

TADQIQOT

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 3
2020

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фарид Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдуллаева Л.М., Негматшаева А.Р.
ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ –КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА (ОБЗОР).....5

2. Камалов Н.А., Негмаджанов Б.Б., Шодмонова З.Р.
МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН СО
СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (ОБЗОР).....8

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

3. Агабабян Л.Р., Махмудова С.Э.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....11

4. Аллазов С.А.
МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИЗЫСКАНИЙ В УРОЛОГИИ14

5. Мамажонова Н.М.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....18

6. Насирова З.А.
СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ
ВВЕДЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ23

7. Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.
МАТЕРИНСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....26

8. Сафаров А.Т., Уринов М.Я.
АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....30

9. Султонова Н.С.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....34

10. Хамраев Х.Х.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ.....37



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.14-002.2-06:618.177-07

Абдуллаева Лагя Мирзатуллаевна

Доктор медицинских наук,
Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра
Акушерства и гинекологии,
Ташкент, Узбекистан

Негматшаева Азиза Равшановна

Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии
Андижанского Медицинского института
Андижан, Узбекистан

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ –КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Negmatshaeva Aziza Ravshanovna, Chronic endometritis as a cause of fetal loss syndrome (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 3, issue 1. pp. 8-10

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-3-2>**Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna**

Tibbiyot fanlari doktori,
Respublika ixtisoslashtirilgan
akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi,
Toshkent, O'zbekiston

Negmatshaeva Aziza Ravshanovna

Andijon Tibbiyot Instituti
Akusherlik va ginekologiya kafedrasini izlanuvchisi
Andijon, O'zbekiston

SURUNKALI ENDOMETRIT –HOMILA YUQOTISH SINDROMI SABABI SIFATIDA (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna

Doctor of medical science,
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
for Obstetrics and Gynecology,
Tashkent, Uzbekistan

Negmatshaeva Aziza Ravshanovna

Researcher of the Department of Obstetrics and Gynecology
Andijan Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

CHRONIC ENDOMETRITIS AS A CAUSE OF FETAL LOSS SYNDROME (LITERATURE REVIEW)

Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, профилактика и лечение заболеваний, являющихся причиной репродуктивных потерь [17,30,29]. Установлено, что к моменту желанной беременности большинство женщин имеют различные гинекологические заболевания – эндометрит 80-90% [7], эндометриоз – 10%, бесплодие – 10% [16,3]. Это и приводит к потере беременности на разных сроках. Эндометрит является причиной в двух из трех выкидышей [15]. Установлена связь ХЭ с привычной потерей беременности [20].

Установлено, что в развитии хронического воспалительного процесса в эндометрии участвуют патогенные

микроорганизмы с одной стороны и связанный с этим дисбаланс гормональной и иммунной системы – с другой [9]. До 78,1% пациенток с бесплодием имеют ХЭ [14]. По причине хронического эндометрита наблюдается до 83% неразвивающихся беременностей (?) По словам проф. В.Е.Радзинского «Диагноз эндометрит надо ставить во всех случаях неразвивающейся беременности, т.к. вросшие ворсины хориона, некротизируясь, вызывают воспаление. Хроническое воспаление эндометрия – неизбежный результат внутриматочной гибели эмбриона». У пациенток с самопроизвольными абортми в анамнезе хронический эндометрит диагностируется в 64% случаев [....]. В случае, если потеря беременности происходит на

фоне диагностированного воспалительного процесса, в 67,7% случаев при бактериологическом исследовании высевается условно-патогенная микрофлора. Патологические изменения ткани эндометрия, связанные с воспалительными процессами, в большинстве случаев приводят не только к бесплодию, невынашиванию беременности, синдрому потери плода, но даже к неудачам в программах ВРТ [12,26,27].

Имеются исследования, доказавшие, что иммунологические изменения в эндометрии пациенток с ХЭ, изменение клеточного состава эндометрия, лимфоцитарная инфильтрация и повышенное содержание иммуноглобулинов IgM, IgG могут быть причиной невынашивания беременности [24]. Нет сомнения, что воспалительные заболевания приводят к формированию вторичных иммунодефицитных состояний. Известно, что инфекционные агенты влияют не только на общую систему иммунитета, но и могут вызывать изменения в местном иммунитете, что проявляется увеличением количества Т-лимфоцитов, макрофагов, преобладанием Т-клеточного иммунитета, увеличением IgM, IgG, IgA. Все это тоже способствует отторжению эмбриона, т.е. невынашиванию беременности. Если принять во внимание, что основная функция иммунной системы – распознать и элиминировать чужеродные антигены, то становится понятным неадекватный ответ организма женщины с ХЭ на наступление беременности, что приводит к нарушению репродуктивной функции, которое проявляется либо бесплодием, либо невынашиванием беременности [4,11].

Для невынашивания беременности по причине нарушения иммунной системы при ХЭ выделяют 3 основных механизма: 1) увеличение активности uNK-клеток и макрофагов, что приводит к их атаке на трофобласты; 2) прямое влияние цитокинов на трофобласт; 3) влияние цитокинов на сосуды, что приводит к уменьшению кровоснабжения эндометрия [21]. Влиянием цитокинов Th1 объясняется нарушение репродуктивной функции женщин с ХЭ за счет нарушения микроциркуляции в эндометрии, депонирования фибрина и активации полиморфноядерных лейкоцитов [28].

Известно, что в патогенезе хронических воспалительных заболеваний половой системы у женщин основная роль принадлежит эндогенной интоксикации. Причиной этой интоксикации являются патогенные микроорганизмы. Токсины микроорганизмов нарушают микроциркуляцию, снижают факторы неспецифической защиты организма, что приводит к гипоксии и ишемии тканей, активации макрофагов, т.е. запускается процесс перекисного окисления липидов и повреждения мембраны клеток. А постоянное воздействие на систему иммунитета приводит к ее перегрузке и развитию аутоиммунных реакций [5,2]. Конечно, очень важно учитывать и значение местного иммунитета при ХЭ. Провоспалительные и регуляторные цитокины, факторы роста, молекулы адгезии, регуляторы апоптоза – все это сказывается на репродуктивной функции женщин, страдающих ХЭ [5]. Иммуноглобулины классов IgA, IgM, IgG, обнаруженные в секрете из полости матки, в 100 раз превышают показатели этих иммуноглобулинов у здоровых женщин и в 3 раза – у женщин с острым эндометритом [8]. Этим объясняются нарушения функции репродуктивной системы у пациенток с ХЭ. Чувствительность теста на определение иммуноглобулинов в эндометриальном содержимом составляет 86,3-87,5% [8,22].

Уже ни у кого не вызывает сомнения факт, что ХЭ – это прежде всего патоморфологический диагноз, который

выставляется на основании присутствия воспалительных клеток в нормальной сосудистой архитектонике. При этом воспаление может быть ограничено поверхностным эпителием или проникать глубоко, воспалительные клетки могут быть плазмócитами, нейтрофилами или лимфоцитами [25]. Неполная перестройка спиральных артерий матки при ХЭ, приводящая к нарушению кровоснабжения, клинически проявляется гибелью эмбриона или плода, прерыванием беременности в ранних сроках [13]. Доказано, что гистологическое подтверждение ХЭ зависит от фазы менструального цикла, когда произведена биопсия. Если взятие биопсийного материала происходит в первые 3 недели менструального цикла – частота выявляемости ХЭ составляет до 80%, против 20%, если это сделано накануне менструации [23]. Морфологически ХЭ можно разделить на три вида: 1) атрофический (атрофия желез, склероз стромы, инфильтрация лимфоидными элементами); 2) кистозный (фиброзная ткань сдавливает протоки желез, в результате образуются кисты); 3) гипертрофический (гиперплазия слизистой оболочки за счет воспаления) [18].

Не вызывает сомнения отрицательное воздействие медиаторов воспаления на сосудистую стенку, свертываемость крови, агрегацию тромбоцитов, фибринолиз. Эти изменения связаны с утолщением базальной мембраны мелких сосудов и их облитерацией, что приводит к гипоксии, ишемии, некрозу и нарушению функции органа [1].

Известно, что одной из основных причин развития воспалительных заболеваний органов малого таза (или обострения уже существующих) является аборт. Аборт в настоящее время является одной из наиболее частых операций в акушерстве и гинекологии. Установлено, что около 10-15% (по некоторым данным до 27%) женщин имеют различные гинекологические заболевания, нарушения менструальной и репродуктивной функции после искусственного прерывания беременности [6,19]. При этом у половины из них обостряются воспалительные заболевания женской половой системы. Установлена роль местного иммунитета в развитии послеабортных воспалительных заболеваний – при снижении sIgA ниже 0,083 г/л воспалительные заболевания органов малого таза развиваются в 84% случаев [10].

В нашей стране за последние годы происходит увеличение частоты как искусственного, так и самопроизвольного прерывания беременности. Так, за период 2017-2019 годы по данным министерства здравоохранения республики Узбекистан структура абортот в стране такова: в 2017 году частота самопроизвольных абортот была 15524 (64,4%), артифициальных 4487 (18,6%), абортот по медицинским показаниям – 4079 (16,9%). В 2018 году распределение частоты различных прерываний беременности составило 14190 (60,8%), 4360 (18,7%), 4784 (20,5%) соответственно. И в 2019 году мы имели почти такие же цифры: 15358 (63,6%), 4025 (16,7%), 4767 (19,7%) соответственно. Особое значение увеличение частоты прерываний беременности в Узбекистане имеет в связи с особенностями репродуктивного поведения узбекских женщин: раннее замужество, желание иметь более одного ребенка, использование абортот в качестве основного «контрацептива», увеличение количества соматических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, широкое использование внутриматочных контрацептивов.

Список литературы

1. Алиева А.В., Роль исследования системы гемостаза в дифференциальной диагностике аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста, автореф. Дисс. к.м.н., 2003
2. Воробьев А.А. Иммунология и аллергология (цветной атлас): учебное пособие для студентов медицинских вузов // Практическая медицина. – М., 2006. – С. 288
3. Выступление акад. РАН Л.В. Адамян 19 января 2018 г., Москва и член-корр. РАН В.Е. Радзинского 11 февраля 2018 г., Санкт-Петербург

4. Газазян М.Г., Хуцишвили О.С., Иванова Т.С., Лунева И.С. Возможности улучшения диагностики хронического эндометрита. // Журнал акушерства и женских болезней-2004.- вып. №3, С.38-42
5. Зиновьев А.С, Кононов А.В. Эпителиальный барьер слизистых оболочек в динамике хронического воспаления // Арх. патологии. - Вып. 6.- с. 32-37;
6. Куземин, А.А. Аборт и его осложнения. Контрацепция после аборта / А.А. Куземин // Контрацепция и здоровье женщины. — 2000.- № 2 . - С. 31-39.
7. Осложнения при аборте : Руководство по техн. и упр. Аспектам предупреждения и лечения ; Пер. с англ. / ВОЗ. - М.: Медицина, 1995.-183 с. Ashok, P.W. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases [Text]
8. Кулаков В.И., 2006, Серебренникова К.Г., Мирзоян Ж.В., 2008, Шуршалина, А.В., 2007, Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, 2007, Andrist, L.C., Arias, R.D., Nucatola, D., 2009;
9. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Руководство по озонотерапии. — Н.-Новгород, 2005. - 269с.
10. Медведев Б. И., Казачкова Э.А., Казачков Е. П. Особенности местного иммунитета при ассоциированных заболеваниях органов таза //ЖМЭИ. —2 0 0 0 . — № 2 . — С . 89-92
11. Морозов К.В., Медицинские аспекты современных технологий безопасного аборта. Автореферат дисс.....канд.мед.наук, Н.Новгород, 2009
12. Олейник В.Ю., Лалоян Р.С. Повторные потери беременности при хроническом эндометрите//Молодой ученый №22 (126), ноябрь 2016
13. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика: Учебное пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 336 с
14. Побединская О.С., автореф. Дисс.....к.м.н., 2011
15. Прилепская В. Н., Можевитинова Е.А.; Прилепская В. Н., Можевитинова Е. А. Пременопауза и контрацепция / Гинекология. — 2002 . — Т.4, N 5. - С.216-217
16. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Манухин И.Б., Радзинский В.Е.- Гинекология: национальное руководство 2-е изд., перераб. и дополн.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017.-1048 с.;
17. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В. Е. - Акушерство: национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.;
17. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности-М.:Триада-Х, 2000С.52-70
18. Ashok P.W., Templeton A., Wagaarachi P.T. //Br. J. Obstet. Gynecol. -2002. -Vol. 109.-P. 1281-1289
19. Badawy A.M., Gharib E.E., Zalata K. Should endometrial biopsy be a routine investigation for reccurent early-pregnancy loss? Gynecological Endoscopy 2002,11,397-399.
20. Badawy A.M., Gharib E.E., Zalata K. Should endometrial biopsy be a routine investigation for reccurent early-pregnancy loss. Gynecological Endoscopy 2002,11, 397-399
21. Chernesky M, Luinstra K, Sellors J, Schachter J, Moncada J, Caul O, Paul I, Mikaelian L, Toye B, Paavonen J, Mahony J. Can serology diagnose upper genital tract Chlamydia trachomatis infections. Studies on women with pelvic pain, with or without chlamydial plasmid DNA in endometrial biopsy tissue. Sex Transm Dis. 2008 Jan;25(1):14-9.
22. Eckert LO, Thwin SS, Hillier SL, Kiviat NB, Eschenbach DA. The antimicrobial treatment of subacute endometritis: a proof of concept study. Am J Obstet Gynecol. 2004 Feb;190(2):305-13
23. Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. Clin Infect Dis. 2004 Oct 1;39(7):990-5. Epub 2004 Sep 02
24. Haggerty CL, Hillier SL, Bass DC, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. Clin Infect Dis. 2004 Oct 1;39(7):990-5. Epub 2004 Sep 02.
25. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, et al. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. Am J Obstet Gynecol 1993;168:1503-9;
26. Hillier SL, Kiviat NB, Hawes SE, Hasselquist MB, Hanssen PW, Eschenbach DA, Holmes KK. Role of bacterial vaginosis-associated microorganisms in endometritis.Am J Obstet Gynecol. 1996 Aug;175(2):435-41
27. Korn A.P., Hessol N.A., Padian N.S., Bolan G.A., Donegan E., Landers D.V. et al. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical Neisseria gonorrhoea, cervical Chlamydia trachomatis, or bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178:987-90
28. Macklon NS, Geraedts JP, Fauser BC. Conception to ongoing pregnancy: the 'black box' of early pregnancy loss. Hum Reprod Update 2002;8(4):333–343
29. Mentula M.J., Niinimäki M., Suhonen S. et al. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. Am J Obstet Gynec 2010; 203: 2: 1.