

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

УДК: 618.39– 085:618.39-089.884.14

ДОДОН ІННА ЕДУАРДІВНА

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ
ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2003

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор ЖУК Світлана Іванівна, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології №1

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор ФРАНЧУК Анатолій Юхимович, професор кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України

доктор медичних наук, професор ТАТАРЧУК Тетяна Феофанівна, керівник відділення гінекологічної ендокринології Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України

Провідна установа:

Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця, МОЗ України, м.Київ

Захист дисертації відбудеться “.....” 2003 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І.Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м.Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова за адресою: 21018, м.Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий “.....” 2003 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради, к.мед.н., доцент

Покидько М.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема штучних абортів є надзвичайно важливою проблемою в сучасній акушерсько - гінекологічній практиці. Актуальність її зумовлена, в першу чергу тим, що штучне переривання вагітності є потужним негативним чинником, який впливає як на стан репродуктивної функції жінки, так і на стан її здоров'я в цілому. Перфорація матки, травма шийки матки, інфікування органів малого тазу, кровотеча, неповне видалення плідного яйця, тромбоемболія, реакція на анестезію, неплідність, підвищений ризик самовільного аборту в майбутньому, позаматкова вагітність, запальні захворювання статевих органів, плацентарний поліп, порушення оваріо-менструального циклу, ендометріоз, істміко-цервікальна недостатність, рак молочної залози, психічні розлади - це далеко не повний перелік можливих ранніх та віддалених ускладнень післяабортного періоду (Веропотвелян М. П., 1996; Сольский Я. П., 1996; Кулаков В. И., 1997; Бацьлева О. В., 1998; Линева О. И., 1998; Каримова Ф. Д., 2001; Gissler M., 1996; Rookus M., 1996; MacIsaac L., 2000; Vicki B., 2000). При подальших вагітностях і під час пологів зростає число мертвонароджень, асфіксії, гемолітичної хвороби новонародженого та народження дитини з низькою масою тіла; збільшується ризик виникнення анемії (Линева О. И., 1998; Никифоровский Н. К., 2000; Zhou W., 2000).

Проблема штучних абортів є глобальною для всіх країн світу, оскільки понад 40% світового населення проживає на території, де законодавством офіційно дозволено штучне переривання вагітності у ранніх строках за бажанням жінки. В більшості розвинених країн світу, на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, регулювання народження цим методом практично витіснене сучасними засобами контрацепції. На жаль, цього не можна сказати про Україну. Рівень абортів у нашій країні вже багато років в 1,3-1,5 рази перевищує кількість народжень [Богатирьова Р.В., 1998, 1999]. У 2001 році цей показник складав 32,09 випадки переривання вагітності на 1000 жінок фертильного віку чи 142,87 абортів на 100 пологів. Близько половини штучних абортів- 51,4% було виконано в ранні терміни, шляхом вакуум - аспірації плідного яйця.

Таке значне поширення абортів в країні звичайно підтримує досить високу частоту післяабортних ускладнень. За даними різних дослідників, рівень захворюваності, пов'язаної з медичним абортom, коливається в межах від 10% до 59,6% [Волгина В. Ф., 1991; Вдовиченко В. П., 1995; Кулаков В. И., 1997; Жаров В. Е., 2000; Каримова Ф. Д., 2001].

Вдосконалення та широке впровадження в практику новітніх методик переривання вагітності дозволяє суттєво зменшити кількість післяабортних ускладнень. Найбільшого поширення набула методика раннього медикаментозного абортu шляхом використання міфепристону, з подальшим

прийомом невеликих доз простагландинів (Ashok P., 1998; Creinin M., 2000; Clark S., 2000). Вона признана досить ефективною, простою у виконанні та безпечною (Gold M., 1997; Cabezas E., 1998; Winikoff B., 1998; Koonin L., 2000). Однак, роботи, які стосуються можливості виникнення психічних розладів після виконання штучного переривання вагітності різними методами є досить поодинокими (Бацьлева О.В., 1998). Тому, додаткове та поглиблене вивчення причин негативного впливу абортів на психоемоційний стан жінки та максимальна індивідуалізація показань до його виконання зможе довести необхідність впровадження альтернативних методів переривання вагітності в практику.

Зв'язок роботи з науковими темами. Дисертаційну роботу виконано згідно з планом наукової теми кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова “Клініко-математичні методи прогнозування, профілактики, лікування деяких видів акушерської і гінекологічної патології внаслідок дії факторів зовнішнього середовища та виробництва” (616-099:616, 621-08:547.23, номер держреєстрації теми 0196 004907).

Мета дослідження - зниження кількості ранніх та пізніх післяабортних ускладнень шляхом розробки принципів індивідуалізованого підходу до вибору методу переривання вагітності в ранніх термінах на основі поглибленого вивчення психо-емоційного і гормонального стану жінок.

Завдання дослідження:

1. Вивчення психо-емоційного стану жінок, яким виконується штучне переривання вагітності.
2. Вивчення рівня стресових гормонів та хоріогонадотропіну у плазмі крові при різних методах переривання вагітності.
3. Визначення груп ризику щодо можливості виникнення невротичних змін в післяабортному періоді серед жінок, які перервали вагітність.
4. Вивчення впливу міфепристону на яєчники та інші внутрішні статеві органи (експериментальне дослідження).
5. Порівняння перебігу абортів та післяабортного періоду при оперативному та медикаментозному методах переривання вагітності в ранні терміни.

Об'єкт дослідження - штучне переривання вагітності.

Предмет дослідження - жінки, що перервали вагітність в ранніх термінах; перебіг післяабортного періоду; психоемоційний стан; стан гормонального гомеостазу; гістологічна структура яєчників та інших внутрішніх статевих органів.

Методи дослідження - клінічний, психодіагностичний, гормональний, гістологічний, експериментальний та методи математичної статистики.

Наукова новизна результатів. Вперше вивчено психо-емоційний стан жінок, що перервали вагітність в ранніх термінах різними методами; вперше

розроблено принципи індивідуалізованого підходу до методу переривання вагітності на основі поглибленого вивчення психо-емоційного і гормонального стану жінок; вперше доведена безпечність медикаментозного переривання вагітності з використанням міфепрестону на основі клінічних, психодіагностичних досліджень та з врахуванням експериментальних моделей.

Практичне значення отриманих результатів. Запропоноване комплексне дослідження психоемоційного стану жінок, які вирішили штучно перервати вагітність в ранніх термінах, допомагає індивідуалізувати показання до консервативного переривання вагітності з точки зору психологічних характеристик та віку і може бути виконано в умовах жіночої консультації, денних та гінекологічних стаціонарів. Науково обґрунтована необхідність надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги жінкам до проведення штучного абортів та в післяабортному періоді, що дозволяє запобігти розвитку невротичних порушень. Запропонований для широкого впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів медикаментозний метод переривання вагітності, шляхом призначення комплексу “міфепрестон+мізопростол”, дозволяє зменшити кількість ускладнень, пов’язаних із штучним абортів та збільшити відсоток жінок, задоволених якістю його виконання.

Результати дослідження використовуються в практичній роботі гінекологічних відділень пологових будинків №1 м. Вінниці, Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова, лікувально-діагностичного центру ”Медвін”.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проаналізована наукова література і патентна інформація з проблеми штучного переривання вагітності в ранніх термінах. Автором проведено клінічне та інструментальне дослідження жінок, які вирішили перервати вагітність в ранніх термінах; виконане переривання вагітності таким жінкам різними методами; вивчено перебіг абортів та його віддалені наслідки; виконано статистичну обробку результатів дослідження. Здобувачем обґрунтовано переваги застосування медикаментозного абортів. Також запропоноване комплексне психодіагностичне обстеження жінок, які вирішили перервати вагітність та доведена необхідність індивідуалізації показань до медикаментозного абортів з точки зору віку пацієнтки та типу психологічної організації.

Дисертанткою самостійно виконано експериментальне дослідження впливу міфепрестону на внутрішні статеві органи самок білих щурів.

Автором забезпечено впровадження результатів роботи в практику охорони здоров’я.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи були висвітлені на Міжнародному конгресі “Менопауза та репродуктивне здоров’я жінки” (Тернопіль, 2002); V, VI, VII науково-практичних конференціях молодих

вчених та фахівців ВНМУ (Вінниця 1999, 2000, 2001); засіданні Вінницького обласного наукового товариства акушерів-гінекологів (2000); засіданні Київської філії Асоціації акушерів-гінекологів України (м. Київ, 2002); V Пленумі Асоціації лікарів підліткової гінекології (м. Київ, 2002). Теоретичні положення та практичні рекомендації дисертаційної роботи використовуються в лекціях та практичних заняттях, що проводяться для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів та лікарів акушерів-гінекологів Вінницької області на кафедрах акушерства та гінекології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 5 наукових робіт. Із них - 4 у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України та 1 - у матеріалах і тезах науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації.

Дисертаційна робота викладена на 125 сторінках машинопису і складається із вступу, огляду літератури, чотирьох розділів власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, бібліографічного покажчика літератури, який нараховує 157 джерел, з яких 83 - іноземні. Робота ілюстрована 18 таблицями, 10 рисунками, 23 мікрофотографіями та супроводжується додатками А, Б, В, Д, Е, Ж, З, И.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. У відповідності до визначеної мети і задач дисертаційне дослідження було виконано в три етапи. На першому етапі було проведено вивчення психо-емоційного стану та рівня стресових гормонів у жінок, які прийняли рішення перервати вагітність. Об'єктом дослідження були 67 жінки, яким в подальшому було виконано штучний аборт оперативно (група порівняння) та 22 жінки, яким вагітність перервали медикаментозним методом (основна група). Серед зазначених пацієнток було визначено групи ризику в залежності від віку та індивідуального типу психологічної організації, що піддаються найбільшому психотравмуючому впливу ситуації штучного аборту. Крім цього, нами було обстежено 58 жінок у ранніх термінах, які вирішили зберігати дану вагітність.

На другому етапі виконання роботи було проведено експериментальне дослідження впливу міфепристону- препарату, що лежить в основі медикаментозного методу переривання вагітності, на структурні зміни в яєчниках та інших внутрішніх статевих органах у самиць білих щурів. Експеримент був проведений на 27 тваринах. Контрольну групу склали 10 (37,04%) невагітних тварин. До групи порівняння ввійшли 6 (22,22%) вагітних самок у ранніх термінах вагітності (7-10 днів). Основну групу склали 11 (40,74%) самок щурів, яким на 7-8 день вагітності було введено міфепристон у дозі 10 мг/кг перорально, що призвело

до переривання вагітності. Матеріалом для гістологічного дослідження були яєчники тварин, яйцеводи і роги матки, взяті на 10-й день після переривання вагітності, забарвлені гематоксилін-еозином та проаналізовані під світловим мікроскопом у збільшенні в 100, 200 та 400 разів.

На третьому етапі дослідження була проведена порівняльна характеристика різних методів переривання вагітності в ранні терміни. Предметом цього етапу дослідження стали 30 жінок, яким перервали вагітність оперативним методом та медикаментозно- за допомогою перорального прийому міфепристону та мізопростолу- 22 жінки. В процесі наукового дослідження було проаналізовано перебіг процедури аборту, раннього та пізнього післяабортного періоду з визначенням рівня хоріогонадотропіну в динаміці та клініко-психологічним дослідженням жінок обох груп для з'ясування особливостей психологічного стану після виконання штучного аборту.

Медикаментозне переривання вагітності було виконано в стаціонарних умовах шляхом перорального прийому 600 мг препарату "Міфегін". Термін аменорреї не перевищував 49 днів. Основою препарату є міфепристон. Через 36-48 годин жінка приймала 400 мкг мізопростолу (простагландин E1) перорально. Оперативне переривання вагітності проводилося в гінекологічному стаціонарі методом вакуум- аспірації плідного яйця.

Групи жінок, що досліджувалися, статистично вірогідно не відрізнялися за віком, даними анамнезу, клінічними даними, паритетом, терміном вагітності, екстрагенітальною патологією.

Для точного встановлення терміну вагітності, підтвердження діагнозу повного аборту і своєчасного виявлення ускладнень післяабортного періоду у обох групах жінок при перериванні вагітності проводилося ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів та визначення концентрації хоріогонадотропіну в плазмі крові (ХГ) напередодні аборту, на 3-й, 7-й та 30-й день після його виконання.

Виявлення порушень психоемоційного стану жінок при перериванні вагітності та індивідуальний підхід до вибору методу такого переривання можливі лише за умови попереднього вивчення психологічних властивостей індивіда та особливостей психологічного реагування як на ситуацію штучного аборту взагалі, так і на різні його методи. Була проведена комплексна оцінка психологічного статусу жінок при різних методах переривання вагітності та при прогресуванні вагітності за допомогою клінічної бесіди та тестової батареї, яка включала провідні вербальні - скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості (СБОО), шкала тривожності С.Spilberger і проєктивні методики - метод кольорових виборів (МКВ).

Результати дослідження. Результати комплексної оцінки психологічного статусу жінок до проведення переривання вагітності доводять той факт, що штучний аборт, незалежно від методу його виконання, є вираженим психоемоційним стресом для жінки: середнє значення показника рівня реактивної тривожності в групі, де виконувався медикаментозний аборт склало 35,55 балів за стандартною шкалою С. Spilberger, в групі, де було проведено операцію штучного аборту – 44,19 балів. У групі жінок, які вирішили зберегти вагітність рівень тривожності вірогідно нижче і складає всього 21,36 балів. ($p < 0,05$) (рис.1).

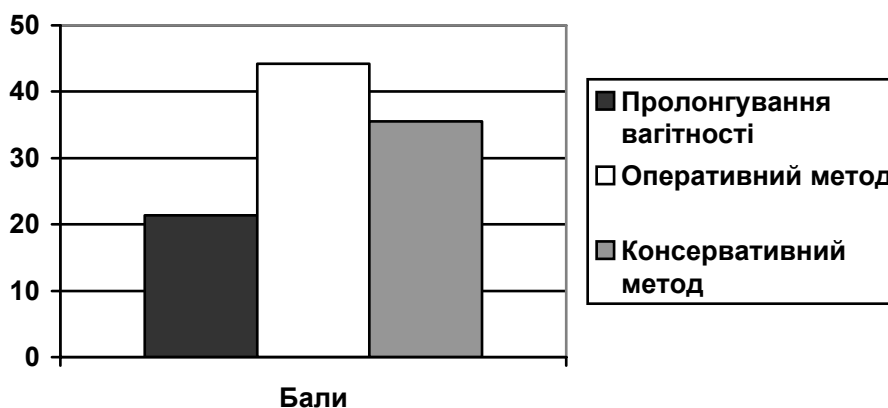


Рис.1. Середній рівень реактивної тривожності в залежності від методу переривання вагітності (в балах).

На цьому фоні найвищі показники ситуативної тривожності нами були виявлені у вікових групах до 18 років (54,13 балів) та після 30 років (44,54 бала). (рис.2)

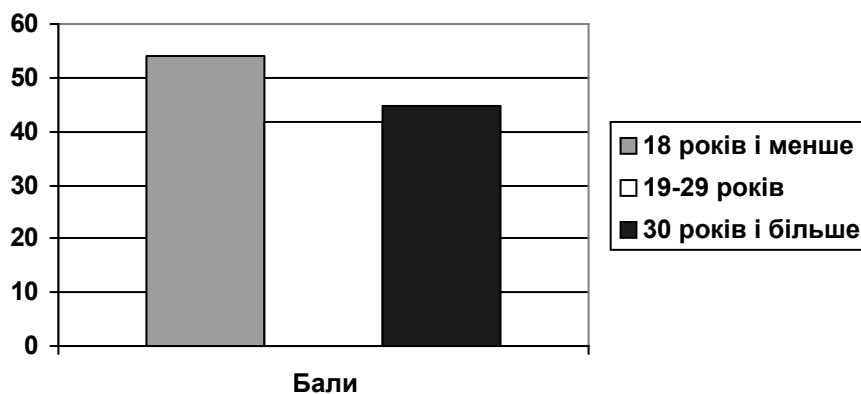


Рис.2. Рівень реактивної тривожності в залежності від віку при оперативному перериванні вагітності (в балах).

За допомогою психологічного дослідження встановлено, що медикаментозне переривання вагітності суб'єктивно сприймається більш позитивно і не викликає таких суттєвих зміщень психологічної рівноваги, як оперативне. Результати дослідження реактивної тривожності за допомогою шкали С.Spilberger та показники тесту МКВ і свідчать про суттєво вищий рівень поширеності тривожно-депресивних та астеничних станів в групі, де застосовано оперативний метод переривання вагітності. Так, серед жінок, яким

використовували оперативний метод, високий рівень реактивної тривожності діагностовано у 37,31% обстежених, середній рівень - у 52,24%, переважання на перших позиціях тесту МКВ кольорів соматичного та психологічного дискомфорту, астенизації та емоційної нестійкості виявлено у 47,76% обстежених, зміщення кольорів стенічного регістру на позиції відрази - у 37,31% досліджених жінок. За допомогою тесту СБОО встановлено, що домінуючі позиції у цій групі займає 1-ша шкала (32,84%), яка відображає іпохондричні тенденції та фіксацію на соматичних скаргах. Про наявність депресивних та деструктивних істероформних тенденцій серед жінок цієї групи свідчить зміщення у профілі тесту СБОО на перші позиції 2-ої (10,45%) та 4-ої (23,88%) клінічних шкал.

Загальною характеристикою жінок, яким застосовано медикаментозний метод переривання вагітності, є менша вираженість соматичних фіксацій, що підтверджується вибором на перші позиції тесту МКВ кольорів стенічного регістру у 81,82% обстежених та зміщенням на останні позиції кольорів соматичного, психологічного дискомфорту та астенизації у 13,64% обстежених; для жінок цієї групи притаманні також низький рівень реактивної тривожності (40,91% від загальної кількості обстежених); високий рівень тривожності діагностовано лише у 18,18% обстежених. Середнє значення показника реактивної тривожності у цій групі склало 35,55 балів. За результатами тесту СБОО у цих жінок виявляється менша вираженість депресивних тенденцій, більша оптимістичність, що підтверджується домінування 9-ої шкали у профілі тесту у 36,37% випадків та більш згладженою структурою профілю, з відсутністю великих коливань інтервалів значень шкал.

При визначенні рівня катехоламінів та 11-оксикортикостероїдів у плазмі крові жінок з різними методами переривання вагітності нами встановлено, що при медикаментозному перериванні вагітності рівень норадреналіну та 11-оксикортикостероїдів виявився вірогідно нижче (7,46 нмоль/л та 259,30 нмоль/л проти 9,52 нмоль/л та $314,09 \pm 27,82$ в групі з використанням оперативного штучного аборту).

З метою максимальної верифікації даних тестування нами було використано комплексний аналіз результатів психологічного тестування. При цьому порівнювались результати, отримані за різними вербальними та проєктивними методиками. Для забезпечення найбільш повного та достовірного відображення психологічних характеристик обстежених жінок ми вважаємо за доцільне виділення трьох основних клінічних груп: з переважанням психологічно сприятливих характеристик, з переважанням психологічно несприятливих характеристик та проміжного типу. До психологічно сприятливих характеристик ми віднесли низький рівень тривожності за шкалою реактивної тривожності С. Spilberger, домінування у кольоровому виборі кольорів стенічного регістру за

результатами тесту МКВ, та переважання шкал стеничного регістру у тесті СБОО. До психологічно несприятливих характеристик ми віднесли високий рівень реактивної тривожності за шкалою С. Spilberger, домінування кольорів психологічного, соматичного дискомфорту і астенизації за тестом МКВ та переважання шкал гіпостеничного регістру у тесті СБОО. Проміжний тип відповідає середньому рівню тривожності за шкалою С. Spilberger, відсутністю чіткої тенденції до визначення пріоритетної групи кольорів за тестом МКВ та змішаним типом профілю за тестом СБОО. Такий розподіл дає змогу врахувати результати обстеження за всіма використаними методиками і водночас є найбільш придатним в прогностичному плані (табл. 1).

Таблиця 1.

Результати комплексного аналізу даних психологічного обстеження жінок при різних методах переривання вагітності (% до загальної кількості обстежених)

Тест	Основна група			Група порівняння			р
	психологічно сприятливий	проміжний	Психологічно несприятливий	психологічно сприятливий	проміжний	психологічно несприятливий	
Шкала реактивної тривожності С.Spilberger	40,91	40,91	18,18	10,45	52,24	37,31	<0,05
МКВ	81,82	9,09	9,09	52,24	17,91	29,85	<0,05
СБОО	54,55	13,63	31,82	49,24	11,94	38,82	>0,05

Комплексний аналіз результатів психологічного обстеження свідчить про наявність кореляцій між даними обстеження за різними вербальними та проективними методиками.

Очевидно, що психологічна реакція жінки на ситуацію переривання вагітності є результатом поєднаної дії цілого ряду пов'язаних між собою ендогенних та екзогенних факторів. Ендогенні фактори – особливості психологічного ядра особистості, вроджені індивідуально-типологічні риси, закладають основу формування типу психологічної відповіді, створюють основу для розвитку патохарактерологічних змін, виступають в якості сприяючих або протективних факторів щодо невротизації. Одна і та ж психотравмуюча ситуація викликає різну суб'єктивну реакцію у індивідів з різними особливостями психологічної організації особистості.

Проведені дослідження психологічних реакцій на ситуацію переривання вагітності медикаментозними і оперативними методами в залежності від особливостей психологічної організації показали, що рівень реактивної тривожності у жінок групи порівняння з домінуванням у профілі СБОО астеничних психологічних рис був статистично достовірно вищим, ніж у жінок з такою ж психологічною характеристикою в основній групі – 44,89 балів проти 34,33.

Високий рівень тривожності спостерігався у 57,14% жінок групи порівняння і у 50,00% жінок основної групи, що свідчить про можливий невротизуючий потенціал штучного абортів на таких пацієнток взагалі та менший негативний психологічний вплив на них медикаментозного методу переривання вагітності. Такі закономірності підтверджуються даними про кількість пацієнток з низьким рівнем реактивної тривожності - 25,00% серед жінок основної групи і лише 14,29% серед жінок групи порівняння.

Кольоровий вибір за тестом МКВ у цих жінок свідчить про значне переважання депресивних та астено-депресивних реакцій, що підтверджується вибором на перші позиції кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації у 42,86 % жінок при проведенні оперативного штучного абортів та у 25,00% жінок при медикаментозному аборті. Така тенденція може бути трактована як емоційно напружена відповідь на ситуацію переривання вагітності, яка певною мірою нівелюється при застосуванні неоперативного методу переривання вагітності.

Профіль СБОУ у таких жінок характеризувався високими показниками по 1 шкалі (соматичні фіксації, нав'язливі переживання за своє здоров'я) та 2 шкалі (депресія, пригнічений емоційний фон). Порівняно з групою порівняння в основній групі жінки з астеничним типом психіки мали суттєво нижчі показники по 1 та 2 шкалах СБОУ. Такий розподіл може бути проявом меншого психотравмуючого впливу медикаментозного методу переривання вагітності, і свідчити про те, що його суб'єктивне сприйняття жінками з астеничними психологічними характеристиками є більш спокійним.

В групі осіб із домінуванням у профілі змішаних шкал СБОУ групи порівняння рівень реактивної тривожності був в середньому на 6,29 балів вищим, ніж в основній групі. Для кольорового вибору цієї групи притаманне виділення в пріоритетну групу сигнальних кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації, що виявлено у 37,50% жінок групи порівняння; проте значення такого розподілу певною мірою нівелюється наявністю у виборі у 29,17% жінок на перших позиціях кольорів стеничної групи. При цьому в основній групі спостерігається переважання вибору стеничних кольорів (57,14% жінок) на перших позиціях, хоча, слід зазначити, що 28,57% жінок основної групи на позиції переважання все ж таки обрали кольори соматичного, психологічного дискомфорту та астенізації, що свідчить про адекватне сприйняття безумовно негативної ситуації штучного абортів. Зазначений кольоровий вибір підтверджує отримані висновки про те, що жінки з домінуванням в профілі СБОУ змішаних психологічних рис, як і астеничних, є групами ризику щодо виникнення психологічних порушень при операції штучного абортів і більш адекватно реагують на проведення такої процедури медикаментозно.

Отримані дані дозволяють певною мірою індивідуалізувати показання до медикаментозного переривання вагітності в залежності від домінування психологічних характеристик і рекомендувати цей метод переривання вагітності жінкам з астенічним та змішаним психологічними типами.

Експеримент, проведений на самках білих щурів, мав на меті з'ясувати чи має міфепристон - препарат, що є основою медикаментозного абортів, вплив на структурні зміни у внутрішніх статевих органах тварин, особливо на яєчники, які в основному забезпечують гормональний гомеостаз організму. Узагальнюючи отримані дані, можна констатувати, що дещо частіше при однократному прийомі міфепристону спостерігалися явища інволюції фолікулів, ніж це можна було спостерігати в яєчниках невагітних тварин. В окремих осередках яєчників на межі з мозковою речовиною ще залишалася підвищена кількість повнокровних судин артеріолярного типу, помітні були зони потовщення білкової оболонки. В корі були присутніми й за всіма ознаками функціонально активними фолікули різних стадій розвитку. Їх кількість не поступалася чисельності цих структур в яєчниках невагітних тварин. Це стосувалося і примордиальних та вторинних фолікулів. Так само у цих тварин закономірно виявлялися пухирцеві стадії і навіть з ознаками овуляції. В структурах оболонок стінок яйцеводів і матки також не було суттєвих змін, котрі могли б перешкоджати процесам наступного овогенезу та ембріогенезу.

Стосовно клінічної частини роботи, то при перериванні вагітності медикаментозним методом після прийому міфегіну кров'янисті виділення відмічалися в середньому через $46,8 \pm 7,96$ годин. У 27,3% пацієток кровотеча почалася лише на фоні прийому цього препарату без використання простагландину.

Кровотеча у групі пацієток, де використовувався медикаментозний аборт продовжувалась протягом $7,6 \pm 1,8$ днів. При хірургічному перериванні вагітності кровотеча продовжувалася в середньому $4,9 \pm 0,8$ днів. ($p < 0,05$) Рівень гемоглобіну до проведення процедури абортів у жінок цієї групи був $121,27 \pm 15,45$ г/л. Через 7 днів після переривання вагітності цей показник становив $119,90 \pm 10,87$ г/л. ($p > 0,05$) При виконанні медикаментозного переривання вагітності відмічалися деякі гастро-інтестинальні ускладнення та зниження артеріального тиску, в основному пов'язані із застосуванням простагландинів. У 45,5% пацієток нашого дослідження була нудота, у 13,6%- блювання і у 18,18%- зниження артеріального тиску.

При перериванні вагітності оперативно нудота була виражена у 43,13% жінок, блювання- у 33,33% та у 6,67%- незначне підвищення артеріального тиску, яке не потребувало корегуючої терапії. Всі вищезазначені побічні дії були пов'язані із загальною анестезією каліпсолом. Усі жінки відмічали наявність неприємних

галюцінацій дезорієнтуючого, загрозливого плану в процесі проведення наркозу.

У 72,2% жінок основної групи відмічався переймоподібний біль внизу живота після прийому простагландинів. В основній більшості- це були жінки, що не народжували. Інтенсивність болю в жодному з випадків не вимагала застосування анальгетиків.

Первинний рівень ХГ в жінок групи, де переривання вагітності проводилося консервативно склав $222,881 \pm 89,821$ mIU/ml. У жінок групи, де виконувався оперативний штучний аборт він був дещо вищий – $358,900 \pm 90,730$ mIU/ml. ($p > 0,05$) На 3-й день післяабортного періоду відбулося зменшення рівню ХГ у основній групі до $65,559 \pm 20,889$ mIU/ml, а в групі порівняння до $28,615 \pm 8,074$ mIU/ml. В подальшому спостерігалось подальше зниження концентрації ХГ в плазмі крові- на 7-му добу- $14,530 \pm 5,896$ mIU/ml і $7,115 \pm 2,105$ mIU/ml відповідно; із визначенням залишкових концентрацій цього гормону на 30 день після аборту.

Медикаментозний метод переривання вагітності в ранні терміни, як довели наші дослідження є високоефективним - при контрольному УЗД дослідженні у всіх жінок, яким переривали вагітність медикаментозно, було відмічено відсутність плідного яйця в матці; серединна структура становила в середньому $7,7 \pm 3,9$ мм.

В процесі поглибленого вивчення становлення менструальної функції протягом трьох місяців після переривання вагітності різними методами було встановлено, що уже перша менструація у $59,09\% \pm 27,90\%$ жінок після консервативного аборту була своєчасною зі звичайною крововтратою та тривалістю. Серед порушень менструального циклу в $40,90\%$ випадків спостерігалася гіперменоррея. У групі після оперативного аборту лише у $27,78\% \pm 15,76\%$ перша менструація була своєчасна при нормальній тривалості та крововтраті. Характер порушень менструального циклу був виявлений таким: у $46,67\%$ жінок був гіпоменструальний синдром, у $40,00\%$ - затримка місячних та $63,33\%$ відмітили альгодисменоррею.

Характер другого менструального циклу у жінок після медикаментозного переривання вагітності у $72,73\% \pm 13,96\%$ випадків не змінився у порівнянні з періодом до штучного аборту. Серед порушень циклу дещо частіше виявлялася гіперменоррея - у $22,73\%$ жінок. У групі порівняння статистично вірогідно частіше спостерігалися порушення менструального циклу у вигляді скорочення циклу - у $23,33\%$ жінок та гіпоменорреї під час менструації- у $36,67\%$ жінок. При цьому у $43,33\%$ випадків була діагностована альгодисменоррея.

Як показали наші дослідження, до третього менструального циклу відбувається поступова стабілізація його тривалості, крововтрати під час місячних та міжменструального періоду. Процент нормальних менструальних циклів, в порівнянні з періодом до переривання вагітності, зростав і не мав статистично

достовірної різниці між двома групами, що досліджувалися. Разом з тим, у 26,67% жінок групи порівняння спостерігалось збільшення проміжку між менструаціями та у 33,33%- зменшення кількості менструальних виділень із симптоматикою альгодисменорреї. Цей факт дає підстави стверджувати про тенденцію до виникнення гіпоменструального та альгодисменоррейного синдромів у жінок після виконання оперативного аборт. Отримані дані доводять, що медикаментозний метод переривання вагітності, на відміну від оперативного, не має вираженого негативного впливу на стан подальшого репродуктивної функції жінки. Це також підтверджується відсутністю інфекційних ускладнень та нормальним перебігом вагітності та пологів в подальшому у жінок, які перенесли медикаментозний аборт.

Крім того, нами проведено було також клініко-психологічне дослідження жінок основної та групи порівняння в післяабортний період для з'ясування особливостей психологічного стану жінок, які перенесли оперативний та медикаментозний аборт. Обстеження проводилось приблизно у місячний термін з дня штучного переривання вагітності. Обстеження складалось з психологічного тестування, за змістом та процедурою ідентичного проведеному в період до проведення аборт. Загальними тенденціями, що були нами виявлені, є зниження рівня реактивної тривожності, зміщення кольорового вибору за тестом МКВ у бік домінування кольорів стенічного регістру, зниження рівнів клінічних шкал іпохондрії та депресії і зростання рівня за шкалою гіпертимності та згладження профілів за тестом СБОО.(таб.2)

Таблиця 2.

Аналіз даних психологічного тестового дослідження в пізньому післяабортному періоді при виконання штучного переривання вагітності різними методами

Тест	Основна група		Група порівняння		p
	до аборт	після аборт	до аборт	після аборт	
Середній показник за шкалою реактивної тривожності С.Spilberger (бали)	35,55	22,13	44,19	29,96	p<0,05
Домінування за тестом МКВ кольорів стенічного регістру (% до загальної кількості обстежених)	81,82	93,33	52,54	83,33	p<0,05
Середній рівень показників за шкалами тесту СБОО (бали)	59,0	44,5	69,5	57,0	p<0,05

Порівняльній аналіз динаміки психологічних змін у жінок, яким виконано оперативний та медикаментозний аборт, свідчить про те, що стабілізація психологічного стану та нівелювання негативних наслідків стресу від перенесеного штучного аборт статистично достовірно швидше протікає в групі жінок, які перенесли медикаментозний аборт.

Так, у жінок основної групи середній рівень реактивної тривожності за шкалою С.Spilberger виявився нижчим у порівнянні з жінками контрольної групи на 7,83 бали. При цьому жінок, у яких діагностовано низький рівень реактивної тривожності в основній групі виявилось 59,09%, а в групі порівняння – лише 26,67%. Переважну більшість серед жінок основної групи склали жінки з низьким рівнем реактивної тривожності, а групі порівняння – жінки з середнім рівнем реактивної тривожності. Жінок з високим рівнем тривожності в основній групі виявлено лише 4,55%, тоді як в групі порівняння – майже втричі більше (13,34%).

Обстеження за тестом МКВ виявило, що у основній групі кольори стенічного регістру на перші позиції обирали 95,45% обстежених проти 86,67% у групі порівняння. Слід особливо зазначити, що серед жінок основної групи не було виявлено жодного випадку вибору на позиції переваги тесту МКВ сигнальних кольорів соматичного, психологічного дискомфорту та астенізації, а також вибору на позиції відрази кольорів стенічного регістру, що свідчить про задовільний перебіг процесів стабілізації психоемоційного статусу. Кольори емоційної нестійкості на позиції переваги в основній групі обрали лише 4,55% обстежених.

Натомість серед жінок групи порівняння на позиції переваги сигнальні кольори соматичного, психологічного дискомфорту обрали 3,33% обстежених, кольори емоційної нестійкості – 13,33%; кольори стенічного регістру на позиціях відрази виявлено у кольоровому виборі 6,66% обстежених. Це свідчить про сповільнений перебіг процесів психоемоційної стабілізації у жінок, які перенесли оперативний аборт, наявність прихованих неусвідомлюваних негативних процесів, що може створювати сприятливі умови для виникнення в подальшому невротичних розладів.

Тенденція до стабілізації психоемоційного статусу проявляється також у результатах тесту СБОО. Так, в основній групі не виявлено домінування 1-ї та 2-ї клінічних шкал (відповідно – іпохондрії та депресії), що свідчить про стабілізацію психічного стану жінок, наявність позитивних психодинамічних тенденцій, відсутність соматичних фіксації та депресивних проявів. В групі порівняння 1-ша клінічна шкала домінує у 13,33% обстежених, 2-га – у 6,66% обстежених. Це може свідчити про наявність внутрішньопсихічних конфліктів, недостатню стабілізацію психічного стану, а також може бути трактовано як ознака підвищеного ризику виникнення невротичних розладів. Натомість 9 клінічна шкала, домінування якої в профілі є прогностично сприятливою ознакою, у жінок групи порівняння домінує лише в 33,33% випадків, тоді як у жінок основної групи – в 63,63%. Крім того, рівень показників по 1-й шкалі, яка виявляє іпохондричні фіксації, у жінок основної групи знизився в середньому на 6 балів і склав 31,5 балів, тоді як у жінок

групи порівняння – 49,0 балів. Рівень показників по 2-й клінічній шкалі (депресії) у жінок основної групи знизився в середньому на 7,5 балів і склав 34,0 балів, а у жінок групи порівняння – 51,0 балів. Одночасно рівень показників по 9-й клінічній шкалі, яка виявляє позитивний емоційний настрій та свідчить про задовільні адаптаційні можливості у жінок основної групи збільшився в середньому на 11,5 балів і склав 66,0 балів, тоді як у жінок групи порівняння цей показник зріс на 7,5 балів і склав 53,5 бали.

Таким чином, дані, одержані за допомогою психометричних методів, об'єктивно підтверджують менший негативний психологічний вплив медикаментозного аборту на психічне здоров'я жінки у порівнянні з оперативним, більшу безпечність медикаментозного аборту з точки зору психологічних характеристик, а також менший невротизуючий потенціал медикаментозного методу переривання вагітності.

Аналіз результатів нашого дослідження дає підстави також стверджувати про переваги медикаментозного аборту перед операційним з точки зору гормональної напруги - він не викликає різких порушень гормонального гомеостазу в організмі жінки. Так, в післяабортному періоді медикаментозного аборту спостерігається зниження ХГ з рівня $222,881 \pm 89,821$ mIU/ml за три дні на 70,59% ($65,559 \pm 20,889$ mIU/ml) до поступового зникнення з плазми крові протягом місяця. Таке поступова повільна динаміка зниження ХГ являється доказом переваги медикаментозного аборту. При виконанні хірургічного аборту, елімінація ХГ характеризується ініціальною дуже швидкою фазою (зниження з $358,900 \pm 90,730$ mIU/ml до $28,615 \pm 8,074$ mIU/ml, тобто на 92,03% від первинного за три дні) і поступовим зникненням з плазми крові протягом трьох тижнів. (рис. 3)

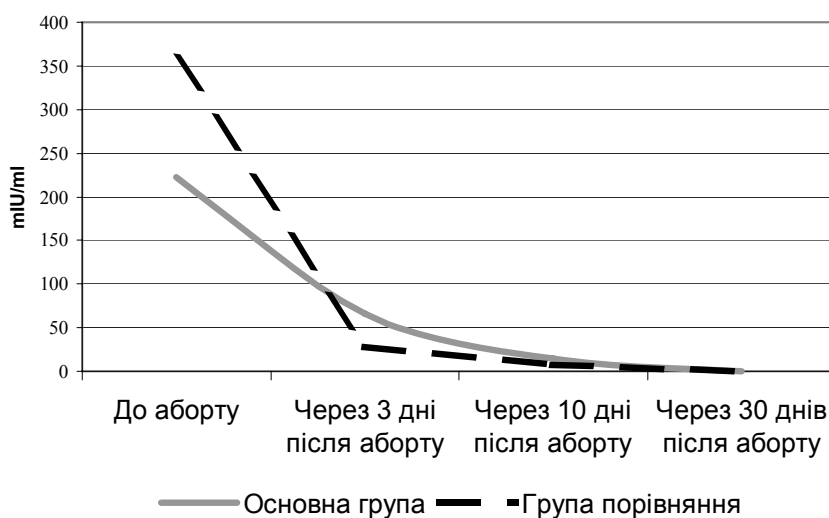


Рис. 3. Зміна рівня хоріогонадотропіну в залежності від методу переривання вагітності.

Загалом, проведене нами дослідження доводить, що застосування медикаментозного методу переривання вагітності в практиці лікувальних закладів

України дозволить знизити кількість безпосередніх та віддалених ускладнень післяабортного періоду. Якщо жінка з певних причин вирішила перервати небажану для неї вагітність, то лікар акушер-гінеколог має надати їй право вибору методу абортів та гарантувати ефективність, безпечність та мінімум ускладнень для здоров'я та подальшої репродуктивної функції.

ВИСНОВКИ

1. В дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення положення про те, що штучний аборт, незалежно від того, яким методом він виконується, є потужним психотравмуючим фактором, що може стати ініціальним в механізмі розвитку неврозу.

2. Проведеним психодіагностичним дослідженням доведено, що за наявності інших рівних умов застосування медикаментозний метод переривання вагітності має менший невротизуючий потенціал та сприймається більш позитивно, що підтверджується нижчим рівнем реактивної тривожності у жінок, яким застосовано медикаментозний метод переривання вагітності (в середньому на 8,64 бали за шкалою С. Spilberger), вибором кольорів стіничного реєстру в цій клінічній групі на перші позиції тесту МКВ у 81,82% обстежених проти 52,54% у групі жінок, яким було виконано оперативний аборт; а також кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації на перші позиції відповідно у 9,09% та 29,85% жінок. Крім того, переважна більшість обстежених жінок (95,45%) вважає, що медикаментозний аборт суб'єктивно сприймається більш позитивно, не викликає суттєвих порушень психологічної рівноваги на відміну від оперативного.

3. Встановлено, що жінки з домінуванням астенічних та змішаних психологічних рис складають групу ризику щодо виникнення у них негативних психологічних реакцій на ситуацію штучного абортів та розвитку в подальшому розладів невротичного реєстру, що підтверджується даними обстеження жінок, яким було виконано оперативне переривання вагітності. Так, в групі жінок з домінуванням астенічних рис рівень реактивної тривожності виявився статистично достовірно вищим (на 10,56 балів більше), ніж у групі жінок із домінуванням стіничних рис, а у групі жінок із домінуванням змішаних рис – відповідно на 6,29 балів більшим; виявлено також домінування у виборі на перші позиції тесту МКВ кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації у групі жінок з переважанням астенічних рис – у 42,68% обстежених, у групі жінок з переважанням змішаних рис – у 37,50% жінок, у групі з домінуванням стіничних рис – 22,22% жінок.

4. Встановлено, що жінки у віці 18 років і менше та у віці 30 років і більше складають групу ризику у відношенні розвитку несприятливих психологічних

реакцій в зв'язку із виконанням штучного абортів, що підтверджується вірогідно вищим рівнем реактивної тривожності у віковій групі 18 років та менше (на 12,45 балів) та у віковій групі 30 років і більше (на 2,86 бали), ніж у віковій групі 19-29 років.

5. Проведений експеримент доводить, що міфепристон не викликає суттєвих морфологічних змін у внутрішніх статевих органах піддослідних тварин, які б могли перешкоджати процесам наступного овогенезу та ембріогенезу.

6. Медикаментозний метод переривання вагітності в ранні терміни є високоефективним (у 100% жінок основної групи досягнуто переривання вагітності); він добре переноситься пацієнтками - у 22,72% жінок були відсутні прояви побічної дії препаратів; виявляється досить простим у виконанні, оскільки не залежить від хірургічної кваліфікації лікаря.

7. Медикаментозний метод переривання вагітності не має вираженого негативного впливу на стан подальшого репродуктивного здоров'я жінки, що підтверджується відновленням нормального менструального циклу на протязі трьох місяців у 72,73% жінок після медикаментозного абортів; на відміну від жінок після оперативного переривання вагітності, де становлення нормального перебігу місячних відбулося лише у 51,11% випадків із збереженням тенденції до гіпоменструального та альгодисменорейного синдромів.

8. Медикаментозний метод є фізіологічно обгрунтованим методом штучного переривання вагітності, який не викликає різкого порушення гормонального гомеостазу в організмі жінки, що підтверджується поступовим повільним зниження рівню хоріогонадотропіну в плазмі крові протягом 30 днів; тоді як при виконанні хірургічного абортів, елімінація хоріогонадотропіну характеризується ініціальною швидкою фазою (зниження на 90% від первинного) і лише подальшим зникненням з плазми крові протягом 3-ох тижнів.

9. Після переривання вагітності консервативним методом стабілізація психоемоційного стану у післяабортному періоді відбувається швидше, в порівнянні з оперативним перериванням вагітності, а сам метод має менший негативний психологічний вплив на здоров'я жінки. Це підтверджується нижчим рівнем бального показника реактивної тривожності на 7,83 бали після медикаментозного абортів, виявленням у 59,09% таких жінок показників низької реактивної тривожності, домінуванням на позиціях переваги у 93,33% з них кольорів стенічного регістру тесту МКВ, а також характером розподілу клінічних шкал СБОУ.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Додон І.Е., Жук С.І. Дослідження рівня хоріогонадотропіну крові в залежності від методу переривання вагітності// Вісник Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова. - 2002. - №5. - Т.2.- С. 417-418. Особистий внесок дисертанта полягає у наборі матеріалу для дослідження, аналізі результатів та їх статистичній обробці.
2. Додон І.Е., Жук С.І., Кавіта Касана. Психологічна характеристика жінок в залежності від методу переривання вагітності// Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. - №6. – С. 81-83. Особистий внесок дисертанта полягає у розробці методики психо-діагностичного дослідження, виконанні клінічної частини роботи, вивченні результатів та їх статистичній обробці.
3. Додон І.Е., Жук С.І. Використання нових методів переривання вагітності в ранні терміни // Буковинський медичний вісник. – 2001. - №4. – Т.5.-С. 60-62. Особистий внесок дисертанта полягає у виконанні досліджень, статистичній обробці та інтерпретації даних, підготовці матеріалу до публікації.
4. Додон І.Е., Жук С.І, Белов О. О. Індивідуалізація показань до різних методів переривання вагітності в ранніх термінах // Вісник Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова.- 2002. - №.6.- Т.2 - С.44- 46. Особистий внесок здобувача полягає у виконанні клінічної частини роботи, проведенні психо-діагностичного дослідження, статистичній обробці даних.
5. Додон І.Е., Жук С.І, Пушкар М. С. Вплив міфепрестону на яєчники та інші внутрішні статеві органи: Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.- К.: “Інтермед”, 2002.- С.175-178. Особистий внесок дисертанта полягає у розробці плану експерименту, виконанні його, наборі матеріалу для гістологічного дослідження, підготовці статті до публікації.

АНОТАЦІЯ

Додон І. Е. Сучасні підходи до проблеми штучного переривання вагітності в ранні терміни.– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова, МОЗ України, Вінниця, 2003 р.

В дисертації обґрунтовано переваги диференційованого підходу до вибору методу переривання вагітності. Шляхом комплексного психодіагностичного дослідження доведено, що штучний аборт, яким би методом він не виконувався є потужним психотравмуючим фактором, який за певних умов (особливості психологічної структури індивіда, стан протективних резервів особистості, вплив суб’єктивної оцінки ситуації) може стати ініціальним фактором в механізмі

розвитку неврозу. Це доводить необхідність надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги жінкам, що вирішують перервати вагітність.

Виявлено, що за наявності інших рівних умов застосування медикаментозний метод переривання вагітності має менший невротизуючий потенціал, суб'єктивно сприймається більш позитивно, не викликає суттєвих порушень психологічної рівноваги та адаптаційного процесу, на відміну від оперативного. Виділені групи ризику щодо можливості виникнення психічних розладів післяабортного періоду - це жінки з домінуванням астенічних та змішаних психологічних рис, а також особи віком до 18 та після 30 років. Рекомендовано при необхідності переривання вагітності у даного контингенту жінок надавати перевагу медикаментозному аборті. Дана порівняльна характеристика оперативного та медикаментозного методів переривання вагітності у ранніх термінах і встановлено, що медикаментозний метод переривання вагітності в ранні терміни, шляхом використання міфепрестону та мізопростолу є високоефективним, фізіологічно обгрунтованим методом; він не має вираженого негативного впливу на стан подальшого репродуктивного здоров'я жінки, добре переноситься жінками так, як не вимагає використання загальних анестетиків; виявляється досить простим у виконанні, не залежить від кваліфікації хірурга; не викликає різкого порушення гормонального гомеостазу в організмі жінки. Разом з тим, в порівнянні з оперативним, цей метод має більше протипоказань, займає більше часу, вимагає більшого суб'єктивного контролю, матеріальних витрат та активної участі з боку пацієнтки.

Проведений експеримент доводить, що міфепрестон не викликає суттєвих морфологічних змін у внутрішніх статевих органах піддослідних тварин, які б могли перешкоджати процесам наступного овогенезу та ембріогенезу.

Ключові слова: штучне переривання вагітності, психотравмуючий вплив, медикаментозний аборт, міфепрестон, тип психологічної організації, диференційований підхід.

АННОТАЦІЯ

Додон И.Э. Современные подходы к проблеме искусственного прерывания беременности в ранних сроках. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. Винницкий государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, МОЗ Украины, Винница, 2003 р.

Диссертация посвящена одной из актуальных проблем современной гинекологии - проблеме искусственного прерывания беременности в ранних сроках. Актуальность её обусловлена тем, что перенесенный искусственный аборт - это мощный отрицательный фактор, который влияет как на дальнейшую

репродуктивную функцию женщины, так и на её здоровье в целом. Наименее изученным аспектом негативного влияния аборта является его психотравмирующее влияние и пути возможной профилактики возникновения невротических расстройств в послеабортном периоде. Внедрение современных консервативных методов прерывания беременности в ранние сроки позволяет во многом избежать тех расстройств, которые сопутствуют искусственному аборту.

Методом комплексного психодиагностического обследования женщин, которые решили прервать беременность в ранних сроках и женщин, которые решили пролонгировать имеющуюся беременность на ранних сроках было доказано, что искусственный аборт, независимо от того, каким методом он выполняется, представляет собой мощный психотравмирующий фактором, который при определенных условиях (личностные особенности индивида, состояние протективных резервов психики, влияние субъективной оценки ситуации) может стать инициальным фактором в механизме развития невроза. Это дает основание для утверждений о необходимости оказания квалифицированной психотерапевтической помощи в условиях женской консультации женщинам, идущим на искусственный аборт как перед процедурой прерывания беременности, так и в послеабортном периоде. Доказано, что при прочих равных условиях проведения, медикаментозный метод прерывания беременности имеет меньший невротизирующий потенциал, субъективно воспринимается женщинами более адекватно, спокойно, не вызывает существенных нарушений психологического равновесия и процессов адаптации, в отличие от оперативного аборта. Выделены группы риска по возможности возникновения психологических нарушений в послеабортном периоде. Ими оказались женщины с преобладанием астенических и смешанных психологических характеристик (по данным сокращенного многофакторного опросника личности - СМОЛ), а также женщины до 18 лет и свыше 30 лет. При необходимости искусственного прерывания беременности таким пациенткам рекомендовано отдавать предпочтение именно медикаментозному аборту. Дана сравнительная характеристика оперативного и медикаментозного методов искусственного прерывания беременности в ранних сроках и установлено, что консервативный метод с использованием комплекса “мифепристон+ простагландин (мизопростол)” является высокоэффективным, физиологически обоснованным методом; он существенно не влияет на последующую репродуктивную функцию женщины, хорошо переносится, так как не требует применения общих анестетиков; довольно прост в исполнении, не зависит от хирургической квалификации доктора; не вызывает резкого нарушения гормонального гомеостаза в организме женщины. Тем не менее, по сравнению с оперативным абортом, этот метод имеет больше противопоказаний, занимает

большой промежуток времени, требует большего субъективного контроля, материальных затрат и активного участия со стороны женщины.

Эксперимент, проведенный на самках белых крыс, доказал, что мифепристон- антипрогестероновый препарат, который лежит в основе медикаментозного аборта, не вызывает существенных морфологических изменений у подопытных животных, которые могли бы препятствовать процессам овогенеза и эмбриогенеза во внутренних половых органах, а особенно в яичниках в будущем.

Ключевые слова: искусственное прерывание беременности, психотравмирующее влияние, медикаментозный аборт, мифепристон, тип психологической организации, дифференцированный подход.

ANNOTATION

Dodon I.E. Modern approaches to the problem of induced abortion in early pregnancy. – Manuscript.

The thesis for the scientific degree of candidate of Medical Sciences in the speciality 14.01.01 – Obstetrics and Gynecology. – Vinnytsa State Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsa, 2002.

We examined as women decided to interrupt pregnancy in early terms well as women who decided to prolong pregnancy. We proved that induced abortion (no depend of method) is the powerfull psychotraumatic factor that at certain conditions (individual features of personality, protective system condition, influence of subjective evaluation of situation) can cause the development of neurosis. This is the reason why we assert that professional psychotherapeutic help is essential for women who are going to undergo this operation as before induced abortion well as after the interruption of pregnancy. The groups of risk of mental disorders were mark out. The prevalence of conservative ways of interruption of pregnancy is recommended to these types of women.

We proved that conservative method of interruption of pregnancy in comparison with operative method cause less injury; elapse without serious psychological disorders in postabortion period; women apprehend it more adequately and easily.

The influence of mifepristone on morfological structure of internal female genital organs of while rats in experiment was investigated. This antagonist of progesterone did not cause in ovary and other internal female genital organs any disorders that could hamper further oogenesis and embriogenesis.

Key words: induced abortion, psychotraumatic influence, conservative method, mifepriston, type of psychological organization, differential approach.