

На правах рукописи

Байкулова Танзиля Юрьевна

**БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ
ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ АБОРТ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

18 МАЙ 2016



Москва — 2016

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Научные руководители:

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Рост ГМУ,
доктор медицинских наук, доцент

**Петров
Юрий Алексеевич**

профессор кафедры общей патологии и патологической физиологии
ФГАОУ ВО РУДН,
доктор медицинских наук, профессор

**Ходорович
Надежда Анатольевна**

Официальные оппоненты:

профессор кафедры семейной медицины
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор

**Серебренникова
Клара Георгиевна**

доцент кафедры акушерства и гинекологии
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский
университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук

**Плотко
Евгений Эдуардович**

Ведущая организация: ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области (101000, г. Москва, ул. Покровка, д.22а).

Защита диссертации состоится 21 июня 2016 г. в 11-00 по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6, на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6) и на сайте <http://dissovet.rudn.ru>.

Автореферат размещен на сайте <http://dissovet.rudn.ru>.

Автореферат разослан «06» 05 2016г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д.212.203.01
кандидат медицинских наук

**Лебедева
Марина Георгиевна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Несмотря на современные тенденции снижения частоты аборт в России, искусственное прерывание беременности остается основным методом контроля рождаемости (Радзинский В.Е., 2011). В настоящее время, когда приходится констатировать ухудшение здоровья женского населения Российской Федерации, сохраняется высокая частота репродуктивных потерь, остается низким воспроизводство населения, в центре внимания акушеров-гинекологов находятся вопросы взаимосвязи искусственного прерывания беременности, течения и исходов последующей гестации, прежде всего у первородящих женщин (Радзинский В.Е., 2011). Остается высокозначимой проблема восстановления репродуктивной функции у первородящих женщин после искусственного прерывания беременности, которое влечет за собой ряд неблагоприятных последствий и осложнений, достигая у первородящих 45% (Волгина В.Ф., 2011). Аборт, независимо от техники его выполнения, увеличивает риск различных осложнений течения беременности, родов, в том числе и развития плацентарной недостаточности (ПН), что в значительной мере способствует повышению перинатальной заболеваемости и смертности (Кулавский В.А., 2009; Боронбаев А.К., 2011; Радзинский В.Е., 2011; Колесникова О.М., 2013). Огромная медико-социальная важность проблемы ПН заключается в том, что не всегда удается в должном объеме добиться ее профилактики и коррекции с помощью только медикаментозной терапии (Иутинский Э.М., 2009; Рогожина И.Е., 2010; Клементе А.Х.М., 2012). В связи с вышеперечисленными обстоятельствами представляется целесообразным обосновать и оценить эффективность комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение исходов беременности и родов у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт, как у группы высокого перинатального риска.

Степень разработанности темы. Несмотря на повышенное внимание акушеров-гинекологов к проблеме безопасного прерывания нежелательной беременности на ранних сроках, нет единого мнения о степени влияния характера аборта на течение и исходы последующей гестации. Прежде всего это относится к медикаментозному аборту.

Причины ПН у первородящих женщин с искусственным абортом в анамнезе многогранны и до конца не изучены. Понимание патогенетических механизмов реализации ПН у данного контингента женщин будет способствовать разработке эффективных методов ее профилактики и коррекции. В современных реалиях при ПН, задержке роста плода (ЗРП) максимальное улучшение компенсаторно-приспособительных механизмов до достижения оптимального срока родоразрешения является приоритетной задачей акушеров-гинекологов.

Именно в связи с отмеченными выше обстоятельствами, представляется целесообразным

комплексное изучение влияния искусственного прерывания беременности в зависимости от его варианта на популяционные характеристики здоровья женщин, на течение и исходы последующей гестации. Существует необходимость в углубленном изучении патогенетических механизмов реализации ПН у первородящих женщин после различных методов искусственного прерывания беременности. Особый практический интерес представляет оценка эффективности комплекса профилактических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию ПН, ЗРП, способных улучшить перинатальные исходы беременности и родов у первородящих женщин после хирургического/медикаментозного/вакуумного аборта.

Цель исследования: улучшить исходы беременности и родов у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт.

Задачи исследования:

1. Установить клинические особенности течения беременности, родов и послеродового периода у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт.
2. Выявить структурно-функциональные отличия фетоплацентарной системы у изучаемого контингента.
3. Обосновать комплекс мероприятий, способных улучшить перинатальные исходы беременности и родов у первородящих женщин с искусственным абортом в анамнезе.
4. Оценить эффективность разработанных мероприятий.

Научная новизна. Научная ценность настоящего исследования заключается в том, что в результате многоаспектного анализа установлена взаимосвязь между осложнениями искусственного прерывания беременности, методикой его выполнения и течением и исходами последующей гестации. На основании морфологического исследования расширено представление о патогенезе ПН у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт. Определена достоверная связь нарушений компенсаторно-адаптационных процессов ФПС в зависимости от варианта искусственного прерывания беременности.

Впервые изучены патогенетические механизмы профилактики и коррекции ПН у первородящих женщин с искусственным прерыванием беременности в анамнезе. Доказана эффективность начатого с ранних сроков беременности комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение фетоплацентарного гомеостаза.

Теоретическая и практическая значимость работы. Проведенный комплексный анализ течения беременности и родов у первородящих женщин с искусственным абортом в анамнезе позволяет планировать предстоящую беременность с минимальным риском неблагоприятного исхода. На основе сопоставления показателей ультразвукового исследования (УЗИ), кровотока в системе «мать-плацента-плод», антенатальной кардиотокографии (КТГ) с гистологическими изменениями в плаценте расширены представления о патогенезе ПН у

первородящих женщин после различных методов искусственного прерывания беременности. Обоснованы рекомендации по профилактике и коррекции ПН. Полученные в ходе настоящего исследования данные дают основание рекомендовать практическому здравоохранению комплекс профилактических мероприятий, направленных на улучшение фетоплацентарного гомеостаза с ранних сроков беременности, способных улучшить перинатальные исходы первородящих женщин, перенесших искусственный аборт.

Методология и методы исследования. Настоящая работа выполнена за период 2014-2015 гг. на базе Карачаево-Черкесского республиканского перинатального центра (гл. врач - Пономарева Евгения Борисовна).

Для решения поставленных задач было проведено комплексное исследование особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у первородящих женщин с хирургическим/медикаментозным/вакуумным абортom в анамнезе. В исследование были включены 326 первородящих повторнобеременных и первобеременных женщин, из них ретроспективную группу составили 202 женщины, проспективную - 124 женщины.

На I этапе проведен ретроспективный анализ анамнестических данных, особенностей течения беременности и родов, результатов клинико-лабораторного и функциональных методов исследования у 202 первородящих повторнобеременных и первобеременных, родоразрешившихся в Карачаево-Черкесском республиканском перинатальном центре в 2012-2013 гг.

В зависимости от метода прерывания беременности были определены следующие ретроспективные группы:

1 группа (n=61) - первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом (ППБ+ХА);

2 группа (n=47) - первородящие женщины ретроспективной выборки с медикаментозным абортom в анамнезе (ППБ+МА);

3 группа (n=44) - первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации (ППБ+ВА);

4 группа (n=50) - первобеременные ретроспективной выборки.

Методология II этапа предусматривала проведение проспективного исследования, включавшего в себя комплексное обследование беременных с предстоящими I родами, с хирургическим (ХА)/ медикаментозным (МА)/ вакуумным абортom (ВА) в анамнезе.

Группы были сформированы сплошным методом из числа беременных, состоящих на учете по беременности в женской консультации перинатального центра, а также окружных женских консультациях согласно критериям включения.

Критерии включения: предстоящие первые роды, наличие в анамнезе одного прерывания

беременности (хирургический, вакуумный и медикаментозный аборт), срок прерывания до 12 недель беременности, одноплодная беременность, отсутствие тяжелых экстрагенитальных заболеваний.

По аналогии с первым этапом были сформированы следующие группы:

5 группа (n=30) - первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом (ППБ+ХА);

6 группа (n=32) - первородящие женщины проспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе (ППБ+МА);

7 группа (n=32) - первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации (ППБ+ВА);

8 группа (n=30) - первобеременные женщины проспективной выборки.

В зависимости от методики профилактических мероприятий в каждой группе первородящих повторнобеременных были выделены дополнительные группы обследуемых:

9 группа (n=15) - первородящие женщины проспективной выборки с хирургическим абортом в анамнезе, которым проведен базовый профилактический комплекс;

10 группа (n=15) - первородящие женщины проспективной выборки с хирургическим абортом в анамнезе, которым проведен комплексный курс;

11 группа (n=16) - первородящие женщины проспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе, которым проведена базовая терапия;

12 группа (n=16) - первородящие женщины проспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе, которым проведено комплексное лечение;

13 группа (n=16) - первородящие женщины проспективной выборки с вакуумным абортом в анамнезе, которым проведена базовая терапия;

14 группа (n=16) - первородящие женщины проспективной выборки с вакуумным абортом в анамнезе, которым проведен комплексный курс.

Принципы базового комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение фетоплацентарного гомеостаза, включали в себя:

1. Начало мероприятий в сроки до 17 недель беременности (на основании представления о завершенности формирования ФПС к 19-20 неделям).

2. Обогащение пищевого рациона белками, олигопептидами, полиненасыщенными жирными кислотами.

3. Применение с ранних сроков беременности суммы токоферолов в дозах 400 МЕ/сут, являющихся ингибиторами апоптоза, обладающих антиоксидантными свойствами, каротиноидов, потенцирующих эффект токоферолов.

4. Антиагреганты (Дипиридамол («Курантил») в I триместре, во II триместре малые

дозы ацетилсалициловой кислоты (80-125 мг/сут), пентоксифиллин («Трентал») (7 мг/кг массы тела в сутки) (Радзинский В.Е. и соавт., 2009).

+

5. Озонотерапия курсами в сроки 6-8 недель, 16-17 недель (время первой и второй волны инвазии трофобласта).

Курс озонотерапии состоял из 5-6 внутривенных инфузий 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия, полученный путем пропускания через флакон со стерильным физиологическим раствором озонкислородной смеси с концентрацией озона 400 мкг/л смеси на отечественной установке YOTA-60-01 производства «Медозон» (регистрационные удостоверения медицинских технологий № ФС-2005/058 и № ФС -2007/014). В настоящей работе использовали способ проточно-аспирационной обработки изотонического раствора хлорида натрия озонкислородной смесью в течение 20 минут и скоростью потока газовой смеси 1 л/мин с концентрацией озона 4 мкг/л. Все беременные перенесли курс озонотерапии удовлетворительно без каких-либо осложнений.

Методы исследования включали в себя:

1) клиничко-лабораторное обследование беременных согласно приказу Минздрава РФ от 1 ноября 2012 года №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;

2) УЗИ, доплерометрия маточных артерий, артерии пуповины;

3) КТГ плода;

4) патоморфологическое исследование последов;

5) статистическую обработку результатов исследования.

УЗИ проводили на аппарате Aloka SSD-3500SX. В I триместре определяли наличие эмбриона в полости матки, срок беременности, размеры плодного яйца, копчик-теменной размер эмбриона/плода, ЧСС эмбриона/плода. Во II и III триместрах проводили фетометрию по основным показателям (бипариетальный размер, окружность головы, окружность живота, диаметр бедренной кости, диаметр плечевой кости). Оценку фетометрических показателей выполняли по нормативным таблицам. Степень ЗРП определяли по следующей классификации: при I степени регистрировали отставание фетометрических показателей на 2 нед от нормативных, при II степени – на 3–4 недели, при III степени — на 4 и более недели. УЗ-плацентография состояла из оценки таких параметров плаценты как локализация, ее толщина, состояние межворсинчатого пространства (МВП), степени зрелости.

Состояние маточно-плацентарного кровотока (МПК) оценивали методом доплерометрии. Для анализа состояния кровотока регистрировали скорости кровотока в

маточных артериях, артерии пуповины по общепринятой методике. Для качественной оценки кривых скоростей кровотока были использованы индекс резистентности, пульсационный индекс, систоло-диастолическое отношение.

С целью оценки состояния плода проводили КТГ с определением variability сердечного ритма. Также при анализе кардиотокограмм определяли показатель состояния плода.

Патоморфологическое исследование плацент выполняли по стандартизированной схеме, состоящей из макроскопического анализа, вырезки материала и гистологического анализа в 3 этапа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Беременность, наступившая после искусственного аборта, независимо от техники его выполнения, относится к категории высокого риска, отличается повышенной частотой акушерских осложнений, в том числе плацентарной недостаточности, задержки роста плода. Однако влияние медикаментозного и вакуумного аборта на репродуктивное здоровье женщины, течение и исходы последующей беременности наименее отрицательно выражено в сравнении с хирургическим.

2. Применение комплекса профилактических мероприятий с включением озонотерапии с ранних сроков беременности патогенетически обосновано, так как, восстанавливая нарушенный клеточный метаболизм, предотвращая развитие дефектов васкуляризации, нарушение созревания хориона, способствует снижению частоты плацентарной недостаточности, задержки роста плода, улучшает перинатальные исходы у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт.

Степень достоверности и апробация полученных результатов. Статистическую обработку полученных в ходе исследований результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 статистических функций программы Microsoft Excel-2010.

Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. Участие автора в сборе первичного материала и его обработке — 100%. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично.

Работа выполнена за период 2014–2015 гг. на базе Карачаево-Черкесского республиканского перинатального центра (главный врач Пономарева Евгения Борисовна).

Основные положения диссертации, выводы и практические рекомендации внедрены в практическую работу Карачаево-Черкесского перинатального центра, женской консультации Прикубанского района.

Основные положения работы доложены на XI Международной конференции «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии» (Крым, г. Судак, 2015), II

Региональной научно-практической конференции «Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека» (г. Ростов-на-Дону, 2015), X Юбилейном Международном конгрессе по репродуктивной медицине (г. Москва, 2016).

По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 3 - в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ.

Апробация диссертации состоялась на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН 29 января 2016 года.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования и их обсуждение. В целом все клинические группы составили женщины репродуктивного периода в возрасте 18-35 лет.

Анализ семейного положения женщин исследуемых групп также не продемонстрировал достоверных различий. Так, в группе ППБ+ХА в браке состояли 48 (78,7%) женщин, в группе ППБ+МА – 39 (83,0%) и в группе ППБ+ВА – 36 (81,8%). В контрольной группе каждая 10 беременность (10,0%) была вне брака.

В отличие от семейного положения социальный статус обследуемых женщин несколько различался. Так, в группе ППБ+ХА преобладали домохозяйки и женщины рабочих специальностей. В клинических группах ППБ+ВА, ППБ+МА значительный удельный вес составляли служащие, т.е. женщины с более высоким социальным статусом и уровнем образования.

Комплексная оценка соматического и репродуктивного здоровья первородящих повторнобеременных женщин позволила нам сделать вывод о негативном влиянии любого вида прерывания беременности, выявила отличительные особенности в зависимости от варианта предшествующего прерывания беременности. ППБ+ХА характеризуются наиболее низким уровнем соматического и репродуктивного здоровья. Сердечно-сосудистые заболевания, в основном представленные вегето-сосудистой дистонией, артериальной гипертензией, заболеваниями сердца встречались в группе ППБ+ХА в 2,3 ($p<0,05$) и в 2,1 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с ППБ+МА и ППБ+ВА (22 (73,3%), 10 (31,3%), 11 (34,3%) соответственно). Анемия у женщин с ХА в анамнезе диагностирована в 2,3 ($p<0,05$) и 2,0 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с женщинами с МА и ВА (у 17 (56,7%), 8 (25,0%), 9 (28,1%) соответственно). Заболевания мочевыводящих путей отмечались у ППБ+ХА в сравнении с ППБ+МА и ППБ+ВА также достоверно чаще (в 2,5 ($p<0,05$) и 2,1 ($p<0,05$) раз соответственно). Нарушениями жирового обмена страдали 14 (46,7%) ППБ+ХА, что в 2,5 ($p<0,05$) и 2,1 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с ППБ+МА и ППБ+ВА.

В структуре гинекологических заболеваний у первородящих повторнобеременных ведущее место занимали хронические воспалительные заболевания гениталий. Обращает на себя внимание то, что хронический эндометрит диагностирован у 26 (86,7%) ППБ+ХА, что в 4,3 ($p<0,05$) раза чаще в сравнении с первобеременными (у 6 (20,0%)), в 4,0 ($p<0,05$) раза чаще в сравнении с ППБ+МА (у 7 (21,9%)) и в 3,5 ($p<0,05$) раза чаще в сравнении с ППБ+ВА (у 8 (25,0%)). Интересным, на наш взгляд, является то, что хронический эндометрит у ППБ+МА диагностирован практически с той же частотой, что у первобеременных (21,9% и 20,0% соответственно). Миома матки и эндометриоз выявлены у ППБ+ХА достоверно в 6,9 ($p<0,05$) и 4,6 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с женщинами с МА и ВА в анамнезе (43,3%, 6,3%, 9,4% соответственно). Заболевания шейки матки диагностированы у ППБ+ХА достоверно в 2,6 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с первобеременными (у 13 (43,3%) и у 5 (16,7%) соответственно). У ППБ+ХА вульвовагиниты неспецифической этиологии достоверно в 3,0 ($p<0,05$) раза чаще в сравнении с первобеременными и в 2,5 ($p<0,05$) раза чаще в сравнении с женщинами с МА в анамнезе. Однако достоверных различий между повторнобеременными с инструментальными методами прерывания (хирургическим и вакуумным) в анамнезе нами не выявлено (70,0% и 46,7% соответственно).

Ретроспективный анализ, проведенный нами, продемонстрировал, что у первородящих женщин с искусственным прерыванием беременности ни в одном случае не было физиологического течения гестации. Так, течение данной беременности было отягощено у 59 (97%) ППБ+ХА, у 39 (89%) ППБ+ВА и 38 (81%) ППБ+МА (для сравнения, в контрольной группе - у 34 (68%) первобеременных).

Течение гестации у первородящих повторнобеременных отличалось многообразием осложнений, среди которых абсолютно преобладала угроза досрочного прерывания беременности. Нами установлено, что ХА увеличивает риск развития невынашивания в 3,2 раза (95,1% и 30,0%) ($p<0,05$). Нами не выявлено достоверных различий в частоте развития данного осложнения у ППБ+ВА, ППБ+МА и первобеременными (45,5%, 38,3% против 30,0% группы контроля).

В ходе нашего исследования также выявлено, что у первородящих повторнобеременных женщин в зависимости от характера прерывания гестации достоверно чаще беременность осложняется более длительной по срокам угрозой преждевременного прерывания в сравнении с первобеременными. Так, в сравнении с женщинами контрольной группы беременность у ППБ+ХА в 4,0 ($p<0,05$) раза чаще осложняется длительной угрозой досрочного прерывания (12,0% и 47,5% соответственно). В группах ППБ+ВА и ППБ+МА частота развития данного осложнения практически сопоставима показателям группы контроля (20,5%, 14,5% и 12,0% соответственно).

Лидирующие позиции среди повторнородящих по частоте развития рвоты беременных также занимали первородящие женщины с ХА в анамнезе. Тяжелые формы течения данного осложнения диагностированы у 9,8% ППБ+ХА, что в 4,7 ($p<0,05$) и 4,3 ($p<0,05$) раз чаще, чем у ППБ+МА и ППБ+ВА (2,1%, 2,3% соответственно). У первородящих ни 1 случая тяжелого течения данного осложнения нами не отмечено. В этом контексте интересны данные исследования В.Е. Радзинского и А.П. Милованова (2009) - выявленные в плацентах при рвоте беременных тяжелой степени атрофия синцитиотрофобласта, фиброз стромы ворсин, несовершенный ангиогенез, расценивались как инициальный этап развития преэклампсии. Нами выявлена достоверная корреляционная зависимость развития у женщин с ХА в анамнезе рвоты беременных и впоследствии преэклампсии. Так, преэклампсия средней степени тяжести осложнила течение беременности у женщин с ХА в анамнезе в 2,2 ($p<0,05$) раза чаще, чем у первородящих (13,1% и 6,0% соответственно). Тогда как у женщин с МА и ВА в анамнезе данное осложнение диагностировано несколько реже (4,3% и 4,5%) ($p<0,05$). Обращает внимание, что у ППБ+ХА в анамнезе преэклампсия тяжелой степени развилась в 5,8 ($p<0,05$) раз чаще, чем у первородящих (11,5% и 2,0%). У женщин с ВА и МА в анамнезе преэклампсия тяжелой степени диагностирована в равной степени как, у первородящих (2,3%, 2,1% и 2,0% соответственно).

Что касается зависимости развития преэклампсии от временного интервала между прерыванием и настоящей беременностью, то прослеживается некоторая тенденция снижения частоты преэклампсии с увеличением времени, прошедшего после аборта. Так, из 98 повторнородящих женщин с коротким (менее 1 года) временным интервалом после аборта до настоящей беременности преэклампсия развилась у 89 (90,8%), с интервалом до 2 лет из 43 - у 14 женщин (32,6%) и с интервалом > 2 лет из 11 - у 2 женщин (18,2 %). Исходя из этого, можно сделать вывод, что риск развития преэклампсии среди первородящих повторнородящих женщин в 3,1 ($p<0,05$) раза выше при коротком временном интервале между прерыванием и настоящей беременностью, чем при интервале свыше 1 года.

В группе ППБ+ХА роды в срок произошли у 67,2% женщин, в 1,4 раза реже, чем у первородящих (92,0%) и у ППБ+МА (91,5%), а также в 1,3 раза реже, чем у ППБ+ВА (86,4%). Интересным представляется тот факт, что в группе ППБ+МА частота срочных родов равна показателям контрольной группы. У ППБ+ХА преждевременные роды произошли в 2,3 ($p<0,05$) и 1,6 раз чаще, чем у ППБ+МА и ППБ+ВА (14,8%, 6,4% и 9,1% соответственно). В группе ППБ+МА преждевременные роды произошли равно как в контрольной группе у первородящих (6,4% и 6,0% соответственно). Полученные нами данные согласуются с точкой зрения ряда отечественных авторов о том, что риск преждевременных родов у женщин с искусственным абортom в анамнезе, в 1,5-4,0 раза выше, чем у первородящих. По

результатам нашего исследования, перенашивание отмечалось у 6,6% ППБ+ХА, что достоверно в 3,3 ($p<0,05$) и 2,9 ($p<0,05$) раза чаще, чем у первобеременных (2,0%) и у ППБ+МА, ППБ+ВА (2,1% и 2,3% соответственно). Недонашиванию и перенашиванию беременности, как клиническому проявлению ПН, способствовали предшествующий гестации аборт, последствием которого явились нарушения рецепторного аппарата, сбоя адаптационных механизмов в функциональной системе «мать-плацента-плод».

Многими авторами также отмечено, что у первородящих повторнобеременных в 2-3 раза чаще выявляется необходимость оперативного вмешательства. В ходе нашего исследования у первородящих повторнобеременных в сравнении с первобеременными прослеживалось повышение частоты операции кесарева сечения. Так, ППБ+ХА родоразрешены путем операции кесарева сечения в 34,4% случаев, ППБ+МА и ППБ+ВА - в 21,3% и 22,7% случаев (для сравнения, первобеременные - в 20,0%).

При сравнительном анализе состояния новорожденных нами выявлено, что у 64 (42,1%) новорожденных от матерей с абортom (хирургическим/медикаментозным/вакуумным) в анамнезе и у 14 (28,0%) новорожденных контрольной группы оценка состояния по шкале Апгар на 1 минуте составила 7 баллов и менее. На 5 минуте только у 94 (61,8%) новорожденных от первородящих повторнобеременных женщин оценка по шкале Апгар достигла 8-9 баллов, в то время как у новорожденных контрольной группы - у 48 (96,0%).

Таким образом, анализ течения беременности и родов у первородящих повторнобеременных женщин позволил нам сделать вывод о негативном влиянии любого вида искусственного прерывания беременности. Однако, влияние МА и ВА на течение последующей беременности наименее отрицательно выражено в сравнении с ХА.

Артифициальный аборт в зависимости от методики его выполнения приводит в различной степени к подавлению компенсаторно-приспособительных возможностей системы «мать-плацента-плод», развитию ПН и СЗРП. Наше исследование демонстрирует разнообразие структурных изменений фетоплацентарного комплекса у первородящих женщин после различных вариантов прерывания гестации.

Задержка роста плода, как одна из универсальных реакций плода на хроническую ПН, диагностирован у 39,3% ППБ+ХА, что в 2,5 ($p<0,05$) и 3,7 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с женщинами после ВА (у 15,9%) и МА (у 10,6%) и в 6,6 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с первобеременными (у 6,0%). СЗРП выявлен у 7 (15,9%) ППБ+ВА, что в 2,7 ($p<0,05$) раз чаще в сравнении с первобеременными (6,0%) ($p<0,05$). Наименьшие показатели частоты развития данного осложнения среди первородящих повторнобеременных женщин отмечались у ППБ+МА (у 5 (10,6%)), что в 3,7 ($p<0,05$) раз реже, чем у ППБ+ХА и в 1,5 раза реже в сравнении с ППБ+ВА. Однако, данный показатель превышает аналогичный в контрольной

группе в 1,8 раза ($p < 0,05$).

ХА вносит весомый вклад в развитие тяжелых форм данного осложнения. Так, СЗРП II степени отмечен у 4 (6,6%) ППБ+ХА, что в 3,3 ($p < 0,05$) раза чаще, чем у первобеременных, в 2,9 ($p < 0,05$) и 3,1 ($p < 0,05$) раза чаще, чем у женщин с ВА и МА. СЗРП III степени диагностирован лишь у ППБ+ХА (у 2 (3,3%)), тогда как нами не отмечено ни 1 случая у ППБ+ВА, ППБ+МА и первобеременных.

Таким образом, артифициальное прерывание беременности вне зависимости от его характера (хирургический, вакуумный или медикаментозный) увеличивает риск развития СЗРП. Однако частота развития тяжелых форм данного осложнения после ВА и МА в нашем исследовании была сопоставима аналогичным показателям в контрольной группе. Вероятно, у первородящих женщин с аборт в анамнезе, в особенности хирургического, в результате изменения условий для имплантации яйцеклетки, ангиопатии, сформировалась первичная ПН, которая, в конечном итоге, привела к СЗРП. Об этом свидетельствовали данные УЗИ, доплерометрии, КТГ и морфологического исследования. В основе ПН любой этиологии лежат нарушения маточно-плацентарного кровотока (МПК). Так, нарушения МПК регистрировались у ППБ+ХА достоверно в 2,2 ($p < 0,05$) раза чаще, чем у первобеременных (52,5% и 24,0% соответственно). В то время как у женщин после МА и ВА достоверных различий в сравнении с первобеременными не прослеживалось (21,3%, 20,5% и 24,0%). Обсуждая данные доплерометрического исследования, следует подчеркнуть, что указанные гемодинамические изменения отражали нарушение процессов формирования маточно-плацентарных сосудов, гестационной перестройки спиральных артерий, а также глубину инвазии трофобласта.

Гемодинамические нарушения IB степени достоверно чаще диагностированы у ППБ+ХА в сравнении с первобеременными, ППБ+МА и ППБ+ВА (19,7%, 2,0%, 2,1%, 2,3% соответственно). У первородящих с МА и ВА в анамнезе нарушения IB регистрировались практически равно, как у первобеременных (2,1%, 2,3% и 2,0% соответственно). Гемодинамические нарушения II-III степени выявлены только у первородящих повторнобеременных женщин, независимо от метода искусственного прерывания беременности (2,0% женщин с ХА, ВА и МА в анамнезе и ни одного случая у первобеременных).

Обращает на себя внимание, что по данным КТГ признаки выраженного дистресса плода выявлены у ППБ+ХА почти в 8,0 ($p < 0,05$) раз чаще, чем у ППБ+МА, ППБ+ВА и первобеременных (16,4%, 2,1%, 2,3% против 2,0% группы контроля). Интересным также на наш взгляд является то, что у женщин после МА и ВА выраженные признаки дистресса плода регистрировались практически в равной степени, как у первобеременных (2,1%, 2,3% и 2,0% соответственно).

Как известно, к развитию ПН приводит цепь взаимосвязанных патологических

механизмов в системе «мать-плацента-плод», изменения метаболизма, синтетической функции плаценты, снижения компенсаторно-приспособительных механизмов, незрелости ворсинчатого дерева. При анализе материалов морфологического исследования нами не было обнаружено специфических изменений в плацентах первородящих повторнобеременных женщин. Однако, плаценты первородящих повторнобеременных женщин характеризовались признаками ПН, выраженными в различной степени в зависимости от характера аборта. Так, признаки ПН выявлены в плацентах женщины после ХА в 63,0% случаев, с МА в анамнезе - в 38,0%, после ВА - в 45,2% случаев. Для сравнения, данный показатель составил у первобеременных 13,0% .

Также в ходе нашего исследования нами выявлены четкие различия в тяжести проявлений ПН у первородящих повторнобеременных в соответствии с методикой проведения аборта. В плацентах рожениц с ВА и МА в анамнезе отмечалось преобладание компенсированных фаз ПН в отличие от женщин с ХА в анамнезе. Так, анализ деструктивных, дисциркуляторных и компенсаторных процессов у женщин с ХА в анамнезе выявил хроническую ПН в 63,0% случаев - компенсированную (37,3%) и субкомпенсированную (25,7%). При гистологическом исследовании плацент рожениц с ВА и МА в анамнезе ПН диагностирована в 45,2% и 38,0% случаев - компенсированной (35,7% и 29,8%) и субкомпенсированной фазой (9,5% и 8,2%) ПН. Патоморфологический анализ последов контрольной группы позволил диагностировать ПН в 13,0% случаев, представленную хроническую компенсированной (9,8%) и субкомпенсированной (3,2%) фазами.

Обращает на себя внимание то, что у женщин с ХА в анамнезе компенсаторные перестройки отмечались преимущественно в центральной зоне, что свидетельствует об истощении функциональных резервов ФПС. Тогда как у женщин после ВА и МА компенсаторные перестройки отмечались преимущественно в краевой и парацентральной зонах, что свидетельствует о сохранности резервных возможностей плаценты.

Несмотря на огромное количество работ, посвященных изучению плаценты и ПН, проводимые на настоящем этапе антенатальные лечебные мероприятия оказываются малоэффективными вследствие проведения их на фоне уже сформировавшейся ПН. Исследования Радзинского В.Е., Оразмурадова А.А. (2003) показали, что развитие недостаточности плацентарного ложа и плаценты происходит в весьма ранние сроки беременности. В связи с этим нами предприняты попытки использования комплексной терапии, как метода профилактики ПН у первородящих повторнобеременных женщины, начиная с ранних сроков беременности (до 17 недель беременности). Эффективность комплексной терапии определялась улучшением компенсаторных процессов в системе «мать-плацента-плод», подтверждаемые результатами функциональных методов исследования. Важнейшим показателем, характеризующим положительное влияние комплексного лечения на систему

«мать-плацента-плод» у первородящих повторноремеменных было снижение частоты СЗРП, как интегрального показателя внутриутробного благополучия. Так, нами прослежено снижение частоты СЗРП у ППБ+ХА, прошедших комплексный курс лечения, в 2,3 раза (46,7% и 20,0%) ($p<0,05$). В то время как у ППБ+МА прослеживалось достоверное снижение в 4,0 раза (25,0% и 6,3%) ($p<0,05$), с ВА- в 2,0 раза (25,0% и 12,5%) ($p<0,05$). Для сравнения, частота СЗРП у первобеременных составила 13,3%.

Данные КТГ также показали, что у женщин после комплексного лечения повышались адаптивные способности плода, о чем свидетельствовало достоверное снижение частоты регистрации выраженных признаков гипоксии плода. Так, после проведения комплексной терапии прослеживалось достоверное снижение выраженных признаков дистресса плода у ППБ+ХА в 2,5 раза ($p<0,05$) (33,3% и 13,3%), у ППБ+МА - в 2,0 раза ($p<0,05$) (12,5% и 6,3%), у ППБ+ВА - в 3,0 раза ($p<0,05$) (18,8% и 6,3%). У женщин с МА и ВА в анамнезе показатели после проведения им комплексной терапии достигали показателей первобеременных (6,7%), что свидетельствовало о достаточных адаптационных ресурсах ФПС.

Очевидно, что наблюдаемая нами положительная динамика нормализации параметров КТГ была также обусловлена изменениями кровотока в системе «мать-плацента-плод». Так, нарушение МПК у ППБ+ХА регистрировалось в 1,5 раза реже, чем у женщин, которым проведена только медикаментозная терапия (40,0% и 26,7%). По завершении комплексного лечения следует констатировать, что улучшение доплеровских показателей кровотока в системе «мать-плацента-плод» наступило у ППБ+МА и ППБ+ВА в 2,0 ($p<0,05$) раза (25,0% и 12,5%) и 2,5 ($p<0,05$) раза (31,3% и 12,5%) соответственно, приблизившись к показателям первобеременных (13,3%).

Анализ данных доплерометрии выявил аналогичную тенденцию в частоте регистрации нарушений фетоплацентраного кровотока (ФПК) у первородящих первобеременных после проведения комплексного курса. Так, гемодинамические нарушения IB диагностированы у ППБ+ХА в 1,7 раза реже, однако, достоверных различий нами не выявлено (33,3% и 20,0%). У ППБ+ВА после проведения комплексного курса нами отмечено достоверное снижение частоты нарушений ФПК в 2,0 раза (12,5% и 6,3%) ($p<0,05$). У женщин с МА в анамнезе, которым проведена комплексная терапия, не выявлено ни 1 случая гемодинамических нарушений IB, в то время как у женщин, которым проведена только медикаментозная терапия, нарушения ФПК регистрировались в 6,3% случаев.

Что касается гемодинамических нарушений II-III степени у первородящих повторноремеменных, которым проведена комплексная терапия, выявлено достоверное снижение частоты тяжелых нарушений кровотока в сравнении с женщинами, которым проведено только медикаментозное лечение. Так, нарушения кровотока II степени после

комплексной терапии выявлены у ППБ+ХА достоверно в 3 ($p<0,05$) раза реже (20,0% и 6,7%), а у женщин с ВА и МА в анамнезе не выявлено ни 1 случая (6,3% и 0 соответственно).

Выявленные положительные сдвиги, очевидно, можно объяснить большей эффективностью комплексной терапии, вследствие которой наступала нормализация метаболических процессов в клетках, реологических свойств крови и соответственно гемодинамики в целом.

Комплексная терапия способствовала улучшению структурных изменений плаценты по данным УЗИ. Так, у ППБ+ХА ускорение созревания плаценты отмечалось в 1,7 раза реже (80,0% и 46,7%), изменение ее толщины – в 2,7 ($p<0,05$) раза реже (53,3% и 20,0%), расширение МВП регистрировалось в 3,0 ($p<0,05$) раза чаще, чем у женщин, которым проведена только базовая терапия (20,0% и 60,0%). Положительная динамика в улучшении показателей степени зрелости плаценты, ее толщины и состояния МВП плаценты достоверно прослеживалась у ППБ+МА и ППБ+ВА. Так, после проведения комплексной терапии в сочетании у ППБ+МА отмечены следующие положительные эффекты: ускорение созревания плаценты регистрировалось в 3,0 ($p<0,05$) раза реже (18,8% и 6,3%), изменение толщины плаценты отмечено также в 3,0 ($p<0,05$) раза реже (37,5% и 12,5%), а расширение МВП – в 1,8 раза чаще (25,0% и 43,8%), чем у женщин, которым проведена только медикаментозная терапия. Аналогичная тенденция прослеживалась у ППБ+ВА – снижение частоты регистрации ускорения созревания и изменение толщины плаценты в 4,0 ($p<0,05$) раза (25,0% и 6,3%) и 2,3 ($p<0,05$) раза (43,8% и 18,8%), повышение частоты расширения МВП в 1,8 раза (25,0% и 43,8%).

Окончательным и наиболее достоверным подтверждением полученных нами положительных эффектов комплексной терапии на состояние ФПС явились результаты морфологического исследования. Комплексная терапия, воздействуя на патогенетические механизмы реализации ПН путем восстановления нарушений клеточного метаболизма, предотвращая развитие дефектов васкуляризации и нарушения созревания хориона, улучшает состояние фетоплацентарного комплекса.

Фактором, играющим важную роль в развитии хронической ПН у женщин с искусственным прерыванием беременности, является воспаление, которое завершается склерозом и облитерацией сосудов стволых и промежуточных ворсин (Рисунок 1).

В плацентах женщин, прошедших комплексный курс, отсутствовали признаки ее деструкции, отмечалось значительное снижение интенсивности и распространенности воспалительных процессов, отложений фибриноида и десквамации синцитиотрофобласта (Рисунок 2).

У женщин с искусственным прерыванием беременности в анамнезе отмечено нарушение созревания ворсинчатого хориона, характеризующееся выраженным дефицитом терминальных

ворсин, преобладанием промежуточных незрелых ворсин над терминальными ворсинами (Рисунок 3).

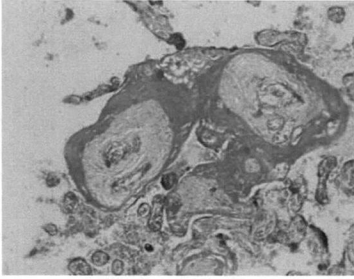


Рисунок 1 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе. Увеличение x200, окраска гематоксилин-эозином. Представлены склерозированные ворсины, окруженные фибрином

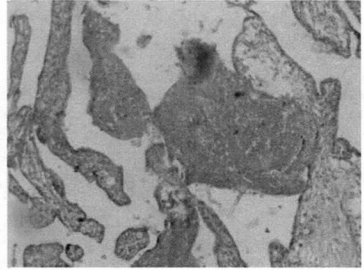


Рисунок 2 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе, которой проведено комплексное лечение. Представлены единичные ворсины с «фибриновыми заплатками» в области десквамации покровного эпителия

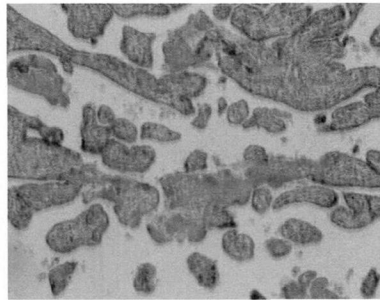


Рисунок 3 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе. Увеличение x200, окраска гематоксилин-эозином. Представлена патологическая незрелость плаценты: вариант промежуточных дифференцированных ворсин

В ходе проведенного исследования прослеживалось избирательное стимулирующее влияние комплексной терапии на дифференцировку терминальных ворсин. Так, количество терминальных ворсин в десяти полях зрения в группах ППБ+ХА, которым проведена комплексная терапия, составило 98, у ППБ+МА и ППБ+ВА- 104 и 101 (для сравнения, в контрольной группе - 57). Количество стловых и промежуточных ворсин во всех группах было одинаковым (Рисунок 4).

Также при оценке компенсаторных возможностей плаценты после комплексной терапии выявлено увеличение количества синцитиальных почек, а затем синцитиокапиллярных мембран (до 80,4% и 70,8% соответственно) (Рисунок 5).

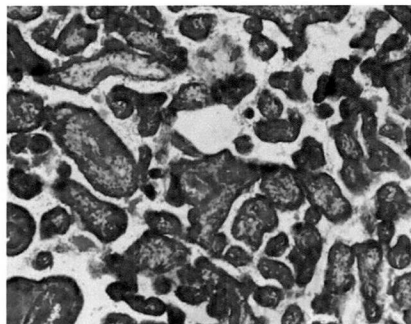


Рисунок 4 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе после комплексного лечения Увеличение x200, окраска гематоксилин-эозином.

Представлена дифференцировка ворсин, увеличение числа ветвлений, в гистологических срезах преобладают терминальные и промежуточные дифференцированные ворсины

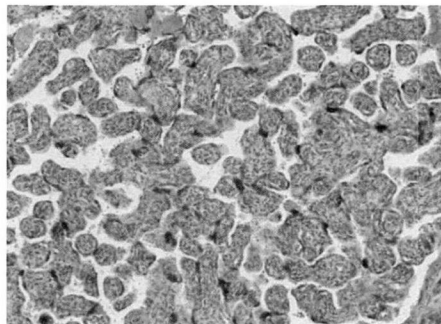


Рисунок 5 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе, которой проведено комплексное лечение. Увеличение x200, окраска гематоксилин-эозином. Представлено увеличение числа синцитиальных почек и свободных симпластов в плаценте

В ходе исследования прослеживалось избирательное действие комплексной терапии также на сосуды плаценты (Рисунки 6, 7). Наиболее чувствительными оказались концевые отделы сосудистого русла, самые тонкостенные сосуды, представленные синусоидами и капиллярами. В ходе комплексной терапии прослеживался их активный рост, увеличение их длины, а также отмечалось увеличение количества полнокровных и расширенных сосудов.

Патоморфологическое исследование последов первородящих повторнородящих продемонстрировало, что у ППБ+МА и ППБ+ВА в отличие от ППБ+ХА наиболее выражено положительное действие комплексной терапии, что вероятно, связано с сохраненными компенсаторными резервами ФПС. Чрезвычайно важно то, что плаценты женщин, которым проведена комплексная терапия, характеризовались выраженными компенсаторно-приспособительными процессами, проявляющиеся на органном и тканевом уровнях, тогда как у женщин, которым проведена только медикаментозная терапия, компенсаторно-

приспособительные реакции проявлялись за счет сосудистых проявлений (дилатационное полнокровие, замедление кровотока, ангиоматоз). Индуцированные комплексной терапией морфофункциональные изменения оказали благоприятное воздействие на функции плаценты, испытывающей гипоксию, а также на плод.

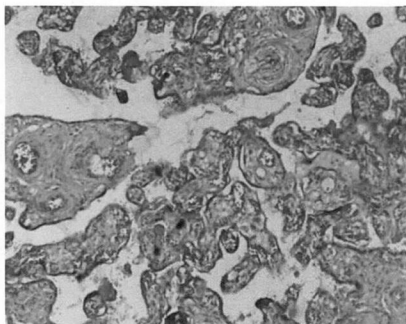


Рисунок 6 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе, которой проведено комплексное лечение. Увеличение $\times 200$, окраска гематоксилин-эозином. Представлен ангиогенез в ворсинах плаценты

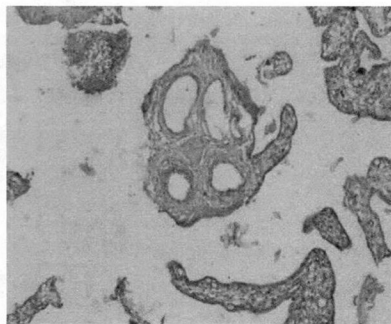


Рисунок 7 — Микроскопическая картина плаценты роженицы с ХА в анамнезе после комплексного лечения. Увеличение $\times 200$, окраска гематоксилин-эозином. Опорные ворсины плаценты покрыты одним слоем симпатотрофобласта, в строме сформированные артерии и вены

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги настоящего исследования, можно заключить, что комплекс профилактических мероприятий у первородящих повторнобеременных, путем воздействия на фетоплацентарный гомеостаз, улучшения его компенсаторно-адаптационных механизмов является одним из резервов снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Проведенное исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1) Анализ течения беременности, родов у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт, позволяет сделать вывод о негативном влиянии любого вида искусственного прерывания беременности на течение последующей гестации и ее исходы. Однако влияние медикаментозного и вакуумного аборта на репродуктивное здоровье женщины, течение и исходы последующей беременности наименее отрицательно выражено в сравнении с хирургическим.

2) Хирургический аборт достоверно увеличивает риск развития невынашивания

беременности в 3,2 раза, преэклампсии - в 3,0 раза, преэклампсии тяжелой степени - в 5,5 раза, преждевременных родов - в 2,5 раза, перенашивания - в 3,3 раза, абдоминального родоразрешения - в 1,7 раза, плацентарной недостаточности - в 3,9 раза, синдрома задержки роста плода - в 6,6 раза: I степени - в 6,5 раза, II и III степени - в 3,3 раза. Вакуумный аборт увеличивает риск невынашивания беременности и преэклампсии в 1,5 раза, преждевременных родов - в 1,5 раза, плацентарной недостаточности - в 2,8 раза, синдрома задержки роста плода - в 2,7 раза, синдрома задержки роста плода I степени - в 3,4 раза. В увеличении частоты тяжелой преэклампсии, операции кесарева сечения, а также синдрома задержки роста плода II и III степени достоверной связи не выявлено. Медикаментозный аборт можно считать условно «безопасным» - нами не выявлено достоверной связи в увеличении частоты угрозы досрочного прерывания беременности, тяжелой преэклампсии, преждевременных родов, абдоминального родоразрешения, синдрома задержки роста плода II и III степени. Однако отмечено повышение частоты плацентарной недостаточности в 2,4 раза и синдрома задержки роста плода в 1,8 раза.

3) Фетоплацентарный комплекс у первородящих повторнородящих не имеет специфических изменений. В целом у них отмечается плацентарная недостаточность, выраженная в различной степени в зависимости от характера искусственного прерывания беременности: хирургический аборт - 63,0%; медикаментозный - 38,0%, вакуумный - 45,2% и только у 13,0% первородящих. Тяжесть плацентарной недостаточности у женщин с вакуумным и медикаментозным абортом в анамнезе отличалась преобладанием компенсированных форм плацентарной недостаточности от женщин с хирургическим прерыванием, где в каждом третьем случае плацентарная недостаточность была субкомпенсированной.

4) Патогенетически обоснованный комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, включающий в себя медикаментозную коррекцию нарушений фетоплацентарного гомеостаза в сочетании с озонотерапией, позволяет снизить частоту плацентарной недостаточности и синдрома задержки роста плода у первородящих женщин с хирургическим абортом в анамнезе в 2,3 раза, у перенесших вакуумный аборт - в 2,0 раза и у женщин с медикаментозным прерыванием - в 4,0 раза.

Полученные результаты позволяют дать **практические рекомендации:**

1) Первородящие повторнородящие женщины с хирургическим, медикаментозным и вакуумным абортом в анамнезе должны быть выделены в группу высокого риска по развитию ПН, СЗРП, а также осложненного течения последующей беременности и родов.

2) Всем первородящим повторнородящим вне зависимости от метода искусственного прерывания гестации необходимо проведение с ранних сроков беременности

комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение фетоплацентарного гомеостаза, тем самым способных улучшить перинатальные исходы у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт.

На наш взгляд, перспективными для дальнейшего научного поиска являются:

1) Расширение представления о немедикаментозных методах воздействия на фетоплацентарный комплекс, в частности озонотерапии.

2) Оценка эффективности профилактических мероприятий как в целях реабилитации, так и на предгравидарном этапе.

3) Изучение катамнеза детей первого года в зависимости от варианта проведенного искусственного прерывания беременности матерью и проведенных/непроведенных ей лечебно-оздоровительных мероприятий.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Байкулова, Т.Ю. Особенности фетоплацентарной системы у первородящих повторнобеременных женщин / Т.Ю. Байкулова, Ю.А. Петров, Ю.Ю. Чеботарева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/128-22294>.

2. Чеботарева, Ю.Ю. Профилактика и коррекция плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин / Ю.Ю. Чеботарева, Т.Ю. Байкулова, Ю.А. Петров, // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5; URL: <http://www.science-education.ru/128-22344>.

3. Петров, Ю.А. Течение гестации у первородящих повторнобеременных женщин с различными видами аборта в анамнезе / Ю.А. Петров, Т.Ю. Байкулова, Ю.Ю. Чеботарева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5; URL: <http://www.science-education.ru/128-22418>.

4. Байкулова, Ю.А. Патоморфологические особенности плацент у первородящих повторнобеременных женщин / Т.Ю. Байкулова, Е.М. Галушенко, Ю.А. Петров // Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека: сб. материалов II региональной науч.-практ. конференции ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016.-С.6-11.

5. Петров, Ю.А. Применение медицинского озона с целью профилактики и коррекции плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин / Ю.А. Петров, Т.Ю. Байкулова, А.В. Снядян // Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека: сб. материалов II региональной науч.-практ. конференции ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава

России.- Ростов н/Д; Изд-во РостГМУ,2016. - С.28-33.

6. Сндоян, А.В. Привычное невынашивание беременности / А.В.Сндоян, А.Г.Мхитарьян, Т.Ю.Байкулова // Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека: сб. материалов II региональной науч.- практ. конференции ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. - Ростов н/Д; Изд-во РостГМУ,2016. - С.59-64.

7. Байкулова, Т.Ю. Плацентарная недостаточность у первородящих женщин после различных методов искусственного прерывания беременности / Т.Ю.Байкулова, Ю.В.Можинская, Ю.А. Петров // Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека: сб. материалов II региональной науч.-практ. конференции ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.- Ростов н/Д; Изд-во РостГМУ,2016.-С.113-118.

8. Петров, Ю.А. Влияние искусственного прерывания беременности на течение последующей гестации у первородящих женщин / Ю.А.Петров, Т.Ю.Байкулова, В.Ю.Олейник // Нейроэндокринная патология. Вопросы репродукции человека: сб. материалов II региональной науч.-практ. конференции/ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.- Ростов н/Д; Изд-во РостГМУ,2016.-88-93.

9. Петров, Ю.А. Клинические особенности течения беременности у первородящих женщин с различными видами аборта в анамнезе / Ю.А.Петров, Т.Ю. Байкулова // Сборник материалов конгресса «X Юбилейный Международный конгресс по репродуктивной медицине». - М.,2016.

10. Байкулова, Т.Ю. Озонотерапия как метод профилактики и коррекции плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин / Т.Ю. Байкулова, Ю.А.Петров // Сборник материалов конгресса «X Юбилейный Международный конгресс по репродуктивной медицине». - М.,2016.

11. Байкулова, Т.Ю. Влияние артифициального аборта на течение беременности и ее исходы у первородящих женщин / Т.Ю. Байкулова, Ю.А. Петров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. – № 2(4).

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ
ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Байкулова Танзиля Юрьевна

(Россия)

Диссертационное исследование посвящено изучению степени влияния искусственного прерывания беременности в зависимости от его характера на течение и исходы гестации у первородящих женщин. Установлено, что влияние медикаментозного и вакуумного аборта на репродуктивное здоровье женщины, течение и исходы последующей беременности наименее отрицательно выражено в сравнении с хирургическим. Расширено представление о патогенезе ПН у первородящих повторнобеременных женщин в зависимости от варианта искусственного прерывания беременности. В ходе исследования изучены патогенетические механизмы профилактики и коррекции ПН при помощи медицинского озона у первородящих повторнобеременных женщин. Доказана эффективность своевременно начатого с ранних сроков беременности комплекса профилактических мероприятий, включающего озонотерапию.

PREGNANCY AND IT'S OUTCOMES IN NULLIPAROUS WOMEN
WITH ABORTION IN HISTORY

(Baykulova Tanzilya Yurevna)

Russia

Dissertation research is devoted to studying the impact of induced abortion depending on its method on the duration and outcomes of pregnancy in nulliparous women. Found that the influence of vacuum and medical abortion on women's reproductive health, the duration and outcomes of subsequent pregnancies expressed the least negative in comparison with surgical. Expanded the understanding of the pathogenesis of placental insufficiency in nulliparous women with abortion in history depending on kind of the abortion. The study examined pathogenic mechanisms of prevention and correction of placental insufficiency using medical ozone in nulliparous women with abortion in history. Proven effectiveness in a timely started from early terms of pregnancy prevention measures, including ozone therapy.

Заказ № 105-а/04/2016 Подписано в печать 22.04.2016 Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1,2



ООО "Цифровичок", тел. (495) 649-83-30
www.cfr.ru ; *e-mail*: zak@cfr.ru