etc.) In this regard, the optimal choice of tactics for managing childbirth during PRMM is the key to preserving the health of the future generation.

Keywords: Premature rupture of membranes; pregnancy outcomes; review.

HOMILADORLIK DAVRIDA QOG'ONOQ PARDALARINING MUDDATDAN OLDIN ERTA YORILISHIDA ZAMONAVIY QARASHLAR

Ikhtiyarova G.A. <https://orcid.org/0000-0002-2398-3711> e-mail: ixtiyarova.gulchexra@bsmi.uz

Karimova G.K. <https://orcid.org/0000-0003-1931-1127> e-mail: karimova.gulrux@bsmi.uz

Navruzova N.O. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922> e-mail: navruzova.nilufar@bsmi.uz

Ubaydullaeva S.I. <https://orcid.org/0009-0002-0717-7733>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.

A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Homiladorlik davrida qog'onoq pardalarining muddatdan oldin erta yorilishi eng keng tarqalgan akusherlik asoratlardan biri hisoblanadi. Homiladorlik davrida qog'onoq pardalarining muddatdan oldin erta yorilishi operativ tug'ish soni hamda turli akusherlik asoratlari ortishiga olib keladi. Homiladorlik davrida qog'onoq pardalarining muddatdan oldin erta yorilishi muammosini 20 yildan ortiq vaqt davomida 100% natija beradigan bachadon bo'yni tayyorlash usuli ishlab chiqilmagan. Tanlash usullarining xilma-xilligiga qaramay, ularning hech biri mukammal emas (foydalanishga qarshi ko'rsatmalar, iqtisodiy samaradorlik, bemorning muvofiqligi va boshqalar). Shu sababli, Homiladorlik davrida qog'onoq pardalarining muddatdan oldin erta yorilishi davrida tug'ilishni boshqarish taktikasini optimal tanlash kelajak avlod salomatligini saqlashning kalitidir.

Kalit so'zlar: Homiladorlik davrida qog'onoq pardalarining muddatdan oldin erta yorilishi, homiladorlik natijalari, adabiyotlar sharxi

Актуальность

Преждевременное (дородовое) излитие околоплодных вод (ПИОВ) — распространённая акушерская патология, встречающаяся в 10—19% случаев при своевременных и в 25—54% — при преждевременных родах [1]. Диагноз ПИОВ устанавливают на основании жалоб пациентки на водянистые выделения из половых путей, данных объективного осмотра шейки матки в зеркалах. Возможно исследование мазков отделяемого из влагалища на арборизацию, определение pH влагалищного содержимого (нитразиновый тест), а также использование различных иммунологических экспресс-тестов, основанных на определении протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, или плацентарного α -микроглобулина-1 [1, 2].

Роды при ПИОВ часто сопровождаются различными аномалиями сократительной деятельности матки, в частности слабостью (4,9—23%) или дискоординацией (8,3—41,8%) родовой деятельности [3, 4]. Некоторые авторы отмечают более высокую частоту быстрых или стремительных родов на фоне ПИОВ [5].

В практическом акушерстве при ПИОВ возможно прогнозирование развития аномалий родовой деятельности на основании оценки состояния шейки матки [6—8]. Существует мнение, что пациенток с ПИОВ следует относить в группу риска по развитию гипотонических кровотечений. По данным французских авторов, фактором риска акушерских кровотечений в послеродовом периоде вследствие атонии матки являлось введение окситоцина в родах, как при родовозбуждении, так и при активации родовой деятельности [1, 9].

До настоящего времени вопросы этиологии и патогенеза ПИОВ окончательно не выяснены. Существуют различные концепции, рассматривающие этиологию и факторы риска развития преждевременного излития околоплодных вод, согласно которым наиболее часто механизмами, инициирующими развитие ПИОВ, являются нейроэндокринные нарушения, внутриутробное инфицирование плода, аутоиммунные процессы в системе мать—плацента—плод, различные формы экстрагенитальной патологии матери и другие [10].

Излитие околоплодных вод происходит в результате сложного запрограммированного процесса истончения плодных оболочек вследствие ремоделирования коллагена, активации матричных металлопротеиназ и апоптоза [11—13]. Преждевременное излитие околоплодных вод может быть связано с бактериальным вагинозом, многоплодной беременностью, многоводием, преждевременным сокращением миометрия, кровотечением из половых путей в I триместре

беременности, никотиновой зависимостью, преждевременными родами (ПР) или ПИОВ в анамнезе. ПИОВ происходит вследствие снижения устойчивости амниона к давлению [10].

Достоверно чаще ПИОВ предшествует клинически значимая угроза прерывания в I триместре беременности, в шесть раз чаще в группе пациенток с ПИОВ встречается плацентарная недостаточность. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) также относится к достоверным предикторам ПИОВ, увеличивая частоту последнего в 5 раз [15—17]. Биологическая неготовность организма к родам способствует преждевременному разрыву плодных оболочек в 75,6% случаев, установлена роль воспалительных изменений шейки матки как возможного триггера ПИОВ на сроке беременности до 21-й нед [17]. Ключевое значение в патогенезе преждевременного излития околоплодных вод имеют следующие факторы: функционально-морфологические — повышение в плодных оболочках экспрессии матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1) и снижение экспрессии ингибитора ММП-1; иммунологические — повышение в сыворотке крови и околоплодных водах уровня провоспалительных цитокинов IL-8 и фактора некроза опухолей TNF [18].

Очевидно, для создания полноценной балльной шкалы прогноза ПИОВ необходим дальнейший поиск генов, ассоциированных с ПИОВ, и анализ их полиморфизма.

В.Е. Радзинский и соавт. подчёркивали, что подготовленные родовые пути — это основной благоприятный прогностический фактор в отношении исхода родов, особенно при ПИОВ [26]. В связи с развитием различных аномалий родовой деятельности при ПИОВ на фоне недостаточно выраженной зрелости шейки матки, актуальное значение имеют способы подготовки шейки матки к родам. Долгое время в нашей стране общепризнанным методом подготовки шейки матки к родам являлось комплексное использование эстрогенов, спазмолитиков, раствора глюкозы, витаминов, препаратов кальция — так называемый глюкозо-витамино-гормонально-кальциевый фон (ГВГК-фон), что способствовало улучшению функционального состояния шейки матки и сократительной способности миометрия, после чего проводили родовозбуждение [2-9].

За рубежом при доношенной беременности и ПИОВ широко распространено применение препаратов ПГЕ2 (динопростон-гель), которые вводят в задний свод влагалища или в цервикальный канал. В отечественной литературе встречаются единичные работы по использованию ПГЕ2 у пациенток с доношенной беременностью и ПИОВ.

Простагландин Е1 (ПГЕ1) (мизопростол) применяли для подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения при доношенной беременности, осложненной ПИОВ [2-11]. К преимуществу использования мизопростола относится возможность назначения его пациенткам с бронхиальной астмой и другой бронхолегочной патологией, так как ПГЕ2 при данной экстрагенитальной патологии противопоказан [3].

В нашей стране применение ПГЕ1 в качестве средства для подготовки шейки матки и родовозбуждения у пациенток с доношенной беременностью официально не разрешено, хотя единичные исследования по использованию данного препарата проводились [25].

В последнее время в литературе появились сведения об использовании антигестагенов (мифепристона) с целью подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения у пациенток с ПИОВ [5, 17, 21-26]. Механизм действия антигестагенов заключается в блокировании рецепторов к прогестерону, что приводит к устранению тормозящего влияния прогестерона на экспрессию гена проколлагеназы и стимулирует высвобождение металлопротеиназ и коллагеназы. Это в свою очередь способствует созреванию шейки матки и повышению чувствительности миометрия к окситоцину.

В последние десятилетия для лабораторной диагностики септических осложнений активно используются биологические лабораторные маркеры (биомаркеры), начиная от подсчёта общего количества лейкоцитов, определения уровня С-реактивного белка, прокальцитонина, до более современных, таких как пресепсин, различные цитокины и показатели системы гемостаза. Важно отметить, что все эти маркеры являются более информативными для исключения инфекционного процесса, чем для его подтверждения.

Отечественные авторы предлагали назначать антибактериальную терапию при самопроизвольных родах с ПИОВ при доношенной беременности с целью профилактики

гнойно-септических осложнений при длительности безводного промежутка 12 ч и более, а при наличии сахарного диабета у матери — сразу после излития околоплодных вод [26].

Особого внимания заслуживает вопрос о назначении антибактериальной терапии в родах у пациенток с риском развития инфекции, обусловленной стрептококком группы В — *Streptococcus agalactiae* (СГВ). Во всём мире доказано, что СГВ является основной причиной инфекционной заболеваемости и смертности, вызванной развитием сепсиса, пневмонии и менингита у доношенных новорождённых [19, 24].

Заключение

Таким образом, в настоящее время накоплено достаточно много работ посвященных проблеме ПИОВ. Однако до сих пор нет единого мнения относительно патоморфологических причин развития данной патологии. Исходя из этого, очевиден вывод о необходимости дальнейших исследований, направленных на разностороннее и более углубленное изучение этиологии и патогенеза ПИОВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Могилевская Е.В., Васильева О.С. Перинатальная психология: психология материнства и родительства. Ростов-на-Дону: Феникс; 2015.
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
3. Кунакова Р.В., Зайнуллин Р.А., Джемилева Л.У., Егорова Е.Ю. Аскорбиновая кислота и экспрессия генов. Вестник академии наук Республики Башкортостан. 2015; 20(2): 5—13.
4. Вересова А.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Балущкина А.А. Современные представления о развитии послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013; 12(4): 30—7.
5. Меджидова М.К., Донников А.Е., Балущкина А.А., Тютюнник В.Л. Микробиоценоз влагалища у беременных перед родами. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 11(2): 34—42.
6. Дятлова Л.И., Ермолаева Е.И., Глухова Т.Н. Значение изменений цитокинового профиля в патогенезе преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности. Инновационная наука. 2015; 11-3: 218—21.
7. Егорова А.Т., Руппель Н.И., Маисеенко Д.А., Базина М.И. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2015; 30(10): 75—80.
8. Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Донников А.Е., Санникова М.В., Сухих Г.Т. Ассоциация полиморфизма гена ESR1 с преждевременным разрывом плодных оболочек. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2013; 156(12): 811—4.
9. Каримова У.А., Олимова Л.И. Современное представление об этиопатогенезе и ведении женщин с родовым разрывом плодных оболочек. Вестник педагогического университета. 2014; 5: 134—41.
10. Макаров О.В., Козлов П.В., Иванников Н.Ю., Кузнецов П.А., Багаева И.И. Преждевременный разрыв плодных оболочек: этиология, перинатальная патология, гнойно-септические осложнения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014; 13(6): 42—8.
11. Дятлова Л.И. Стереоультраструктура плодных оболочек при нормальной беременности и при беременности, осложнённой длительным безводным промежутком. Международный журнал экспериментального образования. 2014; 5-2: 76—7.
12. Wojcieszek A.M., Stock O.M., Flenady V. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. Cochrane Database Syst. Rev 2014; (10): CD001807. doi: 10.1002/14651858.CD001807.pub2. 9. Khireddine I., Le Ray C., Dupont C. et al. Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. PLoS One. 2013; 8(1): e54858. doi: 10.1371/journal.pone.0054858.

13. Mackeen A.D., Walker L., Ruhstaller K. et al. Foley catheter vs prostaglandin as ripening agent in pregnant women with premature rupture of membranes. *J. Am. Osteopath. Assoc.* 2014; 114(9): 686—92
14. Dyatlova L.I., Ermolayeva E.I., Glukhova T.N. The significance of changes in the cytokine profile in the pathogenesis of premature rupture of membranes in preterm pregnancy. *Innovatsionnaya nauk* 2015; (11—3): 218—21. (in Russian)
15. Egorova A.T., Ruppel' N.I., Maisyenko D.A., Bazina M.I. The course of pregnancy and childbirth with spontaneous multiple pregnancy and single pregnancy. *Nauchnyye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya* 2015; 30(10): 75—80. (in Russian)
16. Nabhan A.F., Elhelaly A., Elkadi M. Antibiotic prophylaxis in prelabor spontaneous rupture of fetal membranes at or beyond 36 weeks of pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2014; 124(1): 59—62. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.07.018.
17. Caughey A.B., Robinson J.N., Norwitz E.R. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes *Rev. Obstet. Gynecol.* 2008; 1(1): 11—22.
18. Kan N.E., Tyutyunnik V.L., Donnikov A.E., Sannikova M.V., Sukhikh G.T. Association of polymorphism of the ESR1 gene with premature rupture of membranes. *Byulleten' eksperimental'noy biologii i meditsiny.* 2013; 156(12): 811—4. (in Russian)
19. Шмаков Р.Г., Каримова Г.Н., Полушкина Е.С. Филиппович Г.В., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л. Принципы диагностики и профилактики гнойно-воспалительных и тромбоэмболических осложнений у рожениц, основанные на доказательной медицине (результаты внедрения новых протоколов). *Акушерство и гинекология.* 2014; 6: 47—52.
20. Толкач Ю.И., Кабисашвили М.К. Оценка полиморфизма генов цитокинов при недоношенной беременности, осложнённой преждевременным излитием околоплодных вод. *Здоровье и образование в XXI веке.* 2015; 17(2): 15—6.
21. Ковалев В.В., Цывьян П.Б., Миляева Н.М. Лукин О.Н., Проценко Ю.Л. Степень растяжения миометрия — важный регулятор сократительной активности матки. *Акушерство и гинекология* 2013; 2: 62—7.
22. Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Ахвледиани К.Н., Капустина М.В., Магилевская Е.В. Опыт применения мифепристона с целью медикаментозной подготовки шейки матки к родам. *Медицинский совет.* 2013; 8: 44—7
23. Ikhtiyarova, G. A., Ibragimova, N. P., Tosheva, I. I. (2021). THE CYTOKINE SYSTEM DURING PHYSIOLOGICAL PREGNANCY, PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES AND CHORIOAMNIONITIS. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (2)), 60-64.
24. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(7), 530-535.
25. Тошева, И. И., Ихтиярова, Г. А. (2020). Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек. *РМЖ. Мать и дитя*, 3(1), 16-19.
26. Тошева, И., Ашурова, Н., Ихтиярова, Г. (2020). Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений. *Журнал вестник врача*, 1(1), 77-80.

Поступила 20.04.2025