

ГИНЕКОЛОГИЯ

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТОВ

О.М. Колесникова, А.А. Оразмурадов

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

**Н.В. Кибардина, Н.М. Старцева,
Т.В. Златовратская**

Городская клиническая больница № 29
Госпитальная площадь, 2, Москва, Россия, 111020

На основании изучения перинатальных исходов у 183 беременных, а также данных ультразвукового, кардиотокографического исследований, доплерометрии в сосудах системы мать-плацента-плод, гистологического исследования плаценты, были сделаны выводы о том, что в группе пациенток, имеющих хирургический аборт в анамнезе, проявление плацентарной недостаточности и неблагоприятные исходы родов, гораздо более выражены, по сравнению с группой пациенток, у которых был ранее произведен медикаментозный аборт.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, хирургический аборт, плацентарная недостаточность, перинатальные исходы.

Искусственное прерывание нежелательной беременности — один из наиболее значимых факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Из 210 млн беременностей, наступающих в мире ежегодно, 46 млн (22%) заканчиваются медицинским абортом [4]. Несмотря на многочисленные программы ВОЗ по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи, незапланированная беременность до сих пор является нерешенной проблемой [5]. Частота ранних, отсроченных и отдаленных осложнений после аборта, по данным различных научных исследований, колеблется в пределах 16—52%. При этом поздние осложнения, преимущественно более тяжелые, значительно превышают ранние (10—35% и 5—8% соответственно). Это особенно опасно, так

как у первобеременных количество осложнений втрое превышает таковое у рожавших женщин, что неблагоприятно сказывается на фертильности и течении последующих беременностей. Плацентарная недостаточность (ПН) является одним из наиболее часто встречающихся синдромов в акушерской практике. Его развитие — универсальная реакция на многие неблагоприятные воздействия, в том числе ранее проведенный аборт. ПН занимает второе место среди всех осложнений беременности и встречается при невынашивании — в 50%, при гестозе — в 32%, у беременных, перенесших вирусную и бактериальную инфекцию — более чем в 60% случаев [4, 8, 9].

Еще одной универсальной реакцией, развивающейся на фоне выраженного нарушения плацентарной функции, является задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). В свою очередь, ЗВРП — вторая по частоте (после недоношенности) причина перинатальных потерь, которая осложняет до 6% всех беременностей. Риск перинатальной смертности новорожденных с ЗВРП в 6—10 раз превышает таковую в популяции новорожденных с нормальным развитием. В настоящее время стало известно, что новорожденные с ЗВРП в своей дальнейшей жизни имеют повышенный риск развития гипертонической болезни, заболевания коронарных сосудов, сахарного диабета, неврологических заболеваний [5, 7, 10, 11].

Данные литературы в области исследований по абортam, выполненных различными методами, касаясь сравнительных данных об осложнениях, чрезвычайно скудны. Проблема выбора наиболее безопасного метода прерывания беременности и его дальнейшего влияния на перинатальные исходы остается крайне актуальной и до конца неизученной областью. Существует необходимость в четкой оценке влияния каждого метода аборта на прогноз ожидаемых осложнений и перинатальных исходов.

Цель исследования — сравнить перинатальные исходы у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов.

Материалы и методы. С целью определения перинатальных исходов были обследованы 183 беременных, впоследствии ставшие роженицами, имеющих в анамнезе от 1 до 2 искусственных абортов. Все пациентки были разделены на две группы: в первую группу вошли 87 женщин, имевших в анамнезе медикаментозные аборты, во вторую 96 женщины имевших в анамнезе хирургические аборты.

Возраст женщин находился в пределах от 20 до 38 лет и составил в среднем $27,5 \pm 0,4$. Согласно критериям отбора, все женщины имели в анамнезе искусственный аборт.

Изучение состояния фетоплацентарного комплекса у женщин обеих групп оценивалось по данным ультразвукового, кардиотокографического исследований, доплерометрии кровотока в сосудах системы мать—плацента—плод. При этом констатация нарушений фиксировалась, если результаты исследования одного или нескольких вышеперечисленных методов не укладывались в границы гестационной нормы.

Результаты исследования. Наблюдение за беременной осуществлялось в условиях женской консультации и включало все необходимые акушерские и об-

щеклинические исследования, которые проводились в установленные сроки или по показаниям как со стороны матери, так и плода.

Полученные фетометрические показатели в большинстве наблюдений — 150 (81,9%) — соответствовали гестационной норме.

ЗРП выявлено у 6 (6,9%) женщин с медикаментозным абортом в анамнезе и у 27 (28,1%) — у женщин с хирургическим. Анализируя задержку развития плода по степени тяжести, выявлено, что у пациенток первой группы во всех случаях отмечается ЗРП I степени (6,9%), из второй группы у 18 пациенток ЗРП I—II (18,7%) и ЗРП II—III у 9 (9,3%). Изучение течения беременности у пациенток с задержкой развития плода показало, что у всех женщин оно осложнилось угрозой прерывания беременности в I и II триместре беременности.

По данным кардиотокографического исследования изменения в сердечной деятельности плода наблюдались у беременных с длительной угрозой прерывания, которые проявлялись более протяженными участками монотонного ритма, снижением частоты спонтанных акцелераций, что расценивалось как начальные признаки гипоксии плода: у 7 (25%) женщин первой группы и 13 (40,6) — второй.

Исследование структуры плаценты по данным ультразвукового исследования позволило выявить у 15 беременных (6, или 6,89%, из первой группы и 9, или 9,3% — второй группы пациенток) с угрозой прерывания в III триместре расширение межворсинчатого субхориального пространства, что расценивалось как компенсированная форма плацентарной недостаточности.

Измерение толщины плаценты, проведенное у всех пациенток исследуемых групп, определило соответствие этого показателя гестационным нормам у 150 (81,9%). Уменьшение толщины плаценты у пациенток обеих групп сочеталось с задержкой развития плода и составляло 3 (3,4%) и 21 (21,8%) у первой и второй группы соответственно. Несоответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку (преждевременное старение) выявлено у 6 (6,9%) беременных первой группы и 15 (15,6%) — второй группы. Исследование объема околоплодных вод показало, что у 65,6% всех беременных он соответствовал гестационной норме. Маловодие отмечалось у 3 (3,4%) пациенток из первой группы и 18 (18,7%) — из второй, при этом сочеталось с задержкой развития плода у 6 беременных из данной группы. Многоводие диагностировано у 12 (13,8%) пациенток из первой группы и у 3 (3,2%) из второй группы.

Доплерометрия была проведена всем 183 исследуемым беременным (100%). Показатели систолодиастолического соотношения в маточной артерии и артерии пуповины как наиболее раннего признака нарушений маточного — плацентарного и фетоплацентарного кровообращения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов доплерометрии

Группа	n	МПК I-А ст.		ФПК I-Б ст.		МПК и ФПК II ст.		Всего	
		n	%	n	%	n	%	n	%
I	87	9	10,3	0	0	0	0	9	10,3
II	96	15	15,6	0	0	9	9,4	24	25

По данным гистологического исследования плаценты: хронический децидуит был выявлен у 12 женщин (12,9%) в группе с хирургическим абортom в анамнезе (II группа), совсем не был выявлен в группе с медикаментозным (I группа). Очаговый децидуит — у 12 (12,9%) во II группе и не был выявлен в I группе, гнойный децидуит — у 6 (6,25%) и не был выявлен соответственно, хорионамнионит — у 15 (15,62%) и не был выявлен соответственно, острая плацентарная недостаточность — у 45 (46,87%) во II группе и у 5 (5,74%) в I группе, хроническая плацентарная недостаточность — у 75 (78,1%) и 54 (62%) соответственно. Очаги некроза были выявлены у 42 (43,75%) во II группе и не были выявлены совсем в I группе.

Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что каким бы ни был аборт, хирургическим ли, медикаментозным ли, он негативно влияет на состояние здоровья женщины, в том числе на состояние здоровья потомства. Однако, сравнивая результаты группы пациенток с медикаментозным абортom в анамнезе с результатами группы с хирургическим абортom, однозначно можно сделать вывод о том, что в первой группе перинатальные исходы более благоприятные нежели в группе под номером два.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Волгина В.Ф., Протопопова Т.А., Суханова Л.П. Актуальность проблемы абортов // V Международный конгресс по репродуктивной медицине. — М., 2011.
- [2] Мальцева Л.И., Лобова Л.А., Ириятуллина Э.Р. Сравнительная характеристика частоты осложнений, возникающих при прерывании беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом с помощью препарата мифепристон // Практическая медицина. — М., 2007. — 1: 16. — С. 7—9.
- [3] Плотко Е.Э. Медикаментозный аборт и вакуум-аспирация на ранних сроках беременности: равноценный выбор? // Вестник Российского университета дружбы народов. — 2011. — № 5. — С. 227.
- [4] Прилепская В.Н., Кузмина А.А. Аборт в 1 триместре беременности. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 211.
- [5] Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. — М.: Медицинское информационное агенство, 2009. — С. 436.
- [6] Радзинский В.Е. Медикаментозный аборт: настоящее и будущее // Фарматека. — М., 2008. — № 14. — С. 12—14.
- [7] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011.
- [8] Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
- [9] Репродуктивный потенциал России: Казанские чтения. Здоровье женщины — здоровье нации. — М.: Медиабюро StatusPraesens, 2012.
- [10] Lowit A., Bhattacharya S., Bhattacharya S. Obstetric performance following an induced abortion // Pract Res Clin Obstet Gynaecol. — 2010. — 24(5). — P. 667—82.
- [11] Prine L., Shannon C., Gillespie G. Medical abortion: outcomes in a family medicine setting // J Am Board Fam Med. — 2010. — 23(4). — P. 509—13.
- [12] Winer N., Resche-Rigon M., Morin C., Ville Y., Rozenberg P. Is induced abortion with misoprostol a risk factor for late abortion or preterm delivery in subsequent pregnancies? // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. — 2009. — 145 (1). — P. 53—6.

PERINATAL OUTCOMES AT FIRST LABOR AFTER SURGICAL AND MEDICAL ABORTIONS

O.M. Kolesnikova, A.A. Orazmuradov

Department of Obstetrics and Gynecology
with the course of Perinatology
Medical Faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Mikluho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

**N.V. Kibardina, N.M. Startseva,
T.V. Zlatovratskaya**

Clinical Hospital № 29
Gospitalnaya Sq., 2, Moscow, Russia, 111020

On the basis of studying of perinatal outcomes at 183 pregnant women, and also data of ultrasonic, kardiokografic researches, dopler in system vessels mother placenta a fetus, histologic research of a placenta, were drawn conclusions that in group of the patients having surgical abortion in the anamnesis, manifestation of placentary insufficiency and failures of childbirth, are much more expressed, in comparison with group of patients at which medical abortion was earlier made.

Key words: medical abortion, surgical abortion, placentary insufficiency, perinatal outcomes.