

УДК 618.2-055.25

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю.***ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

Показано, что у женщин, беременность которых завершилась искусственным абортom независимо от того хирургическим, медикаментозным или вакуумным методами, последующая гестация достоверно чаще осложняется угрозой ее досрочного прерывания. Установлено, что искусственное прерывание беременности, приводя к изменению реактивности матки, плацентарной площадки вследствие нарушений в нервно-мышечном аппарате матки, может быть причиной возникновения осложнений в родах. Аномалии родовой деятельности регистрировались у каждой пятой женщины после хирургического аборта и у каждой девятой – с медикаментозным абортom. Преэклампсия диагностирована у каждой пятой женщины с любым видом аборта в анамнезе (хирургический \ медикаментозный \ вакуумный). Отмечен более высокий процент абдоминального родоразрешения у первичнородящих повторнородящих женщин. Среди осложнений послеродового периода отмечаются более частое плотное приращение и дефект плаценты, а также гипотоническое кровотечение. Обращено внимание, что аборт является причиной снижения средних показателей массы новорожденного, ухудшении периода адаптации новорожденного в большей степени в сравнении с первородящими.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, вакуумный аборт, хирургический аборт, плацентарная недостаточность, повторнородящие

CLINICAL FEATURES OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD IN PRIMIPAROUS MULTIPAROUS WOMEN (LITERATURE REVIEW)**Petrov Y.A., Baykulova T.Y.***SBEI HPE Rostov State Medical University of Health Service Ministry, Rostov-on-Don,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

It has been shown that women whose pregnancies ended in induced abortion, regardless of whether surgery, medication or vacuum methods, subsequent gestation significantly more complicated by the threat of its early termination. It was found that the artificial termination of pregnancy, leading to a change in uterine reactivity, placental site due to irregularities in the neuromuscular apparatus of the uterus may be the cause of complications in childbirth. Abnormalities of labor recorded every five women after surgical abortion, and every ninth – with medical abortion. Preeclampsia was diagnosed in one in five women with any type of abortion history (surgical \ medical \ vacuum). Otmechen higher percentage of abdominal delivery in pervichnorodyaschih multiparous women. Among the complications of the postpartum period, more frequent and tight attachment of the placenta defect and hypotonic bleeding. The attention that abortion is the cause of reducing the average newborn weight, the deterioration of the newborn period of adaptation to a greater extent compared to primigravida.

Keywords: medical abortion, vacuum abortion, surgical abortion, placental insufficiency, multiparous primiparous

Многие отечественные и зарубежные ученые считают, что беременность после искусственного аборта независимо от методики его выполнения протекает с частыми отдаленными осложнениями – бесплодием, воспалительными заболеваниями матки и придатков [2, 9, 13, 15, 26, 27].

По мнению большинства авторов, артифициальный аборт независимо от метода – хирургический или медикаментозный, достоверно отягощает течение последующей беременности, родов, послеродового периода [7, 14, 18].

Согласно работе Т.Н. Мельник (2009), несмотря на то, что медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках имеет минимальное негативное влияние на здоровье женщины, являясь альтернативой кюретажу, достоверных сведений о влия-

нии на течение и исходы последующей беременности недостаточны [10, 16].

Вместе с тем, по данным ряда зарубежных авторов риск осложнений последующей беременности у женщин с искусственным прерыванием в анамнезе не выше, чем в популяции [32, 43, 44]. Klemetti R. (2012) указывал на причинно-следственную связь с такими факторами как срок и метод прерывания беременности, наличие экстрагенитальных заболеваний, течение послеабортного периода и т.д. [32]. Также зарубежными авторами отмечена зависимость частоты осложнений последующей беременности только при наличии в анамнезе двух и более абортов [32].

В структуре осложнений гестации при наличии в анамнезе искусственно прерванной беременности абсолютно преоблада-

ли невынашивание и недонашивание [1, 7, 17, 19, 40]. Как указали многие авторы, наиболее частым осложнением гестации у первородящих женщин с абортom в анамнезе не зависимо от его варианта является угроза досрочного прерывания беременности. В ходе исследования А.К. Боронбаева (2011) данное осложнение диагностировано практически в равной степени у первородящих женщин с хирургическим абортom (ХА), или медикаментозным абортom (МА) или вакуумным абортom (ВА) в анамнезе (46,5%, 44,2% и 44,8% соответственно) [1].

В своем исследовании О.М. Колесникова (2013) продемонстрировала аналогичные данные. МА в анамнезе, равно как ХА, достоверно увеличивает частоту угрозы невынашивания и недонашивания при последующей беременности. Таким образом, у женщин, беременность которых завершилась искусственным абортom независимо от того хирургическим, медикаментозным или вакуумным методами, последующая гестация достоверно чаще осложняется угрозой ее досрочного прерывания [7].

Рядом отечественных авторов отмечено, что риск преждевременных родов у женщин с искусственным абортom в анамнезе в 1,5–4,0 раза выше, чем у первобеременных [1, 4, 22]. Вместе с тем некоторые зарубежные авторы согласны с этим отчасти, связывая преждевременные роды только с травматичными абортom [34, 35, 41]. Как отмечается в ряде исследований, причиной недонашивания беременности у женщин, прервавших беременность искусственным абортom, может являться не только истмико-цервикальная недостаточность, но и первичная плацентарная недостаточность (ПН) вследствие дистрофических изменений эндометрия и гормональных расстройств, вызванных искусственным прерыванием беременности [22, 37, 38].

Анемию как осложнение гестации одинаково часто диагностируют у первичнородящих повторнобеременных (ППБ) и первобеременных [1, 7, 8, 24]. Так, О.М. Колесниковой (2013) также не выявлено статистически значимых различий в частоте анемии у первородящих женщин, перенесших аборт независимо от его варианта (хирургического или медикаментозного) в сравнении с первобеременными [7].

При изучении частоты преэклампсии у ППБ отмечены крайние разноречивые данные [23, 31]. Так, по данным иностранной и отечественной литературы, выявлена зависимость частоты преэклампсии у женщин с наличием в анамнезе искусственного аборта, связанная с нарушением адаптационных механизмов при вновь возникающей

беременности [3, 22, 36]. В то же время в других работах не выявили достоверных различий в частоте развития преэклампсии у ППБ в сравнении с первобеременными [1, 7]. Так, преэклампсия диагностирована у каждой пятой женщины с любым видом аборта в анамнезе (хирургический/медикаментозный/вакуумный).

В основе большинства перинатальных и ряда акушерских осложнений лежит ПН. Как свидетельствуют многочисленные исследования, в результате изменений условий для имплантации яйцеклетки после искусственного аборта формируется первичная ПН, которая приводит к синдрому задержки роста плода (СЗРП) [6, 12, 22, 29]. В свою очередь, СЗРП не только формирует перинатальную смертность (до 44%) и перинатальную заболеваемость (100%), но и является фактором риска короткой и плохой жизни [22, 25, 35]. По данным исследования А.К. Боронбаева (2011), ПН и СЗРП выявлены у каждой третьей женщины с абортom в анамнезе независимо от характера прерывания беременности (32,5% – после ХА, 39,5% – после ВА и 36,2% – после МА) [1]. Таким образом, по мнению А.К. Боронбаева (2011), ХА, МА и ВА в равной степени способствуют развитию ПН у ППБ [1].

Однако, согласно данным О.М. Колесниковой (2013), ПН была диагностирована у 51% женщин с ХА, что в 1,6 раза чаще в сравнении с женщинами с МА в анамнезе – 32,2%. СЗРП встречается практически одинаково часто у первородящих после ХА и МА (13,5% и 9,2%), что достоверно чаще в сравнении с первобеременными (4,5%) [6, 7].

Искусственное прерывание беременности, приводя к изменению реактивности матки, плацентарной площадки вследствие нарушений в нервно-мышечном аппарате матки, может быть причиной возникновения осложнений в родах [1, 7, 22]. Согласно мнению ряда авторов, у ППБ в сравнении с первобеременными в 2,0 – 2,5 раза возрастает вероятность развития аномалий родовой деятельности [1, 7]. По данным А.К. Боронбаева (2011), аномалии родовой деятельности диагностированы у каждой третьей женщины с ХА в анамнезе (30,2%) [1]. В исследовании О.М. Колесниковой (2013) также отмечено, что у ППБ аномалии родовой деятельности чаще развивались в сравнении с первобеременными [7]. Обращает на себя внимание то, что выявлена коррелятивная зависимость от варианта прерывания беременности.

Так, аномалии родовой деятельности регистрировались у каждой пятой женщины после ХА (21,9%) и у каждой девятой – с МА (11,5%) [7]. Зарубежные авторы так-

же сходятся к мнению, что искусственное прерывание беременности повышает риск аномалий родовой деятельности [33].

Многими исследователями отмечен более высокий процент абдоминального родоразрешения у ППБ. У данного контингента женщин в 2,0 – 3,0 раза чаще выявляется необходимость оперативного вмешательства [1, 7, 28]. Согласно результатам анализа, произведенного А.К. Боронбаевым (2011), абдоминальному родоразрешению подверглись 27,9% женщин после ХА, 19,0% – после МА и 30,2% женщин с ВА в анамнезе [1]. По данным О.М. Колесниковой (2013), частота абдоминального родоразрешения путем операции кесарева сечения была достоверно выше у первородящих женщин с аборт в анамнезе [7]. Также прослеживается корреляционная зависимость от варианта проведенного аборта. Так, каждая третья женщина с ХА в анамнезе (29,2%) подвергалась абдоминальному родоразрешению, в то время как частота операции кесарева сечения у женщин после МА составила 18,4%.

У ППБ отмечено неблагоприятное течение последового и послеродового периодов вследствие дистрофических изменений эндометрия, перенесенного воспалительного процесса, нарушения нервно-мышечного аппарата матки, реактивности плацентарной площадки после искусственного прерывания беременности в особенности хирургического метода [1, 7, 42].

Среди осложнений послеродового периода плотное прикрепление и дефект плаценты, а также гипотоническое кровотечение диагностированы у 10,4% рожениц с ХА в анамнезе, что в 3,0 раза чаще в сравнении с женщинами, прервавшими беременность МА, и в 4,5 раза чаще в сравнении с первобеременными [7]. Плаценты у рожениц с искусственным прерыванием беременности в анамнезе характеризовались нарушением проницаемости соединительной ткани, увеличением количества инфарктов плацент в сравнении с первобеременными [1, 7, 37]. При обследовании плацент у женщин с ХА в анамнезе отмечены распространенные воспалительные изменения, нарушения кровообращения, диссоциированное развитие ворсинчатого дерева и незначительные компенсаторные процессы. В отличие от женщин с ХА, плаценты женщин после МА характеризовались умеренно выраженными воспалительными изменениями, нарушением созревания ворсинчатого хориона и многообразием компенсаторно-приспособительных процессов [7].

Большинство авторов обратили внимание на неблагоприятное влияние искусственного прерывания беременности не только на течение последующей гестации

и родов, но и на плод. Аборт является причиной снижения средних показателей массы новорожденного. Как отмечено рядом авторов это связано с недонашиванием беременности, задержкой роста плода, которая встречается в 1,5-2,0 раза чаще у ППБ в сравнении с первобеременными [11, 22, 39]. Показано, что неблагополучно протекающие беременность и роды у первородящих с искусственным аборт в анамнезе оказывают влияние на течение периода адаптации новорожденного в большей степени в сравнении с первобеременными [22].

При оценке состояния новорожденных патологические синдромы в раннем периоде постнатальной адаптации диагностированы у каждого третьего ребенка от матерей с искусственным аборт в анамнезе (для сравнения, у каждого пятого, рожденного в результате первой беременности) [7]. Новорожденные от матерей с искусственным аборт в анамнезе, независимо от того хирургическим или медикаментозным, достоверно чаще рождались с признаками задержки роста плода в сравнении с первобеременными [7]. Новорожденные от матерей с искусственным прерыванием беременности достоверно чаще имели нарушения периода ранней постнатальной адаптации. Так, асфиксия средней степени тяжести отмечена в 3,0 раза чаще у новорожденных от матерей с искусственным аборт в анамнезе в сравнении с рожденными детьми в результате первой беременности, нарушение мозгового кровообращения I-II ст. (смешанного генеза) в 2,3 раза чаще отмечалось у рожденных от матерей после ХА и МА в сравнении с рожденными от первобеременных [10]. Как предполагают многие авторы, первичная ПН после аборта приводит к снижению компенсаторно-приспособительных реакций и оказывает негативное воздействие не только на плод, но и на его постнатальное развитие [22].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что наличие искусственного аборта в анамнезе матери достоверно увеличивает риск развития хронической ПН, СЗРП, приводя к росту перинатальной смертности и заболеваемости [22]. Рядом отечественных авторов также отмечено, что перинатальная смертность в группе первородящих женщин с искусственным аборт в анамнезе в 1,5 раза выше, чем у первобеременных [1, 7, 22, 25]. Вместе с тем анализ зарубежной литературы свидетельствует об отсутствии достоверных различий в показателях заболеваемости и смертности в группах, рожденных от первой беременности и от повторных [30, 42]. Так, Е. Sheiner с соавт. (2012), считают, что клиническое и неврологическое состояние детей не зависит

от наличия искусственных абортов в анамнезе матери и заболеваемость у них примерно одинаковая [42]. О.Е. Iversen с соавт. (2013) также отметили отсутствие риска врожденных аномалий развития, родовой травмы, асфиксии новорожденного и неонатальной смертности после искусственного аборта матери [30].

В результате изучения данных об изменении в фетоплацентарном комплексе и сопоставления их с течением беременности установлено, что признаки хронической ПН среди первородящих с искусственным абортом в анамнезе встречаются достоверно чаще, чем у первобеременных. По данным ряда авторов, у первородящих женщин с абортом в анамнезе хроническая ПН диагностирована в 25,0–30,0% случаев, а СЗРП – в 5,0–9,0% случаев [1, 6, 9, 22].

Огромная медико-социальная важность проблемы ПН заключается в том, что Огромная медико-социальная важность проблемы ПН заключается в том, что не всегда в должном объеме удается добиться профилактики и коррекции с помощью только медикаментозной терапии [5, 20, 21]. Именно поэтому А.П. Милованов (2011), рассматривая ведущие механизмы патогенез хронической ПН, настоятельно подчеркивает необходимость изыскания новых медицинских технологий профилактики нарушения плацентарного кровообращения [11].

В этом контексте интересен опыт применения медицинского озона, воздействующего на патогенетические механизмы реализации ПН.

Одним из методов профилактики плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных является применение медицинского озона, который представляет собой озонкислородную смесь, которая образуется из сверхчистого кислорода в результате его разложения в слабом электрическом разряде или посредством ультрафиолетового облучения.

Озон обладает широким спектром воздействия на человеческий организм. Так, медицинский озон оказывает бактерицидное, фунгицидное, иммуномодулирующее, противогипоксическое действие [5, 21]. Озонотерапия стимулирует репарацию, обменные процессы и повышение антиоксидантной защиты организма [5]. В акушерстве и гинекологии медицинский озон также успешно применяется в комплексной терапии невынашивания беременности, железодефицитной анемии, преэклампсии и других нозологиях [5, 21].

Несмотря на разнообразие положительных свойств медицинского озона, наиболее важными являются его антигипоксическое

действие и улучшение кровообращения. Лечебное действие озона обусловлено высокой химической активностью молекулы этого газа. Под действием озона в клетках увеличивается активность ферментов, ослабляющих перекисное окисление липидов. Параллельно включаются и другие антиокислительные системы. Интенсивность перекисного окисления липидов определяется концентрацией озона – усиление антиоксидантных систем организма над перекисным окислением липидов отмечается лишь в зоне его терапевтических действий. Многие авторы подчеркивают способность низких концентраций озона [5].

Возможность направленного влияния на перекисное окисление липидов является предпосылкой мембранотропных эффектов озона. Изучению влияния медицинского озона на физико-химические свойства мембран посвящено много работ, доказывающих мембраностабилизирующий эффект парентерально вводимого озона. Важным фактором антигипоксического действия озона также считают его непосредственное влияние на окислительно-восстановительную функцию митохондриальной цепи [5, 21]. Озон также уменьшает агрегационную способность эритроцитов, снижает вязкость и улучшает реологические свойства крови, тем самым способствуя улучшению микроциркуляции.

В доступной литературе встречаются работы, посвященные сравнительному анализу эффективности применения гипербарической оксигенации (ГБО) и озонотерапии в коррекции ПН. Так, согласно работе А.Х.М. Клементе (2012) озонотерапия и ГБО, которая также вызывает выраженные адаптационные изменения, оказались в равной степени эффективными в комплексном лечении компенсированной формы ПН. При субкомпенсированной форме ПН эффективность озонотерапии достоверно превысила эффективность ГБО, в связи с чем следует решать вопрос в пользу озонотерапии [5].

Таким образом, озон, положительно влияя на гомеостаз маточно-плацентарного комплекса, путем ликвидации локальной гипоксии, восстанавливая нарушенный клеточный метаболизм, предотвращая развитие дефектов васкуляризации, нарушения созревания хориона, воздействует на патогенетические механизмы реализации ПН.

Список литературы

1. Боронбаев А.К. Репродуктивный потенциал женщин, перенесших различные виды медицинского аборта: Автореф. дисс....канд. мед. наук. – Казань, 2011. – 24 с.
2. Ветров В.В., Васильев В.Е., Иванов Д.О., Бараташвили Г.Г., Петров Ю.А. Синдром гиперстимуляции яичников (клиническое наблюдение) // Детская медицина Северо – Запада. – 2012. – Т. 3. – № 2. – С. 61 – 65.

3. Гасанова С.Р. Роль фетоплацентарной недостаточности в развитии гестоза: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. – М., 2011. – 26 с.
4. Занько С.Н. Преждевременные роды: горизонты активных действий / С.Н. Занько // Status praesens. – 2013. – № 2. – С. 32 – 39.
5. Клементе А.Х.М. Плацентарная недостаточность: современные способы прогнозирования и лечения: Автореф. дисс. ... д – ра мед. наук. – М., 2012. – 46 с.
6. Колесникова О.М. Синдром плацентарной недостаточности у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов / О.М. Колесникова, А.А. Оразмурадов, С.А. Князев и др. // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 5. – С. 32 – 35.
7. Колесникова О.М. Особенности течения беременности и исходов родов у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 25 с.
8. Лебедев В.А. Патогенез и терапия железодефицитной анемии беременных // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9. – № 2 – 3. – С. 8 – 15.
9. Мальцева Л.И. Последствия абортов – как избежать инфекции? / Л.И. Мальцева // Status praesens. – 2011. – № 64. – С. 32 – 39.
10. Мельник Т.Н. Медицинские и организационные аспекты медикаментозного прерывания беременности в поздние сроки. Автореф. дисс. ... д – ра мед. наук. – М., 2009. – 48 с.
11. Милованов А.П. Причины и дифференцированное лечение раннего невынашивания беременности: Руководство для врачей / А.П. Милованов, О.Ф. Серова. – М.: МДВ, 2011. – 228 с.
12. Ордянец И.М. Особенности второй волны инвазии цитотрофобласта у беременных с осложненной и нормально протекающей беременностью / И.М. Ордянец, А.В. Джабиева, А.А. Джабиева Т.В. Смирнова // Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2012. – № 6. – С. 193 – 197.
13. Петров Ю.А. Оценка адаптационного и иммунного резерва женщин с хроническим эндометритом в зависимости от объема реабилитационной терапии // Валеология. – 2016. – № 2. – С. 35 – 39.
14. Петров Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 3. – С. 113 – 118.
15. Петров Ю.А. Возможности таргетной терапии хронического эндометрита с учетом патоморфотипа / Петров Ю.А., Радзинский В.Е., Калинина Е.А., Широкова Д.В., Полина М.Л. // Медицинский вестник Юга России. – 2015. – № 4. – С. 71 – 75.
16. Петров Ю.А. Семья и здоровье. – М.: Медицинская книга, 2014. – 312 с.
17. Петров Ю.А. Эффективность сонографической диагностики хронического эндометрита // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № S5. – С. 248 – 253.
18. Петров Ю.А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо – Кавказский регион. Серия: Естественные науки. – 2011. – № 6. – С. 110 – 113.
19. Петров Ю.А. Гистероскопическая характеристика эндометрия женщин с ранними репродуктивными потерями // Вестник Российского университета Дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № S5. – С. 243 – 247.
20. Проданова Е.В. Оптимизация комплексной терапии фетоплацентарной недостаточности: Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. – Волгоград, 2012. – 25 с.
21. Проданова Е.В. Немедикаментозная терапия фетоплацентарной недостаточности / И.Е. Рогожина, Е.В. Проданова, Г.Е. Махова, Н.Ф. Хворостухина // Лечение и профилактика. – 2012. – № 2. – С. 21 – 26.
22. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М.: Изд – во журнала Status praesens, 2011. – 685 с.
23. Сидорова И.С. Преэклампсия или гестоз: возможен ли компромисс? / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина // Status praesens. – 2013. – № 2 [13]. – С. 17 – 23.
24. Соловьева А.В. Дискуссионные вопросы предгравидарной подготовки в России / А.В. Соловьева, А.С. Оленев // Status praesens. – 2014. – № 1 [18]. – С. 55 – 63.
25. Тимохина Е.В. Синдром задержки роста плода: патогенез, прогнозирование, акушерская тактика: Автореф. дисс. ... д – ра мед. наук. – М., 2012. – 46 с.
26. Широкова Д.В., Калинина Е.А., Полина М.Л., Петров Ю.А. Морфофункциональная вариабельность эндометрия как основа дифференцированного лечения бесплодия // Современная наука и образование. – 2015. – № 6 – 0. – С. 270.
27. Bhattacharya S., Lowit A., Bhattacharaya S. et al. Reproductive outcomes following induced abortion: a national register – based cohort study in Scotland // B.M.J. Open. 2012. – Vol. 2. – P. 91 – 94.
28. High risk pregnancy. Management options / edition D.K. James, P.J. Steer, Haldre K. et al. 4th ed. Mosby Elsevier Inc. – 2011. – P. 1475 – 1482.
29. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. Geneva: WHO, 2010.
30. Iversen O.E., Midboe G., Johnsen S.L. Medical abortion – the first Norwegian experiences // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2013. – Vol. 1 23. – P. 2422 – 2424
31. Kingdom J.C., Drewlo S. Is heparin a placental anticoagulant in high – risk pregnancies? // Blood. – 2011. – Nov 3. – Vol. 118(18). – P. 4780 – 4788.
32. Klemetti R., Gissler M., Niinimäki M. et al. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register – based study of births in Finland // Hum. Reprod. 2012. – 27. – P. 3315–3320.
33. Lu M., Fridman M., Korst L. et al. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California // Matern. Child Health J. – 2014. – Vol. 9. – P. 297–304.
34. Peltier M.R. Immunology of term and preterm labor // J. Prenat. Med. – 2011. – № 37. – P. 328.
35. Perinatreg.nl [internet] Utrecht: The Netherla.
36. Prevalence and Incidence of Preeclampsia. WrongDiagnosis.com, 2012. <http://www.wrongdiagnosis.com/p/preeclampsia/prevalence.htm>. Accessed 1 May 2012. nds Perinatal Registry. http://www.perinatreg.nl/home_english.
37. Raatikainen K., Heiskanen N., Heinonen S. Induced abortion: not an independent risk factor for pregnancy outcome, but a challenge for health counseling // Ann Epidemiol. – 2013. – № 16. – P. 587–592.
38. Reime B., Schücking B.A., Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies // BMC Pregnancy Childbirth. – 2011. – Vol. 8. – P. 4 – 12.
39. Rorbye C, Norgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study // Hum. Reprod. – 2012. – № 20. – P. 834–838.
40. Schaaf J.M., Ravelli C.J., Mol B.W.J. et al. Development of a prognostic model for predicting spontaneous singleton preterm birth. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2012. – Vol. 164. – P. 150–155.
41. Shah P.S., Zao J. Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta – analyses // B.J.O.G. – 2011. – № 116. – P. 1425–1442.
42. Sheiner E., Sarid L., Levy A. et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum haemorrhage: a population – based study // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2011. – № 18. – P. 149–154.
43. Voigt M., Henrich W., Zygmunt M. et al. Is induced abortion a risk factor in subsequent pregnancy? // J. Perinat. Med. – 2011. – № 37. – P. 144–149.
44. Whitley K.A., Trinchere K., Prutsman W. et al. Midtrimester dilatation and evacuation versus prostaglandin induction: a comparison of composite outcomes // Am. J. Obstet. Gynaecol. – 2011. – Vol. 205. – P. 386 – 395.