

Редкий случай сложности ультразвуковой диагностики эктопической беременности после вспомогательных репродуктивных технологий. Клинический случай

В.В. Хасанова^{✉1}, И.И. Кукарская^{1,2}, Т.П. Шевлюкова¹, Т.В. Легалова², Е.Ю. Кукарская¹

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия;

²ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», Тюмень, Россия

Аннотация

Внематочная беременность – одно из наиболее частых и серьезных осложнений при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Сложности диагностики эктопической беременности после ВРТ объясняются нетипичной локализацией и неоднозначной клинической картиной. Представлен клинический случай ведения и родоразрешения беременной с двойней при расположении одного из плодов в рудиментарном роге. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных, результатов клинических и инструментальных исследований беременной на основании обменной карты беременной и родильницы, истории родов ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). Продемонстрированный клинический случай нетипичного расположения плода в рудиментарном роге при многоплодной беременности после ВРТ является достаточно редким осложнением гестационного периода. Затруднения при своевременной постановке диагноза связаны с отсутствием четкой визуализации при ультразвуковом исследовании. Своевременно поставленный диагноз в сложившейся экстренной ситуации позволил благоприятно завершить беременность как для матери, так и для плодов.

Ключевые слова: эктопическая беременность, рудиментарный рог, ультразвуковое исследование, вспомогательные репродуктивные технологии

Для цитирования: Хасанова В.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Легалова Т.В., Кукарская Е.Ю. Редкий случай сложности ультразвуковой диагностики эктопической беременности после вспомогательных репродуктивных технологий. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (7): 544–547. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201067

CASE REPORT

Rare case of difficulty in ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy after assisted reproductive technologies. Case report

Valentina V. Khasanova^{✉1}, Irina I. Kukarskaya^{1,2}, Tatyana P. Shevlyakova¹, Tatyana V. Legalova², Ekaterina Yu. Kukarskaya¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia;

²Perinatal Medical Centre, Tyumen, Russia

Abstract

Ectopic pregnancy is one of the most frequent and serious complications when using assisted reproductive technologies (ART). Difficulties in diagnosing ectopic pregnancy after ART are explained by atypical localization and ambiguous clinical picture. To analyze the clinical case of management and delivery of a pregnant woman with twins when one of the fetuses is located in rudimentary horn. The retrospective analysis of anamnestic data, results of clinical and instrumental studies pregnant based on the exchange card of the pregnant woman and new mothers, birth history of the perinatal center of Tyumen. The clinical case of atypical placement of the fetus in the rudimentary horn in multiple pregnancies after ART is a fairly rare complication of the gestational period. Difficulties with timely diagnosis were associated with the lack of clear imaging during ultrasound examination. A timely diagnosis, in the current emergency situation, allowed the pregnancy to end favorably, both for the mother and for the fetus.

Keywords: ectopic pregnancy, rudimentary horn, ultrasound examination, assisted reproductive technologies

For citation: Khasanova VV, Kukarskaya II, Shevlyakova TP, Legalova TV, Kukarskaya EYu. Rare case of difficulty in ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy after assisted reproductive technologies. Case report. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (7): 544–547. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201067

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]**Хасанова Валентина Владимировна** – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клиничко-лабораторной диагностики ИНПР ФГБОУ ВО ТюмГМУ. E-mail: malofeeva-vv@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3764-5086

Кукарская Ирина Ивановна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клиничко-лабораторной диагностики ИНПР ФГБОУ ВО ТюмГМУ, глав. врач ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», гл. акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Тюменской области. ORCID: 0000-0002-8275-3553

Шевлюкова Татьяна Петровна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ТюмГМУ. ORCID: 0000-0002-7019-6630

Легалова Татьяна Владимировна – канд. мед. наук, зам. глав. врача ГБУЗ ТО «Перинатальный центр». ORCID: 0000-0001-7510-3619

Кукарская Екатерина Юрьевна – ординатор каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ТюмГМУ. ORCID: 0000-0001-5787-7581

[✉]**Valentina V. Khasanova** – Cand. Sci. (Med.), Tyumen State Medical University. E-mail: malofeeva-vv@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3764-5086

Irina I. Kukarskaya – D. Sci. (Med.), Prof., Tyumen State Medical University, Perinatal Medical Centre. ORCID: 0000-0002-8275-3553

Tatyana P. Shevlyakova – D. Sci. (Med.), Prof., Tyumen State Medical University. ORCID: 0000-0002-7019-6630

Tatyana V. Legalova – Cand. Sci. (Med.), Perinatal Medical Centre. ORCID: 0000-0001-7510-3619

Ekaterina Yu. Kukarskaya – Resident, Tyumen State Medical University. ORCID: 0000-0001-5787-7581

Введение

Внематочная беременность (ВБ) – одно из наиболее частых и серьезных осложнений при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Аспекты последствий ВБ как медицинские, так и юридические [1] общеизвестны и самый грозный из них – ее прерывание с развитием массивной кровопотери, требующей зачастую оказания высокотехнологичной помощи [2]. Частота наступления эктопической беременности (ЭБ) у женщин, участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), достигает 2–10% случаев, что в несколько раз превышает частоту ВБ в общей популяции. Особенность ЭБ после ЭКО – увеличение редких форм [3]. К ним относится кроме яичниковой, межъяичниковой, брюшной, шеечной беременность в рудиментарном роге матки, частота которой составляет около 0,5–0,9% случаев [4], а сочетание маточной беременности и ВБ встречается еще реже (1 случай на 4 тыс. беременностей) [5].

Рост частоты ЭБ объясняется следующими факторами: увеличение распространенности воспалительных процессов внутренних половых органов; возрастание числа хирургических вмешательств на маточных трубах, которые проводятся с целью восстановления репродуктивной функции; увеличение числа женщин, пользующихся внутриматочными контрацептивами; распространение практики ЭКО [6, 7].

В рудиментарном роге матки существуют довольно благоприятные условия для имплантации плодного яйца по сравнению с иными локализациями в связи с тем, что слизистая оболочка рудимента является более полноценной, чем в трубе [8, 9]. В большинстве случаев в слизистой рудиментарного рога матки не происходит фазы десквамации [10–12], что не препятствует имплантации плодного яйца. Соединительная ткань в рудиментарном роге обычно преобладает над мышечной, сосудистая же сеть выражена недостаточно, поэтому, как и при других формах ВБ, условий для ее пролонгирования до срока физиологической зрелости плода недостаточно. В результате прогрессирующий рост плодного яйца приводит к истончению рога и постепенной перфорации его ворсинами. Этот процесс обычно приводит к разрыву плододвместия и досрочному завершению беременности как в ранние сроки гестации [10, 12, 13], так и вплоть до преждевременных родов [14], мертворождения [15]. Однако описаны и случаи доношивания беременности в рудиментарном роге до срока физиологической зрелости плода [13, 16].

Сложности диагностики ЭБ после ВРТ объясняются нетипичной локализацией и неоднозначной клинической картиной. Практический интерес к данной патологии связан не только с редкой встречаемостью этой формы ЭБ, но и с грозными осложнениями, такими как разрыв матки и материнская смертность. Описанный авторами статьи клинический случай одновременного развития беременности двойней в матке и рудиментарном роге после ВРТ демонстрирует благоприятный исход беременности как для матери, так и для плодов.

Описание клинического случая

Беременная Н. 37 лет поступила в акушерский стационар ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) в экстренном порядке, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 05.12.18 на сроке беременности 27,2 нед с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, вздутие живота, задержку стула в течение 3 дней.

Из анамнеза: женщине предстояли первые роды от 3-й беременности. Первая беременность в 2009 г. завершилась регрессирующей беременностью в 7–8 нед, выполнена чистка матки (*abrasio cavii uteri*), осложнилась кровотечением, перфорацией матки (обнаружена перфорация матки на диагностической лапароскопии в 2015 г., расширение

Рис. 1. Скрининговое УЗИ плодов. Дихориальная диамниотическая двойня. Расположение 2-го плода за пределами матки, в рудиментарном роге не визуализируется.



объема операции до лапаротомии, ушивание старого перфоративного отверстия в дне матки). Вторая беременность в 2011 г. – самопроизвольный выкидыш на раннем сроке без осложнений. 2016–2017 гг. – неудачные попытки ЭКО. Третья беременность в 2018 г. – настоящая.

Настоящая беременность желанная, брак зарегистрирован. В женской консультации на учет состояла с 5–6 нед. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания с 13–14 нед беременности. В 16 нед на ультразвуковом исследовании (УЗИ) диагностирована истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), скорректирована акушерским пессарием. В 17–18 нед пациентка перенесла острую респираторно-вирусную инфекцию с повышением температуры тела до 37,8°C, получала противовирусное и симптоматическое лечение. В 24–25 нед она находилась в стационарном лечении по поводу угрожающих преждевременных родов (получала токолитическую терапию и профилактику синдрома дыхательных расстройств плода).

Первый ультразвуковой и биохимический скрининг больная прошла 31.08.2018, заключение: дихориальная диамниотическая двойня, размеры плодов соответствуют 13 нед + 3 дня. Предлежание хориона 1-го плода.

Второе скрининговое УЗИ пациентка выполнила 12.10.2018, заключение: дихориальная диамниотическая двойня. Эхографические размеры 1-го плода соответствуют 18,5 нед беременности. Нельзя исключить врожденный порок сердца: правая (двойная?) дуга аорты. Предлежание плаценты 1-го плода. Эхографические размеры 2-го плода соответствуют 18,6 нед беременности. Выраженное маловодие. Оценка анатомии 2-го плода крайне затруднена из-за выраженного маловодия. Плацентопатия 2-го плода с кистозными изменениями, гиперэхогенными включениями (рис. 1).

История жизни пациентки: материально-бытовые условия удовлетворительные. Туберкулез, ВИЧ-инфекцию, гепатиты отрицала. Из перенесенных заболеваний отмечала простудные. Травм, гемотрансфузий не было. Операции: 2015 г. – диагностическая лапароскопия по поводу бесплодия, осложнилась тем, что обнаружили старую прикрытую перфорацию тела матки, произвели лапаротомию, ушивание перфоративного отверстия.

Акушерский статус при поступлении в стационар: живот увеличен за счет беременной матки овоидной формы, вздут, матка при пальпации возбудима, расслаблялась. Положение плодов и предлежание определить не представлялось возможным. Выделения из половых путей слизисто-сукровичные.

Выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование, пациентка прошла консультирование смежными

специалистами. Наблюдались некоторые отклонения параклинических показателей. Общий анализ крови показал анемию средней степени тяжести. В биохимическом анализе крови отмечены повышение активности трансаминаз, С-реактивного белка, гипопротеинемия. В общем анализе мочи – незначительная протеинурия.

При УЗИ выявлено: предлежание обоих плодов головное. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 1-го плода составляет 145 уд/мин, 2-го – 160 уд/мин. Плацента 1-го плода расположена по передней стенке матки по краю внутреннего зева, 2-го – по передней стенке матки с переходом в дно и заднюю стенку матки с расширением межворсинчатого пространства до 5–6 мм. Миометрий в области дна матки четко не визуализировался из-за выраженного вздутия кишечника. Данных по гематоме на момент осмотра не обнаружено.

Беременная получила консультации от терапевта – выставлен диагноз: метеоризм, запоры беременных, гиперферментемия сложного генеза; от хирурга – рекомендована симптоматическая терапия.

На основании осмотра, клинических и лабораторных данных, выставлен клинический диагноз: беременность 27,3 нед. Дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА). Рубец на матке после перфорации. Бесплодие 2-й степени (Sterilitas II), 7 лет. ВРТ: ЭКО. Предлежание плаценты 1-го плода без кровотечения. Дисфункция плаценты. Маловодие 2-го плода. ИЦН. Акушерский пессарий (снят). Ложные схватки до 37 нед беременности. Резус-отрицательная кровь. Анемия средней степени. Метеоризм. Запоры беременных. Гиперферментемия сложного генеза.

Учитывая угрозу преждевременного начала родовой деятельности, назначена токолитическая терапия и проведен 2-й курс профилактики синдрома дыхательных расстройств плода, а принимая во внимание анемию средней степени, рекомендована антианемическая терапия.

10.12.2018 у пациентки появились боли в животе при смене положения тела, преимущественно в правых отделах. При пальпации живота отмечалась резкая болезненность в правых его отделах ближе к правому подреберью. Матка при пальпации возбудима, резко болезненна в правых отделах. Сердцебиение плодов выслушивалось. В экстренном порядке выполнено УЗИ: головное предлежание 1-го плода. ЧСС 158 уд/мин. Поперечное положение 2-го плода. ЧСС 122 уд/мин. Околоплодные воды у 2-го плода не определялись, осмотр затруднен. Плацента в области дна и справа, визуализировался гипоехогенный участок, похожий на отслойку. Четко в полости матки 2-й плод не определялся.

Выставлен диагноз: беременность 28 нед. Дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. ОАА. Sterilitas II (7 лет). ВРТ: ЭКО. Рубец на матке после перфорации. Угрожающий разрыв матки по рубцу. Дисфункция плаценты. Предлежание плаценты 1-го плода без кровотечения. Маловодие 2-го плода. ИЦН. Акушерский пессарий (снят). Резус-отрицательная кровь. Анемия средней степени.

Учитывая результат УЗИ, болевой синдром, данные анамнеза (перфорация матки в 2009 г., ушивание места перфорации в 2015 г.), клинику угрожающего разрыва матки по рубцу, решено родоразрешить женщину путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

В экстренном порядке 10.12.18 в 12.50 пациентке под эндотрахеальной анестезией выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. На 5-й минуте от начала операции за головку извлекли живого недоношенного 1-го ребенка женского пола с оценкой по шкале Апгар 5–7 баллов, весом 884 г, ростом 36 см. Плодный пузырь и 2-й плод в полости матки не обнаружены. В области правых отделов матки обнаружили перерастянутый рудимен-

тарный рог, при осмотре произошел разрыв его стенки. В ране обнаружены плацентарная ткань и плодный пузырь 2-го плода. Вскрыли, околоплодных вод (светлые) практически не было, за ножки на 6-й минуте извлекли 2-го живого недоношенного ребенка мужского пола в тяжелом состоянии с оценкой по шкале Апгар 4–6 баллов, весом 900 г, ростом 31 см, с выраженной деформацией костей черепа справа. Рудиментарный рог удален. Плацента отделена с трудом. При ревизии обнаружен рубец в дне матки после старой перфорации, прикрытый сальником.

Заключительный диагноз: преждевременные оперативные первые роды в 28 нед. ОАА. Sterilitas II (7 лет). ВРТ: ЭКО. Рубец на матке после перфорации. Аномалия развития матки: двурогая матка (uterus bicornis rudimentarius). ЭБ. Маточная беременность (головное предлежание 1-го плода). Беременность в рудиментарном роге 2-го плода. Дисфункция плаценты. Недостаточный рост обоих плодов. Маловодие 2-го плода. Предлежание плаценты без кровотечения. ИЦН. Акушерский пессарий (удален). Резус-отрицательная кровь. Анемия средней степени. Кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. Адгезивный пельвиоперитонит. Кровопотеря 3300 мл. Швы по Донати №8. Дренаж брюшной полости. Интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов аппаратом Cell Saver. Гемотрансфузия. Плазматрансфузия.

Микроскопическое описание: в материале имеется истонченная стенка волокнистого строения с зоной плацентации. При окраске по Ван Гизону волокна окрашены кирпичным цветом, что свидетельствует об отсутствии гладких мышц, наличии 100% коллагена.

В послеродовом периоде проводились утеротоническая, антибактериальная, инфузионная, анальгетическая терапия, профилактика тромбозомболических осложнений, коррекция электролитных нарушений и прием гепатопротекторов.

Пациентку 20.12.2018 выписали домой в удовлетворительном состоянии. Дети остались на лечении в детской реанимации.

Обсуждение

Диагностика данной формы ВБ представляет определенные трудности. Беременность в роге матки диагностируется примерно к 12–16-недельному сроку и, как правило, после разрыва плодместилища и редко в период прогрессирования беременности в рудиментарном роге, которая, по данным литературы, приводит к разрыву рога в 90% случаев [3, 17]. Прерывание беременности обычно сопровождается появлением острого приступа болей в животе и нарастанием картины внутреннего кровотечения, угрожающего жизни больной [3, 16, 17].

Диагноз ЭБ пациентке поставили впервые только во время кесарева сечения. В матке обнаружен живой недоношенный 1-й ребенок женского пола, 2-й плод в полости матки не найден, он находился в области правых отделов матки за пределами ее полости на внешней поверхности (перерастянутый рудиментарный рог, в нем плод и плацентарная ткань).

Затруднения постановки диагноза на амбулаторном этапе связаны с отсутствием четкой визуализации данного состояния при УЗИ, невозможностью диагностики наружно-внутренними акушерскими методами исследования. Со срока второго скрининга по данным УЗИ диагностировали неблагоприятное развитие 2-го из двойни плода, выраженное маловодие 2-го плода. Однако, учитывая нормальное сердцебиение плода, массо-ростовые показатели в пределах нормы, данные доплерометрии, – это состояние не требовало пересмотра акушерской тактики в плане ведения беременности.

О том, что 2-й плод развивался за пределами полости матки, говорят неоднократные жалобы пациентки во время беременности, связанные с угрозой прерывания, а так-

же жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Все это свидетельствует о развитии плода в сторону брюшной полости и механическом давлении на внутренние органы по мере увеличения срока беременности и размеров плодов и матки.

Заключение

Продемонстрированный авторами клинический случай нетипичного расположения плода в рудиментарном роге при многоплодной беременности после ВРТ, при котором беременность прогрессировала вплоть до 28 нед, является достаточно редким осложнением гестационного периода. Возможно, ключевую роль сыграл фактор проведения ЭКО. Затруднения при своевременной постановке диагноза связаны с отсутствием четкой визуализации при УЗИ. Кроме того, заслуживает внимания стертость клинической картины прерывания беременности, которая была замаскирована под хирургическую патологию, что создало определенные сложности при проведении дифференциальной диагностики.

В возникшей экстренной ситуации своевременно выставленный правильный диагноз, выбранная верная тактика ведения и родоразрешения беременной закончились рождением хоть и недоношенных, но живых и жизнеспособных детей с минимальным риском для здоровья и жизни женщины.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

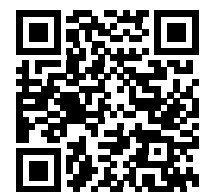
Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Литература/ References:

1. Матейкович Е.А., Шевлюкова Т.П., Кукарская Е.Ю., Галиева Г.Д. Медицинские ошибки при оказании акушерско-гинекологической помощи. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;5:196 [Mateikovich EA, Shevlyukova TP, Kukarskaia Elu, Galieva GD. Meditsinskie oshibki pri okazanii akushersko-ginekologicheskoi pomoshchi. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia*. 2018;5:196 (in Russian)].
2. Фомина И.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Легалова Т.В. Тромбоэластометрия в акушерском стационаре. *Современные проблемы науки и образования*. 2017;4:59 [Fomina IV, Kukarskaia II, Shevlyukova TP, Legalova TV. Tromboelastometriia v akusherskom stacionare. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia*. 2017;4:59 (in Russian)].
3. Измаилова М.К. Эктопическая беременность после экстракорпорального оплодотворения. *Практическая медицина*. 2013;7(76):161-2 [Izmailova MK. Ektopicheskaia beremennost' posle ekstrakorporal'nogo oplodotvorenii. *Prakticheskaiia meditsina*. 2013;7(76):161-2 (in Russian)].
4. Зверко В.Л., Бут-Гусаим Л.С., Белуга М.В., и др. Редкий случай двойни с расположением одного плода в рудиментарном роге матки. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2010;4(32):102-3 [Zverko VL, But-Gusaim LS, Beluga MV, et al. Redkii sluchai dvoyni s raspolozheniem odnogo ploda v rudimentarnom roge matki. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2010;4(32):102-3 (in Russian)].
5. Гуляева Л.И., Дудник В.В., Озерская И.А. Случай сочетания прогрессирующей маточной и внематочной беременности. *Ультразвуковая диагностика*. 2000;2:96-8 [Guliaeva LI, Dudnik VV, Ozerskaia IA. Sluchai sochetanii progressiruiushchei matochnoi i vнематочной beremennosti. *Ultrazvukovaia diagnostika*. 2000;2:96-8 (in Russian)].
6. Andrade AG, Rocha S, Marques CO, et al. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin Case Rep*. 2015;3(11):912-5.
7. Bazan-Ruiz S, Anchayhua-Cucchi J, Ruiz-Leud M, Castillo-Pulido P. Complicated ovarian ectopic pregnancy in the second trimester of pregnancy: report of a case. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(8):494-8.
8. Баисова Б.И. Гинекология. Под ред. Савельевой Г.М., Бреусенко В.Г. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2018 [Baisova BI. Gynecology. Ed. by Saveleva GM, Breusenko VG. Moscow: GEOTAR-MED, 2018 (in Russian)].
9. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 [Serov VN. Emergency care in obstetrics and gynecology: quick guide. Moscow: GEOTAR-Media, 2017 (in Russian)].
10. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. М.: Медицинская книга, 2003 [Aylamazyan EK, Ryabtsева IT. Emergency care for extreme conditions in gynecology. Moscow: Medical book, 2003 (in Russian)].
11. Дуда В.И., Дуда И.В. Клиническая гинекология. В 2 т. Минск: Высшая школа, 2004 [Duda VI, Duda IV. Clinical gynecology. V 2 t. Minsk: Higher school, 2004 (in Russian)].
12. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 [Podzolkova NM, Glazkova OL. Symptom. Syndrome. Diagnosis. Differential diagnostics in gynecology. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian)].
13. Гурьев Т.Д., Сидорова И.С. Внематочная беременность. М.: Практическая медицина, 2007 [Guriev TD, Sidorova IS. Ectopic pregnancy. Moscow: Practical medicine, 2007 (in Russian)].
14. Фомина И.В., Полякова В.А., Пыленко Н.В., Абукеримова А.К. Преждевременные роды: куда двигаться дальше? *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017;12-4(66):124-7 [Fomina IV, Polyakova VA, Pylenko NV, Abukerimova AK. Prezhdevremennnye rody: kuda dvigat'sia dal'she? *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal*. 2017;12-4(66):124-7 (in Russian)].
15. Чабанова Н.Б., Хасанова В.В., Шевлюкова Т.П., и др. Антенатальная гибель плода: причины, факторы риска. *Университетская медицина Урала*. 2015;1(2-3):60-2 [Chabanova NB, Khasanova VV, Shevlyukova TP, et al. Antenatal'naia gibel' ploda: prichiny, faktory riska. *Universitetskaia meditsina Urala*. 2015;1(2-3):60-2 (in Russian)].
16. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 [Kulakov VI, Savel'eva GM, Manukhin IB. Gynecology: national guide. Moscow: GEOTAR-Media, 2011 (in Russian)].
17. Козаченко И.Ф., Аракелян А.С., Фархат К.Н., Адамян Л.В. Клинический случай эктопической беременности в рудиментарном роге матки (описание случая). *Проблемы репродукции*. 2016;3:129-35 [Kozachenko IF, Arakelian AS, Farkhat KN, Adamian LV. Klinicheskii sluchai ektopicheskoj beremennosti v rudimentarnom roge matki (opisanie sluchaia). *Problemy reproduktivnoi*. 2016;3:129-35 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.07.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.09.2021



OMNIDOCTOR.RU