



УДК: 618.396

doi: 10.52888/0514-2515-2026-369-2-102-108

Акушерство и гинекология

Obstetrics and Gynecology

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Ф.Х. Хамидова, Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан-Ходжаева

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить особенности клинико-социально-анамнестической характеристики женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) в зависимости от срока родоразрешения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 125 историй родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек. Обследованные женщины разделены на две группы – женщины с ДРПО, родившие в срок (СР) – 61 женщина и с ДРПО, родившие преждевременно (ПР) – 64 женщины. Все женщины прошли полное клинико-лабораторное и акушерское обследование, включая сбор анамнеза, общий осмотр, определение индекса массы тела (ИМТ), диагностику экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности. Статистическая обработка включала параметрические и непараметрические методы статистики.

Результаты: выявлено статистически значимое повышение частоты синдрома задержки роста плода (СЗРП), индуцированных родов у женщин с ДРПО, родивших преждевременно по сравнению с соответствующими показателями женщин с ДРПО, родивших в срок. Перинатальные исходы ПР женщин с ДРПО характеризовались высокой частотой асфиксии новорожденных (31,3% и 4,9%, $p < 0,001$). Случаи перинатальной смертности зарегистрированы в 5 (7,8%) случаях при ПР среди новорожденных матерей с ДРПО и преждевременными родами.

Заключение: таким образом, преждевременные роды у женщин с ДРПО следует рассматривать как состояние высокого перинатального риска, требующее раннего прогнозирования, стратификации, мониторинга и оптимизации тактики ведения беременности и родов.

Ключевые слова: дородовый разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, социальные характеристики, анамнестические характеристики, медицинские характеристики.

Контактное лицо: Хамидова Фарিদабону Хуршедовна; E-mail: farida.06.01.99@icloud.com; тел.: +992717031001

Для цитирования: Хамидова Ф.Х., Давлатзода Г.К., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Акушерские и перинатальные исходы у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек в зависимости от срока родоразрешения. Журнал Здоровоохранение Таджикистана. 2026;369(2):102-108. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-369-2-102-108>

OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES ACCORDING TO THE TIMING OF DELIVERY

F.Kh. Khamidova, G.K. Davlatzoda, F.R. Ishan-Khojaeva

SI Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: To evaluate the clinical, social, and medical history characteristics of women with premature rupture of membranes (PROM) according to the gestational age at delivery.

Material and Methods: A retrospective analysis of 125 delivery records of women with premature rupture of membranes was conducted. The patients were divided into two groups: women with PROM who delivered at term (61 women), and women with PROM who delivered prematurely (64 women). All women underwent a full clinical, laboratory, and obstetric examination, including taking a medical history, physical examination, measurement of body mass index (BMI), identification of non-obstetric comorbidities, and pregnancy complications. Statistical analysis included parametric and non-parametric methods.

Results: A statistically significant increase in the incidence of fetal growth restriction (FGR) and induced labor was noted in women with PROM who delivered prematurely compared to women with PROM who delivered at term. Perinatal

outcomes of preterm delivery in women with PROM were characterized by a high frequency of neonatal asphyxia (31.3% vs. 4.9%, $p < 0.001$). Perinatal mortality was recorded in 5 instances (7.8%) among newborns of mothers with PROM and preterm labor.

Conclusion: Preterm delivery in women with PROM should be considered a condition of high perinatal risk, requiring early prediction, stratification, monitoring, and optimization of pregnancy and labor management.

Keywords: premature rupture of membranes, preterm labor, social, anamnesis, medical characteristics.

Corresponding author: Faridabonu Khurshedovna Khamidova; E-mail: farida.06.01.99@icloud.com; tel.: +992717031001

For citation: Khamidova F.Kh., Davlatzoda G.K., Ishan-Khojaeva F.R. Obstetric and perinatal outcomes in women with premature rupture of membranes according to the timing of delivery. Journal Healthcare of Tajikistan. 2026;369(2):102-108. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-369-2-102-108>

ОҚИБАТҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПЕРИНАТАЛӢ ҲАНГОМИ ЗАНҲОИ ГИРИФТОР БА ТАРҚИШИ ТОТАВАЛЛУДИИ ҶАНИНПАРДА ВОБАСТА БА МУҲЛАТИ ЗОИМОНӢ

Ф.Х. Ҳамидова, Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан-Хоҷаева

МД «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҷқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатология», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мақсад: омӯзиши хусусиятҳои тавсифи клиникӣ-ичтимоӣ-анамнези занҳои мубтало ба тарқиши тотаваллудии ҷанинпарда (ТТҶП) вобаста ба муҳлати зоимонӣ.

Мавод ва усулҳо: таҳлили ретроспективи 125 таърихи зоимонии занҳои гирифтор ба тарқиши тотаваллудии ҷанинпарда ба амал оварда шуд. Занҳои муоинашударо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: занҳои гирифтор ба ТТҶП, ки дар муҳлати муқаррарӣ таваллуд кардаанд (ТМ) – 61 нафар ва мубтало ба ТТҶП, ки пеш аз муҳлат таваллуд (ТПМ) кардаанд, 64 зан. Тамоми занҳо пурра аз муоинаи клиникӣ-лабораторӣ ва акушерӣ гузаштанд, бар шумули ҷамъовари анамнез, муоинаи умумӣ, муайян кардани шохиси вазни бадан (ШВБ), ташхиси бемориҳои хориҷимаҳбали ва оризаҳои беморӣ. Коркарди омӯри усулҳои параметрӣ ва ғайрпараметрии омориро дар бар мегирифт.

Натиҷаҳо: болоравии аз ҷиҳати омори муҳимми басомади синдроми ба таъхир афтодани афзоиши ҷанин (СТАЧ), индустсияшудаи таваллуд дар мавриди занҳои гирифтор ба ТТҶП, ки пеш аз муҳлат таваллуд кардаанд, қиёсан ба нишондиҳандаҳои занҳои дахлдори гирифтор ба ТТҶП, ки дар муҳлати муқаррарӣ таваллуд кардаанд, ошкор карда шуд. Оқибатҳои перинаталии ТПМ-и занҳои гирифтор ба ТТҶП бо басомади асфиксияи навзодон тавсиф меёбад (31,3% ва 4,9%, $p < 0,001$). Ҳодисаҳои фавти перинаталӣ, ҳангоми ТПМ дар байни модарони навзоди гирифтор ба ТТҶП ва таваллудҳои пешазмуҳлат, зимни 5 (7,8%) зан ба қайд гирифта шуданд.

Ҳулоса: ҳамин тавр, таваллудҳои пешазмуҳлат ҳангоми занҳои гирифтор ба ТТҶП-ро ҳамчун ҳолати хатари дараҷаи баланди перинаталие баррасӣ кардан лозим аст, ки пешгӯии барвақтӣ, стратификация, мониторинг ва оптимизатсияи тактикаи мураккаби ҳомилагӣ ва таваллудро талаб мекунад.

Калимаҳои калидӣ: тарқиши тотаваллудии ҷанинпарда, таваллудҳои пешазмуҳлат, иҷтимоӣ, анамнез, хусусиятҳои тиббӣ.

Актуальность: Дородовой разрыв плодных оболочек (ДРПО) — это излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности, которое может произойти как в доношенный, так и в недоношенный период беременности и существенно влияет на акушерские и перинатальные исходы. Диагностика и ведение ДРПО на разных сроках гестации остаются одной из актуальных проблем клинической перинатологии, поскольку разрыв оболочек открывает путь для воспалительных осложнений, включая хориоамнионита, а также ассоциирован с повышенными рисками преждевременных родов, инфекционных осложнений у матери и новорождённого, дыхательной недостаточности и длительной перинатальной госпитализации [1].

Срок родов при ДРПО является важным предиктором перинатального риска: родоразрешение в более ранние сроки часто сопровождается повышенным риском инфекционных осложнений, дистрессом плода, необходимостью в интенсивной терапии новорождённых и увеличенной частотой кесаревых сечений. При преждевременном ДРПО до viability (<26-28 недель) показатели выживаемости новорождённых заметно улучшаются при более длинном латентном периоде между разрывом оболочек и родами [2].

Несмотря на значительный объём литературы, данные о влиянии точного срока родов на исходы остаются неоднозначными. Срок родов при ДРПО определяет не только неонатальные исходы, но и

материнские риски, такие как внутри амниотическая инфекция и повышенная частота хирургических вмешательств, что особенно актуально при индукции родов динопростом [3]. Ранний неонатальный сепсис, ассоциированный с ДРПО, также остается серьезным фактором риска развития пери-интравентрикулярных кровоизлияний у недоношенных детей [4].

Результаты недавних крупных исследований подтверждают, что исходы ДРПО существенно различаются в зависимости от гестационного возраста при разрыве оболочек и родов, что требует индивидуального подхода к ведению таких беременных [5]. Выживаемость новорожденных улучшается с увеличением гестационного возраста при ДРПО и возрастает более чем на 33%, если разрыв возникает после 24 недель беременности [6]. При этом показатели заболеваемости и смертности остаются крайне высокими у младенцев, родившихся после разрыва оболочек до достижения жизнеспособности (ниже 23 недель) [7, 8].

Индивидуальный подход к ведению ДРПО может продлить беременность и снизить частоту преждевременных родов на сроке менее 32 недель без увеличения частоты гистологического хориоамнионита и инфекционной заболеваемости [9]. Длительный интервал между разрывом оболочек, лихорадкой (> 24 ч) и уровень лейкоцитов у матери $\geq 11 \times 10^9/\text{л}$ являются ключевыми прогностическими факторами необходимости вмешательства [10]. Как гистологические, так и клинические признаки хориоамнионита тесно связаны с риском сепсиса у матери и новорожденного, а также неблагоприятными исходами у детей с экстремально низкой

массой тела [11, 12]. Таким образом, изучение исходов ДРПО с учётом срока родов является актуальной задачей для оптимизации перинатальной помощи.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-социально-анамнестической характеристики женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) в зависимости от срока родов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 125 историй родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек. Обследованные женщины разделены на две группы – женщины с ДРПО и СР (n=61) и с ДРПО и ПР (n=64). Все женщины прошли полное клинико-лабораторное и акушерское обследование, включая сбор анамнеза, общий осмотр, определение индекса массы тела (ИМТ), диагностику экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, лабораторные методы исследования. Статистическая обработка включала вычисление средних показателей и объемных долей (%) и проведена с использованием параметрических и непараметрических методов статистики. Сравнение совокупностей по качественным признакам проводили, анализируя четырехпольные таблицы с использованием критерия хи-квадрат, при малых ожидаемых величинах исходов – критерий Фишера. Статистически значимыми различиями считали при $p < 0,05$.

Результаты. Социальные и анамнестические характеристики обследованных женщин представлены в таблице 1.

Сравнительный анализ социальных характеристик между группами обследованных женщин не выявил статистически значимых различий

Таблица / Table 1

Распределение женщин с ДРПО по социальным и анамнестическим характеристикам
Socio-demographic and obstetric characteristics of the studied women

Показатель / характеристика Parameter / Characteristic	ПР (n = 64) PROM group (n = 64)	СР (n = 61) Term labor group (n = 61)	P p-value
Жительницы города Urban residents	27(42,2%)	30(49,2%)	0,366
Жительницы села / Rural residents	37 (57,8%)	31(50,8%)	
Домохозяйки / Housewives	52(81,3%)	51(83,6%)	0,816
Работающие / Employed	12(18,7%)	10(16,4%)	
Первородящие / Nulliparous	25(39,1%)	30(49,2%)	0,53
Повторнородящие / Multiparous	28(43,8%)	23(37,7%)	
МногOROЖавшие / Grand multiparous	11(17,2%)	8(13,1%)	

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимые различия, подсчитанные по Йетсу; при ожидаемых малых частотах - по критерию Фишера*.

Note: $p < 0.05$ indicates statistically significant differences calculated using Yates's correction; for small expected frequencies, Fisher's exact test* was used.

удельного веса женщин в зависимости от места проживания, социального статуса и паритета. Таким образом, группы оказались сопоставимы по социальным признакам и акушерскому анамнезу.

Анализ частоты ЭГЗ в группах обследованных женщин показал, что частота женщин с аппендэктомией в анамнезе была статистически значимо выше в основной группе (15,6% (10 случаев)) по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 3,3% (2 случая). Высокая частота встречаемости в обеих группах отмечена для анемии (53,1% и 36,1%), заболеваний почек (34,4% и 21,3%) и ожирении (23,4% и 31,1%). Реже встречались йододефицитные состояния и хроническая гипертензия как в группе женщин с ПР, так и в группе женщин со срочными родами.

Наиболее частым осложнением беременности в обеих группах оказался ранний токсикоз, частота которого в группе ПР составила 68,8%, а в груп-

пе СР – 78,7%. Такие осложнения, как эпизоды угрозы прерывания беременности и преэклампсия, встречались практически с одинаковой частотой и не имели статистически достоверных различий ($p > 0,05$). Нарушения плацентарного кровотока в группе женщин с ПР были диагностированы чаще в группе женщин с преждевременными родами чем у женщин со срочными родами (23,4% и 13,1%), однако различия не достигло уровня статистической значимости ($p > 0,05$). Единственным осложнением, который был статистически значимо выше ($p < 0,05$) в группе женщин с ПР (17,2%) по сравнению с соответствующим показателем в группе женщин со срочными родами (4,9%) был синдром задержки роста плода СЗРП ($p < 0,05$). Наличие СЗРП у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек статистически значимо повышает риск развития преждевременных

Таблица / Table 2

Частота ЭГЗ женщин обследованных групп женщин.
Frequency of extragenital diseases in the studied groups

Группа Показатель Parameter	ПР n=64 PROM group (n = 64)	СР n=61 Term labor group (n = 61)	P p-value
Ожирение I ст. - Obesity Class I	15(23,4%)	19(31,1%)	0,333
Аппендэктомия Appendectomy	10(15,6%)	2(3,3%)	0,033*
Заболевания почек / Kidney diseases	22(34,3%)	13(21,3%)	0,135
Хроническая гипертензия / Chronic hypertension	4(6,3%)	3(4,9%)	1,000*
Анемия / Anemia	34(53,1%)	22(36,1%)	0,076
ЙДС / Iodine deficiency disorders (IDD)	5(7,8%)	3(4,9%)	0,718*

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимые различия, подсчитанные по Йетсу; при малых частотах - по критерию Фишера*.

Note: $p < 0.05$ indicates statistically significant differences calculated using Yates's correction; for small frequencies, Fisher's exact test* was used.

Таблица / Table 3

Осложнения беременности у обследованных групп женщин.
Pregnancy complications in the studied groups

Срок родов Характеристика Characteristic	ПР n=64 PROM group (n= 64)	СР n = 61 Term labor group (n = 61)	P (Фишер) p-value (Fisher)
Преэклампсия / Preeclampsia	4(6,25%)	4(6,56%)	$>0,05$
Эпизоды угрозы прерывания беременности Episodes of threatened miscarriage	15(23,4%)	12(19,7%)	$>0,05^*$
Токсикоз / Gestational toxicosis	44(68,8%)	48(78,7%)	$>0,05^*$
Нарушения плацентарного кровотока Placental blood flow disorders	15(23,4%)	8(13,1%)	$>0,05$
СЗРП / Fetal growth restriction (FGR)	11(17,2%)	3(4,9%)	$<0,05$

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимые различия по критерию Фишера, * - статистически значимые различия по хи-квадрат.

Note: $p < 0.05$ indicates statistically significant differences calculated by Fisher's exact test; * - statistically significant differences calculated by the Chi-square (χ^2) test.

Таблица / Table 4

Акушерские исходы у обследованных групп женщин / Obstetric outcomes in the studied groups

Срок родов Характеристика Outcome	ПР n=64 PROM group (n = 64)	СР n = 61 Term labor group (n = 61)	OR (95%ДИ) OR (95% CI)	P P-value
Индукция родов / Induction of labor	29(45,3%)	17(27,9%)	1,89(0,89-4,00)	0,044
Самопроизвольные роды / Spontaneous vaginal delivery	31(48,4%)	43(70,5%)	0,42(0,21-0,87)	0,028*
Кесарево сечение / Cesarean section	4(6,3%)	1(1,6%)	3,93(0,43-36,0)	0,366*
Вакуум-экстракция плода / Vacuum-assisted delivery	1(1,6%)	1(1,6%)	0,95(0,06-15,6)	1,000*
Травмы родовых путей / Birth canal trauma	11(17,2%)	17(27,9%)	0,54(0,23-1,26)	0,201*
Дистресс плода / Fetal distress	2(3,1%)	1(1,6%)	1,94(0,17-22,0)	1,000*

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимые различия по хи-квадрат, * - по критерию Фишера. OR (95% CI) - отношение шансов (95% доверительный интервал)

Note: $p < 0.05$ indicates statistically significant differences calculated by the Chi-square test; * - calculated by Fisher's exact test. OR (95% CI) — Odds Ratio (95% Confidence Interval).

Таблица / Table 5

Перинатальные исходы беременных с ДРПО в зависимости от срока родов.
Perinatal outcomes in pregnant women with PROM depending on the timing of delivery

Группа показатель Outcome	ПР n=64 PROM group (n = 64)	СР n = 61 Term labor group (n = 61)	P (Фишер) p-value (Fisher)	OR (95%ДИ) OR (95% CI)
Асфиксия при рождении / Birth asphyxia	20(31,3%)	3(4,9%)	<0,001	8,79 (2,45-31,5)
Асфиксия 4 – 6 баллов / Apgar score 4-6 (Moderate asphyxia)	19 (29,7%)	3(4,9%)	<0,001	8,17(2,27-29,4)
Асфиксия 1-4 балла / Apgar score 1-3 (Severe asphyxia)	1(1,6%)	0 (0%)		
Перинатальная смертность / Perinatal mortality	5 (7,8%)	0 (0%)		
Аntenатальная смертность / Antenatal mortality	5 (7,8%)	0 (0%)		

Примечание: $p < 0,05$ — статистически значимые различия, рассчитанные по точному критерию Фишера. OR (95% CI) — отношение шансов (95% доверительный интервал).

Note: $p < 0.05$ indicates statistically significant differences calculated by Fisher's exact test. OR (95% CI) — Odds Ratio (95% Confidence Interval).

родов, увеличивая его вероятность в четыре раза по сравнению с женщинами, родившими в срок.

При анализе акушерских исходов у женщин с ДРПО в зависимости от срока родов было установлено, что в группе ПР индукция родов проводилась чаще, чем в группе СР – 45,3% и 27,9%, что имело статистически значимые различия ($p = 0,004$). Самопроизвольное начало родовой деятельности в группе ПР встречалось достоверно реже, чем в группе СР: 48,4% и 70,5% ($p = 0,028$). Частота кесарева сечения (6,3 и 1,6%) и вакуум-экстракции плода (1,6% в каждой группе) была невысокой, статистически значимых различий между группами не обнаружено. Травмы родовых путей при своевременных родах встречались чаще (27,9%), чем при преждевременных (17,2%), однако ста-

стистически значимых различий не установлено. Это может быть связано с тем, что доношенные дети имеют более крупные антропометрические показатели. Случаи дистресса плода в обеих группах были единичными и не имели статистической значимости.

Изучение перинатальных исходов у женщин с ДРПО в зависимости от срока родов показало, что у детей, которые родились раньше срока, асфиксия случалась в 6 раз чаще, чем у доношенных детей и этот показатель был статистически значимо больше у новорождённых матерей с ПР ($p < 0,001$). При этом превалировала частота случаев асфиксии легкой степени, что отражает тяжесть адаптационного периода и незрелость функциональных систем у недоношенных детей.

Перинатальная смертность наблюдалась исключительно в основной группе и составила 7,8% (5/64), тогда как в группе сравнения данный исход не зарегистрирован (0/61). Несмотря на клинически значимую межгрупповую разницу, при статистическом анализе получена лишь тенденция к ассоциации с исследуемым фактором (OR=11,37; 95% ДИ 0,61–212,7; $p=0,058$), что, вероятно, обусловлено ограниченным объёмом выборки.

Обсуждение. Анализ медико-социальных характеристик показал, что группы женщин с преждевременными и своевременными родами на фоне дородового разрыва плодных оболочек (ДРПО) статистически однородны. Проведённый анализ показал, что преждевременные роды у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) ассоциированы с достоверным ухудшением как акушерских, так и перинатальных исходов по сравнению с женщинами с ДРПО, родившими в срок. Наличие СЗРП у женщин с ДРПО встречается чаще при преждевременных родах по сравнению с соответствующим показателем женщин с ДРПО и родами в срок. В случаях дородового разрыва плодных оболочек при недоношенном сроке беременности отмечается тенденция к повышению частоты индукции родов, по сравнению с соответствующим показателем в доношенном сроке беременности, так как течение родов при ДРПО в недоношенном сроке характеризуется тенденцией снижения частоты самопроизвольного начала родовой деятельности. Перинатальные исходы при преждевременных родах на фоне ДРПО характеризуются повышением частоты рождения детей в асфиксии легкой степени по сравнению со срочными родами. Одним из ограничений исследования является небольшой объём выборки с малым количеством ожидаемых результатов. Поэтому полученные результаты в отношении случаев перинатальной смертности мы интерпретировали как клинически значимую тенденцию, требующую проверки в более крупных проспективных исследованиях, что планируется учесть в дальнейших наших исследованиях.

Вывод: Полученные данные подтверждают клиническую значимость дородового разрыва плодных оболочек в недоношенном сроке гестации, что требует совершенствования мониторинга и оптимизации тактики ведения таких пациенток.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Шамсиева Д., Рузиева Н. Современные подходы к индукции родов при дородовом разрыве плодных оболочек: эффективность, безопасность, между-

народные рекомендации. Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2025; 5(6 Part 2): 93–98.

2. Shamsieva D., Ruzieva N. Modern approaches to labor induction in prelabor rupture of membranes: efficacy, safety, international recommendations. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. 2025; 5(6 Part 2): 93–98.
3. Forde B, Fresch R, Masters H, et al. Comparison of Pregnancy Outcomes of Previale and Periviale Rupture of Membranes After Laser Photocoagulation for Twin-Twin Transfusion Syndrome. *Obstet Gynecol.* 2022; 140(6): 965-973.
4. Wang X, Zhang X, Liu Y, et al. Effect of premature rupture of membranes on time to delivery and outcomes in full-term pregnancies with vaginal dinoprostone-induced labour. *Arch Gynecol Obstet.* 2020; 301(2): 369-374.
5. Denicol MM, Leotti VB, Soares CRS, Hilgert JB. Early-onset neonatal sepsis as a risk factor for perintra-ventricular hemorrhage in premature infants. *Rev Bras Epidemiol.* 2024; 27: e240013.
6. Ağaoğlu RT, Öztürk Ö, Ulusoy CO, et al. Perinatal outcomes and predictors of neonatal mortality in preterm premature rupture of membranes: a tertiary center experience. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025; 25(1): 585.
7. Seravalli V, Colucci C, Di Cencio C, et al. Latency to delivery and incidence of adverse obstetric and perinatal outcomes in preterm premature rupture of membranes before 32 weeks. *Arch Gynecol Obstet.* 2025; 311(6): 1569-1577.
8. Grill A, Mikula F, Jansen S, et al. Neonatal outcomes following previable rupture of membranes below 23 weeks' gestation. *Eur J Pediatr.* 2025; 184(8): 503.
9. Pendse A, Panchal H, Athalye-Jape G, et al. Neonatal outcomes following previable prelabour rupture of membranes before 23 weeks of gestation - A retrospective cohort study. *J Neonatal Perinatal Med.* 2021; 14(1): 9-19.
10. Ronzoni S, Cobo T, D'Souza R, et al. Individualized treatment of preterm premature rupture of membranes to prolong the latency period, reduce the rate of preterm birth, and improve neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2022; 227(2): 296.e1-296.e18.
11. Lin N, Shi Y, Xia Y, et al. Risk Factors for Histologic Chorioamnionitis Among Women with Prenatal Fever During Preterm Delivery: A Retrospective Cohort Study. *Int J Womens Health.* 2025; 17: 3777-3788.
12. Beck C, Gallagher K, Taylor LA, et al. Chorioamnionitis and Risk for Maternal and Neonatal Sepsis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021; 137(6): 1007-1022.
13. Kim MS, Kim S, Seo Y, et al. Impact of preterm premature rupture of membranes and oligohydramnios on in-hospital outcomes of very-low-birthweight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023; 36(1): 2195523.

Информация об авторах

Хамидова Фаридабону Хуршедовна - аспирант Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан

ORCID ID: 0009-0003-2621-2351

E-mail: farida.06.01.99@icloud.com

Давлатзода Гулчакон Кобилчонова - доктор медицинских наук, доцент, директор Таджикского научно – исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан

ORCID ID: 0009-0005-7045-8310

E-mail: safarovfarid756@gmail.com

Ишан- Ходжаева Фарангис Рустамовна - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник акушерского отдела научно- исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан

ORCID ID: 0000-0002-9211-1124

E-mail: kachyona@mail.ru

Information about the authors

Khamidova Faridabonu Khurshedovna - is a postgraduate student at the Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan

ORCID: 0009-0003-2621-2351

E-mail: farida.06.01.99@icloud.com

Davlatzoda Guljakhon Kobilchonovna - MD, PhD, Associate Professor, Director of the Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan

ORCID: 0009-0005-7045-8310

E-mail: safarovfarid756@gmail.com

Ishan- Khodzhaeva Farangis Rustamovna – Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Obstetrics Department, Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan

ORCID ID: 0000-0002-9211-1124

E-mail: kachyona@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов.

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ВКЛАД АВТОРОВ

Ф.Х. Хамидова - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

Г.К. Давлатзода - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование.

Ф.Р. Ишан – Ходжаева - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование, общая ответственность.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

F.Kh. Khamidova - overall responsibility, statistical data processing, writing the article.

G. K. Davlatzoda – conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article

F.R. Ishan-Khodzhaeva - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article, overall responsibility.

Поступила в редакцию / Received: 18.02.2026

Принята к публикации / Accepted: 25.05.2026