



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 618.177-089.888.11]-078.33:616.69-008.9.1

ИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК (PROM): СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА МЕТОДА

Шамсиева Д.А. <https://orcid.org/0009-0009-2970-8487>

Рузиева Н.Х. <https://orcid.org/0000-0003-0679-705X>

Ихтиёрова Д.Ф. <https://orcid.org/0009-0009-0014-2256>

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) является одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства вследствие высокой распространённости и риска неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. Тактика ведения беременных с ДРПО, особенно при доношенном сроке гестации, остаётся дискуссионной и варьирует от выжидательной до активной с применением медикаментозной индукции родов. В статье проанализированы современные подходы к индукции родовой деятельности при ДРПО и оценена эффективность и безопасность применения динопростона, мизопростола и окситоцина. Показано, что состояние шейки матки является ключевым фактором успешности индукции родов. Сделан вывод о целесообразности индивидуализированного выбора метода индукции с учётом клинической ситуации.

Ключевые слова: дородовой разрыв плодных оболочек; индукция родов; динопростон; мизопростол; окситоцин.

PROM: MODERN APPROACHES AND PROBLEMS IN CHOOSING A METHOD

Shamsieva D.A. <https://orcid.org/0009-0009-2970-8487>

Ruziyeva N.Kh. <https://orcid.org/0000-0003-0679-705X>

Ixtiyorova D.F. <https://orcid.org/0009-0009-0014-2256>

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

Prelabor rupture of membranes (PROM) remains one of the most relevant problems in modern obstetrics due to its high prevalence and association with adverse maternal and perinatal outcomes. The management of women with PROM, especially at term, remains controversial and ranges from expectant management to active labor induction. This review analyzes current approaches to labor induction in cases of PROM and evaluates the efficacy and safety of dinoprostone, misoprostol, and oxytocin based on published data. The analysis demonstrates that cervical status is a key determinant of successful labor induction. The use of prostaglandins for cervical ripening increases the rate of vaginal delivery and reduces the induction-to-delivery interval while maintaining an acceptable safety profile. An individualized approach to labor induction, considering maternal and fetal factors, is recommended.

Key words: prelabor rupture of membranes; induction of labor; dinoprostone; misoprostol; oxytocin.

TUG'RUQDAN OLDINGI HOMILA PUFAGINING YORILISHIDA TUG'RUQ INDUKSIYASI: ZAMONAVIY YONDASHUVLAR VA USULNI TANLASH MUAMMOLARI

Shamsiyeva D.A. <https://orcid.org/0009-0009-2970-8487>

Ro'ziyeva N.X. <https://orcid.org/0000-0003-0679-705X>

Ixtiyorova D.F. <https://orcid.org/0009-0009-0014-2256>

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel:
+998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Homila pufagining tug'ruqdan oldin yorilishi (PROM) zamonaviy akusherlikning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, ona va perinatal asoratlarni xavfining yuqoriligi bilan tavsiflanadi. PROM holatida, ayniqsa homiladorlik to'liq yetilgan davrda, homilador ayollarni olib borish taktikasi munozarali bo'lib, kuzatuvchi yondashuvdan faol tug'ruq induktsiyasigacha farqlanadi. Ushbu maqolada PROM holatida tug'ruqni induksiya qilishning zamonaviy usullari tahlil qilinib, dinoproston, mizoproston va oksitotsinning samaradorligi va xavfsizligi baholandi. Bachadon bo'yni holati tug'ruq induktsiyasining muvaffaqiyatini belgilovchi asosiy omil ekanligi ko'rsatildi. Klinik holatni hisobga olgan holda individual yondashuv zarurligi ta'kidlandi.

Kalit so'zlar: homila pufagining tug'ruqdan oldin yorilishi; tug'ruq induktsiyasi; dinoproston; mizoproston; oksitotsin.

Актуальность

Дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) остаётся одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства ввиду высокой распространённости и потенциального риска неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. По данным различных авторов, частота данного осложнения составляет 8–10% всех беременностей [7,14]. Современные клинические рекомендации определяют ДРПО как разрыв амниотических оболочек не менее чем за один час до начала родовой деятельности [5]. Затяжным считается безводный промежуток продолжительностью более 24 часов [2].

Физиологическая роль плодных оболочек заключается в обеспечении барьерной защиты плода от восходящей инфекции. Их преждевременный разрыв сопровождается значительным увеличением риска инфекционно-воспалительных осложнений у матери и новорождённого, включая хориоамнионит, эндометрит и воспалительные заболевания органов малого таза [1,4,8]. Несмотря на это, вопрос патогенеза ДРПО остаётся предметом научных дискуссий.

Согласно данным ряда исследований, при доношенной беременности дородовой разрыв плодных оболочек может рассматриваться как один из вариантов физиологического запуска родовой деятельности и не всегда сопровождается увеличением частоты неблагоприятных исходов [7]. Вместе с тем другие авторы указывают на его ассоциацию с ростом материнской и перинатальной заболеваемости, особенно при увеличении продолжительности безводного промежутка [14].

Ведущая роль в патогенезе ДРПО отводится инфекционно-воспалительным факторам, связанным с дисбиотическими изменениями влагалища, активацией врождённого иммунного ответа и нарушением структуры коллагена плодных оболочек [1,8,13]. Существенное значение также придаётся иммунологическому дисбалансу и асептическому воспалению, способствующим снижению прочности амниотических оболочек [13].

Тактика ведения беременных с дородовым разрывом плодных оболочек при доношенном сроке гестации варьирует от кратковременной выжидательной до активной индукции родов, что определяется клинической ситуацией, состоянием матери и плода, а также риском инфекционных осложнений [2,4,5]. В этой связи особую актуальность приобретает выбор оптимального метода индукции родовой деятельности.

Цель исследования: проанализировать современные подходы к индукции родов при родовом разрыве плодных оболочек и оценить эффективность и безопасность применения динопростона, мизопростала и окситоцина на основании данных литературы.

Материал и методы

Проведён аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, клинических рекомендаций и систематических обзоров, посвящённых вопросам патогенеза, тактики ведения и медикаментозной индукции родов при родовом разрыве плодных оболочек. В анализ включены данные национальных клинических протоколов, а также результаты сравнительных исследований и метаанализов [2,5].

Результаты и обсуждение

Функциональное состояние шейки матки является ключевым фактором, определяющим эффективность индукции родов при родовом разрыве плодных оболочек. Недостаточная зрелость шейки матки ассоциирована с увеличением частоты аномалий родовой деятельности, пролонгацией родов и ростом частоты оперативного родоразрешения [3,6].

В современной акушерской практике для индукции родовой деятельности наиболее широко применяются простагландины (динопростон и мизопростол) и окситоцин [3,6,11]. Простагландины способствуют биохимическому ремоделированию шейки матки, обеспечивая её размягчение, сглаживание и раскрытие, а также инициируют сократительную активность миометрия.

Динопростон — синтетический аналог простагландина E_2 — оказывает локальное воздействие на ткани шейки матки и способствует формированию регулярной родовой деятельности, близкой к физиологической [6,11]. Окситоцин реализует своё действие за счёт стимуляции окситоциновых рецепторов миометрия и повышения внутриклеточной концентрации кальция, однако его эффективность наиболее выражена при зрелой или предварительно подготовленной шейке матки [3,11].

Мизопростол, являясь синтетическим аналогом простагландина E_1 , активирует коллагенолитические процессы и стимулирует сократительную активность миометрия, что способствует ускоренному созреванию шейки матки и сокращению интервала «индукция–родоразрешение» [10].

Согласно данным Aryal S. и Karki C., применение простагландина E_2 для предварительной подготовки шейки матки с последующей индукцией окситоцином сопровождалось более ранним началом родовой деятельности и увеличением частоты вагинальных родов по сравнению с использованием одного окситоцина [6]. Аналогичные выводы представлены в обзоре A.M. Marconi, где подчёркивается эффективность комбинированных схем индукции родов при неблагоприятном состоянии шейки матки [11].

В исследовании Lakho N. и Hyder M. установлено, что применение вагинального мизопростала ассоциируется с меньшей потребностью в дополнительной окситоциновой аугментации по сравнению с динопростоном при сопоставимых показателях безопасности и перинатальных исходах [10].

Результаты крупного рандомизированного исследования W.A. Grobman и соавт. показали, что активная индукция родов у женщин с низким акушерским риском не сопровождается увеличением частоты кесарева сечения по сравнению с выжидательной тактикой, при этом снижает риск инфекционных осложнений [9].

Успешность индукции родов определяется не только используемым методом, поскольку универсальный подход, сочетающий высокую эффективность и безопасность, до настоящего времени не разработан [7,14]. В систематическом обзоре K. Meier и соавт. показано, что ни одна из существующих прогностических моделей не обладает достаточной клинической значимостью для широкого применения [12]. Авторами выделены материнские и фетальные факторы, которые могут быть использованы при разработке индивидуализированных алгоритмов прогнозирования исходов индукции родов.

К числу таких факторов относятся возраст, рост и индекс массы тела женщины до беременности, гестационная прибавка массы тела, паритет беременности и родов, использование

вспомогательных репродуктивных технологий, состояние «зрелости» шейки матки по данным бимануального и ультразвукового исследований, срок гестации, наличие экстрагенитальной патологии, включая сахарный диабет и артериальную гипертензию, а также осложнённое течение беременности — преэклампсию, поли- или олигогидрамнион, хориоамнионит и хроническую фетоплацентарную недостаточность. Дополнительное значение имеют масса и пол плода, проведение антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома и применение сульфата магния с целью нейропротекции при преждевременных родах, а также наличие задержки внутриутробного роста и признаков внутриутробной гипоксии плода.

Выводы

1. Дородовой разрыв плодных оболочек остаётся значимой проблемой акушерства, ассоциированной с повышенным риском инфекционно-воспалительных осложнений у матери и неблагоприятных перинатальных исходов.
2. Состояние шейки матки является ключевым фактором, определяющим эффективность индукции родов при ДРПО и необходимость её предварительной подготовки.
3. Применение простагландинов (динопростона и мизопростола) повышает эффективность индукции родов и сокращает интервал «индукция–родоразрешение» по сравнению с использованием одного окситоцина.
4. Отсутствие универсального метода и прогностической модели подчёркивает необходимость индивидуализированного подхода к выбору тактики ведения беременных с дородовым разрывом плодных оболочек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Aleev IA, Afanasyeva MKh, Dobrokhotova YuE, Gaydarova AR, Kulakov VI. Infectious and inflammatory aspects of premature rupture of membranes. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2011;(7):36–41.
2. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. National clinical protocol: Management of pregnancy and childbirth in prelabor rupture of membranes. Tashkent; 2022. 38 p.
3. Sidorova IS, Makarov IO. Induction and stimulation of labor: modern approaches. *Rossiyskiy Vestnik Akushera-Ginekologa*. 2019;19(4):5–11.
4. Strizhakov AN, Ignatko IV, Timokhina EV. Prelabor rupture of membranes: clinical features, diagnosis, and management tactics. *Akusherstvo i Ginekologiya*. 2020;(6):10–16.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 217: Prelabor rupture of membranes. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):e80–e97.
6. Aryal S, Karki C. Cervical ripening with prostaglandin E₂ prior to oxytocin induction of labor. *J Nepal Health Res Counc*. 2018;16(3):312–317.
7. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev Obstet Gynecol*. 2008;1(1):11–22.
8. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1500–1507.
9. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *N Engl J Med*. 2018;379(6):513–523.
10. Lakho N, Hyder M. Comparison of vaginal misoprostol and dinoprostone for induction of labor. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2019;29(4):345–349.
11. Marconi AM. Induction of labor: role of prostaglandins and oxytocin. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;58:2–14.
12. Meier K, Parrish J, D’Souza R. Prediction models for successful induction of labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(6):583–599.
13. Menon R, Richardson LS, Lappas M. Inflammation and premature rupture of membranes. *Reprod Sci*. 2020;27(3):631–640.
14. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol*. 2003;101(1):178–193.

Поступила 20.01.2026