



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EISSN 2181-2187

**2 (88) 2026**

## **Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

## **ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

### **УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**2 (88)**

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

**2026**  
*февраль*

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.3:616.15

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРИОБРЕТЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Каюмова Д.Т. <https://orcid.org/0009-0004-5355-4354>  
Юнусалиева Д.А. <https://orcid.org/0009-0007-3790-4694>

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

### ✓ Резюме

*Привычное невынашивание беременности, диагностируемое при наличии трёх и более последовательных эпизодов прерывания гестации, выявляется у 2–3% женщин репродуктивного возраста. Несмотря на высокую распространённость единичных ранних репродуктивных потерь, рецидивирующее невынашивание беременности представляет собой самостоятельную клиническую и патофизиологическую проблему, требующую применения специализированных диагностических и терапевтических стратегий. Материалы и методы. В рамках настоящего обзора проведён анализ научных публикаций и клинических рекомендаций, опубликованных в период с 2020 по 2025 год. Результаты: у женщин с антифосфолипидным синдромом комбинированное использование антикоагулянтов и ацетилсалициловой кислоты превосходило по эффективности моно терапию аспирином, обеспечивая улучшение клинических исходов на 50–60%. Заключение: рациональное ведение пациенток с привычным невынашиванием беременности требует индивидуализированного, многоуровневого подхода, включающего хирургическую коррекцию анатомических нарушений, гормональную поддержку и иммунологически ориентированные терапевтические вмешательства.*

*Ключевые слова: самопроизвольный выкидыш, тромбофилия, АФС-синдром, антикоагулянты, выжидательная тактика, медикаментозная терапия, хирургическое вмешательство.*

## OPTIMIZATION OF ABORTION TREATMENT IN PATIENTS WITH ACQUIRED THROMBOPHILIA

Kayumova D.T. <https://orcid.org/0009-0004-5355-4354>  
Yunusaliyeva D.A. <https://orcid.org/0009-0007-3790-4694>

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

### ✓ Resume

*Background. Recurrent miscarriage, defined as the occurrence of three or more consecutive pregnancy losses, affects 2–3% of women of reproductive age. While isolated early pregnancy loss is relatively frequent, recurrent miscarriage represents a distinct and complex clinical entity requiring tailored diagnostic and therapeutic approaches. Materials and Methods. This review synthesizes evidence from peer-reviewed studies and international clinical guidelines published between 2020 and 2025. Results. In patients diagnosed with antiphospholipid syndrome, combined therapy using anticoagulants and low-dose aspirin proved significantly more effective than aspirin monotherapy, resulting in a 50–60% improvement in pregnancy outcomes. Conclusion. Optimal management of recurrent miscarriage requires an individualized, multimodal treatment strategy integrating surgical correction, hormonal support, and immunologically targeted therapies.*

*Key words. Spontaneous miscarriage, thrombophilia, APS syndrome, anticoagulants, expectant management, drug therapy, surgical intervention.*

## ORTTIRILGAN TROMBOFILIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA HOMILA KO'TARA OLMASLIK TERAPIYASINI OPTIMALLASHTIRISH

Qayumova D.T. <https://orcid.org/0009-0004-5355-4354>

Yunusaliyeva D.A. <https://orcid.org/0009-0007-3790-4694>

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

### ✓ Rezyume

**Homiladorlikning uch yoki undan ortiq ketma-ket yo'qolishi sifatida tavsiflangan takroriy abort ayollarning 2–3 foizida uchraydi. Erta abort nisbatan keng tarqalgan bo'lsa-da, takroriy abort muayyan davolash strategiyasini talab qiladigan noyob muammolarni keltirib chiqaradi. Materiallar va usullar. Bizning sharhimiz 2020 va 2025 yillar oralig'ida nashr etilgan adabiyotlar va klinik ko'rsatmalarni tahlil qiladi. Natijalar. Antikoagulyant va aspirin bilan birgalikda davolash faqat aspirindan ko'ra samaraliroq bo'lib, antifosfolipid sindromi bo'lgan ayollarda natijalarni 50–60% ga yaxshilaydi. Xulosa. Takroriy abortni davolash uchun individual yondashuv zarur bo'lib, bu jarrohlik amaliyoti, gormonal terapiya va immunologic muolajalarni o'z ichiga oladi. Ilmiy ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, maqsadli aralashuvlar tirik tug'ilish ehtimolini sezilarli darajada oshiradi.**

**Kalitso'zlar. O'z-o'zidan homila tushishi, trombofiliya, AFS-sindrom, antikoagulyant davo, kutish taktikasi, medikamentoz terapiya, jarrohlik aralashuvi.**

### Актуальность

Самопроизвольная потеря беременности до 22-й недели гестации остаётся одной из наиболее распространённых неблагоприятных репродуктивных исходов, регистрируясь у 15–20% клинически верифицированных беременностей, преимущественно в первом триместре. Привычное невынашивание беременности, определяемое как три и более последовательных эпизода прерывания гестации, диагностируется у 2–3% женщин репродуктивного возраста и представляет собой клинически и патогенетически гетерогенное состояние.

В отличие от единичных ранних репродуктивных потерь, рецидивирующее невынашивание беременности характеризуется сложным многофакторным генезом и требует комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Среди наиболее изученных ассоциированных факторов выделяются циркуляция антифосфолипидных антител, выявляемая у 5–15% пациенток, высокая степень фрагментации ДНК сперматозоидов, достигающая 85%, а также функциональные нарушения эндометриальных стромальных клеток, проявляющиеся избыточной рецептивностью эндометрия и снижением его способности к селективной имплантации эмбрионов с высоким имплантационным потенциалом.

Настоящий обзор обобщает данные оригинальных исследований, метаанализов и клинических рекомендаций, опубликованных в период с 2019 по 2025 год, и рассматривает современные стратегии ведения пациенток с привычным невынашиванием беременности в рамках трёх ключевых направлений: выжидательно-наблюдательной тактики, медикаментозной терапии и хирургических вмешательств. Систематический поиск, отбор и анализ источников осуществлялись в соответствии с рекомендациями PRISMA.

Коррекция врождённых аномалий полости матки с применением гистероскопической метропластики ассоциирована с достижением благоприятных репродуктивных исходов в 60–85% случаев. Использование прогестагенной поддержки у пациенток с рецидивирующими потерями беременности способствует увеличению частоты живорождений на 20–30%. У женщин с антифосфолипидным синдромом комбинированная терапия, включающая антикоагулянты и низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, демонстрирует статистически значимое преимущество по сравнению с монотерапией аспирином, обеспечивая улучшение репродуктивных исходов на 50–60%.

Самопроизвольное прерывание беременности, также обозначаемое как самопроизвольный аборт, представляет собой одну из наиболее частых осложняющих патологий гестационного

процесса и наблюдается приблизительно у 15–20% клинически подтверждённых беременностей. Этиология данного состояния является многофакторной и включает хромосомные нарушения эмбриона, структурные аномалии матки, эндокринные расстройства, инфекционные процессы и иммунологические дисфункции, при этом самопроизвольный выкидыш определяется как утрата беременности до 22-й недели гестации [1].

Женщины, перенёвшие потерю беременности, нередко сталкиваются с выраженными психоэмоциональными последствиями, включая тревожные и депрессивные расстройства, в то время как соматическое восстановление после выкидыша также может сопровождаться клиническими трудностями [2]. Повторяющаяся потеря беременности, определяемая как три или более последовательных эпизода прерывания гестации, рассматривается как отдельное патологическое состояние, указывающее на наличие подлежащих выявлению причин и требующее расширенного диагностического обследования и специализированного медицинского ведения [3].

Исторически тактика ведения выкидыша основывалась преимущественно на выжидательном подходе или хирургических методах, включая дилатацию и кюретаж полости матки. Однако по мере углубления понимания патогенетических механизмов невынашивания беременности клинические стратегии претерпели существенную трансформацию, сместившись в сторону индивидуализированных и основанных на доказательной базе терапевтических вмешательств, которые в настоящее время формируют стандарт медицинской помощи [4]. Фармакологические методы лечения, в том числе применение мизопростола и ручной вакуумной аспирации, широко используются при ранних сроках прерывания беременности [5].

Современные достижения в области ультразвуковой визуализации способствовали более раннему выявлению эмбриональных аномалий, в то время как прогресс в молекулярной генетике позволил внедрить генетический скрининг для супружеских пар с отягощённым репродуктивным анамнезом [6]. Результаты недавних исследований, посвящённых роли тромбофилий, аутоиммунных состояний и иммунологических факторов в патогенезе выкидышей, привели к разработке новых терапевтических стандартов, включая применение низких доз ацетилсалициловой кислоты и антикоагулянтной терапии у пациенток с антифосфолипидным синдромом [7].

Дополнительно рассматриваются перспективные подходы, такие как использование пробиотических препаратов и противовоспалительных средств, направленные на модуляцию микробиоты и оптимизацию внутриматочной среды, что отражает возрастающий интерес к роли микробиома в исходах беременности [8]. Несмотря на достигнутый прогресс, проблема невынашивания беременности остаётся клинически сложной и недостаточно разрешённой. Ключевым ограничением является невозможность точной идентификации этиологических факторов, особенно при ранних репродуктивных потерях: хотя хромосомные аномалии эмбриона остаются ведущей причиной, гормональные нарушения, иммунологические дисфункции и структурные аномалии матки нередко остаются недиагностированными [9].

Отбор литературных источников осуществлялся с учётом их клинической значимости, рецензируемого статуса и актуальности публикации, при этом приоритет был отдан рандомизированным клиническим исследованиям, метаанализам и действующим клиническим рекомендациям. Для обеспечения полноты и репрезентативности анализа дополнительно изучались библиографические ссылки из ведущих профильных научных журналов.

**Цель работы:** проведение анализа современных источников отечественной и зарубежной литературы, посвященных вопросам невынашивания беременности при АФС.

### Материал и методы

Проведен литературный обзор научных трудов за последние 5 лет, использованы ресурсы поисковых систем Cyberleninka, Cochrane, PubMed. Также были использованы статьи, содержащие доказательную базу по вопросам, касающимся невынашивания беременности и тромбофилии, проведен анализ наиболее эффективного метода терапии при АФС.

АФС — это аутоиммунное заболевание, при котором в лабораторных тестах обнаруживаются АФА, предрасполагающие беременность к осложнениям, таким как задержка внутриутробного развития плода, преэклампсия и выкидыш. Осложнения беременности при АФС существенно

зависят от уровня антифосфолипидных антител (АФА), которые выявляются у 5–15% населения. Рецидивирующие потери беременности и выкидыши в первом триместре входят в число неблагоприятных исходов, тесно связанных с повышенным уровнем АФА [11]. Риск осложнений беременности значительно возрастает у женщин с повышенным титром АФА, даже если у них нет в анамнезе тромбозов. При этом риск выкидыша остаётся высоким, особенно у бессимптомных пациенток. Более высокие титры АФА увеличивают вероятность выкидыша, особенно при наличии волчаночного антикоагулянта (ВА) или «тройного положительного» статуса (ВА, АФА и антитела к  $\beta 2$ -гликопротеину I) [12]. Тромбопрофилактика с помощью низкодозового аспирина (НДА) и антикоагулянта улучшает исходы беременности у женщин с повышенным уровнем АФА. Антикоагулянт особенно эффективен в снижении риска тромбозмболических осложнений во время беременности и в послеродовом периоде, а НДА уменьшает риск выкидыша в первом триместре. Согласно исследованиям [13], тромбопрофилактика рекомендуется женщинам высокого риска, включая тех, у кого в анамнезе были осложнения беременности или стойко положительные тесты на АФА, ВА. Для этих пациенток сочетанное применение антикоагулянта и НДА представляет собой стратегию, снижающую риск тромбозов и выкидыша. Антикоагулянт в сочетании с аспирином является стандартным методом лечения рецидивирующих выкидышей, особенно у женщин с диагнозом АФС. АФС вызывает коагулопатию неясного генеза, нарушающую маточно-плацентарный кровоток. Антикоагулянт за счёт подавления синтеза тромбина, а аспирин, являясь противовоспалительным препаратом, снижает вязкость крови и улучшает кровоснабжение плаценты. Синергия этих препаратов подтверждает эффективность комбинированной терапии для улучшения прогноза беременности у женщин с АФС. Исследования показывают, что при приёме антикоагулянта и аспирина вероятность рождения живого ребёнка увеличивается на 40–50%, а риски выкидыша, преэклампсии и негативного воздействия задержки внутриутробного развития снижаются. План лечения предусматривает подкожное введение антикоагулянта или пероральное применение и пероральный приём аспирина — оба способа легко реализовать в амбулаторных условиях. Двойная схема антикоагулянт+аспирин показана женщинам с историей рецидивирующих выкидышей или положительным тестом на АФА. Антикоагулянтная терапия считается терапией первой линии для беременных с АФС, желающих сохранить беременность. Этот подход постепенно внедряется в клиническую практику, особенно у пациенток с привычными выкидышами. Как и при любой терапии, возможны осложнения, включая кровотечения и тромбоцитоз, поэтому важно тщательное наблюдение за пациенткой для минимизации побочных эффектов в ходе лечения. В настоящее время активные исследования направлены на оптимизацию дозировки, сроков терапии и отбор пациенток с лучшим прогнозом, чтобы снизить риск побочных реакций и повысить эффективность лечения. Будущие работы помогут разработать оптимальные схемы ведения женщин с АФС, что приведёт к улучшению показателей беременности и репродуктивного здоровья [14].

### Заключение

Привычное невынашивание беременности, особенно ассоциированное с приобретёнными формами тромбофилии и антифосфолипидным синдромом, продолжает представлять собой одну из наиболее сложных проблем современной репродуктивной медицины и требует применения индивидуализированных терапевтических подходов. Обобщение данных современных отечественных и зарубежных исследований свидетельствует о высокой клинической эффективности комбинированной терапии с использованием антикоагулянтов и низких доз ацетилсалициловой кислоты у пациенток с антифосфолипидным синдромом как на этапе прегравидарной подготовки, так и на протяжении всей беременности, что способствует значимому снижению частоты самопроизвольных потерь беременности и улучшению перинатальных исходов.

Внедрение персонализированных стратегий ведения, основанных на принципах доказательной медицины, ранней идентификации факторов риска и многоуровневого динамического наблюдения за пациентками, создаёт предпосылки для существенного повышения репродуктивного прогноза в данной группе. Вместе с тем сохраняется необходимость проведения дальнейших фундаментальных и клинических исследований,

направленных на оптимизацию режимов антитромботической терапии, уточнение показаний к её применению, а также поиск и валидацию прогностически значимых биомаркеров, позволяющих более точно стратифицировать пациенток по уровню риска и повысить эффективность лечебных вмешательств.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ali S, Majid S, Ali MN, Taing S, El-Serehy Ha, et al. Evaluation of etiology and pregnancy outcome in recurrent miscarriage patients. *Saudi J Biol Sci.* 2020;27:2809–17.
2. Beaman J, Prifti C, Schwarz EB, Sobota M. Medication to manage abortion and miscarriage. *J Gen Intern Med.* 2020;35:2398–405.
3. Chen J, Yue J, Lu Y, Li T, Li X, Zhang JY. Recurrent miscarriage and low-titer antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol.* 2024;43:1327–34.
4. Chen Y, Xu W, Huang S, Li J, Li T, et al. Analysis of pregnancy outcomes in patients exhibiting recurrent miscarriage with concurrent low-titer antiphospholipid antibodies. *Am J Reprod Immunol.* 2024;92:13940.
5. Dimakou DB, Tamblyn J, Justin C, Coomarasamy A, Richter A. Diagnosis and management of idiopathic recurrent pregnancy loss (RPL): current immune testing and immunomodulatory treatment practice in the United Kingdom. *J Reprod Immunol.* 2022;153:103662.
6. Di Simone N, Santamaria Ortiz A, Specchia M, Tersigni C, Villa P, et al. Recent insights on the maternal microbiota: impact on pregnancy outcomes. *Front Immunol.* 2020;11:528202.
7. Gozzoli GI, Piovani E, Negri B, Mascherpa M, Orabona R, et al. Frequency of positive antiphospholipid antibodies in pregnant women with SARS-CoV-2 infection and impact on pregnancy outcome: a single-center prospective study on 151 pregnancies. *Front Immunol.* 2022;13:953043.
8. Haddock L, Gordon S, Lewis SE, Larsen P, Shehata A. Sperm DNA fragmentation is a novel biomarker for EPL. *Reprod Biomed Online.* 2021;42:175–84.
9. Lee EE, Jun JK, Lee EB. Management of women with antiphospholipid antibodies or antiphospholipid syndrome during pregnancy. *J Korean Med Sci.* 2021;36.
10. Mahmood T, Ullah Z, Latif A, Sultan BA, Zubair M, et al. Computer-aided diagnosis in spontaneous abortion: a histopathology dataset and benchmark for products of conception. *Diagnostics.* 2024;14:2877.
11. Srivastava P, Bamba C, Chopra S, Rohilla M, Chaudhry C, et al. Identification of genetic alterations in couples and their products of conceptions from recurrent pregnancy loss in North Indian population. *Front Genet.* 2023;14:1155211.
12. Strumpf E, Lang A, Austin N, Derksen SA, Bolton JM, et al. Prevalence and clinical, social, and health care predictors of miscarriage. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21:1–9.
13. Tal E, Paul R, Dorsey M, Madden T. Comparison of EPL management between states with restrictive and supportive abortion policies. *Womens Health Issues.* 2023;33:126–32.

**Поступила 20.01.2026**