

ВЛИЯНИЕ АБОРТОВ НА ФЕРТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН И ПОСЛЕДУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Каюмов Х.Н., Кодирова Ш.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В статье дается обзор влияния абортов на состояние здоровья и фертильную функцию женщин детородного периода, и влияние их на последующую беременность.

В данной статье рассматривается влияние аборта на фертильную функцию женщин, так как аборт нарушает функцию яичников по типу ановуляции или недостаточности желтого тела. Аборт чаще других причин нарушает репродуктивное здоровье женщин. Независимо от техники выполнения аборта, увеличивается риск различных осложнений течения беременности, родов, в том числе и развития плацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, способствуя повышению перинатальной заболеваемости и смертности. Данные исследования показывают положительную корреляционную связь между частотой, степенью тяжести анемии и временным интервалом между абортом и настоящей беременностью.

Ключевые слова: влияние абортов на фертильную функцию женщин, фертильную функцию женщин детородного периода.

АБОРТНИ АЁЛЛАР ФЕРТИЛ ФУНКЦИЯСИГА ВА КЕЙИНГИ ҲОМИЛАДОРЛИККА ТАЪСИРИ

Қаюмов Х.Н., Қодирова Ш.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мазкур мақолада илмий тадқиқотларда абортнинг аёллар фертил функциясига таъсирини, туҳмудон ановуляциясини ёки етишмовчилигини келтириб чиқаришига оид маълумотлар шарҳи берилган. Аборт бошқа омилларга нисбатан кўп ҳолларда аёллар репродуктив саломатлигига ножўя таъсир этади. Қайси йўл билан аборт қилинишидан қатъий назар, кейинги ҳомиладорликни ва туғиш жараёнини асоратларини ошишига, шу жумладан плацентар етишмовчилигини ва ҳомила ривожланишини ортада қолиши синдромини ривожланишига, перенатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини ўсишига олиб келади. Тадқиқотлар анемия оғирлик даражаси ва тарқалиши билан аборт ва кейинги ҳомиладорлик орасида тўғри корреляцион боғлиқлик борлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: абортни аёллар фертил функциясига таъсири, кейинги ҳомиладорликка таъсири.

INFLUENCE OF ABORTION ON FERTILITY OF WOMEN AND THE FOLLOWING PREGNANCY

Kayumov Kh.N., Kodirova Sh.S.,

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

This article discusses the effect of abortion on the fertile function of women, since abortion impairs ovarian function by type of anovulation or corpus luteum failure. Abortion more often than other causes impairs the reproductive health of women. Regardless of the abortion technique, the risk of various complications of pregnancy and childbirth increases, including the development of placental insufficiency, fetal growth retardation syndrome, contributing to an increase in perinatal morbidity and mortality. These studies show a positive correlation between the frequency, severity of anemia, and the time interval between abortion and true pregnancy.

Key words: influence of abortion on fertility of women, the following pregnancy.

Актуальность

Аборт рассматривается как прерывание беременности в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы 500 граммов и его дальнейшее уточнение термина зависит от причины аборта. Аборт может произойти самопроизвольно вследствие какого-либо заболевания, искусственный аборт производится преднамеренно, термин криминальный аборт применяется в случаях прерывания беременности, не разрешенных законом [20,33,34,35].

Криминальные аборты продолжают оставаться острой проблемой социума. Причём их распространённость трудно поддается изучению, так как большин-

ство больных, поступающих в стационары, скрывают преднамеренное вмешательство. Контингентом, чаще прибегающим к криминальным абортам являются подростки, молодые женщины, не состоящие в браке, а также сельские жительницы. По мнению Кострыкиной Л. С., частыми осложнениями таких абортов могут быть инфекции половых путей и тазовых органов, длительное или чрезмерное кровотечение, эмболия [10,14].

Репродуктивная функция женщины зачастую страдает вследствие искусственного прерывания беременности, оказывая негативное влияние на её реализацию. В России от абортов за год умирают 260 женщин, почти полмиллиона приобретают осложнения,

в том числе бесплодие; 20,0% новорожденных у женщин, ранее делавших искусственное прерывание беременности, имеют серьезные физические или психические отклонения [1,10,14].

Незапланированная беременность до сих пор является нерешенной проблемой, несмотря на многочисленные программы ВОЗ по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. По данным Волгиной В.Ф., каждый год в мире производится 53 миллиона аборт [4].

Показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста в США 21,3; Великобритании - 14,2; Финляндии - 11,7; Нидерландах - 5,3; России - 45,4. Несмотря на то, что за последние 5-7 лет достигнуты по-настоящему значительные результаты: соотношение родов и аборт стало менее 1:1, т.е. на одни роды приходится менее одного аборт (в недавнем прошлом оно составляло 2:3 - 2:4). Суть абортной трагедии: женщина не вынашивает беременность, которую считает ненужной. С момента принятия решения об абрте женщина чрезвычайно трудно переубедить [20, 21, 22, 23, 24].

Нежелание женщины по каким-либо мотивам сохранить беременность (социальные показания), или по рекомендации врача - при наличии медицинских показаний, когда продолжение беременности и роды угрожают здоровью и жизни женщины (тяжелый порок сердца, активный туберкулез легких, тяжелый токсикоз и т.д.), а также при угрозе передачи потомству тяжелых наследственных заболеваний [10,20]. Исследование показало, что основными причинами отказа от рождения детей являются: материальные трудности (20%); плохие жилищно-бытовые условия (16%), одиночество (20%); боязнь потерять работу, учебу (16%), конфликты в семье (24%), проблемы со здоровьем (4%). Стремление к построению карьеры, обретение финансовой независимости женщинам предпочтительно откладывать рождение ребёнка на период 30-летия и более старшего возраста. В связи с этим к 30-35 годам на счету многих женщин несколько аборт [10,20].

Несмотря на современные тенденции снижения частоты аборт, искусственное прерывание беременности все еще остается основным методом контроля рождаемости, а частота аборт по-прежнему остается высоким [22,23]. На долю молодых женщин до 20 лет приходится 10% от общего числа искусственного прерывания беременности. Более 50% учтенных аборт проводятся у женщин 20-30 лет, в периоде самой высокой репродуктивной активности. Женщины 30-34 лет и старше прерывают беременность в 2,5 раза реже [24,25]. В настоящее время в структуре искусственные аборт составляют 82,5%, самопроизвольные - 13,9%, не уточненных - 3,6% соответственно.

Аборт нарушает функцию яичников по типу ановуляции или недостаточности желтого тела. Как показывают исследования ВОЗ, после аборт в первые 2 месяца у 38% женщин наблюдается неполноценная лютеиновая фаза, в то время как у 75% женщин овуляция наступает через 20 дней. У 10,2% пациенток, перенесших аборт в 1 триместре беременности ановуляция приобретает стойкий характер.

Ю. П. Лисицын в своих работах указывает, что производство аборт, а также необдуманное отношение к самой процедуре являются основными причинами всевозможных осложнений, ведущих к нарушению

репродуктивного здоровья женщины [10]. Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место среди ранних осложнений после аборт. Эндометриты, миометриты и периметриты, а также аднексит, нарушения менструального цикла, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, бесплодие являются поздними и распространенными осложнениями искусственного прерывания беременности становятся [10].

Аборт чаще других причин нарушает репродуктивное здоровье женщин [17,18]. Независимо от техники выполнения аборт, увеличивается риск различных осложнений течения беременности, родов, в том числе и развития плацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, способствуя повышению перинатальной заболеваемости и смертности [16]. Между тем подавляющее большинство женщин в последующем планирует зачатие и рождение ребенка, не учитывая риска, связанного с прерыванием беременности [22,23,24,25].

Аборт, особенно проведенный при первой беременности, является доминирующей причиной большинства последующих нарушений репродукции и осложнений беременности, если она развивается в воспаленном эндометрии. Доказано, что у 25% якобы репродуктивно здоровых женщин, пришедших на повторный аборт, выявляется хронический эндометрит. Хронический эндометрит как реализованный системный воспалительный ответ обуславливает infertility, дефекты имплантации, невынашивание, осложняет течение беременности и родов. Беременность, развивающаяся в условиях хронического эндометрита, если и не прерывается самопроизвольно, то протекает в неблагоприятных условиях аутоиммунной агрессии с формированием плацентарной недостаточности, задержки роста плода, увеличивая показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

По данным исследований В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадовой, иррациональный стабильный выбор аборт как метода регулирования рождаемости, показанный многочисленными социологическими исследованиями, не позволяет полагаться только на пропаганду контрацепции, социальной антирекламы аборт [23,24,25,26,27]. Более 50% консультированных после первого в жизни аборт женщин честно ответили в анкетах, что следующую беременность прервут этим же методом. По данным различных авторов за 2006-2008 гг. искусственно было прервано 11% первых беременностей, а по экспертным оценкам - 40%.

При многочисленных исследованиях о выборе метода аборт, его безопасности, последствий в свою очередь, отсутствует четкая, расширенная оценка влияния хирургического и медикаментозного аборт на течение беременности и родов у первородящих после ранее произведенного медицинского аборт. Недостаточно изученные вопросы прогнозирования осложнений и исхода беременности имеют важное практическое значение как в прогнозе ожидаемых осложнений беременности, так и в определении тактики при планировании беременности.

Артифициальный аборт, выполненный в первом триместре беременности, независимо от техники его выполнения - хирургический или медикаментозный - достоверно ухудшает течение последующей беременности, родов, послеродового периода и здоровье мла-

денцев [6,7,8,9]. Основными осложнениями беременности и родов в зависимости от технологии прерывания беременности - хирургическое или медикаментозное: угрожающее невынашивание - 52,1% после хирургического аборта и 44,8% - после медикаментозного; угроза недонашивания - 19,1% после хирургического аборта и 8,0% - после медикаментозного ($p < 0,05$); аномалии родовой деятельности - 21,9% после хирургического аборта и 11,5% - после медикаментозного ($p < 0,05$); абдоминальное родоразрешение - 29,2% после хирургического аборта и 18,4% - после медикаментозного ($p < 0,05$). Послеродовый период достоверно чаще осложняется: операцией ручного обследования полости матки по поводу дефекта плаценты (8,3%) и гипотонического кровотечения (2,1%) после хирургического прерывания беременности.

Новорожденные от матерей с искусственным абортом в анамнезе достоверно чаще рождаются с признаками задержки роста плода (после хирургического (13,5%) и медикаментозного абортов (9,2%)), при сравнении с первобеременными (4,5%), достоверно чаще имеют нарушения периода ранней постнатальной адаптации: асфиксия средней степени тяжести отмечалась в 3 раза чаще у новорожденных от матерей с искусственным абортом в анамнезе по сравнению с контролем (10,4% и 3,4% соответственно), нарушение мозгового кровообращения I - II ст. (смешанного генеза) в 2,3 раза чаще отмечалось у 26 (27,1 %) рожденных от матерей после хирургического аборта и 23 (26,4%) после медикаментозного аборта, и у 11,2 % рожденных от первобеременных.

Плацентарная недостаточность диагностируется у 51,0% женщин с хирургическим абортом в анамнезе, что в 1,6 раза чаще по сравнению с женщинами с медикаментозным абортом в анамнезе - 32,2%. Задержка роста плода, как проявление субкомпенсированной фазы плацентарной недостаточности, встречается практически одинаково часто у беременных после хирургического и медикаментозного абортов (13,5% и 9,2%), что достоверно чаще при сравнении с первобеременными (4,5%).

Если распространенность анемии в I триместре не различалась по группам, то во II триместре была отмечена четкая тенденция к увеличению этого осложнения у повторнобеременных с абортом в анамнезе, которое к III триместру достигло статистически достоверных различий при сравнении групп ($p < 0,05$) и встречалось у беременных с отягощенным анамнезом в 4 раза чаще [29,30]. Многоводие, диагностированное в III триместре, достоверно чаще встречалось во II группе. Плацентарная недостаточность, гестоз и задержка роста плода, хотя и не имели статистически значимых различий, также преимущественно осложняли беременность женщин, перенесших первый аборт.

Оперативные роды преобладали в группе повторно беременных первородящих: они в 1,5 раза чаще, чем роженицы без аборта в анамнезе, были родоразрешены путем кесарева сечения. У половины этих женщин показаниями к оперативному родоразрешению было предлежание плаценты ($p < 0,05$). У всех остальных женщин, перенесших аборт, в 2 раза чаще, чем в группе сравнения кесарево сечение было проведено по причине аномалий родовой деятельности и неправильного положения плода. В группе первобеременных среди показаний к кесареву сечению преобладал кли-

нический узкий таз. Исследования Токтара Л.Р. и др. показывают, что физиологические роды у беременных с анамнезом, отягощенным абортом, произошли только в половине всех случаев, что в 1,5 раза меньше, чему беременных с неотягощенным анамнезом [29,30]. Послеродовый период осложнился замедленной инволюцией матки у 20 (12%) родильниц с абортом в анамнезе, что трижды превышает этот показатель в контрольной группе. От матерей, прервавших первую беременность абортом в 2,5 раза чаще рождались гипотрофичные новорожденные (менее 2500 г). во второй группе преобладали дети с малой массой тела (2500-2999 г). Крупный плод, как результат перенесенной беременности, эндокринной патологии, нерационального питания, несколько чаще ($p > 0,05$) встречался у женщин с абортом в анамнезе.

В настоящее время остаются высоко значимыми вопросы изучения влияния аборта, его характера на течение и исходы последующей беременности у первородящих женщин. Проведенный Российскими учеными Байкуловой Т.Ю., Петровым Ю.А. ретроспективный анализ, показал, что течение данной беременности было отягощено у 57(93%) первородящих повторно беременных женщин с хирургическим абортом, у 21(47 %) и 23(48 %) женщин с вакуумными медикаментозным абортом в анамнезе соответственно [2,3].

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

Выявлена достоверная корреляционная связь частоты развития преэклампсии со всеми клиническими группами (женщины с хирургическим, вакуумным и медикаментозным абортом в анамнезе). 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 развивалась в 5,5 раза ($p < 0,05$) чаще, чему 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) [2,3,31,32].

В ходе проведенных исследований прослежена тенденция снижения частоты преэклампсии с увеличением времени, прошедшего после аборта. Так, из повторно беременных женщин с коротким (менее 1 года) временным интервалом после аборта до настоящей беременности из 98 женщин преэклампсия развивалась 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 повторно беременных женщин в 3 раза ($p < 0,05$) выше при коротком временном интервале между

прерыванием и настоящей беременностью, чем при интервале свыше 1 года.

Данные исследования демонстрируют наличие положительной корреляционной связи между частотой, степенью тяжести анемии и временным интервалом между абортom и настоящей беременностью. Согласно данным, число первородящих повторно беременных с умеренной анемией и коротким временным интервалом, прошедшим после аборта, составило 68 % женщин против 41 % женщин с временным интервалом более 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. При этом часто встречающейся анемией более тяжелое течение достоверно чаще отмечалось у первородящих повторно беременных с хирургическим прерыванием в анамнезе, а также с коротким временным интервалом между абортom и настоящей беременностью [2,3].

Аборты послужили одним из факторов риска неразвивающейся беременности, поскольку создают условия для инфицирования половых органов женщины, длительной персистенции вирусно-бактериальной инфекции. По данным Е.Г. Мельника во всех возрастных группах, кроме группы до 20 лет, женщины делали аборты, причем, наибольшее число абортов было в возрасте 30-39 лет - 125 (56%), соотношение абортов к родам составило 1:2; в возрасте 20-29 лет 71 (32%) беременностей закончилось абортom (аборты: роды = 1,3:1), в возрасте 40-49 лет 39 (17,4%) беременностей закончилось абортom (аборты: роды = 1:1) [15].

Недостаточно внимания уделяется профилактике самопроизвольных абортов с учетом определяемых факторов риска. Кроме того, требуют уточнения схемы предгравидарной подготовки женщин, планирующих беременность, а также ведения беременных с различной степенью риска самопроизвольного аборта. Эти обстоятельства подчеркивают актуальность проблемы и требуют проведения комплексного медико-социального исследования не вынашивания беременности с научным обоснованием мер по профилактике и оптимизации специализированной медицинской помощи женщинам [5,20].

Несмотря на многочисленные исследования по этиологии и патогенезу неразвивающейся беременности (НБ), частота его остается довольно высокой, от 10 до 25% всех желанных беременностей, и не имеет тенденции к снижению [11,12,13]. Неразвивающаяся беременность является особой формой не вынашивания беременности, характеризуется длительным скрытым течением и регистрируется среди самопроизвольных выкидышей с частотой 3-15%. На ранних сроках на его долю приходится 45-86,6% потерь беременности.

Риск повторного прерывания беременности возрастает кратно: после одного выкидыша риск повторного возникает в 22%, после двух - в 26%, после трех - 32% случаев [28]. По данным литературы, потеря плода различного генеза не только сама по себе является тяжелой акушерской патологией, но и отрицательно сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом, ухудшает демографическую ситуацию в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анализ причин материнской смертности: Руководство для врачей/ Под ред. проф. Милованова А.П. - М.: МДВ, 2008. - С. 228.
2. Байкулова Т.Ю. Беременность и ее исходы у первородящих женщин, перенесших искусственный аборт. 14.01.01 - акушерство и гинекология, автореферат. Москва - 2016.
3. Байкулова Т.Ю., Петров Ю.А. Влияние искусственного аборта на течение беременности и ее исходы у первородящих женщин //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 2-4. С. 480-483.
4. Волгина В.Ф., Протопопова Т.А., Суханова Л.П. Актуальность проблемы абортов // V Международный конгресс по репродуктивной медицине. - М., 2011.
5. Дударенкова М.Р., Гладунова Е.П., Кшнясева С.К., Горбунова Е.С. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности, Известия Самарского научного центра Российской академии наук, том 17, №2(3), 2015. с 512-517.
6. Колесникова О.М. Синдром плацентарной недостаточности у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов // Вестник РУДН. Серия "Медицина. Акушерство и гинекология". - 2012. - № 5. - С. 32-35.
7. Колесникова О.М. и др. Перинатальные исходы у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов. Вестник РУДН, серия Медицина, 2012, № 6
8. Колесникова О.М. Особенности течения беременности и исходов родов у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов Автореферат. 2013г.
9. Колесникова О.М., Оразмурадов А.А., Кибардина Н.В., Старцева Н.М., Златовратская Т.В. Перинатальные исходы у первородящих после хирургического и медикаментозного абортов" Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. -2012., №. 6, С. 90-94.
10. Кострыкина Л.С. Комплексное медико-социологическое исследование распространенности искусственного прерывания беременности (по данным Астраханской области) 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Астрахань, 2014.
11. Кулавский В.А., Сыртланов И.Р., Кулавский Е.В., Никифорова М.В. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших неразвивающуюся беременность. Вестник РУДН, серия медицина, 2009, № 7
12. Кулавский В. А., Сыртланов И. Р., Фролов А. Л. "Особенности течения беременности у женщин, имевших в анамнезе неразвивающиеся беременности и гибель плода при различных сроках гестации" Журнал акушерства и женских болезней, 2007, Т. LVI, no. 3, pp. 107-112.
13. Кулавский В.А., Сыртланов И.Р., Кулавский Е.В., Никифорова М.В.. "Репродуктивное здоровье женщин, перенесших неразвивающуюся беременность" Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, 2009. - № 7. С. 64-69.
14. 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.
15. Мельник Е.Г. Факторы риска и этиология неразвивающейся беременности. //Сибирский медицинский журнал, 2010, № 4
16. Ординц И.М. Особенности второй волны инвазии цитотрофобласта у беременных с осложненной и нормально протекающей беременностью /Вестник РУДН. Серия "Медицина. Акушерство и гинекология". - 2012. ? №6. -С. 193-197.
17. Петров Ю.А. Семья и здоровье - М: Медицинская книга, 2014. - С. 312.
18. Петров Ю.А. Здоровая семья - здоровые дети - М.: Медицинская книга, 2010. - С. 328.
19. Плотко Е.Э. Медикаментозный аборт и вакуум-аспирация на ранних сроках беременности: равноценный выбор? // Вестник Российского университета дружбы народов. -2011. - № 5. - С. 227.
20. Потапова С.В. Не вынашивание беременности как медико-социальная проблема (распространенность, факторы риска, профилактика) : диссертация. Кандидата медицинских наук : 14.00.33.- Рязань, 2008.- 118 с.

21. Прилепская В.Н., Куземина А.А. Аборт в 1 триместре беременности. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 211.
22. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: РУДН, 2011. С. 101-102.
23. Радзинский В.Е. Статистическое зеркало нации. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, М.П. Архипова // StatusPraesens. - 2014. - № 01. - С. 9-17.
24. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Statuspraesens, 2009. - 394 с.
25. Радзинский В.Е. Медикаментозный аборт: настоящее и будущее // Фарматека. - М., 2008. - № 14. - С. 12-14.
26. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. М.: ГЭОТАР-МЕДИА. 2009. - 3-е изд.
27. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: РУДН, 2011.
28. Тихомиров А.Л. Привычное невынашивание беременности А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин // Практикующий врач. 2004. - № 3. - с.10- 21.
29. Токтар Л.Р., Байкова М.К., Бивол Е.В., Оганесян А.К., Лукаев А.А. Влияние первого аборта на течение повторных беременностей и их исходов" Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, 2010.- № 6.-с.- 105-112.
30. Токтар Л.Р. и др. Влияние первого аборта на течение повторных беременностей и их исходов. Вестник РУДН, сер. Медицина. Акушерство и гинекология, 2010.-№ 6.
31. Черствая Е.В.. "Исходы беременностей и родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом" Смоленский медицинский альманах, 2018.-№ 2-с. 173-176.
32. Чередниченко Т.С.Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев: Автореф. дисс. - 2001. -22 с.
33. Lowit A., Bhattacharya S., Bhattacharya S. Obstetric performance following an induced abortion // Pract Res ClinObstetGynaecol.- 2010.- 24(5).-p. 667-82.
34. 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.
35. Winer N., Resche-Rigon M., Morin C., Ville Y., Rozenberg P. Is induced abortion with misoprostol a risk factor for late abortion

Поступила 09.02. 2020