



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА  
КЛИНИК ТИББИЁТ  
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**

**2026, №1 (21)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК  
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ  
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И  
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим  
проблемам медицины  
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом  
имени Абу Али ибн Сино  
выходит один раз в 2 месяца

*Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ*

**Редакционная коллегия:**

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),  
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),  
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,  
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,  
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов*

*Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

**2026, № 1 (21)**

## Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.  
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail [baymuradovravshan@gmail.com](mailto:baymuradovravshan@gmail.com)

## О журнале

Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Бухарской области  
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список  
утвержденный приказом № 370/б  
от 8 мая 2025 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО  
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,  
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

## Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТХОЖДЕНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ихтиярова Д.Ф.<sup>1</sup>, Рузиева Н.Х.<sup>1</sup>, Дустова Н.К.<sup>2</sup>, Каюмова Г.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

**Резюме.** Изучены методы индукции и акушерские исходы у женщин с антенатальной гибелью плода при дородовом и преждевременном разрыве плодных оболочек и тактика ведения родов. Инфицирование плода в утробе матери при дородовом излитии околоплодных вод может приводить к осложнениям течения беременности, родов или развитию осложнений в послеродовом периоде, выбор времени и методов индукции предотвращает осложнения родов и в послеродовом периоде.

**Ключевые слова:** преждевременное излитие околоплодных вод, гибель плода, индукция родов.

## АНТЕНАТАЛ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ҚОҒОНОҚ СУВЛАРИ МУДДАТИДАН ОЛДИН КЕТГАНДА ТУҒРУҚНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Ихтиярова Д.Ф.<sup>1</sup>, Рузиева Н.Х.<sup>1</sup>, Дўстова Н.К.<sup>2</sup>, Қаюмова Г.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент ш., Ўзбекистон

<sup>2</sup>Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

**Резюме.** Муддатдан олдин қоғоноқ сувининг кетиши билан кечувчи ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ҳолатларида аёлларда туғруқни индукция қилиши усуллари, акушерлик натижалари ҳамда туғруқни олиб бориши тактикаси ўрганилди. Ҳомиладорлик даврида амниотик суюқликнинг муддатидан олдин кетиши натижасида ҳомиланинг бачадон ичида инфекцияланиши ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнининг асоратли кечишига ёки туғруқдан кейинги даврда асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Туғруқни индукция қилишининг оптимал вақтини ва усуларини тўғри танлаш туғруқ жараёнида ҳамда туғруқдан кейинги даврда асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

**Калит сўзлар:** қоғоноқ парданинг муддатдан олдин ёрилиши, ҳомиланинг нобуд бўлиши, туғруқ индукцияси.

## TACTICS OF LABOR MANAGEMENT IN WOMEN WITH AMNIOTIC FLUID DISCHARGE IN ANTENATAL PATHOLOGY

Ikhtiyarova D.F.<sup>1</sup>, Ruzieva N.Kh.<sup>1</sup>, Dustova N.K.<sup>2</sup>, Kayumova G.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup>Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

**Resume.** The methods of labor induction and obstetric outcomes in women with antenatal fetal demise associated with prelabor and premature rupture of the fetal membranes, as well as labor management tactics, were studied. Intrauterine fetal infection resulting from prelabor rupture of membranes may lead to complications during pregnancy and labor or to the development of postpartum complications. Appropriate selection of the timing and methods of labor induction helps prevent complications during labor and in the postpartum period.

**Key words:** premature rupture of membranes, fetal demise, labor induction.

Сегодня преждевременные роды остаются одной из важных медико-социальных проблем в охране здоровья матери и ребенка. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...70% ранних неонатальных смертей и 65-75% детских смертей происходят из-за недоношенных детей. 5-15% всех беременностей завершаются преждевременными родами, и этот показатель увеличивается с каждым годом. В мире около 15 миллионов детей рождаются недоношенными. Ежегодно от осложнений преждевременных родов умирают около миллиона детей. Перинатальная смертность при преждевременных родах в 33 раза выше, чем при доношенных родах[14].

Проблема репродуктивных потерь в связи с ее широкой распространенностью в настоящее время особенно актуальна, оставаясь одной из ведущих в акушерстве. По мнению некоторых ученых, репродуктивные потери чаще наблюдаются у молодых беременных – до 20 лет или беременных старше 30 лет [15].

При ведении беременности важное значение имеет контроль артериального давления, которое может меняться в течение суток по различным причинам. Для обоснованного назначения лекарственной терапии и определения тактики ведения беременности важным является получение объективных данных об изменении артериального давления [16].

Несвоевременное излитие околоплодных вод при недоношенной и доношенной беременности считается важнейшим фактором риска для плода и матери. Внутриутробное инфицирование плода на современном этапе является одной из наиболее важных проблем акушерства и перинатологии. Резко возросла роль хламидийной, цитомегаловирусной и бактериальной инфекций во время беременности. В последнее время во всех странах отмечается рост инфекционной патологии, что с одной стороны связано с появлением новых более информативных методов диагностики и соответственно, с возрастанием прижизненной выявлено инфекций, с другой стороны, не исключено и истинное увеличение частоты данной патологии [1,3,5]. Инфицирование плода в утробе матери при дородовом излитии околоплодных вод может приводить к осложнениям течения беременности, родов или развитию заболеваний у новорожденного.

Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при доношенной беременности, а на долю недоношенных живорожденных приходится до 75% ранней неонатальной и детской смертности. Это в первую очередь связано с многообразием медико-биологических факторов, включающих внутриутробную инфекцию, эндокринопатии и др. психологические и социально-экономические аспекты в жизни женщин. В то же время этиологию преждевременных родов в 17-58% установить не удается. [2,8,9].

Инициацией антенатальной гибели плода в большинстве случаев, являются внутриутробные инфекции, дородовой и преждевременный разрыв плодных оболочек (ДРПО, ПРПО), составляющий от 24% до 36% всех родов [4,6]. ДРПО тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертностью, а так же риском гнойно-септических осложнений материи.

Тактика ведения беременных с этой патологией крайне вариабельна, и зависит от срока гестации, от количества излившихся околоплодных вод, от степени выраженности инфекционного процесса, от степени выраженности инфекционного процесса, от наличия экстрагенитальной патологии и осложнений настоящей беременности. Поэтому подходы к ведению антенатальной гибелью плода осложненной ДРПО, могут отличаться не только в разных странах, но и в пределах одного города. В странах Западной Европы, Америки, Японии, а последнее время и в нашей стране, применяют тактику индукции родов, осложненной ДРПО . [7,3,10,12].

При выборе тактики ведения родов при антенатальной гибели плода (АГП) недоношенной беременности с преждевременным излитием околоплодных вод (ПРПО) или с дородовым излитием околоплодных вод (ДИОВ) необходимо постоянно сравнивать риски использования выжидательной или активной тактики, материнские риски — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), хориоамнионит, сепсис, послеродовая гипотония матки, лихорадка и эндометрит в пуэрперальном периоде, с рисками выбора активно-выжидательной тактики (преиндукция, индукция родов) или с рубцом на матке активной тактики (кесарево сечение — КС) [8,9,11]. Противопоказания для выбора выжидательной тактики — хориоамнионит; осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (тяжелая преэклампсия, эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты); декомпенсированные состояния матери; Активная тактика также характеризуется возможными рисками развития осложнений: необходимостью родовозбуждения, которое может осложниться гиперстимуляцией матки, увеличением частоты КС, болью, дискомфортом; развитием септических осложнений материи. Однако преимуществом активной тактики является предупреждение инфекции. Необходимо учитывать, что частота инфекции и КС возрастают в случае родовозбуждения после 72-часового безводного промежутка [6].

**Цель:** Изучить акушерские исходы у женщин с антенатальной гибелью плода при дородовом и преждевременном разрыве плодных оболочек и тактика ведение родов.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 52 беременных с АГП, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский городской родильный комплекс за период 2021-2024 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишопа с момента поступления, так как они были с АГП . По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ после 18 часов безводного промежутка что является основанием для проведения антибактериальной терапии, с целью профилактики гнойно-септических

осложнений у рожениц и родовые пути беременных осмотрены через 2-4 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. При ведении родов, осложненных дородовым излитием околоплодных вод, необходим контроль гемодинамические показатели, ведение листа наблюдения, измерение  $t^{\circ}$ - тела каждые 4 часа, кровь на лейкоцитоз 1 раз в сутки, общий анализ крови (коагулограмма, С-реактивный белок, лейкоцитарный интоксикационный индекс, анализ мочи, группа крови и Rh- принадлежность, анализ выделений из влагалища- мазок, УЗИ матки и плода, цервикометрия, общее состояние роженицы. Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, показано применение данного антибактериального препарата при родах с преждевременным и дородовым излитием околоплодных вод.

**Результаты и их обсуждение:** Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде острых респираторных инфекций (ОРИ), обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы хронические эндометриты, вирусные инфекции герпетической и уреаплазмоза в сочетании с хламидиозом 54% и кольпиты различной этиологии, дисбиоз влагалища которые составили 44,6%. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование при помощи зеркал с целью выявления характера выделений, цвета околоплодных вод, степень раскрытия шейки матки. Выявлено, при начале родовой деятельности у 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу родильного комплекса. У беременных с «незрелой» шейкой и выявленных признаков кольпита предложена индукция родов мифепристоном 200 мг по 1 таблетке после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 12 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой: Убедить женщину, что есть возможность произойти спонтанному рождению плода в течении 24 – 48 часов без осложнений. С согласия семьи женщина находится под наблюдением гинеколога, дожидаясь спонтанного начала родов (до 24 часов) проводят анализ коагулограммы и количество тромбоцитов, уровень нейтрофилов и лейкоцитов. Если в течении 24- 48 часов кол-во тромбоцитов уменьшилось или не произошло спонтанных родов необходимо обсудить активную тактику ведения в пользу простагландинов. При критических состояниях угрожающих жизни женщины (ПОНРП, тяжелая преэклампсия, несостоятельность рубца), тяжелой акушерской патологии, при незрелости шейки матки и отсутствия условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решён вопрос об оперативном родоразрешении.

Важно отличать целевые назначения преиндукции и индукции родов. Преиндукция родов («созревание» шейки матки, cervicalripening) — это подготовка шейки матки к родам методами, недостаточными для самостоятельной индукции родов. Индукция родов (родовозбуждение) — вмешательство, направленное на инициирование родов до самопроизвольного начала с целью достижения влагалищного родоразрешения. Индукцию родов также называли искусственно вызванными родами по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям (преждевременные, своевременные, запоздалые) [11]. Согласно рекомендациям зарубежных литератур, при ПРПО в сроке беременности более 34 нед при риске развития АИС (амниотической инфекции синдрома — amniotic infection syndrom) следует проводить родоразрешение путем индукции родов, при отсутствии родовой деятельности в течение 14-16 ч — активной индукции родов простагландинами Гландин гель или таблетки в зависимости от паритета и созревание шейки матки. [2,3,11]. При ПРПО в сроке беременности до 37 нед антибиотикотерапия была назначена сразу. В сроке беременности более 37 нед при отсутствии признаков АИС применение антибиотиков была начато через 6-8 ч после ДРПО. Если в течение от 18 до 24 ч ПРПО с АГП самопроизвольные роды не произошли, проводилась активная тактика — индукция родов с простагландинами Гландин Е2. Обосновано и профилактическое применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодных оболочек было проведено по протоколу [13,14].

С целью преиндукции родов применяются простагландины: Гландин 3 мг или динопростон ( $\text{Pge}_2$ ) гель *pervaginum*; начальная доза — 2 мг у первородящих женщин с незрелой шейкой, 1 мг — для повторнородящих. Если не началась регулярная родовая деятельность, введена вторая доза динопростона 1 или 2 мг через 6 ч. Максимальная доза динопростона за 12-часовой период — 4 мг для первородящих женщин с «незрелой» шейкой матки, 3 мг — для всех других женщин.

Дискуссионным вопросом является возможность преиндукции родов антигестагенами (мифепристоном) с ДРПО при АГП с началом поступления в стационар у женщин с рубцами на матке. С одной стороны, обоснованием к применению мифепристона называют наличие противопоказаний для применения простагландин Е, препидил-геля, ламинарий: дисбиоз влагалища, наличие внутриматочной инфекции, многоводие, маловодие, гипоксию плода. С другой стороны, доказательной базы о безопасности применения мифепристона при антенатальной гибели плода проведены на базе кафедры акушерства и гинекологии г. Бухары с 2012 года по с.д. где были прерваны беременности в различные сроки гестации. Однако женщин с рубцами на матке при отсутствии родовой деятельности и отхождением околоплодных вод при без эффективности индукции родов мифепристоном 200-400мг, заканчивались путем операции кесарева сечением с показаниями несостоятельность рубца на матке. Тем не менее имеющийся значительный опыт применения мифепристона как преиндуктора родов, его доказанная эффективность позволяют в ближайшее время ожидать появления научно-практических сведений о его применении преиндукции родов у женщин с рубцами на матке при антенатальной гибели плода с ПРПО, о сравнении риска его применения с выжидательной или оперативной тактикой.

В Бухарском городском родильном доме для оценки динамики биологической трансформации шейки матки проводится УЗИ-оценка шейки и нижнего сегмента матки. Используется трансвагинальный и трансперинеальный доступ (аппарат PHILIPSHD11 с датчиком 5—7 МГц, «ToshibaAplioMX» с трансперинеальным датчиком 3,5 МГц и трансвагинальным 6,0 МГц) оценивалось диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки и сократительная деятельность матки и давность гибели плода (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. Трансабдоминальный доступ позволяет определить вид предлежания и позицию плода. При УЗИ оцениваются следующие данные: длина шейки матки измеряется по линии, проведенной через центр цервикального канала (анэхогенное или гипоэхогенное пространство) от влагалищной части децидуальной пластинки (ультразвуковой внутренний зев) к основанию ультразвукового внешнего зева; диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. При сроке беременности от 28 до 34 нед приоритетной считается выжидательная активная тактика, цель которой: не допустить развития клинически и гистологически значимого хориоамнионита. В случае увеличения риска развития хориоамнионита (рост лейкоцитоза более чем на 15—20% от исходного уровня, нейтрофилов и особенно С-реактивного белка) и наличия отрицательной динамики в функциональном состоянии системы мать—плацента—плод (уменьшения индекса амниотической жидкости, уменьшение черепного индекса, отрицательной динамике при доплерометрии в среднемозговой артерии плода) от выжидательной тактики следует отказаться. Выбирают либо активно-выжидательную тактику (преиндукция родов), либо активную — индукцию родов (окситоцин при «зрелой» шейке матки и условиях для быстрого и бережного родоразрешения) или оперативное родоразрешение путем кесарева сечения при рубцах на матке. Тактика ведения беременности и метода родоразрешения обсуждается всегда совместно консилиумами акушерами-гинекологами. При пролонгировании беременности и повторном выявлении при культуральном исследовании отделяемого из цервикального канала патогенной флоры в клинически значимом титре антибиотикотерапия возобновляется (цефалоспорины II поколения, метронидазол); от выжидательной тактики отказались.

Таким образом, вопрос о тактике ведения антенатальной гибели плода при наличие двух рубцов на матке с ПРПО и ДРПО остается до конца не решенным, требуют продолжения многоцентровые исследования, которые позволят проанализировать исходы родов в зависимости от срока беременности, длительности безводного промежутка, реакции организма женщины на ПРПО, наличия

сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии, возраста женщины, акушерского анамнеза и индивидуального выбора метода индукции.

**Выводы.** Клинико-анамнестическими факторами риска АГП осложненной ДРПО являются эндометрит в анамнезе, патологический рост условно патогенной цервико-вагинальной микрофлоры, хламидиоз, неспецифический кольпит и бактериальный вагиноз. Наличие инфекций (в первую очередь герпетической и бактериальные) отрицательно влияли на течение беременности и родов. После 8 часов безводного промежутка тактика ведения родов должна быть консервативно – выжидательное до 24-48 часа на фоне антибактериальной терапии, если самостоятельно не наступает родовая деятельность, необходимо начать индукции родов антипрогестинами и простагландинами Гландин Е2 гель у первобеременных и Гландин Е 2 3 мг таблетки вагинально у повторнородящих. При наличии влагалищных инфекции с целью индукции рекомендовано антипрогестины мифепристон 200 мг per os. Индукция родов при рубцах на матке с антенатальной гибелью плода представляет собой активацию сократительной способности матки с началом родовой деятельности, при этом успешная индукция – это естественное родоразрешение в течение 24-48 часов.

#### Список литературы:

- 1.Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам.-С.-Петербург, 1991.-255 с.
- 2.Баев О.Р., Румянцева В.П. Мифепристон в преиндукции и индукции родов. Фарматека 2011; 13: 75—79.
- 3.Баев О.Р., Румянцева В.П., Бурдули Г.М., Полянчикова О.Л., Рубцова С.В. Прогностические факторы эффективности мифепристона в подготовке к родам. Акушерства и гинекология 2011; 8: 91 — 95 стр.
- 4.Клинические акушерские протоколы. ИЗС/Проект «Мать и дитя». М 2009; 160.
- 5.Миляева Н.М., Ковалев В.В., Лебедева Л.М. Оценка эффективности и безопасности применения Мифепристона для преиндукции и индукции родов. Вопросы акушерства и перинатологии 2007; 6: 2: 15—17.
- 6.Преждевременные роды: Методическое письмо (подготовлено З.С. Ходжаевой, Е.М. Шифманом, О.С. Филиповым, О.Р. Швабским, А.Э.
- 7.Kirschbaum, T. Antibiotics in the treatment of preterm labor Text. / T. Kirschbaum // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1993. - Vol.168, №4. - P. 1239 - 1045.
8. Kim, C. J. Umbilical arteritis and phlebitis mark different stages of the fetal inflammatory response Text. / C. J. Kim, B. H. Yoon, J. B. Moon // Am J Obstet Gynecol. -2001. Vol.185, №2. - P. 496-50
- 9.ТютюникВ.Л. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при плацентарной недостаточности инфекционного генеза Текст. / В. Л. Тютюник // Акуш. и гин. 2004. - №5. - С. 11-17
10. Цинзерлинг, В. А. Перинатальные инфекции Текст. / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. СПб.: «Элби СПб», 2002. – 352
11. Козлова, В. И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. / В. И. Козлова, А. Ф.Пухнер. Москва, 1997. -515 с.
12. Ixtiyarova G.A. – Modern and differentiated approaches to the management of pregnant with a dead fetus. International journal of experimental education, Германия. 2013 С.111-113.
13. Ixtiyarova G.A.,Ashurova N.G., ToshevaI.I. Predgravidary preparation ofwomen with a high group ofperinatal risks and inflammatorydiseases of the genitals // European Journal ofResearch - Vienna, Austria, 2017. - №9-10. – С.53-62
14. N. Dustova, G. Kayumova, D. Xafizova, X. Xamroyev, V. Jalalova. Differentiated approaches to the management of pregnancy and childbirth with premature discharge of amniotic fluid Неонатология, хірургія та пер инатальна медицина Т. XIII, № 2(48), 2025.
15. Д.К. Розикова, Г.А. Ихтиярова, Г.К. Каримова, Н.О. Наврузова, Н.Р. Абдиева, О.И. Ражабова. Новые методы ранней диагностики эмбриохориальной недостаточности. Клинический разбор в общей медицине | ТОМ 6 | №2 | 2025 | Clinical review for general practice | VOL. 6 | No. 2 | 2025.
16. Синчихин С.П.,Ихтиярова Г.А., Алексеева А.В., Степанян Л.В., Синчихина Е.С. Возможности применения аппаратного мониторинга артериального давления в акушерской практике. Архив Акушерства и Гинекология им В.Ф.Снегирева. Том 12, № 3 (2025)

**Для цитирования:** Ихтиярова Д.Ф.,Рузиева Н.Х., Дустова Н.К., Каюмова Г.М. Тактика ведения родов у женщин с отхождением околоплодных вод при антенатальной патологии // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 1(21). – С. 340–344. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18346619>