



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

11 (85) 2025

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
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
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. ИСКАНДАРОВА
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz

<http://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.177-07+ 614.2-055

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, СИМПТОМЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.А.Сиддиков¹ e-mail: SiddikovaA@mail.ru
М.Э. Суяркулова¹ e-mail: madhiya12@gmail.com
Г.С. Бабаджанова² e-mail: BabadjanovaG@mail.ru

¹Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья Узбекистан, Ферганская область
город Фергана, улица Янги Турон №2-А Тел: +998 (73) 243-06-62 Email: info@fjsti.uz

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

✓ Резюме

Неразвивающаяся беременность, или замершая — это одно из осложнений гестационного периода, при котором плод прекращает рост и жизнедеятельность на раннем этапе вынашивания. Это состояние требует особого внимания со стороны акушеров-гинекологов, так как может повлечь за собой серьёзные физические и психологические последствия для женщины. В работе раскрываются ключевые причины возникновения данной патологии, включая хромосомные сбои, гормональные отклонения, инфекционные процессы, иммунологические нарушения, соматические заболевания матери и негативное воздействие внешней среды. Подробно описываются клинические проявления неразвивающейся беременности, а также методы её распознавания, в том числе данные ультразвукового обследования и анализов на гормоны беременности. Освещаются меры профилактики, направленные на снижение риска патологии: планирование зачатия, лечение фоновых заболеваний, ведение здорового образа жизни. Также представлены современные подходы к лечению — медикаментозная терапия, выскабливание полости матки, восстановление репродуктивной функции и психологическая помощь.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, невынашивание беременности, анэмбриогения, медикаментозный метод прерывания беременности, вакуум-аспирация, выскабливание полости матки, предгравидарная подготовка.

NON-DEVELOPING PREGNANCY: CAUSES, DIAGNOSIS, SYMPTOMS, PREVENTION, AND TREATMENT

A.A. Siddikov.¹, M.E. Suyarkulova.¹, G.S. Babadjanova²

¹Fergana Medical Institute of Public Health Fergana region, Fergana city, Yangi Turon street No. 2-A Tel: +998 (73) 243-06-62 Email: info@fjsti.uz

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

✓ Resume

Non-developing pregnancy, or frozen pregnancy, is one of the complications of the gestational period, in which the fetus stops growing and functioning at an early stage of gestation. This condition requires special attention from obstetricians and gynecologists, as it can entail serious physical and psychological consequences for a woman. The paper reveals the key causes of this pathology, including chromosomal abnormalities, hormonal abnormalities, infectious processes, immunological disorders, somatic diseases of the mother and negative impact of the external environment. It describes in detail the clinical manifestations of non-developing pregnancy, as well as the methods of its recognition, including ultrasound examination data and tests for pregnancy hormones. It covers preventive measures aimed at reducing the risk of pathology: conception planning, treatment of background diseases, healthy lifestyle. It also presents modern approaches to treatment - drug therapy, curettage of the uterine cavity, restoration of reproductive function and psychological assistance.

Keywords: non-developing pregnancy, miscarriage, anembryogeny, drug method of termination of pregnancy, vacuum aspiration, curettage of the uterine cavity, pregravid preparation.

RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIK: SABABLARI, TASHHISI, BELGILARI, OLDINI OLIH VA DAVOLASH

A.A. Siddikov.¹, M.E.Suyarqulova.¹, G.S.Babadjanova²

¹O‘zbekiston Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Farg‘ona viloyati, Farg‘ona shahri, Yangi Turon ko‘chasi 2-A uy Tel: +998 (73) 243-06-62 Email: info@fjsti.uz

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

✓ Rezyume

Rivojlanmaydigan homiladorlik yoki muzlatilgan homiladorlik homiladorlik davrining asoratlaridan biri bo‘lib, unda homila homiladorlikning dastlabki bosqichida o‘sishi va faoliyatini to‘xtatadi. Bu holat akusher-ginekologlarning alohida e‘tiborini talab qiladi, chunki bu ayol uchun jiddiy jismoniy va psixologik oqibatlariga olib kelishi mumkin. Maqolada ushbu patologiyaning asosiy sabablari, jumladan, xromosoma anomaliyalari, gormonal anomaliyalar, yuqumli jarayonlar, immunologik kasalliklar, onaning somatik kasalliklari va tashqi muhitning salbiy ta‘sirini o‘z ichiga oladi: kontseptsiyani rejalashtirish, fon kasalliklarini davolash, sog‘lom turmush tarzi. Shuningdek, u davolashning zamonaviy yondashuvlarini taqdim etadi - dori terapiyasi, bachadon bo‘shlig‘ini kuretaj qilish, reproduktiv funktsiyani tiklash va psixologik yordam.

Kalit so‘zlar: rivojlanmagan homiladorlik, abort, anembriogeneza, homiladorlikni to‘xtatishning dori usuli, vakuum aspiratsiyasi, bachadon bo‘shlig‘ining kuretaji, pregravid preparati.

Актуальность

Для коррекции возможных нарушений системы гемостаза до прерывания беременности необходимо осуществлять тщательный контроль системы свёртывания крови [4-7]. Анализ крови у женщин с замершей беременностью выявляет увеличение концентрации моноцитов, уменьшение концентрации базофилов и эозинофилов и повышение уровня СОЭ. Оптимальные способы опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности: медикаментозный метод — до 6 недели гестации, вакуум-аспирация — до 12 недели гестации. В нашем исследовании из 155 женщин, поступивших в Ферганский филиал Республиканского специализированного медицинского центра Здоровья матери и ребенка с неразвивающейся беременностью, у 59 (38%) беременность была прервана с помощью вакуум-аспирации полости матки, у 52 женщин (33,5%) был применен медикаментозный метод прерывания неразвивающейся беременности, у 30 (19,5%) женщин беременность прервалась самопроизвольно и не было необходимости в вакуум-аспирации и кюретаже полости матки. И только у 14 (9%) из исследуемых женщин сделан кюретаж полости матки под общим обезболиванием. (Диаграмма-5).

Диаграмма-5 Методы прерывания беременности



Неразвивающаяся беременность независимо от основной причины у подавляющего большинства пациенток сочетается с хроническим эндометритом, после опорожнения полости матки необходимы следующие мероприятия: лечение хронического эндометрита, восстановление структурно-метаболических характеристик эндометрия и тщательная подготовка к следующей беременности. Эндометрит, связанный с внутриматочной гибелью эмбриона, необходимо лечить безотлагательно в течение первых 3 месяцев после потери эмбриона. Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя использование нестероидных противовоспалительных препаратов, коррекцию иммунных нарушений, нормализацию микроциркуляции и метаболических процессов и коррекцию микробиоценоза. Но из числа исследуемых женщин (155), у 56% (86) женщин повторная беременность наступила через 3-6 месяцев после неразвивающейся беременности, т.е. они не предохранялись от беременности и конечно же не успели получить профилактическое лечение и предгравидарную подготовку [8-10]. И конечно же не было времени для обследования с целью узучения причины неразвивающейся беременности.

Профилактика неразвивающейся беременности: Для уменьшения вероятности действия внешних факторов на течение беременности прежде всего профилактику необходимо проводить вне беременности: обследование, которое включает обследование на инфекции передающиеся половым путем; медико-генетическое консультирование с целью выявления групп риска врожденных и наследственных патологий; гормональную терапию при наличии эндокринных причин невынашивания беременности, коррекцию аутоиммунных нарушений, противовоспалительную терапию при инфекционных процессах, медикаментозную коррекцию нарушений свертывающей системы крови и гистероскопию (гистерорезектоскопию) при внутриматочной патологии.

Когда можно планировать новую беременность после выкидыша

Планировать повторную беременность рекомендуется не ранее, чем через 6 месяцев после выскабливания полости матки.

Как правило, в первые дни после выкидыша женщина остается в гинекологическом стационаре под наблюдением врача. После выписки рекомендуется в течение ближайших двух недель посетить своего гинеколога. Врач проведет осмотр и на 7-14 день после выкидыша назначит УЗИ. При ультразвуковом исследовании можно оценить состояние матки и убедиться, что в полости не осталось элементов плодного яйца.

Консультация гинеколога.

Анализ на инфекции. При гинекологическом осмотре врач может взять материал для обзорного мазка и ПЦР-теста на инфекции, передающиеся половым путем: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

При подозрении на хронический эндометрит может быть рекомендовано бактериологическое исследование содержимого полости матки на микроорганизмы, которые часто вызывают воспаление: *Chlamydia trachomatis*, *Enterococcus* spp., *Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp. По показаниям врач может назначить обследование на TORCH-инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус и вирус простого герпеса) [11].

Ультразвуковое исследование органов малого таза

УЗИ делают трансвагинально на 5-7-й день менструального цикла. С помощью ультразвукового исследования можно обнаружить миому, аденомиоз, полип и гиперплазию эндометрия, образования в яичниках и другие патологические процессы в органах малого таза.

Анализ крови на гормоны.

Чтобы выяснить причину неразвивающейся беременности, врач может назначить анализ крови на гормоны: эстрадиол, лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны, пролактин. Анализ нужно сдавать на 2-5-й день менструального цикла. При подозрении на недостаточность лютеиновой фазы необходимо также сдать анализ крови на прогестерон на 21-25-й день цикла (примерно за 7 дней до ожидаемой менструации). На работу репродуктивных органов также влияет состояние щитовидной железы. Поэтому рекомендуется сдать анализ крови на ТТГ. Его снижение говорит о гипертиреозе (избытке гормонов щитовидной железы), а повышение – о гипотиреозе (недостатке гормонов). Если ТТГ не в норме, нужна консультация

эндокринолога. Женщинам с признаками избытка андрогенов рекомендуется также сдать анализ крови на уровень общего тестостерона и 17-гидроксипрогестерона. Об избытке мужских половых гормонов говорит нарушение менструального цикла, избыточный рост волос на лице и теле, угревая сыпь [10,11].

Женщинам с лишним весом и/или синдромом поликистозных яичников рекомендуется определить уровень глюкозы в крови. Нарушения углеводного обмена могут помешать зачать и выносить ребенка.

Оценка свертывающей системы крови.

Этот анализ делают не всем, а только при подозрении на антифосфолипидный синдром. Такие нарушения становятся причиной прерывания беременности (как правило, на сроке после 10 недель), а также преждевременных родов.

Гистероскопия с биопсией эндометрия.

Гистероскопия – это процедура, при которой можно осмотреть полость матки изнутри, выявить различные патологические процессы. Например, во время обследования можно увидеть признаки гиперплазии (избыточного разрастания слизистой оболочки) или эндометрита (воспаления матки). Можно также выявить очаги аденомиоза, полип эндометрия или синехии (спайки) в полости матки. Гистероскопию рекомендуется делать в первую фазу цикла – на 5-10-й день. Первый день цикла – это первый день менструального кровотечения [1].

Консультация генетика.

Генетическая консультация может быть рекомендована при повторном выкидыше, а также в том случае, если в семье уже были случаи рождения детей с генетически обусловленными заболеваниями. Лучший период для наступления следующей беременности после раннего выкидыша — 3-6 месяцев. И мужчина, и женщина обеспечивают будущего ребенка генетическим материалом, поэтому прегравидарная подготовка рекомендована обоим партнерам [12,13].

Нужно ли мужчинам планировать беременность после выкидыша?

Невынашивание беременности может быть связано с уроандрологическими нарушениями и аномалиями эякулята у мужчин. Для планирования успешной беременности мужчинам также назначается прегравидарная подготовка:

- анализ на инфекции, передающиеся половым путем;
- спермограмма — качественное и количественное исследование спермы;
- оценка гормонального статуса;
- дополнительные обследования, в том числе генетические.

Цель исследования: изучить причины неразвивающаяся беременность: причины, диагностика, симптомы, профилактика и лечение.

Материал и методы

Кафедрой акушерства и гинекологии Ферганского медицинского института общественного здоровья проведены исследования у 155 женщин в анамнезе которых были 1, 2 и более раз неразвивающиеся беременности [1]. По возрасту исследуемая группа разделилась следующим образом: 17-19 лет – 22 (14%), 20-29 лет – 57 (37%), 30-35 лет – 47 (30%), 36-48 – 29 (19%). Самый большой процент отмечался в возрастной группе 20-29 лет – 37% и в группе 30-35 лет- 47%. (Диграмма-1) Это самый оптимальный возраст для беременности и родов, но при этом отмечается также высокий процент неразвивающихся беременностей и невынашивания.

Диграмма-1. Распределение неразвивающихся беременностей по возрасту.

Возраст

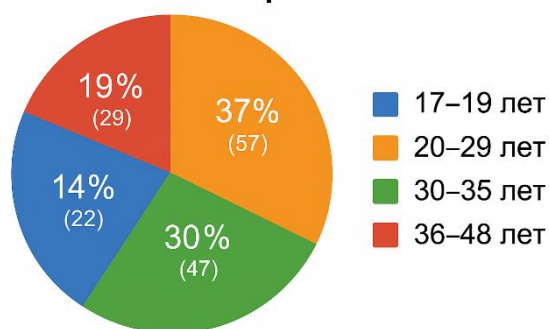
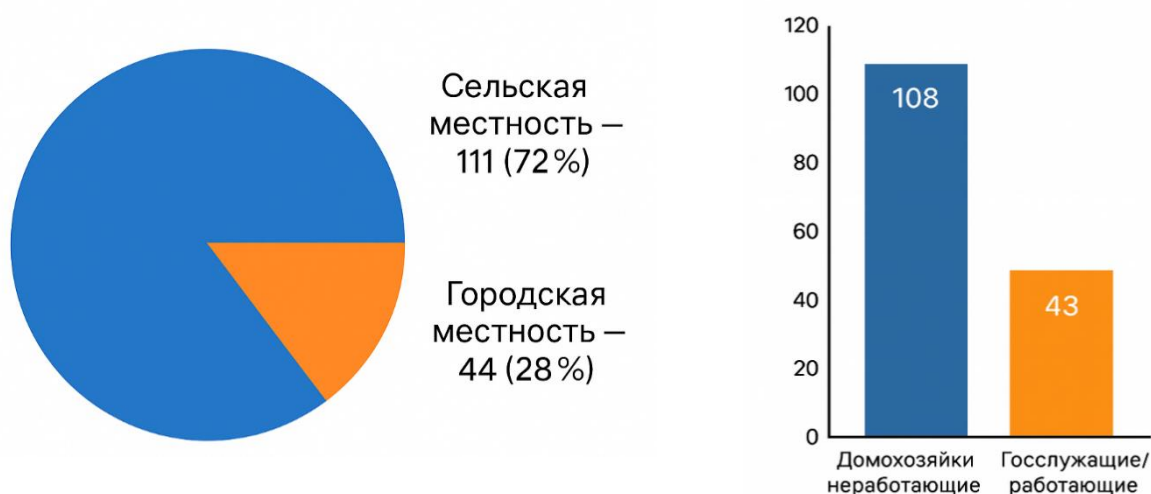


Диаграмма -2 название гаспределение женщин по месту проживания.

По месту проживания женщины родившиеся и проживающие в сельской местности – 111 (72%) более подвержены к осложнениям беременности больше, нежели проживающие в городской местности – 44 (28%). Из 155 женщин 108 (70%) – это домохозяйки или лица, не работающие в каких-либо учреждениях, а 43 женщины (30%) - госслужащие или обеспеченные работой женщины, которые более информированы о своем репродуктивном здоровье и имеют возможность своевременно посещать семейного врача. (Диаграмма-2).

Осложнения беременности Женщины по месту проживания



Результат и обсуждения

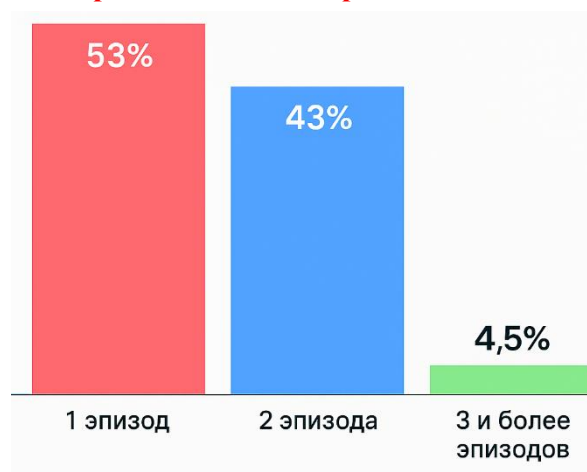
С какими жалобами поступал и женщины при неразвивающейся беременности? Основной жалобой беременных, обратившихся за помощью к семейным врачам, были жалобы на общую слабость – 61 случай (39%), на втором месте – боли в поясничной и надлобковой области – 57 (37%), и кровотечение из половых путей – 37 (24%). До появления кровянистых выделений из половых органов, беременные чувствовали начало болезни в виде общей слабости и болей в поясничной (чаще) и надлобковой областях. Но при этих жалобах со стороны семейного врача чаще всего никаких мер принято не было, в связи с чем беременные были вынуждены обратиться в стационар уже с появившимися кровянистыми выделениями из половых путей. (Диаграмма-3).

Диаграмма-3 Жалобы с которыми поступали беременные:



К основным факторам риска относят поздний репродуктивный возраст матери и большое количество эпизодов невынашивания беременности. Чем больше эпизодов невынашивания беременности было диагностировано у женщины, тем хуже прогноз для последующего зачатия [2,3]. В исследуемой группе – всего 155 женщин, поступивших в Ферганский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Здоровья матери и ребёнка по поводу неразвивающейся беременности – у 82 (53%) неразвивающаяся беременность отмечалась однократно, у 66 (43%) женщин эпизод неразвившейся беременности отмечался дважды, а у 7 женщин (4,5%) – эпизод неразвившейся беременности отмечался 3 и более раз. (Диаграмма-4)

Диаграмма-4 эпизоды неразвивающихся беременностей



В наших исследованиях к факторам риска относят хронические заболевания матери, такие как сахарный диабет (3 – 2%), хронические заболевания почек (4 – 2,6%), вирусные гепатиты (3-2%), заболевания (пороки) сердца (4 – 2,6%), антифосфолипидный синдром – (1 – 0,6%), болезни щитовидной железы (9 – 6%), артериальная гипертензия (5 – 3,2), аллергические заболевания 3 – 2%), конфликт по ABO системе (4 – 2,6%) и по Rh-фактору (6 – 4%). Также определенным факторам риска является нарушения репродуктивного здоровья, низкий или высокий индекс массы тела (низкий индекс – 2 – 1,3%, высокий индекс – у 26 – 16,8%) стрессовые ситуации и травмы (34 – 22%). Кроме того, установлено, что факторами риска развития неразвивающейся беременности чаще всего являются TORCH-инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом и уреаплазмой (27 – 17,5%), также инфекции, передающиеся половым путём (7 – 4,5%),

воспалительные заболевания гениталий (16 – 10,3%), высокая частота аборт (у 7 – 4,5%), внутриматочная контрацепция (12 – 7,7%).

Сроки беременности у поступивших женщин, когда была диагностирована неразвивающаяся беременность были следующие: от 3 до 12 недель беременности поступили 104 (67%) беременные, от 13 до 18 недель – 34 (22%) беременные и от 18-22 недели беременности поступили 17 (11%) беременных.

Для ранней диагностики замершей беременности нами было проведено 155 женщинам трансвагинальное УЗИ в сочетании с определением уровня β -ХГЧ (β -хорионический гонадотропин). В качестве дополнительных тестов с помощью иммуноферментного анализа определяют в сыворотке крови уровни маркеров: β -ХГЧ (содержание при замершей беременности снижено в 3–9 раз), α -фетопротеин (АФП, содержание при замершей беременности в 1,5–4 раза), плацентарный лактоген (ПЛ) (содержание при замершей беременности снижено в 1,8–2,7 раза), содержание прогестерона при неразвивающейся беременности может сохраняться на относительно высоком уровне, а уровень эстрадиола резко снижается.

Заключение

Таким образом, неразвивающаяся беременность является актуальной проблемой акушерства. Комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике данной патологии позволяет минимизировать риски и повысить шансы на успешное вынашивание беременности в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. (2021). Методические рекомендации. Москва: Редакция журнала StatusPraesens.
2. Пордиянц И.М., Барабашева С.С. (2018). Неразвивающаяся беременность: взгляд на проблему. Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения, 2018;3(21):92–96. <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-13010>
3. Манухин И. Б., Крапошина Т. П., Манухина Е. И., Керимова С. П., Испас А. А. (2018). Неразвивающаяся беременность: этиопатогенез, диагностика, лечение. Таврический медико-биологический вестник 2018;21(2-2):182–188.
4. Захарова Е.А., Селихова М.С. (2017). Соотношение клинических и социальных детерминант неразвивающейся беременности. Медицинский вестник Северного Кавказа 2017;12(1):58-60.
5. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. (Ред.). (2014). Акушерство: национальное руководство (Серия «Национальные руководства»). Москва: ГЭОТАР-Медиа.
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2021). Клинические рекомендации: Выкидыш (самопроизвольный аборт). https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670_1
7. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. (2015). Неразвивающаяся беременность: методические рекомендации. <https://mzkchr.ru/wp-content/uploads/2016/09/nerazvivayushhayasya-beremennost.pdf>
8. Прилепская В. Н., Гус А. И., Белоусов Д. М., Кузмин А. А. (n.d.). Тактика ведения женщин при подозрении на наличие остатков плодного яйца в полости матки после медикаментозного аборта. Гинекология, 13(6). <https://omnidoc.ru/upload/iblock/58f/58f5a9f2701c741e9f12ab855fae7f38.pdf>
9. Петров А. Ю., Узбекова Л. Д., Середа Е. В. (2022). Ближайшие и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности. МНИЖ, 6-2(120). <https://cyberleninka.ru/article/n/blizhayshie-i-otdalennye-posledstviya-artifitsialnogo-preryvaniya-beremennosti>
10. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. (2021). Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации. https://praesens.ru/files/2021/web/mars_light.pdf
11. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. (2020). Прегравидарная подготовка: методические рекомендации. https://praesens.ru/files/2020/broshyury/Protokol_MARS.pdf
12. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины. (2021). Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации. Москва: Редакция журнала StatusPraesens. https://praesens.ru/files/2021/web/mars_light.pdf
13. Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2020). Клинические рекомендации: Нормальная беременность. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/288_2

Поступила 20.11.2025