

УДК 618.2-055.25

ВЛИЯНИЕ АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

¹Байкулова Т.Ю., ²Петров Ю.А.¹ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, e-mail: rudn@rudn.ru;²ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону,
e-mail: okt@rostgmu.ru

С целью определения клинических особенностей течения беременности и ее исходов у первородящих женщин с хирургическим, медикаментозным или вакуумным абортми в анамнезе проведено обследование 246 первородящих повторнобеременных женщин. Установлено, что угроза прерывания беременности отмечалась на протяжении всей беременности у 48% первородящих женщин после хирургического аборта, у 15% – после медикаментозного прерывания, у 18% – после вакуумного аборта. Выявлено, что первородящие повторнобеременные, в независимости от характера метода прерывания предыдущей гестации, находятся в группе высокого риска по развитию плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода.

Ключевые слова: первородящие повторнобеременные женщины, аборты, осложнения беременности, плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода

THE INFLUENCE OF ARTIFICIAL ABORTION ON PREGNANCY AND ITS OUTCOMES IN NULLIPAROUS WOMEN

¹Baykulova T.Y., ²Petrov Y.A.¹People's Friendship University of Russia, Moscow, e-mail: rudn@rudn.ru;²Rostov state medical University, Rostov-on-Don, e-mail: okt@rostgmu.ru

To determine the clinical features of pregnancy and its outcomes in nulliparous women with surgical, medical or vacuum abortion in anamnesis were examined 246 nulliparous women with abortion in history. It is established that the threat of abortion was observed throughout pregnancy in 48% of primiparous women after surgical abortion, 15% – after medicamentous interruption, and 18% after vacuum abortion. Revealed that nulliparous women with abortion in history, regardless of the method of the previous interruption of gestation, are at high risk for the development of placental insufficiency and the syndrome of delayed fetal development.

Keywords: nulliparous women with abortion in history, abortions, complications of pregnancy, placental insufficiency, syndrome of fetal growth retardation

Аборт, по-прежнему, чаще других причин нарушает репродуктивное здоровье российских женщин [5, 6, 9, 10]. Несмотря на современные тенденции снижения частоты абортов в России, искусственное прерывание беременности все еще остается основным методом контроля рождаемости, а частота абортов в России по-прежнему остается одной из самых высоких в мире [8]. На основании многочисленных исследований установлено, что аборт, независимо от техники его выполнения, увеличивает риск различных осложнений течения беременности, родов, в том числе и развития плацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, что в значительной мере способствуют повышению перинатальной заболеваемости и смертности [3, 4]. Между тем подавляющее большинство женщин в последующем планирует зачатие и рождение ребенка, не учитывая риска, связанного с прерыванием беременности [7].

Таким образом, в настоящее время остаются высоко значимыми вопросы изуче-

ния влияния аборта, его характера на течение и исходы последующей беременности у первородящих женщин.

Цель исследования – установить особенности течения беременности у первородящих женщин с хирургическим, медикаментозным и вакуумным абортми в анамнезе.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 246 первородящих повторнобеременных женщин, из них ретроспективную группу составили 152 женщины, проспективную – 94 женщины. В качестве группы сравнения проведен анализ течения беременности и родов у 80 первобеременных женщин.

Ретроспективный анализ проведен на основе изучения 152 историй родов первородящих повторнобеременных женщин, находящихся в Карачаево-Черкесском республиканском перинатальном центре за период 2012–2013 гг. В зависимости от метода прерывания предыдущей беременности (по данным анамнеза) беременные были распределены на 3 группы:

1 группа (n = 61) – первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом;

2 группа (n = 47) – первородящие женщины ретроспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе;

3 группа (n = 44) – первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации.

Проспективное исследование 174 беременных проведено на базе Карачаево-Черкесского республиканского перинатального центра за период 2014–2015 гг. Беременные проспективного блока были разделены на следующие группы:

4 группа (n = 30) – первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом;

5 группа (n = 32) – первородящие женщины проспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе;

6 группа (n = 32) – первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации;

7 группа (n = 80) – первобеременные женщины.

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективный анализ, проведенный нами, продемонстрировал, что течение данной беременности было отягощено у 57(93%) первородящих повторнобеременных женщин с хирургическим абортом, у 21(47%) и 23(48%) женщин с вакуумным и медикаментозным абортом в анамнезе соответственно. В контрольной группе отмечено осложненное течение беременности у 24 (48%) первобеременных.

Среди разнообразных осложнений гестации абсолютно преобладала угроза прерывания беременности. Так, хирургический аборт в анамнезе увеличивает риск развития невынашивания почти в 3 раза (97%) ($p < 0,05$). Интересен тот факт, что у первородящих женщин с медикаментозным и вакуумным абортом в анамнезе частота угрозы прерывания беременности сопоставима аналогичной у первобеременных (16(34%), 14(35%) и 17(34%) соответственно ($p < 0,05$)).

Одним из частых осложнений гестации явилась рвота беременных. Обращает на себя внимание, что рвота беременных тяжелой степени осложнила течение гестации у первородящих с хирургическим, вакуумным и медикаментозным методами прерывания гестации у 6(10%), 1(2%) и 1(2%) соответственно, в то время как у первобеременных не было выявлено ни 1 случая тяжелого течения ($p < 0,05$).

В этом контексте интересны исследования В.Е. Радзинского и А.П. Милованова, выявленные ими в плацентах при тяжелой степени рвоты беременных атрофия синцитиотрофобласта, фиброз стромы ворсин, несовершенный ангиогенез, расценивались как инициальный этап развития преэклампсии [3, 7].

В ходе нашего исследования нами выявлена достоверная корреляционная связь частоты развития преэклампсии со всеми клиническими группами (женщины с хирургическим, вакуумным и медикаментозным абортом в анамнезе). Так, преэклампсия средней степени тяжести осложнила течение беременности у женщин с хирургическим абортом в анамнезе в 2,7 раза ($p < 0,05$) чаще, чем у первобеременных (43% и 16% соответственно). Тогда как у женщин с медикаментозным и вакуумным абортом в анамнезе данное осложнение диагностировано несколько реже (21% и 25%) ($p < 0,05$). Обращает внимание, что у женщин с хирургическим прерыванием беременности в анамнезе тяжелая преэклампсия развилась в 5,5 раза ($p < 0,05$) чаще, чем у первобеременных (11% и 2%). У женщин с вакуумным и медикаментозным абортом тяжелая преэклампсия диагностирована в равной степени как у первобеременных (2,3%, 2,1% и 2% соответственно).

В ходе нашего исследования нами прослежена некоторая тенденция снижения частоты преэклампсии с увеличением времени, прошедшего после аборта. Так, из повторнобеременных женщин с коротким (менее 1 года) временным интервалом после аборта до настоящей беременности из 98 женщин преэклампсия развилась у 89 (91%), с интервалом до 2 лет из 43 – у 14 женщин (33%) и с интервалом > 2 лет из 11 – у 2 женщин (18%). Исходя из этого, можно сделать вывод, что риск развития преэклампсии среди первородящих повторнобеременных женщин в 3 раза ($p < 0,05$) выше при коротком временном интервале между прерыванием и настоящей беременностью, чем при интервале свыше 1 года.

Кроме вышеописанных особенностей течения гестации обращала на себя внимание высокая частота анемии как у первородящих повторнобеременных, так и у первобеременных.

При анализе частоты данного осложнения по степени тяжести выявлено, что умеренная анемия ($Hb = 109-70$ г/л) достоверно превалировала у женщин, прервавших беременность хирургическим методом – в 3 ($p < 0,05$) и 2,2 ($p < 0,05$) раза чаще, чем у первородящих женщин с медикаментозным и вакуумным абортом в анамнезе (39%, 13%, 18% соответственно). У первородящих женщин после медикаментозного аборта умеренная анемия диагностирована в равной степени как у первобеременных (18%).

Интересным на наш взгляд фактом явилось то, что нами не выявлено ни 1 случая тяжелого течения анемии ($Hb = 69-40$ г/л)

у женщин, прервавших беременность медикаментозным и вакуумным методами и первобеременных в отличие от женщин после хирургического аборта (у 2, что составило 3%). Данные нашего исследования демонстрируют наличие положительной корреляционной связи между частотой, степенью тяжести анемии и временным интервалом между абортом и настоящей беременностью. Согласно нашим данным, число первородящих повторнобеременных с умеренной анемией и коротким временным интервалом, прошедшим после аборта, составило 68% женщин против 41% женщин с временным интервалом > 1 года. Аналогичная корреляция прослеживается между частотой тяжелой анемии и временным интервалом, прошедшим после аборта. Так, у женщин с развившейся во время беременности тяжелой анемией (у 2 или 3% женщин), прошло менее года после хирургического аборта. Таким образом, при одинаково часто встречающейся анемии более тяжелое течение достоверно чаще отмечалось у первородящих повторнобеременных с хирургическим прерыванием в анамнезе, а также с коротким временным интервалом между абортом и настоящей беременностью.

Итак, анализируя вышеизложенное, мы пришли к выводу, что беременность, наступившая после искусственного прерывания гестации, отличается повышенной частотой акушерских осложнений, в том числе плацентарной недостаточности. Как свидетельствуют многочисленные исследования, в результате изменений условий для имплантации яйцеклетки после искусственного аборта формируется первичная плацентарная недостаточность, которая приводит к синдрому задержки роста плода (СЗРП) [1, 2, 4]. По данным УЗ и патоморфологического исследования признались плацентарной недостаточности выявлялись практически у каждой третьей первородящей повторнобеременной женщины вне зависимости от метода предшествующего прерывания беременности.

При ультразвуковом исследовании в проспективной группе СЗРП диагностирован у 34 (36,2%) первородящих повторнобеременных женщин, в то время как у первобеременных данное осложнение диагностировано почти в 9,8 раза реже – всего у 3 женщин (3,7%)($p < 0,05$). В группе первородящих женщин с хирургическим абортом в анамнезе СЗРП отмечен практически у каждой второй женщины (у 18(60%)). В группах повторнобеременных женщин после вакуумного прерывания гестации СЗРП выявлен у 6 (18,8%) жен-

щин, что в 5,1 раза чаще в сравнении с первобеременными (3,7%) ($p < 0,05$). Наименьшие показатели частоты развития данного осложнения среди первородящих повторнобеременных женщин отмечались в группе женщин с медикаментозным абортом в анамнезе. Так, СЗРП диагностирован у 4(12,5%) первородящих женщин после медикаментозного аборта, что в 4,8 раза реже, чем у повторнобеременных женщин с хирургическим абортом (60%) и в 1,5 раза реже в сравнении с первородящими женщинами после вакуумного аборта(18,8%). Однако, данный показатель превышает аналогичный в контрольной группе(3,7%) в 3,4 раза ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание то, что значительный удельный вес среди первородящих повторнобеременных женщин по развитию СЗРП II-III степени занимают женщины с хирургическим абортом в анамнезе (10%). В группах первородящих повторнобеременных женщин с вакуумным и медикаментозным абортом в анамнезе частота СЗРП II-III степени сопоставима аналогичной в группе первобеременных (2%).

Таким образом, искусственное прерывание беременности вне зависимости от его характера (хирургический, вакуумный или медикаментозный) увеличивает риск развития СЗРП. Это согласуется с мнением В.Е. Радзинского и соавт. о том, что у первородящих женщин с абортом в анамнезе в результате изменения условий для имплантации яйцеклетки, связанных с ангиопатией, развивается первичная плацентарная недостаточность, которая в конечном итоге ведет к СЗРП [4]. Однако частота развития тяжелых форм данного осложнения после вакуумного и медикаментозного прерывания в нашем исследовании была сопоставима аналогичным показателям в контрольной группе.

По результатам ультразвуковой плацентографии нами установлено, что значительный удельный вес среди первородящих повторнобеременных, у кого диагностировано преждевременное созревание плаценты, занимают женщины с хирургическим абортом (33%)($p < 0,05$). В группах первородящих женщин с медикаментозным и вакуумным методами прерывания гестации при сравнении с контрольной группой достоверных различий выявлено не было (13%, 11%, 14%, соответственно). Изменение толщины плаценты у первородящих повторнобеременных женщин также было диагностировано чаще в сравнении с первобеременными. Так, в группе первородящих с хирургическим абортом в анамнезе изменение толщины плаценты отмечалось

у 24 (39%) женщин. У первородящих повторнوبرеменных женщин с медикаментозным и вакуумным способами прерывания гестации показатели (17% и 18%) были в 2,1 и 2,2 раза ($p < 0,05$) меньше, чем в группе женщин с хирургическим абортom (38%). Несмотря на отсутствие достоверной разницы, показатели в группах первородящих женщин после медикаментозного и вакуумного аборта (17% и 18%) несколько превышают показатели в контрольной группе (12%). Анализируя частоту регистрации расширения межворсинчатого пространства среди первородящих повторнوبرеменных, выявлено, что у женщин с хирургическим абортom в анамнезе расширение межворсинчатого пространства отмечалось чаще (48%), чем у женщин после вакуумного и медикаментозного абортов (28%, 25% соответственно). В контрольной группе данный показатель составил 22%.

Отражением вышеописанных УЗ-маркеров плацентарной недостаточности являются изменения, обнаруженные при гистологическом исследовании плацент. При анализе материалов морфологического исследования нами не было обнаружено специфических изменений в плацентах первородящих повторнوبرеменных женщин. Плаценты первородящих повторнوبرеменных женщин характеризовались признаками плацентарной недостаточности, выраженными в различной степени в зависимости от характера аборта. Однако выявлены четкие различия в тяжести проявлений плацентарной недостаточности. Следует отметить, что в последях первородящих женщин с медикаментозным и вакуумным видом прерывания в анамнезе нами были выявлены минимальные изменения, отмечалось преобладание компенсированных фаз плацентарной недостаточности. Плаценты рожениц с хирургическим абортom в анамнезе характеризовались наиболее выраженными патологическими изменениями.

Резюмируя результаты анализа течения беременности у первородящих с хирургическим, медикаментозным и вакуумным абортами в анамнезе, можно сделать следующие **выводы**:

1. Выявлено негативное влияние предшествовавшего аборта в независимости от его характера на течение беременности и ее исходы у первородящих женщин. Однако, влияние медикаментозного и вакуумного аборта на течение последующей беременности наименее отрицательно выражено в сравнении с хирургическим прерыванием.

2. Первородящие повторнوبرеменные, в независимости от характера метода

прерывания предыдущей гестации, находятся в группе высокого риска по развитию плацентарной недостаточности. У первородящих повторнوبرеменных женщин плацентарная недостаточность диагностирована в 3 раза чаще в сравнении с первобеременными.

3. Формирование СЗРП, как следствие плацентарной недостаточности, зависит от техники выполнения искусственного аборта. В группе первородящих женщин с хирургическим абортom в анамнезе СЗРП выявлен практически у каждой третьей женщины. После вакуумного прерывания гестации данное осложнение выявлено достоверно в 5,1 раза чаще в сравнении с первобеременными ($p < 0,05$). У первородящих женщин после медикаментозного аборта СЗРП диагностирован в 10 раз реже, чем у повторнوبرеменных женщин с хирургическим абортom, в 3 раза реже в сравнении с первородящими женщинами после вакуумного аборта и все же в 1,5 раза чаще в сравнении с первобеременными. Однако, частота развития СЗРП II-III степени после вакуумного и медикаментозного прерывания сопоставима аналогичным показателям в контрольной группе.

Список литературы

1. Анализ причин материнской смертности: Руководство для врачей / Под ред. проф. Милованова. – М.: МДВ, 2008. – С. 228.
2. Колесникова О.М. Синдром плацентарной недостаточности у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов / О.М. Колесникова, А.А. Оразмурадов, С.А. Князев, С.В. Апресян, О.А. Кузнецова, М.Г. Лебедева, Т.В. Смирнова // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 5. – С. 32–35.
3. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 447с.
4. Ордианц И.М. Особенности второй волны инвазии цитотрофобласта у беременных с осложненной и нормально протекающей беременностью / И.М. Ордианц, А.В. Джабиева, А.А. Джабиева, Т.В. Смирнова // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 6. – С. 193–197.
5. Петров Ю.А. Семья и здоровье / Ю.А. Петров. – М: Медицинская книга, 2014. – С. 312.
6. Петров Ю.А. Здоровая семья – здоровые дети / Ю.А. Петров, А.А. Сависько, С.И. Петров. – М.: Медицинская книга, 2010. – С. 328.
7. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: учебное пособие / Под. ред. В.Е. Радзинского. – М.: РУДН, 2011. – С. 101–102.
8. Радзинский В.Е. Статистическое зеркало нации. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, М.П. Архипова // Status Praesens. – 2014. – № 01. – С. 9–17.
9. Рымашевский Н.В. Слагаемые супружеского счастья / Н.В. Рымашевский, Ю.А. Петров, Э.А. Ковалева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – С. 411.
10. Чернышов В.Н. Любовь, семья, здоровье / В.Н. Чернышов, В.И. Орлов, Ю.А. Петров. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 280.