

Нарушение репродуктивной функции у женщин после различных методов прерывания беременности

Е.Н. Голчук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Важность проблемы медицинского аборта обусловлена большим количеством осложнений, которые влечет за собой данное вмешательство. В статье представлен обзор современных данных о влиянии различных методов прерывания беременности на здоровье женщины и ее репродуктивную функцию.

Ключевые слова: аборт, реабилитация, осложнения.

Индукцированный аборт – одна из самых распространенных в мире гинекологических манипуляций. По расчетам ежегодно выполняют порядка 53 млн абортов. К сожалению, значительную часть от общего количества 53 млн абортов до сих пор проводят в опасных условиях, особенно в развивающихся странах [17, 18, 67].

Важность проблемы медицинского аборта обусловлена большим количеством осложнений, которые влечет за собой данное вмешательство [2, 17]. Так, согласно данным литературы, у женщин, перенесших медицинский аборт, число осложнений последующей беременности в 9,5 раза, а число осложнений родов в 21,5 раза выше, чем у пациенток, не имеющих в анамнезе абортов [33, 57]. Было установлено, что приблизительно 13% всех случаев материнской смертности в мире связаны с тем, что эту манипуляцию выполняют в условиях плохого доступа к медицинской помощи, обеспечивающих безопасность ее выполнения, или там, где законодательство не разрешает предоставления такой услуги. Более того, осложнения, связанные с процедурой выполнения аборта, также могут быть причиной последующей заболеваемости с потерей фертильности и хронизацией боли в области органов малого таза [2, 53, 56].

С риском, связанным с искусственным абортом, сталкиваются женщины репродуктивного и работоспособного возраста, что подчеркивает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость этой проблемы. Особый риск для репродуктивной функции женщины возникает при прерывании именно первой беременности [14, 18].

Среди ранних осложнений искусственного аборта самыми частыми являются воспалительные заболевания (эндометрит, сальпингоофорит). Данная патология встречается у 15–17% женщин, перенесших первый медицинский аборт [18, 20, 23].

Необходимо отметить, что у 5–36% женщин после первого медицинского аборта развивается вторичное бесплодие [27, 29].

Установлено, что после искусственного прерывания первой беременности, течение последующей в 4 раза чаще осложняется угрозой прерывания беременности, как в ранние, так и в поздние сроки [31, 33].

Отсутствие единой комплексной системы профилактических мероприятий, применяемых для широкого использования как в условиях женских консультаций, так и в условиях стационаров, усугубляет проблему сохранения и восстановления репродуктивного здоровья женщины [34, 40].

Резолюция 3-й Европейской конференции «Право на аборт и контрацепцию» (1994) гарантирует информирован-

ный выбор и доступ ко всему диапазону методов планирования семьи. Осуществление программ планирования семьи в разных странах началось уже более 40 лет назад. За это время значительно возросла частота использования эффективных методов контрацепции (Канада, Дания, Швеция, Англия и др.). При рациональном применении методов контрацепции открывается возможность отложить появление желанного ребенка и регулировать интервалы между родами. Но традиционные методы контрацепции обладают сравнительно невысокой контрацептивной эффективностью, а использование современных методов ограничивается рядом противопоказаний и побочных эффектов. Выбор метода контрацепции является сложной задачей, решение которой осуществляется совместно гинекологом и пациенткой [66].

Искусственный аборт в целом остается традиционным методом регуляции репродуктивного поведения семьи, что обусловлено социально-экономическими факторами, общим уровнем культуры населения, состоянием службы планирования семьи [66, 68].

В крупных городах 9–13,5% женщин рассчитывают на аборт, как на оптимальный для себя вариант регулирования семьи [1, 2, 9].

Операция искусственного прерывания беременности в I триместре чревата различными осложнениями.

Авторы выделяют [13, 22]:

- ранние осложнения искусственного аборта, возникшие в течение первого месяца после операции,
 - отдаленные, развивающиеся в более поздний период.
- Ранние осложнения искусственного прерывания беременности в I триместре делятся:
- на непосредственные, возникающие (хотя и не всегда диагностируемые) во время самой операции или в период выздоровления;
 - на отсроченные, появляющиеся в течение оставшихся дней первого месяца.

Ранние осложнения искусственного аборта условно можно разделить на группы.

Первая группа осложнений связана с несовершенством техники операции. Прежде всего, при производстве аборта возникают повреждения круговой мышцы шейки матки, что ведет в дальнейшем к развитию истмико-цервикальной недостаточности. Среди причин истмико-цервикальной недостаточности основное место занимает искусственное прерывание беременности [32, 34].

Во время инструментального аборта возможна перфорация стенки матки. Это наиболее тяжелое осложнение, по данным разных авторов, составляет 0,03–1% [3]. Избежать полностью этого осложнения, по мнению Э.К. Айламазяна [1], невозможно, так как встречаются такие факторы риска, как морфологические изменения тканей стенки матки, потенциально благоприятствующие возможной перфорации. Пробождение матки может происходить на любом этапе операции аборта: при зондировании матки, расширении канала шейки матки, опорожнении матки. К наиболее частым и опасным осложнениям приводят манипуляции кюреткой и абортангом [7].

Ранним осложнением искусственного прерывания беременности в I триместре, связанным с нарушением сократительной функции миометрия, является кровотечение [34]. Средняя кровопотеря при кюретаже составляет от 80 до 245 мл, при вакуум-экстракции – от 60 до 114 мл [44].

По данным литературы, патологическая кровопотеря (300–450 мл) при проведении инструментального опорожнения матки наблюдается от 0,001% до 4% женщин [50], частота кровотечения – 0,88 на 1000 [59]. Возрастание кровопотери наблюдается с увеличением срока беременности [62].

Одним из наиболее частых ранних осложнений медицинского аборта в I триместре является неполное удаление частей плодного яйца, при котором выполняют повторное выскабливание полости матки. Процент неполного удаления частей плодного яйца составляет от 0,7% до 5% [34].

Наиболее многочисленная группа ранних осложнений первого медицинского аборта – воспалительные заболевания половой системы. По сообщениям ряда авторов, воспалительные заболевания после аборта встречаются в 12,25–56,0% [47]. В среднем данная патология встречается у 15–17% женщин, перенесших первый медицинский аборт [39]. Авторы отмечают, что половина всех осложнений воспалительного характера наблюдается у нерожавших [38].

Значительная роль в возникновении инфекционных осложнений половых органов, после медицинского аборта, отводится микрофлоре влагалища и канала шейки матки. Расширение канала шейки матки и выскабливание (введение инструментария в полость матки) стимулирует быстрый переход микрофлоры из влагалища и канала шейки матки в полость матки. Во время обследования пациентки перед искусственным абортом у 75,0% из них высевается патогенная флора (кишечная палочка, группа анаэробов). Кроме того, воспалительные осложнения половых органов чаще возникают у пациенток, имеющих очаги хронической инфекции как в области половых органов, так и экстрагенитальные [42].

Особое значение придается вторичному иммунодефициту как следствию абортотворения и их осложнений. Возникновению воспалительного процесса в матке и придатках способствует снижение иммунных свойств организма, угнетению Т- и В-систем иммунитета наряду с активизацией факторов местной защиты. Ряд авторов отмечают снижение концентрации IgA и тенденцию к снижению IgG и IgM [34].

Искусственный аборт может вызвать не только анатомические изменения в половых органах женщины, но и многочисленные функциональные нарушения.

В настоящее время предложена следующая классификация отдаленных осложнений искусственных абортотворения (Санкт-Петербург, 2006):

- повреждение и рубцовые изменения внутреннего зева и канала шейки матки, лежащие в основе развития истмикоцервикальной недостаточности и невынашивания беременности;
- повреждение и дегенерация эндометрия;
- образование внутриматочных сращений (синехий) в матке, приводящих к нарушению:
 - процесса имплантации и nidации плодного яйца;
 - формирования плаценты;
 - к аномалиям развития плода (внутриматочные сращения часто сопутствуют невынашиванию беременности или бесплодию);
- нарушения проходимости маточных труб с развитием бесплодия или внематочной беременности;
- нейроэндокринные расстройства;
- развитие эндометриоза, обусловленное приживлением гетеротопических трансплантатов эндометрия в мышце

матки, трубах и яичниках; особенно часто после осложненных абортотворения развивается аденомиоз;

- нарушение функции яичников и проявление стертых форм различных эндокринных расстройств.

Операция искусственного прерывания беременности сопровождается внезапным нарушением физиологических функций эндокринной, нервной и других систем [39].

Аборт наносит грубую психическую травму [36]. Возможность развития неврозов с переходами в психозы отмечает ряд авторов [21, 23]. Причем эти случаи не находятся в зависимости от метода производства аборта [15, 16].

Авторы отмечают, что операция медицинского аборта – это воздействие на организм женщины, которое вызывает нарушение высшей нервной деятельности и коррелятивных связей в системе гипоталамус-гипофиз–надпочечники–яичники [11].

Искусственное прерывание беременности нарушает функцию яичников по типу ановуляции или недостаточности желтого тела. Дисфункция яичников связана с нарушением продуцирования лютеинизирующего гормона [12]. У практической здоровых женщин после аборта восстановление циклической функции яичников происходит в основном (85,5%) только во втором или третьем цикле и окончательно – только в пятом [9]. Аборт значительно снижает экскрецию кортикостероидов, а восстановление организма женщины происходит только на пятый день после аборта [21].

Механизм удлинения цикла после искусственного аборта связан со сроком окончательного исчезновения ХГЧ, что отмечается на 37-й день. Нарушения функции яичников по типу ановуляции отмечаются у 23,6% после первого аборта, а недостаточность лютеиновой фазы – у 76,4% пациенток. Указанные нарушения функции яичников приводят к нарушениям менструального цикла, частота которых встречается от 12,0% до 44,0%. У части женщин, однако, отмечается раннее восстановление овуляции после аборта. У 10,2% пациенток, перенесших аборт в I триместре, ановуляция приобретает стойкий характер [58].

Внутриматочные вмешательства при искусственном прерывании беременности связаны с риском развития эндометриоза. Имеются сообщения, что у 70,7% женщин с внутренним эндометриозом, имели место воспалительные заболевания матки и придатков сразу после первого медицинского аборта, при этом у каждой второй из них было повторное выскабливание [2, 56].

Медицинский аборт при первой беременности увеличивает риск заболевания раком грудной железы и значительно увеличивает риск развития предраковых заболеваний шейки матки [40].

Чаще в основе бесплодия после операции аборта лежит трубный фактор воспалительной этиологии. По данным авторов, бесплодие после искусственного прерывания первой беременности развивается в 5–36% наблюдений [34].

Отдаленным осложнением искусственного прерывания беременности, связанным с нарушением функции репродуктивной системы, является невынашивание беременности. В зависимости от срока самопроизвольного прерывания беременности выделяют самопроизвольный аборт (выкидыш) и преждевременные роды. Частота невынашивания беременности до сих пор остается высокой и составляет, по данным разных авторов, от 10% до 25% от количества всех беременностей. Каждая пятая беременность, которой предшествовал медицинский аборт, прерывается самопроизвольным выкидышем (ежегодно 170 000) или преждевременными родами (ежегодно 63 500). Причины развития невынашивания беременности после медицинского аборта многочисленны и разнообразны, что видно из классификации отдаленных осложнений искусственных абортотворения [36, 55].

По данным разных авторов, самопроизвольные аборт составляют от 15% до 20% от всех желанных беременностей [15]. После хирургического прерывания первой беременности частота самопроизвольных выкидышей увеличивается в 8–10 раз по сравнению с женщинами, у которых анамнез не осложнен таким вмешательством [57].

По данным разных литературных источников, беременность заканчивается преждевременными родами в 1–12% (в среднем – 4–5%) от общего числа всех родов [4, 62].

Медицинский аборт относится к одному из факторов риска, на основании оценки которых прогнозируется вероятность преждевременных родов. Частота преждевременных родов у женщин, перенесших первый медицинский аборт, в среднем составляет 5% [6].

Э.К. Айламазян называет предшествующий медицинский аборт вероятной причиной такого осложнения, как кровотечение при беременности и в родах [1].

По данным разных источников, аномалии прикрепления плаценты крайне редко встречаются у первобеременных первородящих женщин [13]. Как сама операция искусственного прерывания беременности, так и воспалительные процессы, развитию которых она способствует, могут вызвать структурно-морфологические изменения в эндометрии, миометрии и явиться причиной аномалии прикрепления плаценты [5].

Увеличение частоты кровотечений в послеродовый, ранний послеродовый периоды и частоты аномалий прикрепления плаценты у женщин, перенесших прерывание первой беременности, ведет к увеличению у них ручного вхождения в полость матки до 15,8% [27].

Несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности в 3,5 и 4 раза чаще встречается у пациенток, прервавших первую беременность, чем у женщин, не имевших в анамнезе медицинского аборта [48].

На сегодняшний день имеется много работ по описанию медикаментозного лечения и физиотерапии осложнений после артифициального аборта, в том числе и метаболического характера. Однако методы профилактики развития метаболического синдрома после искусственного прерывания беременности представлены в ограниченном количестве, при этом различно описание факторов, предрасполагающих к развитию нейрообменно-эндокринной патологии.

Медицина, помимо традиционного способа прерывания беременности (хирургический аборт), располагает альтернативными методами. Один из них – способ вакуум-аспирации в ранние сроки беременности (мини-аборт), который менее травматичен по сравнению с инструментальным выскабливанием стенок полости матки, но все же является хирургическим вмешательством со всеми возможными при этом осложнениями [4, 12].

Одним из современных наиболее щадящих методов является медикаментозное прерывание беременности на ранних сроках путем применения биологически активных веществ. В настоящее время с этой целью применяют мифепристон – таблетированный синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Связываясь с прогестероновыми рецепторами, мифепристон блокирует действие прогестерона. При этом восстанавливается чувствительность миометрия к окситоцину, потенцируется действие простагландинов, что усиливает сократительную активность миометрия [43, 45]. Основное преимущество медикаментозного метода прерывания беременности над хирургическим состоит в потенциальном избегании анестезии и таких осложнений, как разрывы шейки матки и перфорация матки. Более того, всю манипуляцию можно выполнить в амбулаторных условиях [48]. В условиях ограниченных ресурсов эти факторы могут быть преимуществом, так как прямые затраты на медицинские услуги ниже,

чем в случае хирургической манипуляции. Недостатком использования мифепристона и мизопростола является необходимость наблюдать пациентов, чтобы убедиться в том, что процесс аборта полностью завершен.

Восстановление менструальной функции после медикаментозного прерывания беременности, по данным авторов, происходит в среднем в течение $29,1 \pm 1,2$ дня, после мини-аборта – $40,2 \pm 3,4$ дня, после хирургического – $48,2 \pm 4,21$ дня. Фактически после мини-аборта и хирургического аборта наблюдалось отставание начала первой менструации в среднем на 12–14-й и 18–21-й день соответственно [46].

По данным исследования, изменения гормонального статуса пациенток после прерывания беременности, по данным литературы, характеризуется в основном увеличением уровня пролактина, снижением уровней эстрадиола и прогестерона. Гистологическая картина эндометрия на 7–8-й дни после медикаментозного аборта соответствовала пролиферативной фазе цикла. После мини-аборта наблюдалось лишь частичное восстановление маточного эпителия с задержкой его пролиферативных изменений в среднем на 14 дней. После инструментального выскабливания стенок полости матки в микропрепаратах определялись только некротизированные фрагменты поверхностного и глубокого эндометрия с первыми признаками частичного восстановления маточного эпителия, а также фрагменты базального слоя эндометрия с воспалительным валликом и единичными железами.

Монотерапия простагландином менее эффективна и более болезненна, чем хирургический аборт. По приемлемости и побочным эффектам обоих методов данных собрано недостаточно. Медикаментозный метод позволяет избежать анестезии, это свойство, а также возможность выполнения его в амбулаторных условиях может стать преимуществом для стран с ограниченными ресурсами [47].

По результатам исследования, проведенного в Швеции, 64% женщин, распределенных в группу медикаментозного прерывания беременности, сообщили, что на будущее они предпочли бы медикаментозное прерывание, в то время как 36% женщин в группе хирургического прерывания беременности сказали, что выбрали бы для себя медикаментозный метод [49].

Исследование, проведенное в Дании, сравнивало мифепристон с вакуум-аспирацией в него вошли 50 женщин со сроком менее 43 дней аменореи, женщины получали либо 600 мг мифепристона внутрь на дому, либо им выполняли вакуум-аспирацию под общей анестезией [56].

Вероятность незавершения процесса аборта была выше в группе мифепристона в сравнении с группой вакуум-аспирации.

Ни в какой из групп не сообщалось о случаях продолжения беременности, а в группе вакуум-аспирации у одной пациентки произошла перфорация матки. У трех пациенток в группе вакуум-аспирации была инфекция органов малого таза, в то время как в группе мифепристона случаев инфекции органов малого таза не было.

Из всех различных схем медикаментозного прерывания беременности, примененных в рамках основных исследований в данном обзоре, монотерапия мифепристоном имеет самую низкую эффективность (76%). Статистическая мощность данного исследования также существенно снижена вследствие небольшой выборки, и не была представлена информация о том, на основании какого метода была генерирована последовательность рандомизации [48].

В рамках обзора было найдено исследование, проводившее сравнение приема метотрексата с простагландином в сравнении с вакуум-аспирацией. В данное исследование

набрали 50 женщин со сроком гестации до 49 дней, которые получали либо 50 мг метотрексата внутрь и 800 мкг мизопростола внутривлагалищно через 5–6 дней, либо выполнялась ручная вакуум-аспирация и выскабливание полости матки острой кюреткой. Пропорция женщин с незавершенным процессом аборта на фоне предполагаемого метода была выше в медикаментозной группе, но доверительный интервал был широким [49].

Так же, как и при сравнении мифепристона с простагландином и вакуум-аспирацией, продолжительность влагалищного кровотечения и боль, связанные с методом, были значительно выше в медикаментозной группе в сравнении с группой вакуум-аспирации. В этом исследовании 63% женщин, распределенных в группу медикаментозного прерывания беременности, выразили желание использовать тот же метод и в будущем, в то время как в группе хирургического прерывания 92% женщин сказали, что выберут тот же метод в будущем [50].

Поскольку прерывание беременности – очень распространенная манипуляция, любые попытки снизить связанные с ней смертность и заболеваемость могут принести большую пользу в плане улучшения качества жизни женщин, которые подвергаются этой манипуляции.

Из четырех различных схем медикаментозного прерывания беременности, рассмотренных в данном обзоре, сочетание мифепристона с последующим простагландином (через 48 ч) – самая часто применяемая в настоящее время схема [49]. Учитывая значение данной темы для клинической практики, удивительно обнаружить, что поиск литературы для данного обзора нашел только два первичных

исследования, сравнивавших мифепристон и простагландин с вакуум-аспирацией. Из двух различных сроков гестации, рассматриваемых в этих двух исследованиях, сейчас широко известно, что эффективность сочетанной терапии мифепристоном и простагландином выше для срока гестации до 9 нед по сравнению с более длительным сроком гестации 10–13 нед [51].

Однако есть достаточно доказательств, полученных из наблюдательных исследований, проведенных в странах с ограниченными ресурсами, которые свидетельствуют о том, что результаты по развитым странам можно применить и к развивающимся [53].

Обзор литературных источников свидетельствует о том, что отсутствие единой комплексной системы профилактических мероприятий, применяемых для широкого использования как в условиях женских консультаций, так и в условиях стационара, усугубляет проблему сохранения и восстановления репродуктивного здоровья женщины. Анализ характера послеабортных осложнений и особенностей восстановления функции яичников у обследованных пациенток явились основанием для разработки реабилитационных мероприятий, предполагающих профилактику воспалительных осложнений и нарушений менструального цикла. Реабилитация женщин, особенно первобеременных, перенесших искусственный аборт, является очень важной медицинской задачей.

Несмотря на постоянный поиск причин возможных осложнений и внесение различных предложений по профилактике этих осложнений, поиск единого подхода, отвечающего насущным требованиям практики, все так же актуален.

Порушення репродуктивної функції у жінок після різних методів переривання вагітності
О.М. Гопчук

Важливість проблеми медичного аборту зумовлена великою кількістю ускладнень, які тягне за собою дане втручання. У статті представлений огляд сучасних даних про вплив різних методів переривання вагітності на здоров'я жінки і її репродуктивну функцію.
Ключові слова: аборт, реабілітація, ускладнення.

Reproductive disorders in women after different methods of abortion
E.N. Gopchuk

The importance of the therapeutic abortion due to the large number of complications, which leads to the intervention. The article reviews the current data on the effect of different methods of abortion on women's health and fertility.
Key words: abortion, rehabilitation, complications.

Сведения об авторе

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Планирование семьи. Методы контрацепции. – СПб., 1997. – 182 с.
2. Акилова С.К. Течение беременности у женщин, применявших различные методы регулирования рождаемости / С.К. Акилова // *Мать и дитя: матер.* V Рос. форума. – М., 2003. – С. 8.
3. Актуальные проблемы планирования семьи. Обзорная информация / И.А. Мануйлова, Л.Д. Дубницкая, Е.А. Назаренко [и др.]. – М., 1990. – 68 с.
4. Аленова И.А. Научные основы организации медико-социальной помощи по профилактике не планируемой беременности в амбулаторно-поликлинических условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.
5. Аронов Б.Х. Патологоанатомические изменения плаценты после искусственных медицинских абортов / Б.Х. Аронов // *Вопросы охраны материнства и детства.* – 1981. – Т. 26, № 3. – С. 73.
6. Боголюбовская А.Л. Влияние инфекций передающихся половым путем на течение беременности / А.Л. Боголюбовская // *Мать и дитя: матер.* I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 18–19.
7. Бодяжина В.И., Жмаків К.М. Акушерство: підручник / В.И. Бодяжина, К.М. Жмаків. – К.: Вища школа, 1974. – С. 226.
8. Большакова Е.В. Обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин, перенесших первый медицинский аборт: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2003. – 21 с.
9. Вехновский В.О. Научные основы реабилитации женщин, прервавших

первую беременность искусственным абортom: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 16 с.
10. Волгина В.Ф. Этические и психологические аспекты аборта / В.Ф. Волгина // *Мать и дитя: матер.* V Рос. форума. – М., 2003. – С. 566.
11. Волков А.Е. Психосоматические характеристики женщин в первом триместре физиологической беременности / А.Е. Волков // *Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: матер.* Всерос. конф. с международным участием. – К., 2006. – С. 123–127.
12. Гатина Г.А. Воздействие искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины / Г.А. Гатина, А.Р. Махмудова, Д.М. Магомедханова // *Мать и дитя: матер.* I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 223–224.
13. Гатина Г.А. Ранняя диагностика и профилактика отдаленных осложнений после искусственного беременности в I триместре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 15 с.
14. Глуховец Б.И. Искусственное бесплодие современных женщин (медицинские и социальные аспекты) / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, Е.И. Новикова // *Мать и дитя: матер.* I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 224–225.
15. Голота В. Сучасні проблеми планування сім'ї / В. Голота, Г. Макаренко, І. Усевич // *Ліки України.* – 2000. – С. 7–8.
16. 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.
17. 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.
18. Жилка Н.Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактика порушень репродуктивного здоров'я жінок: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Я. Жилка. – К., 2005. – 19 с.
19. Измеров Н.Ф. Медико-социальные проблемы охраны репродуктивного здоровья и пути их решения / Н.Ф. Измеров, О.В. Сивачалова, Э.И. Денисов // Актуальные проблемы репродуктивного здоровья в условиях антропогенного загрязнения. – Казань, 2009. – С. 5–13.
20. Калюш А.В. Профилактика воспалительных осложнений «малых» гинекологических операций / А.В. Калюш, О.С. Савищев // Мать и дитя: матер. II Рос. форума. – М., 2007. – С. 63–65.
21. Касько Н.И. Осложнения аборта / Н.И. Касько, С.Ф. Автюхович, Т.Н. Колгушкина // Здравсохранение Белоруссии. – 2006. – № 9. – С. 32–35.
22. Книга Г.Е. Влияние искусственного прерывания первой беременности на половую функцию женщины: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1977. – 24 с.
23. Коренева Г.П. Эндокринологические аспекты реабилитации женщин после искусственного прерывания беременности / Г.П. Коренева, Г.И. Грищенко // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 12. – С. 46–47.
24. Миронова Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности): Автореф. дис. ... канд. психолог. наук: 19.00.01 / Миронова Евгения Сергеевна [Место защиты: При ННОУ ВПО «Московский гуманитарный университет»]. – Москва, 2011. – 26 с.
25. Мельничук Т.А. Клинические аспекты искусственных методов прерывания беременности: Автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Мельничук Татьяна Александровна [Место защиты: Кыргызско-Российского Славянского университета]. – Бишкек, 2007. – 12 с.
26. Морозов К.В. Медицинские аспекты современных технологий безопасного аборта: Дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Морозов Кирилл Владимирович [Место защиты: ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства»]. – Иваново, 2009. – 115 с.
27. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Биотика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / В.Ф. Москаленко, М.В. Попов. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2005.
28. Перфильева Г.Н. Влияние артифициальных абортос при первой беременности на специфические функции женского организма и меры реабилитации / Г.Н. Перфильева, К.Р. Ремезова // Труды IV съезда акушеров-гинекологов РСФСР. – М., 1977. – С. 153–164.
29. Пикаускайте Д.Ю. Преэклампсия: этиология, патогенез, клиника, генетика / Д.Ю. Пикаускайте // Медицинская генетика. – 2006. – Т. 5, № 7. – С. 9–20.
30. Попова Е.С. Опыт работы Центра планирования семьи и репродукции Республики Карелия по оказанию психологической помощи населению / Е.С. Попова // Право на репродуктивный выбор. Безопасный аборт и контрацепция: матер. 3-й Рос. конф. по планированию семьи. – М., 1996. – С. 90–91.
31. «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення» Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 липня 2006 року N 508 із змінами і доповненнями, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2009 року N 183.
32. Краснопольский, С.А. Шиповалов, И.И. Пауков // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – № 1. – С. 88–91.
33. Сотникова Е.И. Репродуктивная функция у женщин после искусственного аборта / Е.И. Сотникова, Н.В. Москаленко // Современные аспекты репродуктивной эндокринологии. – М., 1983. – С. 174–178.
34. Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности ранних сроков / Л.И. Трубникова, В.С. Трубников, О.А. Егорова [и др.] // Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 346–347.
35. Трубина Т.Б. Профилактика и лечение инфекционных осложнений медицинского аборта в I и II триместре: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 1999. – 38 с.
36. Фролова О.Г. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты) / О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2003.
37. Фролова О.Г. Медико-социальные аспекты проблемы репродуктивного здоровья женщин / О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина, Т.Н. Пугачева // Пути развития современной гинекологии: тез. докл. науч. конф. – М., 1995. – С. 44.
38. Фролова О.Г. Проблемы аборта и контрацепции у женщин групп социального риска / О.Г. Фролова // Право на репродуктивный выбор. Безопасный аборт и контрацепция: матер. 3-й Рос. конф. по планированию семьи. – М., 1996. – С. 55–59.
39. Шемаринов Г.А. Медико-социальные аспекты абортос и их роль в планировании семьи (на модели Воронежской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 1998. – 22 с.
40. Ah receptor, CYR1A1, CYP1A2 and CYP1B1 gene polymorphisms are not involved in the risk of recurrent pregnancy loss / Y. Saijo, F. Safa, H. Yamada [et al.] // Moï. Hum. Reprod. – 2004. – Vol. 10, № 10. – P. 729–733.
41. Abortion and Breast Cancer: A Pooled Analysis / F. Vogl, E. Taioli, C. Maugard [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2004. – Vol. 13. – P. 1473–1479.
42. Akin A, Kocoglu GO, Akin L. Study supports the introduction of early medical abortion in Turkey. Reprod Health Matters 2005;13:101–109.
43. Broso R. Cervix incompetence / R. Broso, C. Garrone // Minerva Ginecol. – 2007. – Vol. 49, № 7–8. – P. 329–333.
44. Blanchard K, Shochet T, Coyaji K, Ngoc NTN, Winikoff B. Misoprostol alone for early abortion: An evaluation of seven potential regimens. Contraception 2005; 72 (2): 91–97.
45. Chen R.J. Uterine and intestinal perforation during first-trimester elective abortion (litter) / R.J. Chen, G.F. Lin, S.C. Huang // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2008. – Vol. 45, № 3. – P. 288–289.
46. Dalaker K. Early complications of induced abortion in primigravidas / K. Dalaker, K. Sundfor, J. Skuland // Ann. Chir. Gynecol. – 2008. – Vol. 70. – P. 331–336.
47. Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandlekar A, Winikoff B. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? British Journal of Obstetrics & Gynaecology 2009 Mar; 114 (3):271–8.
48. Impact of induced abortions and statistical definitions on perinatal mortality figures / M. Gissler, E. Ollila, J. Teperi, E. Hemminki // Paediatr. Perinat. Epidemiol. – 2008. – Vol. 8, № 4. – P. 391–400.
49. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. Contraception 2009; 80 (3): 282–6.
50. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital: a prospective study of 433 patients. Gynecol Obstet Fertil 2009;33:220–227.
51. Hassoun D, Perin I. Ambulatory medical abortion performed in a family planning center. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2009;35:483–480.
52. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. Contraception 2005; 72 (3): 175–8.
53. Jimerson A. Teenage abortion: a worldwide problem / A. Jimerson // People. – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 13.
54. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. Human Reproduction Update 2008, Jan-Feb;13 (1):37–52.
55. McGalliard C, Gaudoin M. Routine ultrasound for pregnancy termination requests increases women's choice and reduces inappropriate treatments. BJOG 2009;111:79–82.
56. Odland V. Induced abortion – a global health problem / V. Odland // Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. – 2008. – № 164. – P. 43–45.
57. Pradhan P. Making unsafe abortion safe: medical method. Nepal Med Coll J 2010;6:147–151.
58. Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomized prospective study / R. Henshaw, S. Naji, I. Russell, A. Templeton // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. – 2010. – Vol. 73, № 10. – P. 812–818.
59. Regan L. Influence of past reproductive performance on risk spontaneous abortion / L. Regan, P.R. Braude, R.L. Trembath // Br. Med. J. – 2010. – Vol. 298, № 6698. – P. 541–545.
60. Return of evaluation after abortion / P. Lahteenmaki, P. Costalo, S. Sipinen [et al.] // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 34, № 4. – P. 246–249.
61. Raghavan S, Comendand R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. Contraception 2009; 79: 84–90.
62. Say L, Kulier R, Gylmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy (Cochrane Review). The

Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 4, 2002. – Vol. 26, № 6. – P. 73–76.
 63. Skjeldestad F.E. Trends in induced abortion during the 12 years since legalization in Norway / F.E. Skjeldestad, J.K. Borgan // Fam. Plann. Perspect. – 2004. – Vol. 26, № 2. – P. 73–76.
 64. Singh K, Ratnam SS. The influence of abortion legislation on maternal mor-

ality. Int J Gynecol Obstet 2009; 63:S123–129.
 65. Van Look PF, Cottingham JC. Unsafe abortion: an avoidable tragedy. Best pract Res. Clin Obstet Gynecol 2008;16:205–220.
 66. Von Hertzen H., Piaggio G., Wojdyla D., Marions L., My Huong N.T., Tang O.S., Fang A.H., et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termina-

tion of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. British Journal of Obstetrics & Gynaecology 2009; 116: 381–9.
 67. WHO Scientific Group. Medical methods for termination of pregnancy. WHO Technical Report Series: 871; Geneva, WHO, 1997.
 68. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and

two routes of administration of misoprostol for termination of pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. The Lancet 2007 369: 1938–46.
 69. World Health Organization. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva: World Health Organization, 2006. World Health Organization. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva: World Health Organization, 2006.

Статья поступила в редакцию 16.12.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ОПАСНУЮ БОЛЕЗНЬ ГЛАЗ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Нормальному развитию сетчатки у недоношенных способствует грудное вскармливание.

Недоношенные дети появляются на свет очень ослабленными: у таких младенцев не полностью сформировались некоторые органы - например, легкие, сетчатка глаза и другие. Нормальному развитию сетчатки у недоношенных способствует грудное вскармливание.

Ретинопатия недоношенных является одним из наиболее тяжелых последствий появления на свет раньше срока - при этой патологии нарушается процесс формирования сосудов сетчатки глаза, который у недоношенных детей еще не завершился во время пребывания в материнской утробе.

Раннее прекращение развития сосудов сетчатки может привести к полной слепоте - именно ретинопатия недоношенных стала причиной потери зрения еще в первые недели жизни знаменитым певцом из США Стиви Уандером (Stevie Wonder).

Сейчас акушеры и врачи-неонатологи научились выхаживать детей, появившихся на свет даже на 22-24 неделе внутриутробного развития - но у таких детей риск развития ретинопатии недоношенных гораздо выше по сравнению с теми малышами, которые появились на свет, скажем, на 32-34-й неделе гестации вместо положенной 40-й.

Поэтому открытие роли грудного вскармливания для профилактики этой формы дистрофии сетчатки имеет огромное значение для десятков миллионов младенцев во всем мире, которые каждый год рождаются недоношенными.

О неocenимой роли материнского молока в предотвращении развития ретинопатии недоношенных сообщает интернациональная группа ученых из Китая, Канады и Великобритании.

Эти исследователи провели анализ результатов 5 ранее опубликованных научных работ, посвященных проблеме ретинопатии недоношенных с общим числом участников более 2 200.

Все дети, принимавшие участие в этом исследовании, появились на свет на 26-30 неделе внутриутробного развития с весом от 772 г до 1 200 г.

Ученые опросили матерей этих младенцев, когда детям исполнилось 12 месяцев. Исследователей интересовало в первую очередь, какое питание получали малыши на протяжении первых недель и месяцев жизни.

Было установлено, что по сравнению с питанием исключительно молочными смесями грудное вскармливание было связано со снижением риска развития ретинопатии на 75% - при этом, благодаря уникальным компонентам материнского молока, риск развития наиболее тяжелой формы дистрофии сетчатки, ведущей к слепоте, снижался на 90%.

Даже в том случае, если ребенок питался материнским молоком на протяжении всего нескольких недель, риск развития у него ретинопатии недоношенных уменьшался на 46%.

Источник: www.health-ua.org