



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА  
КЛИНИК ТИББИЁТ  
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

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, Ф.К. Халлоқов*

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

**2026, № 2 (22)**

## 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. Узбекистон Мустакиллиги, 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)

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА****Джурабекова С.Т.**

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** Послеродовый эндометрит представляет собой инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки матки (эндометрия), развивающееся в послеродовом периоде. Данная патология является одним из наиболее частых осложнений пuerперия, встречающимся у 2-5% родильниц после естественных родов и у 10-15% после кесарева сечения. Послеродовый эндометрит остается одним из наиболее серьезных осложнений пuerперального периода, значительно влияя на показатели материнской заболеваемости и смертности во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, инфекционные осложнения послеродового периода занимают третье место среди причин материнской смертности, составляя 10,7% всех случаев.

**Ключевые слова:** Послеродовой эндометрит, профилактика, гинекология, воспалительные женские заболевания.

**MODERN VIEWS ON THE PREVENTION OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS****Djurabekova S.T.**

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** Postpartum endometritis is an infectious-inflammatory disease of the uterine lining (endometrium) that develops in the postpartum period. This pathology is one of the most common complications of puerperium, occurring in 2-5% of women after natural childbirth and 10-15% after cesarean section. Postpartum endometritis remains one of the most serious complications of the puerperal period, significantly affecting maternal morbidity and mortality worldwide. According to the World Health Organization, postpartum infectious complications rank third among the causes of maternal mortality, accounting for 10.7% of all cases.

**Keywords:** Postpartum endometritis, prevention, gynecology, women's inflammatory diseases.

**ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЭНДОМЕТРИТ ПРОФИЛАКТИКАСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР****Джурабекова С.Т.**

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент ш., Ўзбекистон

**Резюме.** Туғруқдан кейинги эндометрит бачадон шиллиқ қаватининг (эндометрийнинг) инфекция-яллигланиши касаллиги бўлиб, туғруқдан кейинги даврда ривожланади. Ушбу патология пuerпериянинг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири ҳисобланиб, табиий туғруқдан кейин аёлларнинг 2-5 фоизда ва кесарча кесишдан кейин 10-15 фоизда кузатилади. Туғруқдан кейинги эндометрит бутун дунё бўйлаб оналар касалланиши ва ўлими кўрсаткичларига сезиларли таъсир кўрсатувчи пuerперал даврнинг энг жиддий асоратларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, туғруқдан кейинги даврнинг инфекция асоратлари оналар ўлими сабаблари орасида учинчи ўринни эгаллаб, барча ҳолатларнинг 10,7 фоизини ташкил этади.

**Калит сўзлар:** Туғруқдан кейинги эндометрит, профилактика, гинекология, аёллардаги яллигланиши касалликлари.

**Введение.** Частота развития послеродового эндометрита варьирует от 1-3% после естественных родов до 5-15% после кесарева сечения, достигая 27% при наличии дополнительных факторов риска [1]. В развивающихся странах эти показатели могут быть значительно выше в связи с недостаточным уровнем медицинской помощи и несоблюдением принципов асептики и антисептики. Экономические потери, связанные с послеродовыми инфекционными осложнениями, включают увеличение длительности госпитализации в среднем на 3-5 дней, повышение стоимости лечения в 2-3 раза, а также долгосрочные последствия в виде нарушения репродуктивной функции [4]. Социальная значимость проблемы определяется влиянием на качество жизни женщин репродуктивного возраста и их семей.

Современная концепция профилактики послеродового эндометрита основывается на комплексном подходе, включающем мероприятия на всех этапах оказания акушерской помощи: антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах. Доказательная медицина предоставила убедитель-

ные данные об эффективности различных профилактических мер, что позволило сформулировать четкие клинические рекомендации и протоколы ведения пациенток [2].

Скрининг беременных на инфекции, передающиеся половым путем - система обязательных диагностических мероприятий, направленных на выявление и предотвращение передачи инфекционных агентов от матери к плоду в период беременности и родов. Скрининговое обследование основано на двухэтапной диагностической программе с использованием различных лабораторных методов для выявления бактериальных, вирусных и паразитарных инфекций. Роль патогенных факторов выполняют микроорганизмы различных групп: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactiae*, возбудители сифилиса, ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, контактирующие с урогенитальным трактом беременной различными путями - через половые контакты, гематогенно или восходящим путем из нижних отделов репродуктивного тракта[3].

Типичные диагностические мероприятия: первое обследование в I триместре беременности включает бактериоскопию влагалищного отделяемого для оценки микробиоценоза, определение рН влагалищного содержимого как показателя состояния вагинальной среды, ПЦР-диагностику *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* для выявления внутриклеточных патогенов, серологические исследования на маркеры сифилиса, ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С [4]. Беременные направляются на повторное обследование в III триместре (35-37 недель), включающее культуральное исследование на стрептококк группы В, контроль эффективности санации выявленных ранее инфекций, комплексную оценку биоценоза влагалища. Особое внимание уделяется стрептококку группы В (*Streptococcus agalactiae*) как ведущему возбудителю неонатального сепсиса и материнских послеродовых осложнений, скрининг на который показан всем беременным в сроке 35-37 недель с последующей интранатальной антибиотикопрофилактикой при положительных результатах [5]. Современные рекомендации предусматривают обязательное двухэтапное обследование всех беременных независимо от наличия клинических проявлений и факторов риска. В I триместре выполняется комплексная первичная диагностика с использованием микроскопических, молекулярно-биологических и серологических методов для раннего выявления инфекционных агентов и своевременной санации[6]. В III триместре проводится целенаправленное обследование на стрептококк группы В согласно рекомендациям CDC (2019), поскольку данный микроорганизм является основной причиной тяжелых неонатальных инфекций и материнской заболеваемости в послеродовом периоде. При положительных результатах скрининга назначается соответствующая этиотропная терапия с контролем излеченности, а при выявлении стрептококка группы В - интранатальная антибиотикопрофилактика для предотвращения вертикальной передачи инфекции. Оценка рН влагалищного содержимого и состояния биоценоза влагалища позволяет диагностировать дисбиотические состояния, предрасполагающие к восходящему инфицированию и преждевременным родам. Серологические маркеры вирусных инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С) обеспечивают раннее выявление материнских инфекций для проведения специфической профилактики вертикальной передачи и планирования тактики родоразрешения[7].

Профилактика инфекционных осложнений в акушерстве - комплекс медицинских мероприятий, направленных на предотвращение развития инфекционно-воспалительных процессов у матери и плода в антенатальном, интранатальном и послеродовом периодах[8]. Профилактическая программа основана на коррекции факторов риска, соблюдении принципов асептики и антисептики, рациональной антибиотикопрофилактике. Роль этиологических факторов выполняют различные микроорганизмы: стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*), анаэробная и аэробная условно-патогенная флора, контактирующие с организмом беременной через урогенитальный тракт, дыхательные пути, поврежденные кожные покровы. Основными путями реализации профилактических мероприятий являются: коррекция экстрагенитальной патологии, нормализация биоценоза влагалища, иммунопрофилактика, соблюдение асептических правил в родах, активное ведение родовой деятельности, селективная антибиотикопрофилактика[9].

Типичные профилактические мероприятия: коррекция экстрагенитальной патологии включает достижение целевых показателей гликемии при сахарном диабете ( $HbA1c < 6,5\%$ ), что снижает риск инфекционных осложнений на 40-50%, коррекцию дефицита железа до показателей  $Hb > 110$  г/л в III триместре для уменьшения частоты послеродовых инфекций на 25-30%, нормализацию массы тела на прегравидарном этапе или контроль прибавки веса во время беременности. При бактериальном вагинозе, выявляемом у 15-20% беременных и увеличивающем риск послеродового эндометрита в 2-3 раза, применяется местная терапия клиндамицином 2% крем интравагинально 7 дней, системная терапия метронидазолом 500 мг 2 раза в день 7 дней во II-III триместрах, пробиотики с лактобациллами для восстановления биоценоза. Вакцинация против гриппа и коклюша снижает частоту инфекционных осложнений на 15-20% [10]. Интранатальная профилактика предусматривает обработку рук мед-

персонала по протоколу ВОЗ, использование стерильных материалов, ограничение влажных исследований до 5 осмотров за роды с интервалом не менее 4 часов, активное ведение родов с оптимизацией их продолжительности[11]. Стандартные меры предосторожности включают использование стерильных перчаток при всех манипуляциях, обработку операционного поля антисептиками широкого спектра действия, применение стерильных инструментов. В первом периоде родов контролируется темп раскрытия шейки матки (не менее 1 см/час у первородящих), проводится своевременная амниотомия, адекватное обезболивание; во втором периоде активные потуги ограничиваются 3 часами у первородящих с своевременным применением оперативных пособий; третий период ведется активно с утеротониками и контролируемой тракцией пуповины. Антибиотикопрофилактика показана при всех случаях кесарева сечения, наложении акушерских щипцов, ручном отделении плаценты, разрывах промежности III-IV степени. Препараты первой линии: цефазолин 2 г в/в однократно за 30-60 минут до разреза, цефуросим 1,5 г при аллергии на пенициллин[12]. При высоком риске анаэробной инфекции применяется цефазолин 2 г + метронидазол 500 мг в/в, амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в. При аллергии на  $\beta$ -лактамы: клиндамицин 900 мг + гентамицин 5 мг/кг в/в, ванкомицин 1 г в/в при MRSA в анамнезе. У большинства пациенток антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении снижает риск эндометрита на 60-70% и раневой инфекции на 40-50%. Интранатальная профилактика стрептококка группы В включает пенициллин G 5 млн ЕД в/в, затем 2,5-3 млн ЕД каждые 4 часа, ампициллин 2 г в/в, затем 1 г каждые 4 часа, при аллергии - цефазолин 2 г в/в, затем 1 г каждые 8 часов. Показания: положительный скрининг на GBS в 35-37 недель, бактериурия GBS во время беременности, предшествующее рождение ребенка с инвазивной GBS-инфекцией[13].

Постнатальная профилактика инфекционных осложнений - система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение развития инфекционно-воспалительных процессов у родильниц в послеродовом периоде. Постнатальная профилактика основана на раннем выявлении факторов риска и своевременном проведении корректирующих мероприятий для предупреждения восходящего инфицирования и генерализации воспалительного процесса. Роль патогенетических механизмов выполняют нарушение инволютивных процессов матки, задержка лохиальных выделений, снижение местного иммунитета, контактирующие с организмом родильницы через открытую раневую поверхность матки, травмированные родовые пути, лактационные трещины. Профилактические мероприятия реализуются путем немедикаментозных методов, селективной медикаментозной терапии, физиотерапевтических воздействий в зависимости от выявленных факторов риска[14].

Типичные профилактические мероприятия: раннее выявление клинических признаков риска включает контроль субинволюции матки (дно выше нормы на 2 см и более), мониторинг характера лохий на предмет гнойных, зловонных выделений, оценку болезненности матки при пальпации, термометрию для выявления повышения температуры  $>38^{\circ}\text{C}$ . Родильницам назначаются немедикаментозные мероприятия: ранняя активизация с подъемом через 6-12 часов после родов для улучшения кровообращения и оттока лохий, стимуляция грудного вскармливания для выработки окситоцина и сокращения матки, соблюдение личной гигиены с регулярной сменой прокладок и подмыванием антисептическими растворами, положение на животе для оттока лохий и сокращения матки. Медикаментозная профилактика при субинволюции предусматривает назначение утеротоников: окситоцин 5 ЕД в/м 2-3 раза в день, метилэргометрин 0,2 мг в/м 2 раза в день при отсутствии гипертензии. В группах высокого риска проводится антибиотикопрофилактика: амоксициллин/клавуланат 625 мг перорально 3 раза в день 5 дней, цефалексин 500 мг перорально 4 раза в день 5 дней. Наблюдается контроль лабораторных маркеров воспаления, включающий мониторинг лейкоцитоза  $>15 \times 10^9/\text{л}$  с палочкоядерным сдвигом, повышения С-реактивного белка  $>10$  мг/л, увеличения прокальцитонина  $>0,25$  нг/мл как ранних индикаторов инфекционного процесса. У большинства родильниц применяются современные физиотерапевтические методы: низкочастотная магнитотерапия для улучшения микроциркуляции и противовоспалительного эффекта, УВЧ-терапия в слабодозовых дозах для стимуляции репаративных процессов, лазерная терапия с бактерицидным и иммуномодулирующим действием[15].

Динамическое наблюдение включает ежедневную пальпацию матки для оценки инволютивных процессов, контроль количества и характера лохиальных выделений, измерение температуры тела каждые 4 часа в первые сутки, затем 2 раза в день. При выявлении факторов риска проводится целенаправленное обследование с бактериологическим исследованием лохий, УЗИ органов малого таза для исключения задержки частей последа и оценки инволюции матки, общим анализом крови и мочи. В случае развития клинических признаков инфекционных осложнений назначается этиотропная антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителей, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия, при тяжелых формах - госпитализация в стационар второго этапа.

Профилактика инфекционных осложнений в особых клинических ситуациях - специализированная система лечебно-профилактических мероприятий, адаптированная для беременных и рожениц с повышенным риском развития инфекционно-воспалительных процессов вследствие наличияотягощающих акушерских и соматических факторов. Профилактическая программа основана на модификации стандартных протоколов с учетом специфических патофизиологических механизмов, характерных для каждой клинической ситуации. Роль предрасполагающих факторов выполняют: перерастяжение матки при многоплодии, внутриамниотическая инфекция при преждевременных родах, метаболические нарушения при ожирении, контактирующие с организмом беременной через различные пути реализации патологического процесса. Специфические подходы включают модификацию антибиотикопрофилактики, пролонгированное применение утеротоников, расширенное послеоперационное наблюдение в зависимости от клинической ситуации.

Типичные профилактические стратегии: при многоплодной беременности, увеличивающей риск послеродового эндометрита в 2-3 раза, применяется обязательная антибиотикопрофилактика при любом способе родоразрешения, пролонгированное введение утеротоников для компенсации нарушенной сократительной способности перерастянутой матки, более длительное стационарное наблюдение с мониторингом инволютивных процессов. При преждевременных родах, ассоциированных с высокой частотой внутриамниотической инфекции, проводится профилактическое назначение антибиотиков при преждевременном разрыве плодных оболочек, токолитическая терапия под прикрытием антибактериальных препаратов, профилактика респираторного дистресс-синдрома плода кортикостероидами. У пациенток с ожирением (ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup>), имеющих в 3-4 раза повышенный риск инфекционных осложнений, модифицируется антибиотикопрофилактика: увеличение дозы антибиотика на 50% при ИМТ >35 кг/м<sup>2</sup>, повторное введение при длительности операции >3 часов, расширение спектра профилактики с добавлением анаэробного компонента.

Нами наблюдается комплексная оценка специфических факторов риска для каждой клинической ситуации с соответствующей коррекцией профилактических мероприятий. При многоплодной беременности контролируется степень перерастяжения матки, оценивается сократительная способность миометрия, мониторируется кровопотеря с учетом более частого применения кесарева сечения и повышенного риска кровотечений. У пациенток с преждевременными родами проводится диагностика внутриамниотической инфекции с исследованием околоплодных вод, назначается специфическая антибактериальная терапия с учетом наиболее вероятных возбудителей, осуществляется профилактика респираторных нарушений у недоношенных новорожденных. В группе беременных с ожирением учитывается нарушение фармакокинетики антибиотиков вследствие увеличенного объема распределения, повышенный риск анаэробной инфекции из-за нарушения тканевой перфузии, более высокая частота оперативных вмешательств и раневых осложнений. У большинства пациенток с особыми клиническими ситуациями требуется индивидуализация сроков и объема профилактических мероприятий, более тщательное послеоперационное наблюдение с расширенным лабораторным контролем, включающим мониторинг показателей системного воспалительного ответа, коагулограммы, функции почек и печени. Дополнительные мероприятия включают коррекцию сопутствующих нарушений (анемии, гипопротеинемии, иммунодефицитных состояний), оптимизацию нутритивного статуса, применение иммуномодулирующей терапии по показаниям.

**Выводы:** Профилактика послеродового эндометрита представляет собой многокомпонентную систему мероприятий, реализуемых на всех этапах оказания акушерской помощи. Современные подходы, основанные на принципах доказательной медицины, позволяют значительно снизить частоту данного осложнения и улучшить материнские исходы. Дальнейшее развитие профилактических стратегий связано с внедрением персонализированной медицины, использованием новых биомаркеров риска, разработкой эффективных пробиотических препаратов и совершенствованием организационных аспектов оказания помощи. Успешная реализация программ профилактики послеродового эндометрита требует системного подхода на уровне организации здравоохранения, включающего разработку клинических протоколов, обучение медицинского персонала, обеспечение качественными лекарственными препаратами и создание эффективной системы мониторинга качества медицинской помощи.

#### Список литературы:

1. Say L., Chou D., Gemmill A. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // *Lancet*. 2014. Vol. 384, No. 9947. P. 323-333.
2. Dalton E., Castillo E. Post partum infections: A review for the non-OBGYN // *Obstet Med*. 2014. Vol. 7, No. 3. P. 98-102.
3. Mackeen A.D., Packard R.E., Ota E., Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis // *Cochrane Database Syst Rev*. 2015. Vol. 2. CD001067.
4. Wloch C., Wilson J., Lamagni T. et al. Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: results from a multicentre cohort study // *BJOG*. 2012. Vol. 119, No. 11. P. 1324-1333.
5. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery // *Obstet Gynecol*. 2018. Vol. 132, No. 3. P. e103-e119.
6. Haas D.M., Morgan S., Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections // *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. Vol. 4. CD007892.
7. Verani J.R., McGee L., Schrag S.J. Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010 // *MMWR Recomm Rep*. 2010. Vol. 59, No. RR-10. P. 1-36.
8. Yogev Y., Xenakis E.M., Langer O. The association between preeclampsia and the severity of gestational diabetes: the impact of glycemic control // *Am J Obstet Gynecol*. 2004. Vol. 191, No. 5. P. 1655-1660.
9. Zaman K., Roy E., Arifeen S.E. et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants // *N Engl J Med*. 2008. Vol. 359, No. 15. P. 1555-1564.
10. Smaill F.M., Grivell R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section // *Cochrane Database Syst Rev*. 2014. Vol. 10. CD007482.
11. Husain S., Allotey J., Drymoussi Z. et al. Effects of oral probiotic supplements on vaginal microbiota during pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial with microbiome analysis // *BJOG*. 2020. Vol. 127, No. 2. P. 275-284.
12. Tita A.T., Hauth J.C., Grimes A. et al. Decreasing incidence of postcesarean endometritis with extended-spectrum antibiotic prophylaxis // *Obstet Gynecol*. 2008. Vol. 111, No. 1. P. 51-56.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and treatment of infection in obstetrics and gynaecology. Green-top Guideline No. 62. London: RCOG, 2019.
14. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: WHO Press, 2015.
15. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации «Нормальные роды». М.: РОАГ, 2020. 72 с.

**Для цитирования:** Джурабекова С.Т. Современные взгляды на профилактику послеродового эндометрита // *Вестник фундаментальной и клинической медицины*. – 2026. – № 2(22). – С. 219–223. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18629212>