



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

2 (88) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618-089.616-087

АКТУАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПЕРИВИТАЛЬНОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Зияева Гулноза Анвар кизи: <https://orcid.org/0009-0000-7977-5105>
e-mail: gulnozaziyayeva1205@gmail.com

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti.uz

✓ Резюме

Перивитальное излитие околоплодных вод представляет собой актуальную проблему современного акушерства, ассоциированную с высоким риском неблагоприятных перинатальных исходов. В работе представлены и проанализированы клинические и патогенетические данные, отражающие роль ишемически-гипоксических и воспалительных механизмов в нарушении целостности плодных оболочек. Отмечается недостаточная изученность механизмов раннего прогнозирования данного состояния. Полученные данные обосновывают необходимость дальнейших исследований для оптимизации акушерской тактики.

Ключевые слова: перивитальное излитие околоплодных вод, плодные оболочки, амнио-хориальный комплекс, патогенез, плацентарная недостаточность, гипоксия плода, перинатальные исходы.

PERIVITAL MEMBRANALARNING YORILISHINING DOLZARB KLINIK VA PATOGENETIK MUAMMOLARI

Gulnoza Ziyaeva, Anvar Qizi: <https://orcid.org/0009-0000-7977-5105>
e-mail: gulnozaziyayeva1205@gmail.com

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60.
E-mail: info@adti.uz

✓ Rezyume

Perivital membranalarining yorilishi zamonaviy akusherlikda dolzarb muammo bo'lib, nojo'ya perinatal natijalar xavfi yuqori. Ushbu maqolada ishemik-gipoksik va yallig'lanish mexanizmlarining homila membranalarining yaxlitligini buzishdagi rolini aks ettiruvchi klinik va patogenetik ma'lumotlar taqdim etilgan va tahlil qilingan. Ushbu holatning erta prognoz mexanizmlari haqida yetarli ma'lumot yo'qligi qayd etilgan. Olingan ma'lumotlar akusherlik boshqaruvini optimallashtirish uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish zarurligini asoslaydi.

Kalit so'zlar: perivital membranalarining yorilishi, homila membranalari, amniokhorion kompleks, patogenez, platsenta yetishmovchiligi, homila gipoksiyasi, perinatal natijalar.

CURRENT CLINICAL AND PATHOGENETIC ISSUES OF PERIVITAL RUPTURE OF MEMBRANES

Gulnoza Ziyaeva, Anvar Kizi: <https://orcid.org/0009-0000-7977-5105>
e-mail: gulnozaziyayeva1205@gmail.com

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti.uz

✓ Resume

Perivital rupture of membranes is a pressing issue in modern obstetrics, associated with a high risk of adverse perinatal outcomes. This paper presents and analyzes clinical and pathogenetic data reflecting the role of ischemic-hypoxic and inflammatory mechanisms in disrupting the integrity of the fetal membranes. Insufficient knowledge is noted regarding the mechanisms for early prognosis of this condition. The data obtained substantiate the need for further research to optimize obstetric management.

Keywords: perivital rupture of membranes, fetal membranes, amniokhorionic complex, pathogenesis, placental insufficiency, fetal hypoxia, perinatal outcomes.

Актуальность

Перивитальное излитие околоплодных вод относится к числу наиболее сложных и клинически значимых осложнений беременности, оказывающих существенное влияние на перинатальные исходы и тактику ведения родов. Данное состояние характеризуется нарушением целостности плодных оболочек в перивитальном периоде и ассоциируется с высоким риском неблагоприятных материнских и перинатальных последствий, включая внутриутробную инфекцию, острую гипоксию плода, интранатальную гибель, а также рост частоты оперативных родоразрешений [1].

Актуальность проблемы перивитального излития околоплодных вод обусловлена, с одной стороны, высокой распространённостью данного осложнения в структуре преждевременных и срочных родов, а с другой — многообразием патогенетических механизмов, лежащих в его основе. Ведущая роль в развитии преждевременного и перивитального разрыва плодных оболочек отводится воспалительным процессам, ишемически-гипоксическим повреждениям, дисбалансу апоптоза и ремоделированию внеклеточного матрикса, что приводит к снижению прочностных свойств амнио-хориального комплекса [2].

Особое значение в патогенезе перивитального излития околоплодных вод имеют нарушения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, сопровождающиеся тканевой гипоксией, активацией провоспалительных цитокинов, матриксных металлопротеиназ и процессов программируемой клеточной гибели. Эти изменения способствуют структурной деградации плодных оболочек и утрате их барьерной функции, особенно в условиях осложнённого течения беременности, включая преэклампсию, внутриутробную задержку роста плода и инфекционно-воспалительные заболевания [3].

Несмотря на значительный прогресс в изучении клинических аспектов данной патологии, многие патогенетические механизмы перивитального излития околоплодных вод остаются недостаточно изученными, что ограничивает возможности раннего прогнозирования и профилактики данного состояния. Отсутствие единых подходов к оценке риска, своевременной диагностике и выбору оптимальной акушерской тактики подчёркивает необходимость дальнейших комплексных исследований, направленных на углублённое изучение клинко-патогенетических особенностей перивитального излития околоплодных вод [4-6].

В этой связи представляется актуальным систематизировать современные данные о клинических проявлениях и патогенетических механизмах перивитального излития околоплодных вод, что позволит обосновать новые подходы к прогнозированию перинатальных осложнений и оптимизации ведения беременности и родов у данной категории пациенток.

Цель исследования — проанализировать особенности естественного течения беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек на докритическом этапе до достижения жизнеспособности плода.

Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования было проведено проспективное исследование по типу «случай–контроль», в которое были включены беременные женщины с перивитальным излитием околоплодных вод, находившиеся на стационарном лечении в отделении патологии беременности Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра охраны здоровья матери и ребёнка.

Набор пациенток осуществлялся в период с 2023 по 2026 годы. Общий объём выборки составил 65 беременных, из которых 35 женщин с неосложнённым течением беременности сформировали контрольную группу, а 30 пациенток были отнесены к основной группе и имели излитие околоплодных вод до 24 недель гестации.

Диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек осуществлялась на основании данных анамнеза, свидетельствующих о возможном раннем излитии околоплодных вод, а также результатов стерильного осмотра во влагалищных зеркалах, при котором выявлялось истечение амниотической жидкости через цервикальный канал либо её скопление в заднем своде влагалища. В сомнительных случаях диагноз уточнялся с использованием нитразинового теста и феномена «папоротника». Пациенткам с установленным преждевременным разрывом плодных

оболочек на докритическом этапе до достижения жизнеспособности плода проводилось развернутое консультирование с участием акушеров-гинекологов и врачей-неонатологов.

Пациентки, выбравшие выжидательную тактику ведения и соответствовавшие установленным критериям её применения (отсутствие активной родовой деятельности, клинических признаков хориоамнионита, преждевременной отслойки плаценты и признаков дистресса плода), подлежали госпитализации и динамическому наблюдению в соответствии с действующим национальным клиническим протоколом ведения преждевременного разрыва плодных оболочек. Протокол включал ежедневный контроль жизненно важных показателей и тонуса матки, двукратное ежедневное выполнение нестрессового теста, оценку биофизического профиля плода два раза в неделю, а также антибактериальную терапию эритромицином в дозе 250 мг перорально каждые 6 часов на протяжении 10 суток.

При поступлении всем пациенткам проводился вагинально-ректальный посев; при выявлении носительства стрептококка группы В антибактериальная профилактика осуществлялась в интранатальном периоде. Рутинные влагалищные исследования исключались при отсутствии клинических показаний, при этом предпочтение отдавалось стерильному осмотру во влагалищных зеркалах вместо пальцевого исследования.

После детального консультирования относительно возможных исходов для новорождённых, появляющихся на свет в перивитальном периоде, все пациентки совместно с партнёрами определяли индивидуальный порог гестационного возраста (23, 24 либо 25 недель), начиная с которого рассматривалась целесообразность проведения активных реанимационных мероприятий новорождённому; при родоразрешении до установленного срока предпочтение отдавалось паллиативной тактике. В соответствии с выбранной стратегией ведения антенатальное введение кортикостероидов осуществлялось за 48 часов до достижения обозначенного порогового гестационного возраста и включало однократный курс бетаметазона (двукратное внутримышечное введение по 12 мг с интервалом 24 часа). Так, пациентки, ориентированные на проведение полноценной реанимации начиная с 24-й недели гестации, получали первую дозу кортикостероидов на сроке 23 недели и 5 дней беременности.

Мониторинг состояния плода с использованием ультразвукового исследования и нестрессового теста начинался исключительно после достижения установленного порогового срока гестации. Повторные курсы антенатальных кортикостероидов в рамках исследования не применялись. В большинстве наблюдений при пролонгировании беременности на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек проводилась плановая индукция родов на сроках 34–35 недель гестации, что позволило максимально продлить беременность при соблюдении принципов безопасности матери и плода.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением программного пакета SPSS версии 22.0. Критерием статистической значимости различий между сравниваемыми показателями считалось значение $P < 0,05$.

Результат и обсуждения

Пациентки сравниваемых групп не различались по возрастному составу: средний возраст женщин основной группы составил $26,6 \pm 5,6$ года, тогда как в контрольной группе — $28,6 \pm 7,1$ года ($p = 0,44$).

Среднее значение индекса массы тела у беременных с перивитальным излитием околоплодных вод было статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($p = 0,003$), при этом распространённость ожирения в обеих группах не превышала 8,0% и не имела достоверных межгрупповых различий ($p = 0,36$).

Частота гинекологических заболеваний у пациенток обеих групп была сопоставимой. Вместе с тем в структуре экстрагенитальной патологии у женщин основной группы достоверно чаще регистрировались железодефицитная анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, однако статистически значимыми оказались только показатели железодефицитной анемии ($p = 0,007$) и дисплазии соединительной ткани ($p = 0,015$). Аллергические заболевания и патология щитовидной железы, напротив, чаще отмечались у пациенток контрольной группы, однако достоверных различий между группами по данным показателям выявлено не было ($p > 0,05$).

Такие потенциальные факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек, как деструктивные вмешательства на шейке матки в анамнезе и травматизация шейки матки в предыдущих родах с последующей хирургической коррекцией ($p = 0,7$), не продемонстрировали статистической значимости. Вместе с тем случаи деструкции шейки матки по поводу дисплазии в анамнезе достоверно чаще выявлялись в основной группе по сравнению с контрольной.

В группе пациенток с перивитальным излитием околоплодных вод средний гестационный возраст на момент родоразрешения был значительно ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Анализ анамнестических данных показал, что наличие перивитального излития околоплодных вод в предыдущей беременности являлось одним из наиболее значимых факторов риска развития преждевременного разрыва плодных оболочек в последующем гестационном периоде, особенно в сочетании с преждевременными родами ($p = 0,009$).

Повторнородящие женщины чаще встречались в контрольной группе, однако различия между группами не достигали уровня статистической значимости ($p = 0,78$). Примечательно, что постановка на учет в женской консультации после 12 недель беременности регистрировалась исключительно у пациенток основной группы, однако по данному признаку статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,068$).

Анализ инфекционных факторов риска продемонстрировал достоверно более высокую частоту множественных аборт и инструментальных вмешательств в полость матки (более двух) в анамнезе ($p = 0,042$), инфекций мочевыводящих путей ($p < 0,001$), бессимптомной бактериурии ($p < 0,001$) и рецидивирующего бактериального вагиноза во время текущей беременности ($p = 0,021$) у пациенток основной группы. Инфекция COVID-19 и/или острые респираторные вирусные инфекции в период беременности выявлялись у 56% женщин основной группы и у 46% пациенток контрольной группы без достоверных межгрупповых различий. Положительные результаты бактериологического посева на *Streptococcus agalactiae* несколько чаще регистрировались в основной группе, однако статистической значимости данное различие не достигало ($p = 0,38$). В то же время инфекции, передаваемые половым путем, незначимо чаще выявлялись у пациенток контрольной группы ($p = 1,2$). Частота воспалительных заболеваний органов малого таза в обеих группах была сопоставимой и не имела статистически значимых различий ($p = 0,98$).

Обсуждение

В ходе настоящего исследования в основной группе был зафиксирован более высокий средний показатель индекса массы тела, составивший $27,3 \text{ кг/м}^2$. Следует отметить, что данные литературы по данному вопросу остаются противоречивыми. Так, по результатам исследования А.А. Гириса и соавт. (2023), избыточная масса тела, ожирение и патологическая гестационная прибавка массы ($\text{ИМТ} \geq 28,5 \text{ кг/м}^2$) ассоциированы с повышением риска преждевременных родов и преждевременного разрыва плодных оболочек. В то же время R. Ну и соавт. (2022) продемонстрировали противоположную тенденцию, установив более частую связь ПРПО с пониженным ИМТ до беременности ($\leq 22 \text{ кг/м}^2$).

Железодефицитная анемия, как известно, относится к наиболее распространённым соматическим состояниям, тесно ассоциированным с преждевременными родами и ПРПО. Полученные нами данные подтверждают эту закономерность: частота ЖДА в основной группе превышала аналогичный показатель контрольной группы в 3,7 раза.

Согласно данным отечественных и зарубежных исследований, а также положениям действующих клинических рекомендаций, рецидивирующий бактериальный вагиноз, инфекции мочевыводящих путей и бессимптомная бактериурия во время беременности являются доказанными факторами риска как спонтанных преждевременных родов, так и ПРПО, особенно в сочетании с недоношенной беременностью. Результаты нашего исследования показали, что наличие ИМВП при недоношенной беременности увеличивает риск ПРПО в 3,2 раза (ОШ 7,51; 95% ДИ 2,4–18,2), бессимптомной бактериурии — в 3,5 раза (ОШ 6,76; 95% ДИ 2,09–18,69), а рецидивирующего бактериального вагиноза — в 4,2 раза (ОШ 3,27; 95% ДИ 2,17–12,51). Вместе с тем, несмотря на установленную значимость указанных факторов, в настоящее время отсутствуют убедительные доказательства эффективности массовых скрининговых программ, что, в сочетании с отсутствием унифицированных лечебных алгоритмов и ростом антибиотикорезистентности, существенно осложняет профилактику ПРПО.

Повышенное количество лейкоцитов при микроскопическом исследовании цервикального канала и влагалищного содержимого в первом триместре беременности, вероятно, следует рассматривать как неспецифический инфекционно-воспалительный фактор риска ПРПО. В нашем исследовании среднее число лейкоцитов у пациенток основной группы составило 21 клеток в поле зрения в цервикальном канале и 28,5 — во влагалище, тогда как в контрольной группе эти показатели были значительно ниже (3 и 7 клеток в поле зрения соответственно).

Существенным фактором риска ПРПО, по данным нашего исследования, также явились аборт и инструментальные вмешательства в полость матки в анамнезе.

Заключение

Перивитальное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности является многофакторным осложнением, в формировании которого ведущую роль играют соматические, инфекционно-воспалительные и структурные нарушения репродуктивной системы беременной.

Более высокий индекс массы тела, выявленный у пациенток основной группы, может рассматриваться как дополнительный предрасполагающий фактор ПРПО, однако данные литературы по данному вопросу остаются противоречивыми и требуют дальнейшего уточнения.

Железодефицитная анемия достоверно чаще выявлялась у беременных с ПРПО и ассоциировалась с повышенным риском преждевременного разрыва плодных оболочек, что подтверждает её значимую роль в патогенезе данного осложнения.

Инфекционные факторы, включая инфекции мочевыводящих путей, бессимптомную бактериурию и рецидивирующий бактериальный вагиноз, существенно увеличивают риск развития ПРПО, при этом наибольшее прогностическое значение имеют ИМВП и ББ.

Повышенное количество лейкоцитов в цервикальном канале и влагалище в первом триместре беременности может служить неспецифическим маркером воспалительного процесса и рассматриваться как ранний предиктор развития ПРПО.

Истмико-цервикальная недостаточность и дисплазия соединительной ткани достоверно повышают вероятность преждевременного разрыва плодных оболочек, что указывает на важную роль структурной несостоятельности шейки матки в реализации данного осложнения.

Аборты и инструментальные вмешательства в полость матки в анамнезе являются значимыми факторами риска ПРПО и должны учитываться при формировании групп высокого акушерского риска.

Полученные результаты подчёркивают необходимость комплексной оценки соматических, инфекционных и анамнестических факторов риска с целью раннего прогнозирования ПРПО и оптимизации профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при недоношенной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К. Микробиота женщины и исходы беременности / Э.К. Айламазян, Е.В. Щипицына, А.М. Савичева // Журнал акушерства и женских болезней. 2016; LXV(4):6-14.
2. Активация генов сигнальных путей иммунитета: различная индивидуальная чувствительность клеток крови человека к препаратам интерферонов и индукторов IFN / Т. М. Соколова, А. Н. Шувалов, И. М. Шаповал [и др.] // Медицинская иммунология. 2015;17(1):7-18.
3. Амирасланова, М. М. Взаимосвязь гормональных и инфекционных факторов в патогенезе осложненного течения беременности / М. М. Амирасланова, Н. С. Землина, И. В. Кузнецова // Медицинский совет. 2022;16(6):122–129.
4. Антибиотикорезистентность возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России / И. С. Палагин, М. В. Сухорукова, А. В. Дехнич [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2019;21(12):134-146.
5. Болотских, В. М. Преждевременное излитие околоплодных вод: теория и практика / В. М. Болотских; под ред. Э. К. Айламазяна. — Санкт–Петербург: Эко–Вектор, 2018; 191 стр.
6. Липатов, И. С. Клиническое значение предикторных и диагностических индексов патологии плода, ассоциированной с плацентарной недостаточностью, у женщин с эндометриозом / И. С. Липатов, Ю. В. Тезиков, М. С. Амосов // Журнал акушерства и женских болезней. 2021;70(5):37-48.

Поступила 20.01.2026