

Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. Медикаментозный аборт. —СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. 116 с.

ISBN 5-93979-135-2

В книге освещаются впервые в отечественной и зарубежной литературе актуальные вопросы выбора простагландинов и антигестагенов для медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки.

Выделены вопросы, касающиеся медико-социальных, этических и психологических проблем выбора медикаментозного или хирургического прерывания беременности ранних сроков.

Рассмотрены осложнения, показания и противопоказания для сочетанного применения антигестагенов и простагландинов с целью прерывания беременности.

Приведены экспериментальные данные об абортивном эффекте основных антигестагенов и клинические особенности течения медикаментозного аборта.

Книга предназначена врачам-акушерам и гинекологам, работающим в различных учреждениях, врачам всех специальностей.

ISBN 5-93979-135-2

© Абрамченко В.В.,
Гусева Е.Н., 2005
© «ЭЛБИ-СПб», 2005

ВВЕДЕНИЕ

Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин (Фролова О.Г. и соавт., 2003; Юсупова А.Н. и соавт., 2004).

Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах (ВОЗ, 1994, 1999).

По мнению В.И. Кулакова (2002, 2003) проблема аборт, несмотря, на установившуюся тенденцию к снижению их числа, по-прежнему требует решения. Они являются ведущей причиной материнской смерти и приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, бесплодию, а также отрицательно влияют на течение последующих беременностей и родов, увеличивая частоту невынашивания, материнской и перинатальной патологии. Так, в 2002 году зарегистрировано 1 млн 782 тыс. аборт, что на 75 тыс. меньше по сравнению с 2001 годом. Показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста в 2002 году составил 45,8%, в 2001 году — 47,7%.

Стратегические задачи в области охраны репродуктивного здоровья населения определены Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000—2004 годы и Планом мероприятий по ее реализации. О.В. Шарапова (2002) отмечает также, что сохраняются высокий уровень аборт и высокий уровень осложнений после них — более 70% женщин страдают воспалениями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности, бесплодия. Высокий уровень материнской смертности во многом также обусловлен абортами, удельный вес которых в общей структуре материнской смертности составляет 1/4 от всех случаев. В то же время за последние 3 года имеет место снижение абсолютного числа аборт на 11,3% и, что особенно важно, в возрастной группе подростков до 14 лет на 30,4%, 15—19 лет — на 15,9%, криминальных аборт — на 13,3%, материнской смертности после аборт — на 16,2%. Соотношение числа аборт к числу родившихся живыми и мертвыми на протяжении последнего десятилетия в России стойко сохранялось на уровне 2:1, однако в 2001 году оно снизилось до 1,42:1. Эти данные указывают на то, что в России искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным, средством регулирования рождаемости, о чем свидетельствуют такие показатели, как отношение числа аборт к числу

родившихся живыми и мертвыми и число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста (Фролова О.Г. и соавт., 2003). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ; 1999) при рассмотрении эпидемиологии искусственного аборта, эффективности и безопасности применяемых методов и организации службы выполнения аборт сделала ряд рекомендаций, включая следующую: «Разработать нехирургический метод выполнения аборта, нетоксичный для женщины и нетератогенный при применении эффективной дозы, надежно обеспечивающей полное изгнание продуктов зачатия, пригодный для применения в неклинических условиях и экономически приемлемый для женщин во всех странах». Кроме того, научная группа ВОЗ (1999) сформулировала ряд рекомендаций по данной проблеме и пришла к заключению, что, во-первых, медикаментозные методы выполнения искусственного аборта увеличивают возможности выбора и могут внести свой вклад в улучшение репродуктивного здоровья, и, во-вторых, необходимы дальнейшие исследования для улучшения современных медикаментозных методов выполнения искусственного аборта посредством выявления новых фармацевтических средств с характеристиками, превосходящими характеристики ныне существующих препаратов, или с другим механизмом действия.

Среди демографических и социальных факторов важно учитывать возраст, семейное положение, число родов, социально-экономическое положение, этническую принадлежность, срок беременности.

Проблеме эффективности и безопасности медикаментозного аборта в отечественной литературе посвящены отдельные сообщения (Абашин В.Г., 2000; Володина Н.А. и соавт., 2001).

При сравнении медикаментозных методов и вакуумной аспирации при прерывании беременности ранних сроков существующие данные позволяют предположить, что медикаментозный аборт при помощи мифепристона в сочетании с простагландином и аборт при помощи вакуумной аспирации приблизительно одинаково эффективны в отношении прерывания беременности со сроком аменореи до 49 дней (при обоих методах частота неудач и продолжение беременности равны приблизительно 0,5%–1% случаев).

В настоящее время еще предстоит определить подходящий простагландин и оптимальную его дозу для применения после введения мифепристона при различных сроках беременности. Также неясно, влияют ли доза мифепристона, тип и доза простагландина и взаимодействие этих двух агентов на эффективность схемы вмешательства и вид неудач. Недостаточно изучены психологические и социальные аспекты при применении медикаментозного аборта.

ГЛАВА 1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТА

1.1. Актуальность проблемы аборта и его медико-социальная значимость

Среди населения Российской Федерации женщины составляют более 53%, большая часть из них (45,7%) находится в репродуктивном возрасте (15–49 лет), то есть, способны к выполнению важнейшей биологической и социальной функции — воспроизводству потомства [2, 3].

Всемирная организация здравоохранения более 30 лет назад признала аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах [21, 22, 23, 24].

В России медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространенностью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности, гинекологической заболеваемости, в том числе бесплодия [2, 3, 30, 31, 32]. В последние годы в рамках Федеральной программы «Планирование семьи» органами и учреждениями здравоохранения была проведена существенная работа по организации службы планирования семьи, внедрения эффективных средств контрацепции, современных технологий прерывания беременности. Вместе с тем аборт продолжает оставаться одним из основных средств прекращения нежелательной беременности, сохраняет ведущее место в структуре причин материнской смертности и нарушений репродуктивного здоровья [6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 36, 37, 43, 44, 45, 46, 47].

Известно, что наиболее частым осложнением аборта является воспалительный процесс половых органов, вероятность возникновения которого увеличивается при повторном прерывании беременности. Осложнения после искусственного прерывания беременности делят на ближайшие и отдаленные. Ближайшие осложнения возникают при производстве операции или вскоре после нее. Так, частота перфорации тела матки составляет 0,23%, травмы шейки матки — 0,54%, кровотечения — 6,0, воспалительные заболевания — 5,0% [2, 3, 4, 14, 16, 21, 23, 40, 49, 52, 61, 64, 68, 112, 113, 114, 116, 117].

Из отдаленных осложнений аборта самыми частыми являются эндо-, мио- и периметрит, аднексит, другие воспалительные заболевания половых органов (15%), нарушения менструального цикла (13,5%) [71, 80, 83, 84, 86, 96, 109, 110, 118, 119, 120, 123].

Не наблюдается существенных изменений и в снижении числа послеабортных осложнений. Среди ранних осложнений основное место занимают воспалительные заболевания женских половых органов. В дальнейшем у данного контингента женщин могут быть нарушения менструального цикла, бесплодие, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды и другие осложнения [115, 116, 117, 118, 119, 120].

Предпочтение стало отдаваться методу прерывания беременности в малые сроки (до 4–5 недель) с помощью вакуум-аспирации [42, 43, 46, 49, 52, 53, 54, 56, 57, 62, 86].

Наиболее частым осложнением после искусственного аборта является метроэндометрит, частота которого колеблется в пределах 4–18% [2, 3, 6, 12, 13, 14, 21, 23, 31, 33, 44, 115, 118, 123].

Большая роль в возникновении послеабортного эндометрита принадлежит бактериальной флоре содержимого влагалища и канала шейки матки, так как во время производства аборта она может проникнуть в полость матки. По данным В.А. Пушкарева (86) искусственное прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации сопровождается рядом осложнений, удельный вес которых составляет до 4,0%. В их структуре на долю воспалительных заболеваний приходится 92,4%, чаще это сочетание их с остатками плодного яйца в полости матки — 74,8%, воспаление внутренних гениталий — 17,6%. Наиболее часто ранние воспалительные осложнения встречаются у женщин «группы высокого риска»: с отягощенным акушерско-гинекологическим

анамнезом (женщины, имеющие в анамнезе хронические воспалительные заболевания гениталий, осложненные роды, аборт, выкидыши, нарушения менструального цикла, заболевания шейки матки), часто болеющих экстрагенитальными заболеваниями воспалительного характера (органов дыхания, инфекционными заболеваниями, почек и мочевыводящих путей), имеющих в анамнезе оперативные вмешательства (на шейке матки, на придатках матки, аппендэктомия, тонзиллэктомия), с высоким инфекционным риском, имеющих сроки задержки менструации 17 дней и больше.

Продолжает нарастать число абортов у первобеременных женщин. Известно, что такой исход первой беременности представляет значительную опасность для дальнейшей репродуктивной функции женщины.

Правовые и этические аспекты аборта. В настоящее время в связи с депопуляцией населения общество проявляет повышенный интерес к правовым и этическим проблемам аборта. О.Г. Фролова и соавт. (2) приводят медико-социальную характеристику 150 женщин, опрошенных в стационаре после прерывания беременности. Опрос показал, что среди них преобладали молодые респондентки в возрасте 20–29 лет, составившие 41,4%, в то же время в возрасте до 20 лет было 15,9%, из них несовершеннолетних — 9,2%. По социальному статусу к служащим относились — 36,8%, домохозяйкам — 22,0%; большинство женщин состояли в браке (59,4%); не имели собственного жилья 20,5%; доход на 1 члена семьи был ниже прожиточного минимума — у 71,2%.

Репродуктивное поведение характеризовалось ранним началом половой жизни у каждой третьей женщины (14–17 лет) и преимущественным использованием аборта в качестве метода планирования семьи. Так, у 59,9% респонденток аборт закончился от 2 до 8 беременностей. Первую беременность прервали 41,3% женщин, предыдущую — 55,6%. В исходе всех беременностей индуцированные аборты составили — 66,1%. В группе опрошенных первобеременных женщин было 16,6%, нерожавших — 28%, одни роды имели 42%, трое — всего 3,3% [2].

По мнению авторов, на исход первой беременности, несомненно, влияют, прежде всего, семейное положение женщины, а также поведение окружающих и позиция общества. Так женщины,

не состоявшие в браке, прерывали первую беременность в 3,5 раза чаще, чем замужние. При ответе на вопрос о возможности запрещения аборт по желанию 82,7% респонденток высказались за их сохранение, 16,6% затруднились с ответом и только 0,7% были согласны с запретом.

Психологическая установка женщин относительно прерывания беременности определялась тем, что большинство из них не считали эмбрион человека с момента зачатия, а нежеланные дети, по их мнению, не должны рождаться. Анкетирование не подтвердило существующее мнение о том, что женщине проще сделать аборт, чем предохраняться от беременности — согласна с этим только каждая десятая респондентка [7, 9, 10, 15].

Искусственный аборт в зависимости от условий, причин и показаний оказывает различное негативное влияние не только на репродуктивное здоровье, но и на психоэмоциональное состояние женщины. Так, каждая третья респондентка принимала решение о прерывании беременности трудно и мучительно, почти половина — с колебаниями и сомнениями. Следует отметить, что страх и беспокойство появились почти у половины женщин уже при задержке менструации [17, 18, 19, 20, 51, 85, 88, 91, 92, 95, 97, 98, 116, 118, 119, 120].

Показательны чувства, испытываемые женщинами после прерывания беременности: сожаления (47,1%), вины (36,0%), греха (22,8%), беспокойства, опустошенности (19,1%). Только у каждой десятой женщины прерывание нежелательной беременности вызвало облегчение. Все это свидетельствует о состоянии психического стресса при осознании себя беременной и принятии решения о прерывании беременности [2]. Такое состояние, несомненно, требует психологической поддержки родственников и медицинских работников. Однако, каждая третья респондентка не имела такой поддержки со стороны мужа, более половины — со стороны партнера, каждый десятый из которых настаивал на прерывании беременности или был безразличен. Кроме того, родители у 20 % женщин настаивали на прерывании беременности или проявили безразличие к решению вопроса об исходе беременности.

Отягощающим фактором в решении вопроса об исходе беременности, повлиявшем на психо-эмоциональное состояние женщин,

послужили переживания во время беременности, связанные с разрывом, конфликтом с мужем, партнером, родителями или на производстве, которые имели место у каждой четвертой респондентки [2, 118, 119, 120].

В формировании психологического климата в семье женщины очень важен характер взаимоотношений ее с родителями и их отношения к ней. По мнению более половины женщин, эти взаимоотношения повлияли на их отношения с мужем и детьми. Вместе с тем, тревожным фактом является то, что 48,3% женщин не получили в семье подготовку к решению психологических проблем относительно супружеских взаимоотношений, 41,6% не были подготовлены к воспитанию детей [2].

Своими переживаниями по поводу предстоящего аборта с врачами женской консультации не поделились 69,3% респонденток, с врачами стационара — 74%, мотивируя это боязнью, растерянностью, нежеланием и тем, что врачи не интересовались их переживаниями или были безразличны. В то же время, врачи, узнавшие об их переживаниях, отнеслись к ним с пониманием, сочувствием, пытались успокоить. Изучение психологической мотивации респонденток выявило комплекс причин, побуждающих их к прерыванию беременности, основными из которых были материально-экономические условия, ограничивающие размер семьи и межличностные отношения. Результаты анкетирования показали, что большая часть женщин могла бы сохранить данную беременность при стабильной экономической ситуации в стране, достаточной государственной и социальной поддержке материнства и детства, материальном благополучии, улучшении жилищных условий, наличии мужа, работы, психологической поддержки близких.

Для исследования психологических аспектов отношения медицинских работников к прерыванию беременности и контрацепции авторами проведено анкетирование 77 врачей акушеров-гинекологов, работающих в женской консультации и стационаре. Исследование показало, что 67,1% врачей сожалеют о прерывании беременности женщинами, 42,8% считают медицинский аборт альтернативой криминальному, 12,9% — грехом, 25,7% — оправдывают производство аборта в современных экономических условиях, 14,3% относятся к производству аборта, как к профессиональной

обязанности [2, 24, 118, 119, 120, 123]. Подчеркивается необходимость эмоциональной поддержки, так как многие женщины, которые хотят, чтобы им сделали аборт, очень молоды и не замужем. Нередко им не к кому обратиться со своей проблемой, кроме подруг, таких же молодых и неопытных, как они сами, поэтому большое значение приобретает беседа с медицинским работником [33, 41, 42, 43].

1.2. Психологические аспекты аборта

Опубликовано много материалов о психологических аспектах аборта и природе психологических последствий. Однако, в настоящее время имеется большое число данных в поддержку взгляда о том, что искусственный аборт не представляет угрозы психологическому здоровью женщины [2, 118, 119, 120]. Большинство женщин после аборта испытывают чувство облегчения, хотя часто оно смешивается с чувством сожаления о том, что возникла нежелательная беременность, и ощущением вины за то, что аборт оказался необходимым [9, 10, 11, 118, 119, 120]. После аборта обычно возникает состояние тревоги. Альтернатива аборту — рождение ребенка, событие, которое сопровождается у значительного меньшинства женщин развитием депрессии, иногда настолько тяжелой, что требуется лечение в психиатрическом стационаре. Ничто не подтверждает развития депрессии такого уровня после аборта, и женщины, у которых в течение года после выполнения аборта развивается психическое заболевание, обычно имеют в анамнезе предшествующие эпизоды депрессии [2, 3, 118, 119, 120].

Небольшая часть женщин испытывают после аборта значительные страдания, но это скорее связано не с реакцией на сам аборт, а с их психологическим состоянием до аборта и обстоятельствами, которые привели к нежелательной беременности. Это состояние наступает с большей вероятностью, если женщина испытывает трудности, принимая решение об аборте, если аборт выполняется во II триместре беременности и если женщина не имела поддержки со стороны своего партнера или членов своей семьи [33, 41, 42, 48, 50, 52, 53, 56]. Однако на такие ситуации влияет очень большое количество факторов и разделить их влияние трудно; например, в двух исследованиях поддержка партнера была

связана с неблагоприятным эмоциональным исходом аборта [77, 78, 79, 81, 82, 83]. Аборт, выполняемый при наличии нежелательной беременности, в связи с пороками развития плода, особенно часто вызывает развитие негативных эмоций.

Общепринято, что проведение консультаций до и после аборта может уменьшить страдания пациенток. Женщины ценят такую помощь, особенно когда они испытывают двойственное чувство в отношении принятия решения об аборте или подвержены беспокойству, депрессии, ощущению вины. Однако вряд ли такие консультации способны надолго повлиять на пациентку [7]. Таким образом, искусственный аборт не представляет угрозы для психологического здоровья женщины [3, 118, 119, 120].

Нежелательная беременность является серьезной эмоциональной проблемой для женщины. Те из них, кто решит, что им необходим аборт, примут любой безопасный и эффективный метод его выполнения. По мнению ВОЗ [24], среди факторов, влияющих на приемлемость аборта, присутствуют личностные факторы. Страдание, вызванное нежелательной беременностью, является общей проблемой для женщин, принадлежащих к любой этнической или религиозной группе, независимо от уровня их образования или принадлежности к определенному социальному клану.

Эффективность и безопасность методов абортов должны рассматриваться в первую очередь. Присутствие небольших побочных эффектов и боли менее важны, поскольку многие женщины готовы переносить дискомфорт при условии, что это дает возможность избежать общего наркоза или инвазивных процедур, включая использование инструментов [310, 311].

Особое внимание уделяется психологическим аспектам прерывания беременности у подростков. По данным А.С. Гарден [33] более половины беременностей среди подростков в Англии и Уэльсе заканчиваются медицинским абортом. По мнению П.У. Хоувай [112] новый и потенциально революционный подход к проблеме прерывания беременности был внедрен в Великобритании, где появился антипрогестероновый препарат мифепристон. По сравнению с вакуумной аспирацией этот метод прерывания беременности менее болезненный и дает меньше побочных эффектов, чем применение одного гемепроста. Такой метод прерывания беременности может быть предложен в качестве амбулаторного, что является

желанной альтернативой для многих женщин. На основании данных, полученных к настоящему времени, представляется вероятным, что метод прерывания беременности с помощью антипрогестероновых препаратов сыграет в будущем большую роль. Однако, внедрение в практику препарата мифепристона во Франции вызвало большое сопротивление со стороны «движения против абортов», и, таким образом, еще предстоит выяснить, насколько этот препарат и ему подобные соединения окажутся приемлемыми для самих пациенток, врачей и среднего медицинского персонала, а также для общества в целом.

О.Г. Фролова и соавт. [2] показали, что для снижения числа абортов необходимо формирование позитивного общественного мнения, а также психологических установок у женщин, прибегающих к аборту, в отношении активного использования ими современных контрацептивов в качестве альтернативы аборту.

Женщинам во время беременности и ее прерывания необходимо оказание психологической помощи медицинским персоналом и психологом. Оптимальным, по мнению врачей, является привлечение психологов к работе с женщинами и медицинским персоналом по проблеме планирования семьи [118, 119, 120].

1.3. Медикаментозные методы прерывания беременности

Научная группа Всемирной организации здравоохранения [21, 22, 23, 24] по медикаментозным методам прерывания беременности заседала в Женеве в 1994 г. Специальная программа поддерживает исследование влияния абортов на здоровье и способ их предотвращения, а также безопасности и эффективности различных методов выполнения искусственного аборта. Еще в 1977 г. научная группа ВОЗ в своем докладе сделала ряд рекомендаций, включая следующую: «Разработать нехирургический метод выполнения аборта, нетоксичный для женщины и нетератогенный при применении эффективной дозы, надежно обеспечивающий полное изгнание продуктов зачатия, пригодный для применения в неклинических условиях и экономически приемлемый для женщин во всех странах» [24, 59, 61, 62, 63, 64, 121, 123, 124, 125, 128, 132, 133, 136, 139, 140, 141, 143, 144, 149].

Средства, применяемые для выполнения медикаментозного аборта, и механизм их действия

Простагландины

Динопрост и динопростон. Естественные простагландины $\text{PGF}_{2\alpha}$ и PGE_2 играют важную роль в регуляции активности матки, особенно во время родов, независимо от того, происходят ли они в срок или это самопроизвольный аборт. PGE_2 оказывает смягчающее действие на шейку матки и тем самым ускоряет ее расширение.

Карбопрост. Карбопрост ($15(\text{S})$ -15-метил $\text{PGF}_{2\alpha}$) является единственным аналогом $\text{PGF}_{2\alpha}$, который доступен клиницистам. Он приблизительно в 20 раз сильнее при равных дозах, чем его родительское соединение, и его биологическое действие продолжается 3–6 часов, а не несколько минут.

Карбопрост можно вводить внутримышечно или внутриаиоитически, а его метиловый эфир одинаково эффективно индуцируют сокращения матки и аборт, но вызывают больше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, чем аналоги PGE_2 , описанные ниже.

Гемепрост. Гемепрост (16,16-диметил-трансL2- PGE_1 -метиловый эфир) является аналогом PGE_1 . Он используется только в виде вагинальных суппозиториях. Один миллиграмм оказывает действие в течение 3–6 часов. Как при вагинальном применении всех простагландинов, скорость высвобождения в значительной мере зависит от используемого наполнителя.

Побочные желудочно-кишечные эффекты менее часты и менее выражены, чем при использовании карбопроста, но у небольшого числа женщин, пользующихся гемепростом, развиваются диарея и тошнота. Сообщений о фатальных сердечно-сосудистых эффектах не поступало. Гемепрост имеется в ряде стран, где стал самым широко используемым из аналогов простагландина [138, 153].

Метенпрост. Метенпрост (9-деоксо-16,16-диметил-9-метил-лен PGE_2) является аналогом PGE_2 , который еще не поступил в продажу, однако клинические испытания его дали многообещающие результаты. Он применяется исключительно вагинально, хотя в экспериментах испытывали его пероральное введение в сочетании с антипрогестероном мифепристоном. При равных

дозах он в три раза слабее гемепросты, но во всех других отношениях близок к последнему.

Мизопростол. В отличие от всех простагландинов, указанных выше, аналог ПГЕ мизопростол ((+ 15-деокси-16RS)-гидроокси-16-метил-ПГЕ₁-метиловый эфир) стабилен при комнатной температуре и активен при пероральном применении; период его полувыведения равен примерно 1,5 ч. Побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта выражены относительно слабо. Мизопростол вызывает регулярные сокращения матки при пероральном введении (300—600 мкг), но он относительно менее активен, чем 1 мг гемепросты в виде вагинального суппозитория. Сообщений о наличии у него опасных побочных эффектов не поступало. Мизопростол угнетает желудочную секрецию кислоты и тем самым защищает слизистую оболочку желудка от изъязвлений, особенно у пациенток, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты. Он разрешен к применению и продается более чем в 60 странах. В отличие от других аналогов простагландина он недорог. Было также показано, что таблетки мизопростола для перорального применения эффективно индуцируют сокращения матки при их вагинальном введении [125, 126, 127, 133, 135, 136, 137, 144, 145, 146, 148, 149, 154, 155, 156, 157, 158, 159].

Антипрогестагены

Мифепристон. Мифепристон — это 19-норстероид, который специфически блокирует рецепторы прогестерона и глюкокортикостероидов. Он активен при пероральном введении, и пиковые уровни его содержания в плазме крови достигаются менее чем через 2 часа после приема. Период его полувыведения из плазмы крови равен 26—48 часов, но в наномолярных концентрациях он сохраняется в ней в течение нескольких дней [ВОЗ, 24].

Сократимость матки возрастает в течение 12 часов после его введения и достигает максимума приблизительно через 36 часов [281, 282, 283, 284, 285].

Блокада рецепторов глюкокортикостероидов быстро компенсируется увеличением продукции адренокортикотропного гормона (АКТГ) в гипофизе и увеличением секреции глюкокортикостероидов надпочечников.

Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке [BO3, 24], синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез [Smith, Kelly, 274] и угнетению простагландиндегидрогеназы [BO3, 24]. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Изменения, происходящие в отпадающей оболочке, напоминают те, что имеют место при воспалении и сопровождаются дополнительным высвобождением простагландинов [Kelly et al., 215]. Подобные изменения происходят также в шейке матки [Radestad et al., 252], но концентрация простагландина E не увеличивается в тканях шейки матки, и созревание шейки матки не блокируется нестероидными противовоспалительными средствами. Это можно объяснить увеличением количества рецепторов простагландина в цервикальных тканях под влиянием мифепристона. Началу сокращения матки предшествует размягчение и расширение шейки [310, 311, 312].

Вышеперечисленные изменения имеют сложный характер и до конца не выяснены. Одна из проблем состоит в том, что существуют некоторые варианты в реакции на мифепристон; так, при введении одного мифепристона до 56-го дня аменореи происходит прерывание только 60–65% беременностей даже в тех случаях, когда доза препарата значительно выше той, которая у большинства женщин вызывает кровотечение [24].

Мифепристон примерно в пять раз превышает чувствительность матки к аналогам простагландинов [Bygdeman, Swahn, 282]. Этот эффект развивается через 24–48 часов и лежит в основе схемы раннего медикаментозного аборта, при которой через 36–48 часов после перорального приема мифепристона вводят аналоги простагландинов.

Методы выполнения аборта до 63-го дня аменореи

Имеющиеся методы. В начале 60-х годов расширение и вакуумная аспирация стали признанным стандартным методом выполнения абортов до 63-го дня аменореи. Эту процедуру можно выполнять под местной анестезией или общим наркозом, и обычно не требуется, чтобы женщина оставалась в больнице до следующего утра. Частота серьезных осложнений при этой процедуре невелика [123, 124, 128, 152, 161, 166, 180, 182, 212].

Клиническая доступность простагландинов в 70-е годы и мифепристона, вещества, блокирующего рецепторы прогестерона, в конце 80-х годов сделала медикаментозный аборт альтернативным методом при этих сроках беременности. Было показано, что медикаментозный аборт с помощью мифепристона и простагландина безопасен и эффективен, и при его выполнении возникает не больше осложнений, чем при расширении шейки или вакуумной аспирации. Медикаментозный аборт более приемлем для некоторых женщин [127, 129, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 147, 153, 163, 165, 166, 167, 169, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 180].

Ngai и соавт. [233, 234, 235] изучили эффективность и приемлемость введения лишь одного мизопростола вагинально для прерывания беременности сроком до 9 недель. Установлено, что когда используется один мизопростол, то полный аборт наблюдается у 60% женщин. Дополнение воды к мизопростолу повышает эффективность аборта до 92%. Авторами проведено первое рандомизированное исследование по применению мизопростола в сочетании с водой против одного мизопростола при сроке меньше или равном 9 недель беременности. Мизопростол вагинально в дозе 800 мкг назначали на 1-й, 3-й, 5-й дни. Если в последующем не требовалось вакуум-аспирации остатков продуктов зачатия, аборт расценивался как полный. Авторы при добавлении воды к мизопростолу не добивались улучшения эффективности прерывания беременности в I триместре беременности, и, кроме того, применение одного мизопростола не рекомендуется исследователями для медицинского аборта при сроке беременности до 9 недель, так как имеет место высокая частота неудач и низкая приемлемость в плане осуществления медикаментозного аборта. В работе [207, 208, 209, 210] также произведена попытка растворять таблетки в физиологическом растворе и вводить их вагинально, при этом проведено сравнение с мифепристоном и пероральным применением мизопростола. Авторы у 100 женщин при аменорее меньше или равной 56 дням вводили интравагинально 800 мкг мизопристола в виде таблеток, растворенных в физиологическом растворе. Повторная доза мизопростола вводилась через 24 часа, если не наступал полный аборт (по данным ультразвукового исследования).

Кроме того, авторы сравнили дозы 100 и 600 мг мифепристона с последующим назначением 400 мкг мизопростола перорально.

В результате аборт наступил у 88 из 100 женщин в первой группе и у 94 из 100 женщин во второй группе. Таким образом, полный аборт с введением вагинально мизопростола, растворенного в физиологическом растворе, был схож по эффективности с введением мифепристона с последующим назначением перорально мизопростола. В то же время следует отметить, что простагландин мизопро-стол дает большее количество побочных эффектов.

Elul и соавт. [180, 181, 182] при прерывании беременности мифепристоном и мизопростолом провели и более детальный опрос пациенток с целью оценки метода медикаментозного аборта у 22 женщин. В клинике женщины получали 200 мг мифепристона и дома сами вводили вагинально 800 мкг мизопростола спустя 24 часа, 48 часов или 72 часа. Через неделю женщины повторно приходили к врачу в клинику. Все женщины отметили, что введение мизопростола в домашних условиях вполне приемлемо, и почти все женщины указали, что они не желали бы приходить в клинику для введения мизопростола. Женщины описывают мизопро-стол как «натуральное» вещество, способ является неинвазивным, и побочные эффекты были лучше переносимы в комфортных условиях. Таким образом, эта работа еще раз подтверждает, что точку зрения женщин можно определить только путем соответствующих опросов до и после аборта. В этом случае правильное построение исследования может уменьшить некоторые методологические проблемы, но полученные результаты нужно интерпретировать с осторожностью.

Проведены сравнительные исследования об эффективности различных режимов введения мифепристона и мизопростола [259, 260, 261, 262, 263, 264, 265]. Было показано, что применение 200 мг мифепристона с 800 мкг мизопростола вагинально обеспечивает большую эффективность и меньше побочных эффектов, чем введение 600 мг мифепристона и 400 мкг мизопростола перорально. Полный аборт отмечен у 92–97% по сравнению с 97% при выполнении аборта до 49 дней аменореи ($p < 0,05$) и 83% против 96% при выполнении аборта от 50 до 56 дней аменореи ($p < 0,05$). Тошнота и рвота более часто выявлены в первой группе, и приемлемость аборта составила 88% против 94% ($p < 0,05$). Авторы полагают, что доза мифепристона может быть уменьшена с 600 мг до 200 мг при условии введения в последующем вагинально

мизопростола без потери эффективности. Вагинальное введение мизопростола позволяет обеспечить сохранение эффекта при сроках беременности до 56 дней и связано с меньшей частотой тошноты и рвоты. Авторы также подчеркивают, что домашнее применение мизопростола безопасно и вполне приемлемо для женщин и снижает количество требуемых визитов к врачу с 3-х до 2-х в большинстве случаев.

Альтернативные простагландины. Многим женщинам не нравятся лекарственные средства, вводимые вагинально. В настоящее время уже не существует сульпростона для внутримышечного введения, но было показано, что перорально вводимый мизопропрост эффективен так же, как и гемепрост, вводимый вагинально, по меньшей мере, при продолжительности аменореи до 49 дней [157, 158, 159, 161, 163, 164, 170, 171, 173, 175, 181, 186, 191, 199, 200, 201, 206, 207].

Важными преимуществами этого вводимого перорально простагландина для клинических служб, особенно в развивающихся странах, служат его низкая стоимость, стабильность при комнатной температуре и большая приемлемость его для женщин по сравнению с другими аналогами простагландинов [209, 210, 211, 213, 214, 216, 219, 221, 226, 229, 232].

Средняя продолжительность времени от начала вмешательства до аборта (интервал: индуцирование — аборт) колебалась от 13 до 24 часов. Причем часто происходил неполный аборт. У женщин нередко развивались побочные желудочно-кишечные реакции, хотя серьезные осложнения отмечались редко.

Аналоги простагландина оказались более эффективными. Средняя продолжительность интервала (индуцирование — аборт) при их применении колебалась от 8 до 14 часов, но полный аборт происходил только у 45–77% женщин. Эффективность внутримышечного введения карбопроста была почти такой же, как и при вагинальном введении его метилового эфира или при использовании гемепроста в виде вагинального суппозитория [ВОЗ, 24].

Карбопрост при внутримышечном введении вызывал рвоту (с диареей или без нее) у 60–90% женщин, в то время как оба аналога, вводимые вагинально, оказывали такое же действие менее чем у 20% женщин.

Сравнение вакуумной аспирации и медикаментозного аборта. Не было выполнено ни одного проспективного рандомизированного исследования, в котором сравнивали бы вакуумную аспирацию с медикаментозными методами аборта при беременности сроком 9–14 недель. При любом из этих подходов серьезные осложнения развиваются редко [ВОЗ, 24]. С точки зрения женщины, медикаментозный аборт имеет ряд недостатков: он занимает, по меньшей мере 3 дня, в течение этого времени она может изменить свое решение и не прийти для введения простагландина), простагландин вызывает болезненные сокращения матки и, хотя у немногих пациенток, тошноту, рвоту и диарею. Выход продуктов зачатия иногда оказывает отрицательное эмоциональное действие как на саму женщину, так и на медицинский персонал. Вакуумная аспирация проходит гораздо быстрее и обычно не сопровождается большим физическим дискомфортом [ВОЗ, 24].

Ранний медикаментозный аборт является безопасной и эффективной альтернативой методу вакуумной аспирации. Необходимо внедрение медикаментозного аборта как рутинного метода в клиническую практику. Кроме того, необходимо планирование раннего медикаментозного аборта, при этом, чтобы вмешательство было безопасным и компетентным, а персонал демонстрировал сочувственное отношение. К женщинам, пожелавшим сделать аборт, нужно относиться с уважением. Это отношение не вырабатывается автоматически, оно внушается персоналу администрации и поддерживается личным примером всех сотрудников, особенно занимающих руководящие должности. Службы, выполняющие аборт, должны обеспечивать женщин полной и точной информацией о характерных отличиях медикаментозного и хирургического абортов для того, чтобы они смогли сделать обоснованный выбор [ВОЗ, 24].

1.4. Мифепристон в сочетании с простагландинами

Мифепристон. Несколько исследований с использованием в качестве контроля введения плацебо, выполненных двойным слепым методом, показали, что мифепристон может индуцировать размягчение и расширение шейки матки [252].

Однократная пероральная доза мифепристона, равная 100—600 мг, оказывает сильное действие в течение 24 часов, но более эффективна при 48-часовом интервале. Основным преимуществом применения мифепристона при подготовке шейки матки является малая выраженность побочных эффектов; если его вводят более чем за 36 часов до выполнения аборта, у некоторых женщин появляется слабое маточное кровотечение. В отличие от подготовки шейки матки простагландинами при введении мифепристона кровопотеря во время последующего аборта с помощью вакуумной аспирации не уменьшается [ВОЗ, 24].

Было показано, что при введении 200 мг мифепристона за 36 часов до аборта с помощью вакуумной аспирации при сроке беременности 9—13 недель шейка матки расширяется так же, как после введения 1 мг гемепросты за 3—4 часа до этой процедуры. Однако, существует организационная проблема, связанная с использованием мифепристона, поскольку женщина вынуждена посетить клинику за 24—48 часов до аборта, чтобы получить препарат. Это неудобство может компенсироваться более низкой частотой побочных эффектов [24, 204, 206, 216, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 230, 231, 232, 236, 238, 242].

Мифепристон, вводимый изолированно в начале 1 триместра (до 63-го дня), индуцировал полный аборт только приблизительно у 60—70% женщин, за исключением тех случаев, когда его вводили в первые 10 дней задержки менструального цикла и когда его эффективность составляла 85%. Эффективность этого препарата при применении изолированно на 9—13 неделе беременности изучена мало. Последовательное введение мифепристона и аналога простагландина было намного более эффективным, но лишь в небольшом числе исследований есть данные об использовании такой схемы в период между 9-й и 14-й неделями беременности. В многоцентровом исследовании, выполненном в Великобритании, было 15 женщин с беременностями сроком до 9—10 недель, которые получали мифепристон, а затем гемепрост; одной из этих женщин потребовалась эвакуация содержимого матки [242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 255, 256, 257, 259, 261, 262, 263, 264, 265]. Комбинация мизопростола, вводимого перорально, с мифепристоном, вместо гемепросты с мифепристоном, по-видимому, более эффективна при сроках беременности 9—14 недель, поскольку опыт применения первого сочетания при ранних сроках беременности позволяет пред-

положить, что уже при сроке 7—9 недель его эффективность уступает комбинации мифепристона с гемепростом [268, 269, 270, 274, 276, 277, 279, 281, 282, 283, 286, 287, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298].

Таким образом, мифепристон в виде одной пероральной таблетки эффективно размягчает шейку матки и инициирует ее расширение. Его нужно вводить за 24—48 часов до аборта. Побочные эффекты при этом минимальны, но кровопотеря во время аборта не уменьшается.

Медикаментозный аборт при помощи мифепристона и простагландинов можно применять при беременности сроком до 9—14 недель, но при этом, повидимому, возрастает вероятность неполного аборта, побочных эффектов и осложнений по сравнению с методом вакуумной аспирации [299, 300, 301, 305, 306, 310, 311, 312, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327].

Мифепристон в сочетании с мизопроустолом для прерывания беременности в I триместре беременности

Мифепристон примерно в пять раз повышает чувствительность матки к аналогам простагландинов [150, 151]. Этот эффект развивается через 24—48 часов и лежит в основе раннего медикаментозного аборта, при котором через 36—48 часов после перорального приема мифепристона вводят аналоги простагландинов.

Полный аборт происходит приблизительно у 95% женщин с длительностью аменореи до 63 дней в тех случаях, когда мифепристон вводили или однократно в дозе 600 мг, или пятикратно по 25 мг (с 12-часовым интервалом) и через 36—48 часов после последней дозы однократно вводили подходящий простагландин.

Это впервые продемонстрировано в 1985 г. в Швеции при применении внутримышечных инъекций 0,25 мг сульпростона [150, 151], а затем было подтверждено в Шотландии, где использовали гемепрост в дозе 0,5 или 1 мг в виде вагинального суппозитория [153], и во Франции, где использовали гемепрост в дозе 1 мг [176]. За этими небольшими клиническими испытаниями последовали два крупных многоцентровых исследования во Франции и Великобритании [270]. Эти исследования подтвердили, что однократное пероральное введение мифепристона в дозе 600 мг, через 48 часов после которого вводили или сульпростон внутримышечно в дозе 0,25—0,50 мг, или гемепрост в дозе 1 мг в виде

вагинального суппозитория, обеспечивает полный аборт приблизительно у 95% пациенток. Только в 0,4—0,8% случаев реакции не последовало.

Дозы. Оптимальная доза мифепристона не установлена. Результаты различных исследований позволяют предположить, что когда за введением мифепристона следует введение аналога простагландина — гемепроста, то одинаковое действие можно получить от однократного введения мифепристона в дозах 600 мг. В недавно проведенном многоцентровом исследовании ВОЗ [310, 311, 312] сообщалось, что однократное введение мифепристона в дозах 200, 400 или 600 мг, через 48 часов после которого следовало введение гемепроста в дозе 1 мг в виде вагинального суппозитория, приводило к полному аборту у 95% женщин с задержкой менструации до 28 дней [ВОЗ, 310]. Не было статистически значимых различий в результатах вмешательства в зависимости от дозы мифепристона, так же как в числе жалоб, характере кровотечения и в изменениях величины артериального давления и концентрации гемоглобина.

В одной из работ Shaff и соавт. [259] изучали низкие дозы мифепристона с последующим применением вагинально мизопростола через 48 часов при прерывании беременности сроком до 63 дней аменореи. В частности, авторы сравнили эффективность, побочные эффекты и приемлемость 1/3 стандартной дозы мифепристона, т. е. 200 мг с последующим назначением 800 мкг мизопростола вагинально для прерывания беременности при сроках меньше или равных 56 дням аменореи, а также у женщин при сроке 57—63 дня аменореи. Женщины перорально получали 200 мг мифепристона и затем 800 мкг мизопростола вагинально, и через 1—4 дня проводилось ультразвуковое исследование содержимого матки. Вторая доза мизопростола назначалась, если было показано хирургическое вмешательство при продолжающейся беременности, чрезмерном кровотечении или наличии остатков продуктов зачатия спустя 5 недель. Обследовано было 1137 пациенток, из них 829 женщин были со сроком беременности до 56 дней и 308 — со сроком 57—63 дня аменореи. 34 женщинам было осуществлено хирургическое вмешательство, и 16 женщин выбыли из-под наблюдения.

Установлено, что полный аборт наступил у 97% пациенток с аменореей меньше 56 дней и у 96% при сроке беременности

57–63 дня. У 88% (с 56 днями аменореи) и 92% (57–63 дня аменореи) женщин кровянистые выделения отмечались на протяжении 4 часов после введения мизопростола. При сравнении этих групп было меньше диареи (33% против 44%, $p < 0,001$) и рвоты (20% против 29% = 0,002). Умеренные побочные эффекты отмечались в среднем у 82% женщин. У 1 пациентки была кровопотеря, потребовавшая применения гемотрансфузии (при 56 днях аменореи). Кровопотеря и болевые ощущения были достоверно меньше у женщин в группе с 57–63 днями аменореи, но 91% пациенток в обеих группах сообщили, что медикаментозный аборт был приемлем. Таким образом, низкие дозы мифепристона (200 мг) и вагинальное введение мизопростола в домашних условиях самой женщиной в дозе 800 мкг через 48 часов после введения мифепристона были высокоэффективными и приемлемыми для женщин при сроках аменореи меньше или равной 63 дням.

Эффективность аборта. Распознаваемые продукты зачатия выводятся в течение 4 часов после введения простагландина у 60–70% женщин и в течение 24 часов у 85% женщин. Приблизительно у 95% женщин происходит полный аборт в течение 7 дней лечения простагландином. Неполный аборт дополняется вакуумной аспирацией. Приблизительно у 0,5–1% женщин эту процедуру необходимо выполнять с целью гемостаза для прекращения сильного кровотечения. У оставшихся 2–3% женщин эта процедура выполняется электровакуумно, обычно из-за постоянного вагинального кровотечения или выделений, или других признаков, указывающих на неполный аборт [ВОЗ, 24].

Продолжающаяся беременность. Во всех крупных клинических исследованиях сообщается о том, что мифепристон, вводимый в сочетании с простагландином, не прерывает беременность у 0,5–1% женщин. Необходимо глубже изучить причины, лежащие в основе этих случаев неэффективного вмешательства, включая зависимость между числом беременностей, которые не прерываются, дозой мифепристона, типом и дозой простагландина [ВОЗ, 24].

Кровотечение. Почти у всех женщин после приема мифепристона развивается кровотечение, а у 50–60% женщин оно начинается до введения простагландина. У остальных кровотечение обычно

начинается в первые несколько часов после введения простагландина. По результатам многоцентрового исследования во Франции сообщается, что кровопотеря продолжалась в среднем 8 дней, а у 90% женщин она длилась 12 дней или менее [299]. Хотя большинство пациенток считают, что это кровотечение обильнее, чем менструация, лечение требуется очень редко. В ходе многоцентровых исследований во Франции и Великобритании эвакуация содержимого матки с целью прекращения кровотечений была сочтена необходимой в 0,4 и 1% случаев соответственно, а переливание крови выполняли соответственно в 0,1 и 1% случаев [299]. Кровопотеря возрастает с увеличением срока беременности, и, по-видимому, не зависит от количества мифепристона и гемепроста, применяемого для индуцирования аборта. В одном исследовании средняя величина кровопотери составила 74 мл, однако, диапазон составляет от 14 до 512 мл [257]. В многоцентровом исследовании [310, 311, 312] среднее снижение концентрации гемоглобина равнялось 0,3 г/дл, но в Британском многоцентровом исследовании, где предел срока беременности был выше, у 1% женщин он составил 2–4 г/дл.

Боль. Болевые ощущения в той или иной степени испытывают почти все женщины, особенно в течение первых часов после введения простагландина. В многоцентровом исследовании [310, 311, 312] 13% женщин получали наркотические анальгетики и еще 11% ненаркотические анальгетики, главным образом, парацетамол. И, напротив, в исследовании во Франции, в котором мифепристон давали в сочетании с мизопростолом, наркотические анальгетики не использовались вообще, и только 20% пациенток потребовалось какое-либо обезболивание [244]. Таким образом, можно заключить, что введение мифепристона, за которым через 36–48 часов следует введение подходящего простагландина, является безопасным и эффективным методом индуцирования аборта при сроке аменореи до 63 дней. Серьезные осложнения развиваются редко, как после раннего медикаментозного аборта, так и после вакуумной аспирации [310, 311, 312]. Оптимальная доза мифепристона не установлена, но имеющиеся данные позволяют предположить, что доза 200 мг при введении в сочетании с подходящим простагландином эффективна так же, как

и доза 600 мг, и что не существует медицинских преимуществ дробного введения мифепристона [24, 310, 311, 312].

В настоящее время еще предстоит определить подходящий простагландин и оптимальную его дозу для применения после введения мифепристона при различных сроках беременности. Также неясно, влияют ли доза мифепристона, тип и доза простагландина и взаимодействие этих двух агентов на эффективность схемы вмешательства и вид неудач [ВОЗ, 24]. Стабильность лекарственных средств при комнатной температуре и редко возникающая необходимость в дополнительном удалении остатков продуктов зачатия позволяют предположить, что введение мифепристона с последующим введением мизопростола обладает значительной эффективностью в отношении безопасного медикаментозного аборта, особенно при беременностях со сроком аменореи до 49 дней [123, 125, 126, 129, 172, 176]. Несмотря на низкую частоту неудач выполнения медикаментозного аборта с помощью комбинации мифепристона с простагландином, необходимо предусмотреть возможность перевода женщины в хирургическое отделение для эвакуации содержимого матки в случае неудачи, предпочтительно при помощи вакуумной аспирации. Необходимы дополнительные исследования для оценки и улучшения схем лечения с применением сочетания мифепристона с простагландином для прерывания беременности сроком до 63 дней.

Мифепристон в сочетании с мизопростолом, назначаемые перорально в I триместре беременности. В литературе имеются единичные сообщения о применении мифепристона (мифегина) в России [1]. В.В. Абрамченко и соавторы [4] с целью прерывания беременности ранних сроков применили мифепристон (коммерческое название «мифегин») у 68 женщин. Из 68 пациенток, принимавших мифепристон с целью прерывания беременности, 32 женщины были нерожавшими и 36 женщин — имевшими в анамнезе роды. Возраст женщин колебался от 13 до 39 лет. Задержка менструального цикла до 49 дней являлась основным показанием для применения мифепристона в I триместре беременности. По данным ультразвукового обследования срок беременности не превышал 5 недель.

Побочные эффекты в виде слабости, головной боли, тошноты были отмечены у 14 пациенток. Несмотря на это, при социологическом опросе после прерывания беременности ни одна из пациенток не высказала сожалений о выбранном способе прерывания беременности. 100% результативность прерывания беременности у 68 пациенток указывает на целесообразность расширения показаний к прерыванию беременности с помощью мифепристона (мифегина) с последующим назначением мизопростола (сайтотек), как альтернатива хирургическому методу прерывания беременности, учитывая ряд негативных моментов, связанных с хирургическими методами прерывания и возможными осложнениями наркоза, а также риск, связанный с восходящей инфекцией при хирургическом вмешательстве с целью прерывания беременности [4].

Соуаји [166] проанализировал 3 исследования, проведенных в Индии, о прерывании ранних сроков беременности и осложнениях при использовании 600 мг мифепристона и 400 мкг перорального применения мизопростола с высокой эффективностью и низкой частотой осложнений.

Kurus J., Coyajі, Suchas Otiv [218] оценили эффективность медикаментозного аборта при сочетании мифепристона (RU 486) и мизопростола в условиях города и села в Индии. Кроме того, авторы сравнили приемлемость и легкость выполнения медицинского и хирургического методов прерывания беременности (вакуум-аспирация) при ранних сроках беременности (аменорея менее 56 дней). Применялся мифепристон (RU 486) в однократной дозе перорально 600 мг с последующим введением через 48 часов перорально 400 мкг мизопростола. Эффективность медикаментозного аборта у городских и сельских жительниц составила соответственно 96,8% и 93,3%. Не отмечено чрезмерной кровопотери и не было необходимости в переливании крови и кровезаменителей. Большинство женщин предпочло медикаментозный аборт. Это исследование показывает, что нехирургический метод прерывания беременности является более простым и менее дорогим и должен применяться более широко, что приведет к дальнейшему снижению материнской заболеваемости и смертности. Приблизительно в Индии каждый год производится 6,7 млн абортов. При этом производится

452 аборта на 1000 живорожденных или 600 индуцированных абортот на 1000 женщин детородного возраста между 15 и 44 годами. Мифепристон назначался в дозе 600 мг в день поступления в клинику, и женщина наблюдалась там в течение 30 минут. В дальнейшем на 3-й день пациентка получала однократную дозу мизопростала (сайтотека) 400 мкг и оставалась в клинике под наблюдением в течение 4 часов.

Из 123 городских пациенток при назначении однократно перорально 600 мг мифепристона с последующим назначением через 48 часов мизопростала (400 мкг) у 119 (96,7%) пациенток наступил полный аборт. Отсутствие эффекта было только у 4 пациенток. В одном случае имел место неполный аборт, и у 3 пациенток была неразвивающаяся беременность (missed abortion), потребовавшие дилатации и кюретажа. Не было случаев прогрессирования беременности. У сельских пациенток из 179 случаев у 167 (93,3 %) беременность была прервана успешно. Среди побочных эффектов наиболее часто встречались абдоминальные боли, тошнота и рвота при применении мифепристона и мизопростала. Тошнота и рвота отмечены у 73 (59,3%) и 39 (31,7%) соответственно до применения мизопростала и у 22 (17,9%) и 7 (5,7%) после введения мизопростала, показывая тем самым, что тошнота и рвота были связаны больше с наличием беременности, чем с лечением. Абдоминальные боли отмечены у 28 (22,8 %) до применения простагландина мизопростала и у 73 (59,3%) после введения простагландина, указывая тем самым, что боли в животе были связаны с процессом протекания аборта. Только один анальгетик применялся в этих случаях — таблетки парацетамола. Не было патологической кровопотери и необходимости применения гемотрансфузии.

Методом выбора у городских пациенток 125 из 142 (88%) предпочли медикаментозный аборт и лишь только 16 (11,2%) пациенток предпочли хирургический метод, и одна женщина не смогла ответить, и ее беременность была прервана методом вакуум-аспирации.

Предпочтение медикаментозному аборту было обосновано рядом причин: признание пациенткой правильности ее решения (49,6%), страх перед хирургической операцией (49,6%), удобство выполнения прерывания беременности (40,6%), возможность

находиться дома (26%), безопасность (3,3%), конфиденциальность (8,9%), быстрота метода (0,8%).

Для хирургического метода основным мотивом служил хорошо известный и надежный метод с быстрым выполнением однократного вмешательства. Интересно отметить, что при повторном опросе женщин о том, какой метод пациентки предпочли бы в будущем, ответы были схожими, как и до операции.

Таким образом, применение медикаментозного аборта оказалось эффективным у 93,3%—96,7% пациенток. Методом выбора 88% женщин определили медикаментозный аборт. Повторный опрос женщин спустя две недели после аборта дал схожую оценку в пользу медикаментозного аборта. Так как медикаментозный аборт с применением мифепристона и мизопростола оказался эффективным и безопасным методом, это дает возможность применения его у сельских жительниц, где хирургические методы прерывания беременности оказываются неприемлемыми. Часто высказывается точка зрения, что применение мифепристона для развивающихся стран неприемлемо ввиду высокой стоимости препарата. Это не совсем правильно. Во-первых, цена препарата может быть уменьшена до 1/3, так как можно применять 200 мг мифепристона, который в ряде исследований показал сходную эффективность, как доза 600 мг мифепристона. Во-вторых, производство в ряде стран мифепристона позволяет снизить цену (например в Индии). Более того, если препарат включен в национальную Программу планирования семьи, он может быть освобожден от дополнительных налогов через социальную маркетинговую систему. Несмотря на то, что себестоимость хирургического прерывания является низкой, однако, скрытая цена в виде обучения штата сотрудников для производства хирургического аборта, наличие операционной комнаты и цена лечения осложнений типа инфекции, бесплодия и перфорации матки значительно повышают себестоимость хирургического аборта.

Итак, медикаментозный аборт является эффективным и безопасным методом. Большинство пациенток отдадут предпочтение медикаментозному аборту, а не хирургическому методу прерывания беременности. Эта точка зрения пациенток остается неизменной даже после истечения определенного времени после производства медикаментозного аборта [139, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 169, 172].

Это исследование показывает, что такой нехирургический метод прерывания беременности является очень подходящим ввиду его безопасности, особенно для развивающихся стран [218]. Необходимо подчеркнуть, что прерывание беременности до 49 дней было разрешено в Китае 15 лет тому назад. Общепринятым режимом введения было назначение 150 мг мифепристона или одна доза 200 мг мифепристона с последующим пероральным назначением мизопростала. Применялось ультразвуковое обследование с целью исключения внематочной беременности. Женщины оставались в клинике в течение 4–6 часов после приема мизопростала. Если продукты зачатия не были эвакуированы в течение 4 часов наблюдения, назначалась вторая доза 0,4 мг мизопростала. Эта схема применялась во многих клиниках Китая. Частота экстренного кюретажа колебалась от 1% до 4%, а частота гемотрансфузий составила менее 1%.

Главным осложнением рассматривается недиагностированная эктопическая беременность. Эти результаты показывают, что сочетание мифепристона с мизопростолом является альтернативой хирургическим методам прерывания беременности [323, 324, 325]. Интерес представляют работы, в которых изучался режим введения, эффективность, приемлемость и будущее направление по использованию мифепристона в дозе 600 мг с последующим назначением 400 мкг мизопростала перорально при прерывании беременности до 49 дней аменореи. Эффективность данного способа составляет 92–97%. Newhall, Winikoff [232, 316, 317, 318] подчеркивают, что вагинальное назначение мизопростала более эффективно, чем пероральное назначение мизопростала, включая и повышение эффективности прерывания беременности у женщин, у которых срок беременности был выше 49 дней аменореи. Низкая доза мифепристона 200 мг в сочетании с введением в домашних условиях половинной дозы мизопростала является безопасной и эффективной. В работе [195] освещается проблема прерывания беременности мифепристоном и мизопростолом, при этом акцент делается на домашнем способе введения мизопростала в Гуадалапуе (Мексика). По мнению авторов, применение сочетания мифепристона и мизопростала для выполнения медикаментозного аборта обещает революцию в репродуктивном здоровье женщины. У 92 женщин с аменореей меньше или равной 49 дням

назначался мифепристон в дозе 600 мг в условиях клиники, и далее 400 мкг мизопростола перорально назначалось в домашних условиях спустя 2 дня от момента введения мифепристона. Повторное посещение клиники осуществлялось через 2 недели. Эффективность данного сочетания составила 95,4%, при этом схожие результаты были получены и в США. Авторы заключают, что домашнее назначение мизопростола может быть безопасным в большинстве индустриально развитых стран.

В обстоятельном рандомизированном исследовании, проведенном во Франции и посвященном применению мифепристона в сочетании с пероральным или вагинальным введением мизопростола, указывается, что это сочетание широко используется для медикаментозного аборта при аменорее меньше 49 дней. В других центрах Франции мифепристон используется с последующим назначением мизопростола вагинально [133]. Авторы сравнили эффективность и толерантность мифепристона в сочетании с мизопростолом, вводимым перорально или вагинальным путем для прерывания беременности сроком до 49 дней у 237 женщин. Все женщины получали перорально 600 мг мифепристона и 400 мкг мизопростола, вводимого также перорально (119 женщин) или вводимого вагинально (118 женщин). Вторая доза мизопростола 400 мкг назначалась, если аборт не произошел в течение 3 часов. Общая эффективность составила 98,7% и не отличалась по эффективности в двух исследуемых группах. Неудачи при прерывании беременности отмечались лишь в случаях введения перорально одного мизопростола. У пациенток, у которых аборт произошел в течение первых 3 часов при применении первой дозы мизопростола, способ введения мизопростола (перорально, вагинально) не влияет на время аборта. У пациенток, которые получали вторую дозу мизопростола, время аборта было короче (52 минуты против 77 минут). Толерантность к препаратам была оценена визуальной аналоговой шкалой и была схожей для обеих групп. В обеих группах пациентки предпочитали пероральный способ введения мизопростола.

В обстоятельных исследованиях ВОЗ [24] приводятся данные о сравнительной эффективности двух доз мифепристона в комбинации с мизопростолом с целью прерывания беременности ранних сроков. Срок беременности в момент выполнения аборта был

меньше или равен 35 дням, прошедшим с первого дня последнего менструального цикла женщины. Было включено в обследование 17 центров, включающих 1589 женщин с аменореей 35 дней. Женщины получали однократно дозу мифепристона 200 мг или 600 мг, затем через 48 часов назначался перорально мизопростол в дозе 400 мкг.

В результате проведенных исследований было продемонстрировано, что полный аборт с низкой дозой мифепристона был схожим с высокой дозой мифепристона (89,3% против 88,1%). Не было выявлено различий в частоте побочных эффектов в обеих группах.

В то же время, эта схема недостаточна для вызывания аборта больших сроков беременности.

Мифепристон в сочетании с вагинально введенным мизопростолом для выполнения медикаментозного аборта. Представляет интерес работа [163], в которой рассматривается проблема о приемлемости медикаментозного аборта для всех американских женщин с использованием мифепристона и мизопростола. Проведен анализ 2121 женщины. С этой целью авторы рекомендуют изучать эффективность мизопростола. При этом азиатские женщины в два с лишним раза чаще, чем хирургический, предпочитают медикаментозный метод прерывания беременности как метод выбора, так как рассматривают его как более натуральный. Более образованные женщины рассматривают его с целью избежать хирургического вмешательства. Афро-американские женщины, так же как и более образованные женщины, чувствуют себя более комфортабельно, принимая один или оба препарата в домашних условиях, чем в клинике. Все женщины были удовлетворены этим методом и его приемлемостью. Таким образом, применение мифепристона с мизопростолом для прерывания беременности получило широкое распространение с большими колебаниями, и выбор этого метода как более предпочтительного происходит по разным соображениям.

Мифепристон и мизопростол у женщин с рубцом на матке. Большое значение для практики имеют работы, в которых производилось прерывание беременности мифепристоном в сочетании с мизопростолом у женщин с рубцом на матке. Хи и соавторы [327] проанализировали безопасность и возможность

прерывания беременности до 49 дней аменореи у женщин после операции кесарева сечения с помощью мифепристона и мизопростола. Из 192 женщин у 35 был рубец на матке и 157 случаев без рубца на матке в качестве контрольной группы женщин. Всем женщинам назначалось 25 мг мифепристона в течение 3-х дней и 600 мкг мизопростола на 4-й день. При анализе 35 случаев с рубцом на матке у 33 женщин был осуществлен полный аборт, что составило 94,29% женщин (с колебаниями от 81 до 99%), а в контрольной группе эффективность составила 89,8% (с колебаниями от 75 до 91%). Не выявлено серьезных осложнений при применении медикаментозного аборта с рубцом на матке.

Таким образом, с целью прерывания беременности ранних сроков у женщин с рубцом на матке введение мифепристона и мизопростола безопасно и эффективно, и необходимы дальнейшие, большие исследования для определения пригодности медикаментозного аборта как рутинного способа прерывания беременности у женщин с рубцом на матке.

Кровотечение. Некоторая кровопотеря во время аборта неизбежна, она возрастает с увеличением срока беременности. Для врача существуют два аспекта, относящиеся к кровотечению: чрезмерная скорость кровопотери и потеря необычно большого объема крови. Подготовка шейки матки с помощью простагландина уменьшает кровопотерю во время аборта, выполняемого с помощью вакуумной аспирации. Имеет значение вид обезболивания. Местное обезболивание связано с меньшей кровопотерей, чем общее обезболивание. При общем обезболивании кровопотеря увеличивается, если применяются средства, расслабляющие матку, такие как энфлуран или галотан. Парацервикальное введение вазопрессина уменьшает кровопотерю во время расширения и эвакуации во II триместре беременности и, вероятно, также в более ранние сроки беременности [308, 309]. При продолжающемся кровотечении можно произвести ревизию полости матки с помощью гистероскопа, а также применить марлевый тампон, смоченный вазопрессином. Применение анальгетических средств при медикаментозном аборте при беременности сроком менее или равной 63 дням проанализировано Westhoff и соавт. [308] у большого количества женщин, которые получали 600 мг мифепристона, и затем спустя 48 часов перорально назначалось 400 мкг

мизопростола однократно. Анализ проведен в 17 центрах США у 2121 женщин. Установлено, что в общем 27% женщин назначались наркотические анальгетики в день приема мизопростола, и частота их применения повышается с возрастом.

При изучении характера кровопотери после раннего аборта с применением 200 мг мифепристона перорально и 800 мкг перорально мизопростола или вакуумной аспирации в условиях применения местной анестезии установлено, что среди 2121 обследованных женщин у 80% средняя продолжительность кровопотери с медикаментозным абортом составила 14 дней, а при вакуумной аспирации в среднем 9 дней, но «кровомазание» наблюдалось в среднем около 10 дней одинаково часто в обеих группах. Длительность кровотечения возрастала со сроком беременности, но не за счет вакуумной аспирации. Пролонгированная кровопотеря наблюдалась редко и была больше связана с медикаментозным методом прерывания беременности, нежели с хирургическим методом. Применение оральных контрацептивов одинаково часто использовалось и не использовалось в обеих группах. Таким образом, по данным Davis и соавт. [167, 168, 169, 172], кровопотери продолжается дольше при медикаментозном аборте, чем после вакуумной аспирации. Использование оральных контрацептивов не повышает величину кровопотери, как после медикаментозного, так и хирургического метода прерывания беременности.

В обзорной работе Creinin, Рутаг рассматривают медикаментозный аборт как альтернативу хирургическому. Социальные и политические ограничения имеют ряд запрещений для применения мифепристона во многих странах. Как результат, исследователи, клиницисты и женщины во всем мире настаивают на развитии альтернативных режимов медикаментозного аборта [4, 169, 210].

ГЛАВА 2

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

2.1. Краткая характеристика клинических наблюдений

Нами обследовано 300 беременных женщин с применением мифепристона в основной группе. Группу сравнения составили 314 беременных с мини-абортом путем вакуум-аспирации. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, сроку беременности. Проводились ультразвуковые исследования в динамике у всех женщин до прерывания беременности, на 3—4 день после прерывания и на 7—10 день после прерывания беременности. При этом оценивалось содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца, крови и толщины эндометрия. Проведен анализ особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, проанализированы результаты ультразвукового исследования (до прерывания беременности, через 3—4 дня и 7—10 дней после прерывания беременности). Объем проведенных исследований представлен в таблице 1.

Таким образом, проведено 1842 ультразвуковых обследований беременных женщин в основной и контрольной группах. При этом при медикаментозном прерывании беременности проведено 900 УЗИ (до прерывания беременности, на 3—4-й и 7—10-й дни после прерывания беременности) и 942 УЗИ при хирургическом аборте.

Объем проведенных исследований

Основная группа	Количество $n - 1$	Контрольная группа	Количество $n - 1$
Медикаментозное прерывание беременности	$n = 300$	Хирургическое прерывание беременности	$n = 314$
УЗИ до прерывания беременности	300	—	314
УЗИ 3–4 день после прерывания беременности	300	—	314
УЗИ 7–10 день после прерывания беременности	300	—	314

Таблица 2

Возраст беременных в основной группе

Возраст	Количество наблюдений	
	Абсолютное число	Проценты
15–19	30	$10,00 \pm 1,73$
20–29	170	$56,67 \pm 2,86$
30–43	100	$33,33 \pm 2,72$

По возрасту беременные в основной группе распределились следующим образом. Данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, основную группу составили женщины от 20 до 29 лет ($56,67 \pm 2,86\%$), то есть каждая вторая беременная, и от 30 до 40 лет ($33,33 \pm 2,72\%$), то есть каждая десятая беременная, была в возрасте до 20 лет, половина беременных были в возрасте от 20 до 29 лет и каждая третья в возрасте от 30 до 43 лет. Идентичные данные по возрасту были в группе сравнения у беременных с мини-абортом.

Время появления первых менструаций

Возраст	Количество	Проценты
11	9	$3,00 \pm 0,98$
12	66	$22,00 \pm 2,39$
13	135	$45,00 \pm 2,87$
14	70	$23,33 \pm 2,44$
15	14	$4,67 \pm 1,21$
16	5	$1,67 \pm 0,73$
18	1	$0,33 \pm 0,33$

Данные о времени появления первых менструаций (менархе) представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, у 90% женщин среднее время появления первых менструаций наблюдалось от 12 до 15 лет. Позднее начало менструаций (16 лет и старше) отмечено лишь у 2% женщин.

Представляет большой интерес характер менструальной функции. Эти данные представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, продолжительность менструации 7–8 дней отмечена лишь у четырех пациенток, что составило $1,33 \pm 0,66\%$. В то же время болезненные менструации отмечены у каждой десятой ($9, \pm 1,68\%$). В равной степени это относится и к количеству теряемой во время менструации крови. Так, обильные и скудные менструации отмечены у 11% женщин, при этом преобладали обильные менструации ($8,33 \pm 1,59\%$). Нерегулярные менструации отмечены у 17 пациенток, что составило ($5,67 \pm 1,33\%$). Таким образом, характер менструальной функции не отличался от группы сравнения. Представляет существенный интерес, с учетом современных тенденций, время начала половой жизни. Эти данные представлены в таблице 5.

Таблица 4

Характер менструальной функции

Начало (с какого возраста), %			Продолжительность (количество дней)			Болевой синдром		Количество				Промежуток			
11-13	14-15	16	2-4	5-6	7-8	Е	Б/Б	УМ	СК	ОБ	21-27	28-30	Нерегулярные		
210	90	0	116	180	4	28	272	267	28	25	30	253	17		
70,00 ± 2,64	30,00 ± 2,64	0 ± 0,33	38,67 ± 2,81	60,00 ± 2,82	1,33 ± 0,66	9,33 ± 1,68	90,67 ± 1,68	89,00 ± 1,80	2,67 ± 0,93	8,33 ± 1,59	10,00 ± 1,73	84,33 ± 2,09	5,67 ± 1,33		

УМ — умеренные кровянистые выделения; СК — скудные; ОБ — обильные; Б/Б — безболезненные;
Б — болезненные

Начало половой жизни

Группа по возрасту	Количество	Проценты
15–17 лет	88	$29,33 \pm 2,62$
18–20 лет	194	$64,67 \pm 2,76$
21–43 года	18	$6,00 \pm 1,37$

Как видно из таблицы 5, раннее начало половой жизни в возрасте от 15 до 17 лет отмечено у каждой третьей женщины ($29,33 \pm 2,62\%$).

2.2. Метод исследования влияния антигестагенов на биопотенциал миометрии матки и их abortивный эффект

Этот раздел выполнен в лаборатории фармакологии (руководитель — доктор медицинских наук, профессор В.В. Корхов) НИИ Д.О. Отта РАМН.

Метод регистрации биоэлектрической активности миометрии является чувствительным способом оценки сократительной деятельности матки (В.В. Корхов, 1987 г.).

Проведено две серии опытов на 42 белых половозрелых беременных крысах линии Вистар, массой 180–210 г, полученных из питомника «Рапполово» РАМН.

О моторной деятельности матки судили по величине амплитуды и частоты биопотенциалов миометрии.

В ходе эксперимента изучали влияние на сократительную деятельность миометрии антигестагенов (мифегина, мифепристона, пенкрофтона). В настоящее время в современной литературе не имеется данных сравнительной оценки этих антигестагенов на сократительную деятельность матки. Дозы антигестагенов рассчитывали так, чтобы они были адекватны терапевтическим дозам в перерасчете на 1 кг массы тела беременной женщины. В первой серии исследования проводились с антигестагенами на 42 крысах. Антигестагены вводили орально в дозе 100 мг/животное (что адекватно 10 мг/кг у женщин) и уменьшенную дозу

10 мг/животное. Все препараты в указанных дозах вводили на 9–10 день беременности (постимплантационный период). Проводили наблюдение в течение последующих 7–8 дней с целью выявления возможных признаков прерывания беременности (кровянистые выделения из влагалища). Всех животных вскрывали на 16 день беременности и осуществляли ревизию полости матки. Учитывали наличие живых и мертвых плодов, мест резорбции и имплантации.

Во второй серии опытов изучали влияние антигестагенов в сниженных дозах (10 мг/животное) при последующем оральном введении простагландина (мизопростол в дозе 4 мкг/животное) на течение беременности. Простагландин вводили через 36 часов после назначения антипрогестинов.

Регистрацию биопотенциалов миометрии осуществляли с помощью 8-канального электроэнцефалографа фирмы «Galileo» в эксперименте *in vivo* по методике, разработанной В.В. Корховым и соавторами. Электроды располагали униполярно, регистрирующий серебряный электрод вводили в рог матки, всегда в одно и то же место. Индифферентный стальной электрод вводили (подкожно) в лапку крыс. Крыс наркотизировали внутривенным введением смеси уретана и оксibuтирата натрия на 500 мг/кг. После введения испытуемых препаратов подсчитывали амплитуду и частоту биопотенциалов действия на отрезке ленты, пройденном за 20 сек. Скорость движения ленты была постоянной и равнялась 7,5 мм/сек. В течение часа проводили регистрацию сократительной деятельности матки в норме, т.е. до введения препаратов. При статистической обработке полученных данных в группах подопытных животных учитывали физиологические колебания биопотенциалов миометрии у животных контрольных групп.

2.3. Методы изучения социально-психологических особенностей женщин

2.3.1. Анкета медико-социальных и этических проблем медикаментозного прерывания беременности на ранних ее сроках

В последние годы в литературе все большее внимание уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного

здоровья. Особое значение это приобретает при рассмотрении эпидемиологии искусственного аборта, эффективности и безопасности применяемых методов в организации службы выполнения абортов. Нами совместно с Педиатрической медицинской академией (СПб), кафедра биоэтики (зав. кафедрой профессор Г.Л. Микиртичан), была разработана анкета, отражающая медико-социальные характеристики беременных женщин, нуждающихся в медикаментозном прерывании беременности и профилактике осложнений, которые могут иметь место при медикаментозном прерывании беременности. Анкета представлена в приложении 1.

Изучение социально-психологических особенностей женщин и их мотивов хирургического или медикаментозного способа прерывания беременности осуществлялось с помощью следующих методик.

2.3.2. Методика изучения психических состояний человека (САНТУВ) А.Н. Николаева

Методика А.Н. Николаева является экспресс-методикой, с помощью которой можно было бы не только выявить уровень эмоционального возбуждения, но и получить данные, раскрывающие достаточно полную картину психических состояний беременной и их качественную специфику. Имеющиеся методики не могут в полной мере отразить эти состояния. Они, как правило, отражают одну из сторон психического состояния, например, методика на определение тревожности Ч.Д. Спилберга—Ю.Л. Ханина, или только их качественную сторону, как, например, методика «САН» В.А. Доскина и др. Для увеличения полноты охвата изучаемых психических состояний и создавалась предлагаемая экспресс-методика. Она представляет собой набор шкал со строго заданными интервалами, позволяющий оценить по два признака следующих семи состояний: самочувствия, активности, настроения, напряжения, тревожности, уверенности и эмоционального возбуждения. Методика проста в употреблении и пригодна для работы в кли-

нических условиях. Она является модифицированным вариантом методики В.А. Доскина «САН», которая неоднократно была использована и проверена в работе с беременными. Из списка, предложенного в методике, отбирались те признаки, которые имеют значения усредненного коэффициента сопряженности (по критерию χ^2), по каждому из состояний при уровне значимости ($P < 0,05$). Такой уровень значимости достаточный, но не чрезмерный, поскольку верхнее значение усредненных коэффициентов было задано при $P < 0,025$. Иначе при очень высоких значениях достоверности стала бы исчезать различительная возможность измеряемых переменных у различных испытуемых. Оказалось, что в число включенных в методику признаков попали те, которые имели значения коэффициентов вариации от 12% до 32%. Так был определен состав 14-и признаков, отражающих 7 состояний.

Каждый из признаков может быть оценен по 11-балльной системе. При обработке полученных данных необходимо сложить ответы женщин по двум признакам. Ключ к обработке полученных данных представлен в приложении 2. Если нам необходимо определить, например, состояние тревожности, то нас интересуют только признаки, помещенные на шкалах 5 и 12. Если, испытуемый, например, на шкале 12 — « 2 справа от нуля», это в соответствии с ключом значит, что он по первому признаку (шкала 5) получил 6 баллов, а по второму (шкала 12) — 8 баллов, то есть в сумме 14 баллов. Таким образом, состояние тревожности оценено в 14 баллов.

2.3.3. Методика изучения самооценки и уровня притязаний по Дембо—Рубинштейну

1) Анкета для изучения социально-психологических и мотивационных особенностей женщин, искусственно прерывающих беременность; 2) методика для изучения психических состояний человека (САННТУВ) в нашей модификации; 3) методика изучения ценностных ориентаций. Все методики и анкеты представлены далее.

2.3.4. Статистическая обработка результатов

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики на основании рекомендаций, изложенных в таблицах В.С. Генеса «Таблицы достоверных различий между группами наблюдения по качественным показателям» (Москва, 1964) от 4 до 20. «Учебное пособие по медицинской статистике под редакцией проф. Е.Я. Белицкой» (1972); Р.Б. Стрелкова (1966 г.) «Метод вычисления стандартной ошибки и доверительных интервалов средних арифметических величин с помощью таблицы» (Сухуми, 1966), а также в работах Л.Е. Полякова, Н.И. Вальвачева, М.И. Рижма, Н.В. Догля, А.Я. Юркевич.

ГЛАВА 3

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ВЫБИРАЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ИЛИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ

3.1. Теоретический анализ проблемы

Отношение к аборту в обществе. До недавнего времени большинство стран считало любое искусственное прерывание беременности преступлением против жизни неродившегося человека и против Бога. Хотя древнее законодательство не криминализировало искусственное прерывание беременности, оно не относилось к выкидышу равнодушно. Преступлением считалось причинение вреда женщине, в результате которого беременность прекращалась. Законы Хаммурапи гласили: «§ 202. Если человек ударит дочь человека и причинит выкидыш ее плода, то он должен уплатить за ее плод 10 сиклей серебра». Салическая правда устанавливала: «XXIV § 4. Если же кто лишит жизни ребенка в утробе матери раньше, чем он получит имя, и это будет доказано, присуждается к оплате 4000 ден., что составляет 100 сол.» [7]. Но законодательство было «глухо» к прерыванию беременности, совершенному по инициативе матери. Это не означает, что такие деяния не происходили. Они рассматривались как колдовство или как преступление против естества, подчиненные церковной юрисдикции. Наказание было самым суровым. Считалось, что человек в данном случае вмешивается в Божье проведение. К ответственности привлекалось как лицо, осуществившее аборт, так и женщина. Позднее изгнание плода каралось смертью,

например, по Каролине — уголовному законодательству Франции до 1789 г. Аборт, совершаемый по инициативе матери, а не любой выкидыш стал объектом спора общественных течений. К концу XIX века, когда женское движение все сильнее заявляло о своих правах, вопрос об абортах стал одним из принципиальных в отношениях между государством и обществом.

Обращение к мировым религиям показывает, что даже в религиозных текстах нет однозначной оценки. Дж. Ларю указывает: «История творения человека, изложенная в Книге Бытия, свидетельствует о том, что до того, как Ягве вдохнул в ноздри Адама «дыхание жизни», сделав его «душою живою», тот был всего лишь сделанной из глины фигурой (2:7)... В библейской литературе невозможно найти подтверждение того, в какой именно момент душа входит в тело, а также представляет ли собой плод «личность» или нет. Спор об абортах основывается исключительно на теологических построениях и является вопросом веры» [7, 106, 113].

Разделились голоса в мусульманстве и в индуизме. Как отмечается в материалах «Мировые религии в поддержку выбора»: «Все исламские теологи сходятся в утверждении, что аборт должен быть запрещен, когда он убивает душу, но вопрос о том, когда наступает «одушевление» плода остается предметом оживленных споров... Среди ученых школы Шафии некоторые допускают аборт в любое время до 120-дневного срока, некоторые только до 80-дневного, а некоторые запрещают любое время» [106, 107, 113]. Представители индуизма и буддизма считают аборт приемлемым в некоторых случаях. Израиль также не является страной, полностью запретившей искусственное прерывание беременности: аборт разрешен в тех случаях, когда беременность ставит под угрозу здоровье женщины. Аборт разрешен женщинам моложе 17 и старше 40 лет, а также если беременность наступила в результате изнасилования, кровосмешения, внесемейной связи или существует опасность неправильного развития плода.

Итак, проведенный анализ подтверждает: наиболее дискуссионный вопрос искусственного прерывания беременности — проблема возникновения новой жизни. Его определение предполагает закрепление в праве того или иного отношения к абортам.

Сторонники легализации абортов настаивают на наличии у женщины права на неприкосновенность частной жизни:

«Аборт — это личный выбор женщины. Женщина имеет право принимать решение в отношении своего тела». Вопросы, связанные с деторождением, должны быть исключительно частным делом человека.

Судить о распространении искусственного аборта в России в дореволюционное время очень трудно ввиду отсутствия статистических данных. Только отчеты некоторых крупных городских больниц дают косвенные указания на то, что в России большие города давали значительное число искусственных абортов.

Первым опытом официальной легализации искусственного прерывания беременности стала коммунистическая Россия. 18 ноября 1920 г. постановлением Наркомздрава и Наркомюста было закреплено: «Но пока моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часто женщин решиться на эту операцию. Наркомздрав и Наркомюст, охраняя здоровье женщин и интересы расы от невежественных хищников и считая метод репрессий в этой области абсолютно не достигающим цели, постановляют: 1. Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность...». Однако, уже 27 июня 1936 г. в целях повышения численности роста населения страны Центральный исполнительный комитет и Совет Народных Комиссаров СССР принимают Постановление «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах». В 1955 г. 23 ноября этот запрет снова был отменен Указом Президиума Верховного Совета СССР. Тем не менее, советское законодательство так и не смогло преодолеть настороженное отношение к практике абортов. Даже Закон РСФСР «О здравоохранении» от 29 июля 1971 г., систематизировавший законодательство в этой сфере, не упоминает об абортах, закрепляя лишь туманную фразу: «В целях охраны здоровья женщины ей предоставляется право самой решать вопрос о материнстве» (статья 66). Все это свидетельствует о том, что запретительное отношение к абортам (а точнее к любым действиям, направленным на предотвращение беременности) было вытеснено из официального права.

В США первым законом о регулировании искусственного прерывания беременности стало правило, принятое в штате Коннектикут в 1821 г., запрещающее применение ядовитых веществ с целью вызвать аборт. С 1880 г. на всей территории страны аборты были запрещены на законодательном уровне. Только в конце 50-х—начале 60-х годов XX века начали поступать предложения о пересмотре отношения к данной проблеме. Были установлены сроки беременности, ограничивающие право самостоятельно решать вопрос материнства. Тем самым Верховный суд закрепил за женщинами конституционно охраняемое право на выбор, делать аборт или нет, в пределах медико-биологической допустимости. В этом решении было признано, что если эксперты в области медицины, философии и теологии не могут прийти к единому мнению о начале жизни, то и судебные инстанции на данном этапе развития человеческих знаний не могут ответить на этот вопрос.

В 1988 г. Верховный суд Канады объявил недействительными положения, разрешающие аборты только в специализированных больницах и только тогда, когда больничный комитет признает это необходимым в целях сохранения здоровья женщины. Суд сделал вывод, что запрещение абортов может создать существенную угрозу «личной безопасности» и «не соответствует принципам «фундаментального правосудия», поскольку предусмотренные им процедуры ведут к предупреждению абортов даже у тех женщин, которые согласно установленным стандартам и по определению парламента, имеют достаточно оснований для аборта» [5].

Практика Европейского суда по правам человека свидетельствует о его осторожности в оценке законодательных актов об абортах. Согласно ст. 2 Европейской конвенции о правах человека право на жизнь распространяется на нерожденных детей. Правда, при этом не затрагивается фундаментальный вопрос: с какого момента следует признавать право на жизнь, с момента рождения или с момента зачатия. Ведущим в законодательстве выступает не право на жизнь, а право на уважение частной жизни (ст. 8), что оставляет определенную свободу выбора. В частности, статья допускает ограничения права на частную жизнь, что позволяет положительно оценивать антиабортное законодательство. Вместе с тем это не исключает учета различных аспектов допустимости

искусственного прерывания беременности, признавая их в тех или иных конкретных случаях как прямое продолжение реализации права свободно располагать собой [41].

Итак, политика государства и законодательство в области аборта сильно варьируют — от полного запрета до разрешения. Однако, несмотря на значительный накопленный опыт, в реальной политике не удается органически сочетать важнейшие принципы: здоровье женщины, здоровье будущего ребенка, автономия личности, господствующие в обществе этические нормы.

Психоаналитика аборта. Воля женщины, решающей прервать беременность, может детерминироваться множеством внешних социальных, психологических причин. Но при этом необходимо отметить, что в решении сделать аборт присутствуют и неосознаваемые детерминанты, связанные с глубинным психологическим смыслом понятий женственность, мужественность, беременность, аборт, жизнь, смерть. Психоаналитические исследования становления женственности [97] позволяют подойти к проблеме аборта в ее внутреннем содержании, рассмотреть неосознаваемые механизмы, управляющие поведением женщины, решающей на аборт (ее мотивы, переживания).

Физически аборт связан с умиранием плода и выделением при этом крови из тела женщины. Символически выделение крови прочерчивает грань между жизнью и смертью, между двумя временными состояниями, между умиранием и возрождением. Разворачивание женственности на протяжении всей жизни у женщины соотносится с символическим умиранием — возрождением и выделением крови. В раннем возрасте «умирание» проявляется в переориентации сексуальности девочки на отца, разрыве с матерью, в отрицании своей женственности. Это сопровождается фантазиями о боли, крови, кастрации. Возраст менархе приносит «умирание» девочки в девушке, умирание с кровью, с оживлением и насыщением архаических фантазий о кастрации. Вступление в половую жизнь, сопровождается переходом в новое психологическое и часто социальное состояние — умирает девушка, возникает женщина. Боль и кровь дефлорации, а также вытесняемая агрессия на мужчину становятся определяющими факторами развития взрослой женской сексуальности. Наконец, еще одним «кровавым делом» в жизни женщины становятся роды и аборт; порождение и убийство, идущие из одного источника.

И в родах, и в аборте происходит символическое умирание целостности тела, симбиоза женщины с плодом и возрождение в ином качестве.

Если для мужчины кастрация является символической угрозой, которую он на протяжении своей жизни пытается преодолеть (в случае реальной кастрации мужчина как мужчина исчезает), то для женщины кастрация осуществляется на всех описанных ступенях как реальное, сопряженное с кровью действие, придающее женщине ее специфику. Жизнь женщины — это внутренняя тайная война, и мы периодически наблюдаем лишь кровавые следствия такой войны.

В этом смысле аборт — наиболее прямое кастрирующее действие. Если в момент родов женщина отделяет от себя часть своего тела, т. е. «кастрируется», то в результате родов она приобретает ребенка в качестве фаллического заместителя. В ситуации аборта женщина лишается ее внутреннего фаллоса, и не остается его внешнего заместителя. Происходит не просто выворачивание внутреннего во внешнее (как, например, в родах), а разглаживание типологической структуры женщины, распрямление в плоскость. Тем драматичнее переживается аборт, ибо он не только совершает специфическое для женщины действие, но в какой-то момент «снимает» женственность. В этом противоречивая функция аборта для женщины.

После аборта возможно бесплодие. Зная это, женщины тем ни менее бессознательно «предпочитают» данное средство контрацепции. Противоречие состоит в естественном стремлении женщины к утверждению женственности (в пределе — это беременность) и стремлении к снятию женственности в последствии аборта. Складывается впечатление о стремлении к балансированию между женственностью и маскулинизацией. Женственность утверждается через самоотрицание.

Аборт, возобновляющий менструацию, это вероятностное возвращение в любое «время крови», актуализация архаических переживаний (травмы рождения, менархе, дефлорации и т. п.). Амбивалентность природы женщины в своем пределе проявляется как равновесие беременности и выкидыша (аборта). Модель маточной войны показывает биологическое и психологическое отношение внутри симбиоза матери и плода. Стремления к сохранению плода

и отторжению его от матки бессознательно конкурируют друг с другом. Субъективное принятие женщиной определенного решения осознанного или бессознательного определяет судьбу плода. В аборте он сознательно изгоняется из чрева, т.е. реализуя одну из тенденций. В этом смысле женская амбивалентность есть равновесия жизни и смерти, конструктивности и деструктивности.

В рамках данного подхода С.Ф. Сироткиной и М.А. Даниловой [97] было проведено пилотажное психологическое исследование отношения к аборту. В исследовании участвовали студенты, не делавшие аборта. Они составляли рассказы по темам, побуждающим представить переживания женщины, совершившей аборт. В результате обозначились несколько комплексов возможных переживаний.

Прежде всего, отмечается переживание физической и душевной боли, сопричастности со смертью, страхом смерти. Примыкает к этому переживание *пустоты*, потери чего-то важного. По-видимому, пустота конституционно связана с женственностью, соответствует внутреннему напряжению, женскому варианту кастрационного комплекса.

Переживание *освобождения* рационализируется как освобождение от проблемы. В этом комплексе переживаний, вероятно, отражаются анальные аспекты женственности.

Агрессивный аспект переживаний аборта реализуется также в прямой объектной *агрессии* на партнера, обстоятельства, весь мир. В данном случае наблюдаются выбрасывание сдерживаемого до сих пор враждебного импульса женщины, полная власть деструктивности.

Комплекс переживаний, связанных с *чувством вины* перед ребенком, партнером, другими, самой собой, выстраивается, по-видимому, на основе вытесненной агрессивности в отношении плода, которая реализовалась в аборте. Агрессия, направленная на зачатый плод, соотносится с мазохистскими установками женщины и направляется на себя. Результатом этой аутоагрессии является депрессивность после аборта

Глубинное психологическое рассмотрение проблемы аборта может способствовать правильному построению работы по психологическому сопровождению женщины, решившейся на аборт: выбор подходящего для данной пациентки метода (хирургический,

медикаментозный), актуализация защитных механизмов, компенсирующих психологические потери.

Социологические исследования проблемы аборта. На репродуктивное поведение женщины существенное влияние оказывают социальные факторы. Проанализируем некоторые из них.

Как показывают исследования, проведенные А.Н. Юсуповой [118, 119, 120], В.Ю. Альбицким [9, 10] и другими [7] основную группу женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, составляют лица в возрасте 20—29 лет и 30—39 лет (38,2% и 31,3% соответственно). Доля женщин 18—18 лет составляет 14,6%, 17 лет и моложе — 11,8%, 40 лет и старше — 4,2%.

По своему социальному статусу это, в первую очередь, домохозяйки (26,8%), затем служащие (23,2%), учащиеся и студентки (21,1%). Число представительниц рабочих профессий равнялось 17,6%. Работницы бизнеса составили всего 4,9%, прочих профессий 6,3%. Большинство опрошенных имели среднее и среднее специальное образование (51,5%). На высшее и незаконченное высшее образование указали 37,9%.

Характер деятельности опрошенных связан, главным образом, с умственным трудом (44,6%) и ведением домашнего хозяйства (26,8%). Физические нагрузки испытывали 18% женщин, профессиональные вредности имели 6,5%.

С позиции оценки материальной обеспеченности 79% респондентов были среднего достатка, 18,2% — низкого и очень низкого, высокого достатка — 2,8%, только 64,8% женщин имели отдельную квартиру или собственный дом. В коммунальной квартире проживали 21,8%, не имели жилья и пользовались предоставленным общежитием или снимали частную квартиру 13,45% опрошенных.

Что касается семейного положения, то большинство женщин проживали с мужем (59,6%). Чаще всего брак был зарегистрирован (43,3%). Остальные 40,4% не имели мужа, а 26,9% не имели и детей.

Обращает на себя внимание тот факт, что 31,95% женщин, участвовавших в исследовании, решили прервать первую беременность.

Подавляющее большинство женщин имели вредные привычки: 79,5% курили (чаще всего мало или умеренно), 82,5% эпизодически употребляли алкоголь. Пристрастия к наркотикам или

токсическим веществам не отметил никто. Подавляющее большинство лиц с вредными привычками относятся к возрастной группе до 29 лет.

Анализ состояния здоровья по результатам анкетирования позволил выявить, что более половины опрошенных (54,3%) страдают гинекологическими заболеваниями и 46,3%, кроме того, имеют патологию со стороны других органов и систем.

Результаты исследования показали, что нет женщин из числа опрошенных, которые не имели никакой информации о профилактике нежелательной беременности. Однако предохранялись от последней (данной) беременности всего 12,3% женщин. Но использование неэффективных средств, а также нерегулярное их применение и явилось у этой группы женщин причиной прерывания беременности.

Первое место среди причин, по которым женщины, принимавшие участие в исследовании, не имели возможность сохранить настоящую беременность, заняли материальные затруднения и неудовлетворительные бытовые условия (23,1%), второе — достаточное, по мнению респондентов, количество детей в семье (18,8%), третье — конфликтная ситуация в семье и нежелание мужа иметь детей (10,9%). Далее препятствуют рождению детей отсутствие уверенности воспитать ребенка в одиночку (8,4%), занятость на работе (4,8%) и невозможность устроить ребенка в детское дошкольное учреждение (1,5%), 6,5% женщин вообще не желают иметь детей. Наряду с другими причинами прерывания беременности 26% женщин назвали особенности состояния здоровья.

Судя по ответам на вопросы анкеты, подавляющее большинство женщин предпочитают прервать беременность в платном учреждении (78,5%), в стационаре по месту жительства и в женской консультации — соответственно всего 11,5% и 3,8%; 5,4% женщин высказали желание провести эту операцию на дому.

Многим опрошенным важны длительность процедуры прерывания беременности, условия подготовки к ней, конфиденциальность: 62,1% из них хотели бы прервать эту беременность в течение дня, 29% — анонимно, а 9% — без предварительной сдачи анализов.

Несомненно, что (особенно с развитием и использованием современных технологий) большинство пожеланий женщин при определенных обстоятельствах могут быть учтены.

Таким образом, неэффективная контрацепция, необходимость прерывать беременность по медицинским показаниям, приверженность части женщин к прерыванию беременности, нежели к ее предупреждению, предполагает, что аборт будет иметь свое место и в будущем. Актуальным является вопрос выбора метода, нивелирующего негативные последствия аборта, например, медикаментозное прерывание беременности.

Психологические особенности женщин, прерывающих беременность искусственным абортом. Психологические особенности личности определенным образом влияют на степень адаптации человека к различным обстоятельствам, восприятие или оценку тех или иных ситуаций, характер поведения и мотивацию поступков. Проанализируем психологические особенности женщин, прерывающих беременность искусственным абортом.

Обратимся к результатам исследования, проведенного А.Н. Юсуповой [118, 119, 120], обследовавшей 200 женщин, обратившихся в женские консультации и гинекологические отделения г. Набережные Челны для прерывания беременности. Для психологического тестирования были использованы тест на личностную тревожность, разработанный Ч.Д. Спилбергом (США) и адаптированный Ю.Л. Ханиным, и опросник PEN Ганса и Себиллы, Айзенк в сокращенном варианте (исследовался психотизм и нейротизм).

Результаты исследований показали, что у опрошенных женщин первое место по степени выраженности занимает тревожность. Личностная тревожность характеризует склонность воспринимать круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Она предполагает личностную особенность к появлению тревоги, сомнений и неуверенности в ситуациях оценки своей компетентности, действий и принимаемых решений. Шкала самооценки личностной тревожности определяет три степени тревоги: низкую, умеренную и высокую. Последняя прямо коррелирует с наличием психологических срывов, неадекватным поведением и психосоматическими заболеваниями, которые являются результатом высокой чувствительности к стрессу у лиц с этой личностной особенностью. Среди опрошенных высокая тревожность была характерна для 66,2% женщин, умеренная — для 32,3% и низкая — для 1,5%.

Второе место по степени выраженности у опрошенных женщин занимает нейротизм, который также имеет три степени: низкую, умеренную и высокую. Человеку с высоким нейротизмом свойственны сверхчувствительные реакции, напряженность, тревожность, недовольство собой и окружающим миром. Среди женщин, участвовавших в исследовании, высокий уровень нейротизма был выявлен у 25%, умеренный — у 69,3% и низкий — у 5,7%.

Третье место по степени выраженности принадлежит психотизму. Шкала психотизма свидетельствует о способности к девиантному поведению, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности лиц, имеющих высокие оценки по данной шкале. Среди опрошенных низкая степень психотизма характеризует 40,7% женщин с абортами, средняя — 50,7% и высокая — 8,6%.

Таким образом, полученные в данном исследовании данные свидетельствуют о том, что доля женщин с интенсивно выраженными психическими реакциями среди женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, очень высока.

В другом исследовании дается многофакторная оценка психо-эмоционального состояния женщин, решившихся на аборт, выявленного с помощью шкалы Тейлора и их личностных особенностей, изученных с помощью опросников Айзенка, Леонгарда-Шмицке и шкалы самооценки по Дембо-Рубинштейн. Установлено, что большинство пациенток, делающих аборт, имеют дезадаптивные индивидуально-психологические черты: хроническую тревожность (80%), эмоциональную неустойчивость (72%), низкую самооценку (54%), заострение на эмоционально-негативных переживаниях, интровертированность, невротизм (52%). Для состояния этих женщин свойственно снижение жизненного статуса, невротизация, хроническое эмоциональное напряжение, дефицит позитивных эмоций, развитие астенизации, анемии, игнорирование проблем, связанных со здоровьем и предупреждением нежелательной беременности.

Согласно данным американских исследований, проведенных Институтом Аллана Гаттмейчера, для большинства женщин благотворное эмоциональное воздействие аборта перевешивает психологический риск (Osofsky et al., Niswander, Singer, Singer, Nadelson). Если исключить случаи осложненных абортов,

ни в одном из многочисленных исследований не было обнаружено существенного повышения случаев психических расстройств после аборта (Holden). По мнению этих исследователей, психологические проблемы, возникающие после прерывания беременности, встречаются гораздо реже, чем послеродовая депрессия.

Американская психологическая ассоциация организовала специальную комиссию, в задачу которой входил сбор данных по психологическим реакциям американских женщин после легальных абортов. Вывод этой комиссии гласил: легальное прерывание нежелательной беременности, произведенное в первом триместре, «не оказывает отрицательного влияния на психику большинства женщин; депрессивные состояния вследствие аборта чрезвычайно редки» (Adler et al.).

Некоторые из участвовавших в исследовании женщин сообщали о значительном успокоении, наступающем после аборта (H.P. David). Например, одна из пациенток утверждала:

«Когда я обнаружила, что забеременела, мне показалось, что впереди мрак. Как только мне сделали аборт, я вновь ощутила над собой солнце» (из картотеки авторов). Тем не менее, женщины, перенесшие аборт, довольно часто говорили о чувстве вины, грусти и утраты.

По данным Московского центра гендерных исследований, 43% женщин рассматривали аборт как операцию, наносящую вред здоровью, и 15% связывали с абортом не только физические, но и психические страдания. В большинстве случаев аборт не представляет опасности для психического здоровья опрошенных женщин. Многие из них отмечали психологические трудности, обусловленные нервным напряжением, связанным с поиском возможности прервать беременность.

Проведенный нами анализ психологических особенностей женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, свидетельствует о необходимости организации для них психологической поддержки, включающей в том числе выбор средства прерывания беременности, щадящего психическое здоровье пациентки.

Причины отказа пациентов от хирургического вмешательства.
В медицинской практике нередко отмечают случаи, когда больному необходима операция по жизненно важным показаниям, а он не дает согласия на ее выполнение.

Рассмотрим причины отказа пациентов от хирургического вмешательства.

По мнению заведующего кафедрой общей хирургии Гродненского медицинского института профессора П.В. Гарелика наиболее частой причиной отказа больного от оперативного метода лечения является страх. Чувство страха — естественная, генетически детерминированная эмоциональная реакция, направленная на самосохранение. Страх испытывают все, и только люди, не ведающие об опасности, при выраженном угнетении сознания и расстройствах психики, не испытывают этого чувства.

Женщины, принявшие решение прервать беременность, могут испытывать страх грубого вмешательства в их плоть: введение в матку пластиковой трубки, подсоединенной к вакуум-генератору, и отсасывание тканей плода, плаценты, плодных оболочек; рассечение и удаление плода, выскабливание металлической кюреткой стенок матки.

Кроме того, женщины боятся осложнений после аборта. Последствиями хирургического аборта могут быть воспалительные процессы, рубцы, спайки матки и придатков, что приводит при последующих беременностях к неправильному прикреплению в матку плодного яйца, самопроизвольному выкидышу, кровотечению во время беременности, тяжелому течению родов, бесплодию.

Определенный страх у пациенток может вызывать сама атмосфера абортария: скудность обстановки, хирургические инструменты, гинекологическое кресло, сотрудники в халатах и масках.

У части женщин, прерывающих беременности с помощью хирургического аборта, страх связан с методами анестезии. Обезболивание при операции аборта стало применяться в лечебных учреждениях только со второй половины 60-х годов. Однако качество его до сих пор оставляет желать лучшего. Нередко применяемые препараты представляют определенную угрозу для здоровья женщины.

Вторая группа причин отказа пациентов от хирургической операции связана с религиозным мировоззрением, социокультурными стереотипами, житейскими установками. Женщины, решившиеся на аборт, могут испытывать чувство вины из-за нарушения религиозных, нравственных заповедей.

Кроме того, причинами отказа пациента от операции может быть недоверие к методу, к его эффективности, недостаточно

высокая квалификация персонала, плохая информированность о подробностях производимой операции, отсутствие возможности сознательно участвовать в процессе хирургического вмешательства (контролировать, нести ответственность).

Медикаментозный аборт, по сравнению с хирургическим, позволяет снять страхи пациенток, связанные с вмешательством в плоть, анестезией, опасностями послеоперационных осложнений, негативной атмосферой абортария. Он позволяет снять психическое напряжение у пациенток, неоднозначно относящихся к аборту, дает женщине ощущение возможности осознанно контролировать сам процесс прерывания беременности.

Медикаментозный аборт как способ минимизации вреда физическому и психическому здоровью женщины. Состояние репродуктивного здоровья женщин России из-за абортов прогрессивно ухудшается. Кроме того, часть женщин, всячески стараясь избежать операции аборта, предпринимают попытки прервать беременность самостоятельно: греют ноги, пьют отвар пижмы, занимаются тяжелым физическим трудом и т. д. Как правило, эти меры не могут дать желаемого результата. Полного аборта не происходит, и выскабливание приходится выполнять уже в порядке неотложной помощи, иногда при угрожающем жизни женщины кровотечении. А это, в свою очередь, увеличивает риск других осложнений — нарушение менструального цикла, воспалительных заболеваний, развития бесплодия.

Сегодня стало возможным нехирургическое прерывание нежелательной беременности с помощью таблетизированных препаратов, в частности отечественного препарата Пенкрофтон (международное непатентованное название — мифепристон). Метод медикаментозного прерывания беременности известен почти 15 лет. Во Франции, Великобритании, Голландии и некоторых других Скандинавских странах для прерывания беременности уже в течение 10 лет успешно применяется препарат RU-486, разработанный французской фирмой Руссель. Большинство абортов в этих странах — медикаментозные. Во Франции 80%, в Голландии 75% женщин предпочитают медикаментозный аборт хирургическому вмешательству. Недавно RU-486 был разрешен к применению даже в такой предубежденной, а иногда и враждебно

настроенной по отношению к аборту стране, как США. В России метод медикаментозного прерывания беременности начали использовать несколько лет назад в медицинских центрах Москвы и Санкт-Петербурга, позднее — в Томске, Чебоксарах, Иванове, Владивостоке, Туле, Ярославле, Магнитогорске. Применяемые с этой целью лекарственные препараты относятся к антигормонам: они блокируют действие прогестерона — «гормона беременности». Происходят отслойка плодного яйца и самопроизвольное изгнание его из полости матки. Для облегчения опорожнения матки дополнительно назначают препарат из группы простагландинов. По данным НИИ гинекологии, акушерства и перинатологии Томского научного центра СО РАМН, при комплексном использовании этих препаратов на ранних стадиях беременности (до 6 недель) у 98,6% женщин достигается полное ее прерывание, у 0,8% отслойка плодного яйца не происходит, у 0,6% женщин при совершившейся отслойке плодного яйца оно может задержаться в матке [42].

Пенкрофтон принимают под контролем врача по строго определенному протоколу в специализированном лечебном учреждении. Через несколько часов после приема трех таблеток препарата появляются кровянистые выделения, количество которых не превышает таковое при обычной менструации. Через 36—48 часов женщина в присутствии врача принимает 2 таблетки простагландина. В течение первых 24 часов происходит выкидыш. Болевые ощущения внизу живота в момент изгнания плодного яйца, как правило, бывают незначительными или умеренными. Они обычно той же интенсивности, что и при болезненно протекающей менструации. Однако, через 1,5—2 недели нужен контрольный врачебный осмотр.

Блокада рецепторов прогестерона под влиянием антигормонов носит временный и обратимый характер, поэтому никаких неблагоприятных последствий ни для следующего менструального цикла, ни для способности к зачатию не отмечается. Этот метод исключает осложнения во время операции (кровотечение, перфорация матки, осложнения, связанные с наркозом), ранние и поздние послеоперационные осложнения (острый послеабортный эндометрит, аднексит, вторичное бесплодие). Медикаментозное

прерывание беременности с помощью препарата Пенкрофтон практически не оказывает отрицательного влияния на иммунную систему молодых не рожавших женщин и подростков.

Медикаментозный аборт психологически переносится женщинами легче. Он воспринимается как естественный процесс — обильно протекающая менструация. Осуществление процедуры медикаментозного аборта не в абортарии, а в терапевтическом кабинете, отсутствие риска, связанного с анестезией, опасностью инфицирования, страха осложнений операционного вмешательства уменьшает психологическую травму, связанную с абортом. Женщина может возобновить свои интимные отношения с партнером через 7–14 дней после медикаментозного аборта, а не спустя месяц, как в случае с хирургическим. Таким образом, вред, наносимый абортом физическому и психическому здоровью женщины, можно минимизировать, используя медикаментозный метод прерывания беременности.

3.2. Описание психологического исследования

3.2.1. Условия проведения, цель, задачи и методы эксперимента

Эксперимент проводился на базе научно-исследовательского Института акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН и медицинского центра «Даная» г. Санкт-Петербурга в январе–марте 2004 года. В исследовании приняли участие 40 женщин, обратившиеся в медицинское учреждение с целью прервать нежелательную беременность. Из них 27 выбрали хирургический аборт и 13 — медикаментозный.

Был проведен сравнительный анализ психологических особенностей женщин, предпочитающих хирургический аборт, и женщин, выбравших медикаментозный метод прерывания беременности. При этом были изучены социально-психологические особенности женщин и их мотивы выбора хирургического или медикаментозного способа прерывания беременности; психические состояния женщин; особенности ценностных ориентаций женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту.

Использовались следующие психологические методы: анкетирование, методика изучения психических состояний человека (САНТУВ) А.Н. Николаева, методика изучения самооценки и уровня притязаний Дембо—Рубинштейн.

3.2.2. Изучение социально-психологических особенностей женщин и их мотивов выбора хирургического или медикаментозного способа прерывания беременности

Для изучения социально-психологических особенностей женщин и мотивов их предпочтения хирургического или медикаментозного аборта мы разработали анкету, состоящую из 7 вопросов, сформулированных в закрытой форме. Участвовавшие в исследовании женщины выбирали наиболее подходящие, по их мнению, ответы и ставили «галочку» в соответствующей графе таблицы (приложение 3).

Проанализируем ответы женщин на вопросы анкеты. Условно назовем группу женщин, выбравших хирургический аборт, группой «Х», а женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту — группой «М».

Таблица 6

Распределение женщин в группах по возрастным группам

Возрастная группа	До 20 лет	От 21 до 25 лет	От 26 до 30 лет	От 31 до 35 лет	От 36 до 40 лет	Более 40 лет
Группа «Х», % (чел.)	3,7 (1)	—	40,8 (11)	14,8 (4)	22,2 (6)	18,5 (5)
Группа «М», % (чел.)	—	69,2 (9)	30,8 (4)	—	—	—

Анализ данных, представленных в таблице 6, показывает, что все женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, принадлежат к возрастной группе от 21 до 30 лет. Причинами такого распределения являются, возможно, не только возрастные противопоказания, но и большая восприимчивость молодых людей к новациям.

Таблица 7

Распределение женщин в группах по уровню образования

Уровень образования	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Неполное высшее	Высшее
Группа «Х», % (чел.) в	3,7 (1)	11,1 (3)	14,8 (4)	—	70,4 (19)
Группа «М», % (чел.)	—	—	7,8 (1)	23,0 (3)	69,2 (9)

Сравнивая образовательный уровень женщин названных групп, мы видим, что среди пациенток, выбравших медикаментозный аборт образовательный уровень выше. Это предполагает у них наличие умения воспринимать и критически оценивать информацию.

Таблица 8

Распределение женщин в группах по количеству детей

Количество детей	Нет детей	Один ребенок	Два ребенка	Три и более детей
Группа «Х», % (чел.)	29,6 (8)	55,6 (15)	14,8 (4)	—
Группа «М», % (чел.)	30,8 (4)	69,2 (9)	—	—

Анализ распределения женщин в группы по количеству детей показывает, что женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, не имеют детей или имеют одного ребенка. Возможно, женщины, планирующие в будущем иметь детей, выбирают метод прерывания нежелательной беременности, способствующий бережному отношению к своему репродуктивному здоровью.

Таблица 9

Распределение женщин в группах по семейному положению

Семейное положение	Замужем	Не замужем	Разведена	Состоит в гражданском браке
Группа «Х», % (чел.)	55,7 (15)	14,8 (4)	14,8 (4)	14,8 (4)
Группа «М», % (чел.)	30,8 (4)	38,4 (5)	—	30,8 (4)

Из таблицы 9 видно, что большинство женщин, выбравших медикаментозный аборт, не состоит в браке. Данная социальная характеристика, видимо, связана с молодым возрастом этих женщин.

Таблица 10

Распределение женщин в группах по религиозным взглядам

Религиозные взгляды	Верят в Бога	Не верят в Бога	Затруднились ответить
Группа «Х», % (чел.)	29,6 (8)	55,6 (15)	14,8 (4)
Группа «М», % (чел.)	30,8 (4)	—	69,2 (9)

Данные таблицы показывают, что более половины женщин, выбравших хирургический аборт, считают себя атеистами. Среди женщин, отдавших предпочтение немедикаментозному аборту, таких нет. Они называют себя верующими людьми или не определившимися в вопросах веры.

Таблица 11

Распределение женщин по доверительности отношений с партнером

Степень доверительности при принятии решения об аборте	Решение принято совместно с партнером	Партнер поставлен в известность о решении	Партнер не поставлен в известность о решении
Группа «Х», % (чел.)	85,2 (23)	7,8 (15)	23,0 (3)
Группа «М», % (чел.)	100 (13)	—	—

Согласно данным таблицы все женщины, решившиеся на медикаментозное прерывание беременности, приняли решение об аборте совместно с партнером. Это может свидетельствовать о более близкой эмоциональной связи и доверительности в отношениях с партнером.

Сравнивая результаты, представленные на гистограммах 1 и 2 (приложение 4), мы видим, что для женщин, выбравших хирургический аборт, наиболее значимым является надежность метода. Для женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, самым важным оказалось стремление избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством. На втором месте по значимости у женщин с хирургическим абортом находится мотив, связанный с тем, что женщина использовала этот способ прерывания беременности и ранее. Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, второй важной причиной является безопасность метода. Третьим по степени значимости у женщин, выбравших хирургический аборт, является мотив меньших временных затрат, четвертым — доступность цены, пятым — противопоказания для использования других средств прерывания беременности. У женщин, выбравших медикаментозный аборт, на третьем месте по важности значится рекомендация этого метода врачом.

3.2.3. Психические состояния женщин, выбравших хирургический или медикаментозный аборт

Изучение психических состояний женщин проводилось с помощью методики изучения психических состояний человека (САНКТУВ) А.Н. Николаева (приложение 5).

Результаты изучения психических состояний по данной методике представлены в таблицах 12 и 13.

Статистическая обработка результатов исследования проведена по каждому параметру с помощью U-критерия Манна-Уитни, а затем с помощью критерия ϕ^* — углового преобразования Фишера в сочетании с λ -критерием Колмогорова—Смирнова.

При подсчете критерия U Манна—Уитни баллы, полученные по каждому из параметров, были проранжированы в рамках «большой» группы, объединяющей группы «Х» и «М». Затем

Таблица 12

Результаты изучения группы женщин, выбравших медикаментозный аборт,
с помощью методики САНТУВ

Параметр	Пациентка №												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Самочувствие	5	7	5	6	9	5	5	3	4	5	5	5	8
Активность	9	7	6	6	7	9	9	8	10	7	9	6	6
Настроение	8	7	8	7	6	8	8	8	9	8	8	8	8
Напряжение	14	9	10	9	8	14	9	14	14	8	14	10	10
Тревожность	11	8	9	9	9	11	11	11	11	10	11	9	9
Уверенность	5	8	9	8	7	5	5	5	5	9	5	9	9
Эмоциональное возбуждение	12	7	9	6	7	12	12	12	9	10	12	9	9

**Результаты изучения группы женщин, выбравших хирургический аборт,
с помощью методики САННТУВ**

Параметр	Пациентка №																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Самочувствие	7	9	5	10	11	8	14	11	8	8	5	5	10	9	7	10	11	12	7	8	14	13	10	12	5	14	11
Активность	12	7	6	5	4	8	2	7	12	12	6	6	8	7	5	6	3	4	6	8	2	4	7	10	6	2	8
Настроение	4	8	8	8	9	12	14	2	4	4	8	8	6	8	8	8	8	9	11	12	14	13	5	5	8	14	5
Напряжение	10	8	10	11	12	9	11	13	9	10	10	10	7	8	12	10	12	12	9	9	11	10	14	14	10	11	14
Тревожность	10	6	9	8	6	8	14	14	10	10	9	9	6	6	8	8	7	6	8	8	14	13	14	13	9	14	14
Уверенность	10	8	9	10	8	7	8	7	10	10	9	9	8	8	10	10	10	7	7	7	8	5	6	8	9	8	7
Эмоциональное возбуждение	8	6	9	7	4	7	14	14	8	9	9	9	7	6	6	6	5	4	9	5	14	13	13	14	9	14	14

Результаты статистической обработки экспериментальных данных по методике САННТУВ с помощью U-критерия Манна-Уитни

Параметр	T_x	T_M	$T_{\max}$	n_x	n_M	$n_{\max}$	$U_{\text{эмп}}$
Самочувствие	684,5	135,5	684,5	27	13	27	44,5
Активность	493,5	326,5	493,5	27	13	27	235,5
Настроение	569,5	250,5	569,5	27	13	27	159,5
Напряжение	549,5	270,5	549,5	27	13	27	179,5
Тревожность	518,5	301,5	518,5	27	13	27	210,5
Уверенность	625	195	625	27	13	27	104
Эмоциональное возбуждение	526	294	13	27	13	27	203

вычислены ранговые суммы для каждой из групп и подсчитан критерий по формуле:

$$U = (n_x \cdot n_M) \frac{n_{\max} + (n_{\max} + 1)}{2} - T_{\max},$$

где n_x и n_M — количество испытуемых в группе «Х» и «М» соответственно; $n_{\max}$ — количество испытуемых в группе с большей суммой рангов; $T_{\max}$ — большая из двух ранговых сумм.

Результаты расчетов представлены в таблице 14.

При сравнении значений $U_{\text{эмп}}$ с известными критическими значениями критерия U для уровней статистической значимости $p = 0,01$ и $p = 0,05$ (118 и 94 соответственно) установлено, что статистически значимые отличия между результатами, показанными женщинами из сравниваемых групп, имеются по параметрам «самочувствие» и «уверенность».

Самочувствие женщин из группы «М» перед абортom хуже с вероятностью ошибки менее 0,01. Это означает, что средний уровень

самочувствия женщин, выбравших медикаментозный аборт, ниже, чем у женщин, отдавших предпочтение хирургическому.

Уверенность женщин из группы «М» перед абортом ниже с вероятностью ошибки менее 0,05, но более 0,01. Таким образом, женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, в среднем перед процедурой прерывания беременности чувствуют себя менее уверенно. Поскольку U-критерий оказался в данном случае недостаточно информативным, для обработки результатов был использован критерий ϕ^* — угловое преобразование Фишера в сочетании с λ -критерием Колмогорова—Смирнова.

Сначала были определены точки наибольших различий между распределениями с помощью λ -критерия Колмогорова—Смирнова. Точками наибольших различий оказались следующие значения: 5 — для самочувствия, 4 — для активности и уверенности, 7 — для настроения и тревожности, 12 — для напряжения и 11 — для эмоционального возбуждения. Затем вычислены доли числа результатов по каждому из параметров в каждой группе, превышающих эти пороговые значения и значения, величин ϕ_x и ϕ_m , равные двум арксинусам от корня квадратного вычисленных долей.

Абсолютная величина разности ϕ_x и ϕ_m , умноженная на корень квадратный отношения произведения n_x и n_m к их сумме, дает нам величину $\phi_{эмп}^*$.

Результаты расчетов представлены в таблице 15.

В результате сравнения величин ($\phi_{эмп}^*$ с критическими значениями $\phi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$) и $\phi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$) были сделаны следующие выводы:

1. Не обнаружено достоверных различий между группами «Х» и «М» в распределении уровня самочувствия. Таким образом, уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, распределен примерно одинаково.

2. В группе «Х» активность чаще оценивается выше 4 баллов, чем в группе «М». Это означает, что женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, реже бывают пассивными. В группе «Х» настроение чаще оценивается выше 7 баллов, чем в группе «М». Таким образом, женщины, выбравшие медикаментозный аборт перед процедурой прерывания беременности чаще переживают пониженное настроение.

Результаты статистической обработки экспериментальных данных по методике САННТУВ с помощью U-критерия Манна–Уитни

Параметры	d	P_x	P_M	Φ_x	Φ_M	$\Phi^*_{\text{эмп}}$
Самочувствие	5	0,37037	0,30769	1,30854	1,17601	0,39261
Активность	4	0,40741	1	1,38454	3,14159	5,20486
Настроение	7	0,2963	0,76923	1,15118	2,13941	2,92738
Напряжение	12	0,03704	0,38462	0,38732	1,33793	2,81596
Тревожность	7	0,37037	1	1,30854	3,14159	5,42998
Уверенность	4	0,48148	1	1,53375	3,14159	4,76285
Эмоциональное возбуждение	11	0,07407	0,38462	0,55129	1,33793	2,33024

Здесь d — точка максимальных различий, а P — доля результатов выше точки наибольших различий.

3. В группе «Х» напряжение чаще оценивается выше 12 баллов, чем в группе «М». Это означает, что женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборт, реже испытывают высокий уровень напряжения.

4. В группе «Х» тревожность чаще оценивается выше 7 баллов, чем в группе «М». Следовательно, у женщин, выбравших медикаментозный аборт, реже встречается повышенная ситуативная тревожность перед процедурой прерывания беременности.

5. В группе «Х» уверенность чаще оценивается выше 4 баллов, чем в группе «М». Таким образом, среди пациенток, отдавших предпочтение медикаментозному аборт, чаще встречаются женщины с низкой уверенностью.

6. В группе «Х» эмоциональное возбуждение чаще оценивается выше 11 баллов, чем в группе «М». Это означает, что женщины,

отдавшие предпочтение медикаментозному способу прерывания беременности, перед абортом реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение.

3.2.4. Особенности ценностных ориентаций женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту

Изучение особенностей ценностных ориентаций женщин проводилось с помощью методики Дембо—Рубинштейн в нашей модификации. Пациенткам предлагалось оценить по 10-балльной шкале степень важности для них успехов в 5-ти сферах жизни: здоровье, счастье, материальный достаток, семейное благополучие, работа (приложение 6).

В каждой группе женщин по каждой сфере жизни подсчитывались средние оценки. Затем было проведено ранжирование названных сфер жизни по величине средних оценок. Результаты ранжирования в среднем отражают иерархию ценностных ориентации женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт.

В группе женщин, выбравших медикаментозный аборт, сферы жизни по степени важности выстроились в следующем порядке: здоровье (8,7 балла); счастье (8,3 балла); семейное благополучие (7 баллов); материальный достаток (6,7 балла); успех в работе (6,6 балла).

В группе женщин, выбравших хирургический аборт, сферы жизни получили следующие ранги: счастье (8,6 балла); семейное благополучие (8,5 балла); здоровье (7,7 баллов); успех в работе (7,5 балла); материальный достаток (7,3 балла). Анализ полученных результатов показывает различия в ценностных ориентациях женщин, отдавших предпочтение хирургическому и медикаментозному аборту.

Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, самым важным является здоровье. Они не только поставили его на первое место, но и показали большую разницу в оценках ценности здоровья и в оценках других сфер жизни.

Для женщин, выбравших хирургический аборт, здоровье находится на третьем месте по степени значимости.

Целью нашего исследования было выявление психологических особенностей женщин, выбравших медикаментозный аборт по сравнению с пациентками, отдавшими предпочтение хирургическому способу прерыванию беременности.

Анализ данных показал, что все женщины, выбравшие медикаментозный аборт, принадлежат к возрастной группе от 21 до 30 лет. Причинами такого распределения являются, возможно, не только возрастные противопоказания, но и большая восприимчивость молодых людей к новациям.

Кроме того, большинство женщин, выбравших медикаментозный аборт, не состоит в браке. Данная социальная характеристика, видимо, связана с молодым возрастом этих пациенток.

Сравнивая образовательный уровень женщин названных групп, мы видим, что среди пациенток, выбравших медикаментозный аборт, образовательный уровень выше. Это предполагает у них наличие умения воспринимать и критически оценивать информацию.

Анализ распределения женщин в группы по количеству детей показывает, что женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, не имеют детей или имеют одного ребенка. Возможно, женщины, планирующие в будущем иметь детей, выбирают метод прерывания нежелательной беременности, способствующий бережному отношению к своему репродуктивному здоровью.

Более половины женщин, выбравших хирургический аборт, считают себя атеистами. Среди женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, таких нет. Они называют себя верующими людьми или не определившимися в вопросах веры.

Согласно полученным данным все женщины, решившиеся на медикаментозное прерывание беременности, приняли решение об аборте совместно с партнером. Это может свидетельствовать о более близкой эмоциональной связи и доверительности в отношениях с партнером. Сравнивая результаты, полученные в ходе исследования мотивационной сферы, мы видим, что для женщин, выбравших хирургический аборт, наиболее значимым является надежность метода.

Для женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, самым важным оказалось стремление избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством.

Сравнительный анализ психоэмоционального состояния показал, что уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, распределен примерно одинаково. Женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, реже бывают пассивными. Пациентки, выбравшие медикаментозный аборт, перед процедурой прерывания беременности чаще переживают пониженное настроение. Однако, женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, реже испытывают высокий уровень напряжения. Кроме того, у женщин, выбравших медикаментозный аборт, реже встречается повышенная ситуативная тревожность перед процедурой прерывания беременности. Среди пациенток, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, чаще встречаются женщины с низкой уверенностью. Женщины, выбравшие медикаментозный способ прерывания беременности, перед абортом реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение.

Анализ полученных результатов показал различия в ценностных ориентациях женщин, отдавших предпочтение хирургическому и медикаментозному аборту. Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, самым важным является здоровье. Они не только поставили его на первое место, но и показали большую разницу в оценках ценности здоровья и в оценках других сфер жизни. У женщин, принявших решение прервать нежелательную беременность хирургическим методом, ценность «здоровье» находится на третьем месте по значимости.

Таким образом, в ходе исследования подтвердилась наша гипотеза о том, что выбор женщиной медикаментозного или хирургического способа прерывания беременности зависит от социально-психологических характеристик, особенностей мотивации и эмоциональной сферы, а также приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей.

Выявленные особенности психологического статуса у беременных женщин, отдавших предпочтение медикаментозному прерыванию беременности, тесно увязываются (коррелируются) с данными, которые получены в эксперименте на животных о 100% абортивном и резорбтивном эффектах применяемых антигестагенов. При этом важно подчеркнуть, что в эксперименте использовались дозы, эквивалентные применяемым в клинике.

Данные нашего исследования имеют практическую значимость для врача, помогающего женщине принять решение о способе искусственного прерывания беременности, и специалиста, оказывающего психологическую помощь женщине на всех этапах осуществления медикаментозного аборта.

ГЛАВА 4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИПРОГЕСТАГЕНОВ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

4.1. Сравнительный анализ abortивного действия антипрогестагенов в эксперименте

В настоящее время с 2003 г. отечественное здравоохранение располагает несколькими антипрогестероновыми препаратами для медикаментозного прерывания беременности:

Мифегин (Франция)
Мифепристон (Китай)
Пенкрофтон (Россия).

Учитывая существенно различную стоимость препаратов у различных производителей, один из которых российский, с целью сравнительной оценки влияния антипрогестинов (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) на течение беременности были поставлены опыты на белых крысах, самках линии Вистар массой 180–210 г, полученных из питомника «Рапполово» РАМН. Были проведены две серии опытов. В первой серии исследования проводились с антигестагенами на 42 крысах. Животные были поделены на 6 групп. Крысам 1-й группы орально вводили антигестаген мифегин в дозе 100 мг/животное (что адекватно 10 мг/кг у женщин), крысам 2-й группы — уменьшенную дозу (10 мг/животное). Крысы 3-й группы получали мифепристон в дозе 100 мг/животное, 4-й в дозе 10 мг/животное соответственно. Все препараты

в указанных дозах вводили на 9–10 дни беременности (постимплантационный период). Проводили наблюдение в течение последующих 7–8 дней с целью выявления возможных признаков прерывания беременности (кровянистые выделения из влагалища). Всех животных вскрывали на 16 день беременности; осуществляли ревизию полости матки. Учитывали наличие живых и мертвых плодов, мест резорбции и имплантации. Полученные данные представлены в таблице 16.

Таблица 16

**Влияние орального введения антипрогестинов
на течение беременности у крыс**

Препарат	№ групп	Дозы	Количество животных		Примечание
			всего	Из них небеременных	
Мифегин	1	100 мг/животное	6	6	Имеются места имплантации
	2	10 мг/животное	8	0	
Мифепристон	3	100 мг/животное	7	7	Имеются места имплантации
	4	10 мг/животное	7	0	
	5	100 мг/животное	8	8	
Пенкрофтон	6	10 мг/животное	6	0	Имеются места имплантации

Как видно из таблицы, испытанные препараты в дозе 100 мг/животное прерывают беременность у всех подопытных животных. При вскрытии на 16 день беременности в матке были отмечены слабо выраженные места имплантаций, гиперемия и отечность стенок матки. Плоды в матке отсутствовали. При десятикратном уменьшении дозы (10 мг/животное) беременность сохранялась у всех крыс. Во второй серии опытов изучали влияние антипрогестинов (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в сниженных дозах (10 мг/животное) при последующем оральном введении простагландина (мизопростол в дозе 4 мкг/животное) на течение беременности,

антипрогестины вводили по той же схеме (описанной в первой серии опытов). Простагландин вводили через 36 часов после назначения антипрогестинов. Результаты опытов представлены в таблице 17.

Таблица 17

**Влияние последовательного введения антипрогестинов
(в уменьшенной дозе) и простагландина
на течение беременности у крыс**

Препараты	Количество (всего)	Животных, из них беременных	Признаки прерывания беременности (n)	Полный аборт, %	Неполный аборт, %
Контроль	6	6	Нет (0)	0	0
Мифегин + мизопростол	4	4	Нет (0)	0	0
Мифепристон + мизопростол	4	3	Нет (0)	25	50
Пенкрофтон + мизопростол	8	5	Кровянистые выделения (5)	35	65

Полученные данные свидетельствуют о том, что последовательное введение мифегина и мизопростола в указанных дозах не вызывало прерывание беременности. Количество мест имплантации и плодов к моменту вскрытия животных соответствовало показателям контрольной группы. В случае введения мифепристона и мизопростола отмечено abortивное действие у 25% животных, у 50% наблюдали неполный аборт. При совместном введении пенкрофтона и мизопростола отмечен abortивный эффект у 35% животных, у 65% наблюдали неполный аборт. В случаях, которые расценивали как неполный аборт, в матке обнаруживали кровянистое содержимое, количество мест имплантации превышало количество плодов, в полости матки имелись живые, соответствующие сроку беременности, и мацерированные плоды.

Таким образом, все испытанные антипрогестины (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в дозе 100 мг/животное обладали 100% abortивным эффектом. В дозе 10 мг/животное препараты

не прерывали беременность. Однако, антипрогестины мифепристон и пенкрофтон в дозе 10 мг/животное в сочетании с простагландином (мизопростолом 4 мкг/животное) обладают более выраженным действием, чем мифегин.

В специальной серии опытов нами было изучено влияние пенкрофтона (10 мг/животное) и мизопростола (4 мкг/животное) на сократительную активность миометрия беременных крыс, регистрируемую посредством снятия биопотенциалов матки на 8-канальном электроэнцефалографе. Крыс наркотизировали смесью уретана и оксибутирата натрия. На 9-й день беременности семи крысам вводили пенкрофтон и через 36 часов снимали показатели амплитуды и частоты биопотенциалов, что принимали за исходный уровень (100%). Затем внутривентриально вводили мизопростол. Наблюдения проводили в течение 120 минут, результаты опытов отражены в таблице 18. Показатели сравнивали с контрольными животными (беременные крысы, получавшие физиологический раствор) и исходным уровнем. Через 60 минут после введения простагландина отмечали некоторое увеличение амплитуды и частоты биопотенциалов, что свидетельствует об усилении сократительной деятельности матки. Этот эффект сохранялся и через 120 минут от начала наблюдения.

Таблица 18

Биопотенциалы миометрия беременных крыс при введении мизопростола (4 мкг/животное) на фоне пенкрофтона (10 мкг/кг)

Препарат	Биопотенциалы матки	Исходное значение	Через 20 минут	Через 60 минут	Через 120 минут
Контроль	1	100	97,6±3,2	99,3±2,8	102,1±3,4
	2	100	101,1±2,5	100,0±3,1	99,2±4,1
Мизопростол + пенкрофтон	1	1	101,2±1,5	110,2±4,8*	112,4±6,2
	2	2	98,7±2,1	108,1±3,4-	113,7±5,2

Примечание: 1 — частота биопотенциалов; 2 — частота биопотенциалов; * — достоверное различие с исходным уровнем ($P < 0,05$).

Таким образом, в указанных опытах нами было отмечено, что абортивный эффект, зарегистрированный ранее, развивается на фоне усиления сократительной активности матки беременных крыс. Простагландин повышает моторную деятельность матки на фоне введения антипрогестинов, особенно пенкрофтона. В связи с этим следует подчеркнуть экономическую значимость пенкрофтона так как себестоимость отечественного препарата пенкрофтона в два раза дешевле всех остальных антигестагенов, зарегистрированных в России.

ГЛАВА 5

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПРОГЕСТИНОВ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Нами обследовано 300 беременных женщин с применением в основной группе мифегина для прерывания беременности раннего срока. Группу сравнения составили 314 беременных с мини-абортом путем вакуум-аспирации. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, сроку беременности.

Проводились клиничко-лабораторные и ультразвуковые исследования у всех беременных до прерывания беременности, на 3—4 дни и 7—10 дни после прерывания беременности. При этом оценивалось содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца, крови, толщину эндометрия, однородность эндометрия, размеров матки в трех стандартных проекциях.

Нами при разработке показаний и противопоказаний для применения мифегина учитывались современные данные мировой литературы, а также методические рекомендации, разработанные Минздравом РФ.

Показания: наличие маточной беременности сроком до 49 дней аменореи, считая от первого дня последней менструации.

Противопоказания:

1. Подозрение на внематочную беременность.
2. Острая и хроническая почечная недостаточность.
3. Острая и хроническая печеночная недостаточность.
4. Длительная кортикостероидная терапия.
5. Наличие в анамнезе повышенной чувствительности к антигестагенам (мифегин).

6. Геморрагические нарушения и лечение антикоагулянтами.
7. Острые воспалительные заболевания женских половых органов.
8. Беременность, возникшая на фоне ВМС и отмены оральной контрацепции.

При обращении пациентки в клинику нами проведен детальный анализ социальных и медицинских показаний. Эти данные представлены в таблице 19.

Таблица 19

Социальный статус обследованных женщин

Социальный статус	Количество	Проценты
Замужем	185	$61,67 \pm 2,80$
Не замужем	115	$38,33 \pm 2,80$
Всего	300	100

Как видно из таблицы 19, больше половины были замужем ($61,67 \pm 2,80\%$), вне брака для прерывания беременности обследовано 115 женщин ($38,33 \pm 2,80\%$).

Огромное значение в плане профилактики аборт в современных условиях является изучение причин прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям, а также нежелание в сохранении беременности.

Эти данные представлены в таблице 20.

Таблица 20

Социальные и медицинские показания причин прерывания беременности ранних сроков

Причины прерывания	Количество	Проценты
Социальные показания	203	$67,89 \pm 2,70$
Медицинские показания (антибиотики в раннем сроке)	4	$1,34 \pm 0,66$
Нежелание сохранения беременности	92	$30,77 \pm 2,66$

Как видно из таблицы 20, подавляющее большинство (2/3) пациенток осуществляли прерывание беременности по социальным показаниям и 1/3 пациенток из-за нежелания сохранения беременности. Обращает на себя внимание, что по медицинским показаниям прерывание беременности было осуществлено лишь у 4-х пациенток ($1,34 \pm 0,66\%$).

Представляет существенный интерес распределение обследованных женщин по паритету. Эти данные представлены в таблице 21.

Таблица 21

Распределение обследованных женщин по паритету

Паритет	Количество	Проценты
Первобеременные	94	$31,33 \pm 2,67$
Повторнобеременные	206	$68,67 \pm 2,67$

Как видно из таблицы 21, повторнобеременные составили 2/3 среди обследованных пациенток и 1/3 — первобеременные.

В тесной связи с распределением женщин по паритету находятся данные о распределении количества беременностей у обследованных женщин в хронологическом порядке. Эти данные представлены в таблице 22.

Как видно из таблицы 22, половину обследованных пациенток ($53,00 \pm 2,88\%$) составили женщины, имеющие в анамнезе вторую беременность и 1/3 женщин ($31,33 \pm 2,67\%$) имеющих первую беременность. Каждая пятая пациентка ($21,33 \pm 2,36\%$) имела третью беременность, каждая десятая имела четвертую или пятую беременность.

Нами проанализирована частота гинекологических заболеваний у обследованных женщин. Эти данные представлены в таблице 23.

Как видно из таблицы 23, подавляющее большинство женщин (2/3) были гинекологически здоровы. Обращает на себя внимание наличие эрозии шейки матки у каждой третьей женщины ($29,33 \pm 2,62\%$) и наличие вульвовагинита различной этиологии у каждой пятой женщины ($20,00 \pm 2,30\%$). В клинической практике

Таблица 22

**Количество беременностей у обследованных женщин
в хронологическом порядке**

Беременность по счету	Количество	Проценты
Первая	94	31,33±2,67
Вторая	159	53,00±2,88
Третья	64	21,33±2,36
Четвертая	32	10,67±1,78
Пятая	30	10,00±1,73
Шестая	8	2,67±0,93
Седьмая	6	2,00±0,80
Восьмая	3	1,00±0,57
Девятая	2	0,67±0,47

Таблица 23

Частота гинекологических заболеваний у обследованных пациенток

Гинекологическое заболевание	Количество	Проценты
Без особенностей	209	69,67±2,65
Эктопия шейки матки	88	29,33±2,62
Фолликулярная киста яичника	17	5,67±1,33
Рубец на матке после кесарева сечения	6	2,00±0,80
Аномалия матки (двууголая)	2	0,67±0,47
Интерстициальная миома матки малых размеров	14	4,67±1,21
Вульвовагинит	60	20,00±2,309

при применении мифегина основное внимание обращалось на время появления кровянистых выделений, а также их длительность. Согласно данным литературы у 60–65% пациентов кровянистые выделения появляются до применения простагландинов. Учитывая особую важность данного симптома в клинике прерывания ранних сроков беременности, нами проведен детальный анализ времени появления кровянистых выделений после назначения мифегина. Эти данные представлены в таблице 24.

Таблица 24

Время появления кровянистых выделений после применения мифегина

Сутки	Количество	Проценты
Первые	18	$6,00 \pm 1,37$
Вторые	235	$78,33 \pm 2,37$
Третьи	42	$14,00 \pm 2,00$
Четвертые	5	$1,67 \pm 0,73$

Как видно из таблицы 24, у основного количества обследованных женщин — у 235 ($78,33 \pm 2,37\%$) — время появления кровянистых выделений отмечено на вторые сутки. У 18 ($6,00 \pm 1,37\%$) время появления кровянистых выделений отмечалось в первые сутки до введения простагландина. У 42 ($14,00 \pm 2,00\%$) время появления кровянистых выделений отмечено на 3-и сутки после введения простагландина и лишь у 5-ти ($1,57 \pm 0,73\%$) — на 4-е сутки. Учитывая отсутствие данных в литературе о времени появления кровянистых выделений по суткам с момента введения мифегина эти данные имеют важное практическое значение, так как у 84% обследованных нами женщин время появления кровянистых выделений приходится на первые и вторые сутки после применения мифегина.

Кроме того, эти данные, представленные в таблице 24, имеют значение при изучении вопроса о времени начала изгнания продуктов зачатия (концепта) после применения простагландина.

Данные о времени начала изгнания продуктов зачатия (в часах) после применения простагландина представлены в таблице 25.

Таблица 25

**Время начала изгнания продуктов зачатия (в часах)
после применения простагландина**

Часы после простагландина	Количество	Проценты, %
1	7	3,27±1,21
2	54	25,23±2,96
3	0	0,00±0,00
4	0	0,00±0,00
5	66	30,84±3,15
6	14	6,54±1,69
7	3	1,40±0,80
8	8	3,74±1,29
9	0	0±0,46
10	0	0±0,46
11	0	0±0,46
12	3	1,40±0,80
15	1	0,47±0,46
18	1	0,47±0,46
26	2	0,93±0,65
27	1	0,47±0,46
28	6	2,80±1,12
30	4	1,87±0,92
31	1	0,47±0,46
32	21	9,81±2,03
34	1	0,47±0,46
35	6	2,80±1,12
36	10	4,67±1,44
38	1	0,47±0,46
48	1	0,47±0,46
52	1	0,47±0,46
55	1	0,47±0,46
64	1	0,47±0,46
Среднее	12,21	
Дисперсия	187,68	
Статистические отклонения	13,69	
Ошибка	0,936	
Доверительный интервал 95	10,37–14,05	

Как видно из таблицы 25 у 61 пациентки (28,50%), т. е. у каждой третьей пациентки, время начала изгнания продуктов зачатия происходит в течение первых двух часов и у каждой третьей (37%) в течение первых 5–6 часов.

Среднее время начала изгнания продуктов зачатия происходит в течение $12,21 \pm 0,93$ часа.

Доверительные интервалы при 95% достоверности составили 10,37–14,05 часа. Уровень дисперсии составил 186,68.

Кроме того, нами было проанализировано время начала изгнания продуктов зачатия (в сутках) после применения простагландина. Эти данные представлены в таблице 26.

Таблица 26

**Время начала изгнания продуктов зачатия (в сутках)
после применения простагландин**

Сутки по счету	Количество	Проценты, %
Третьи	280	$93,33 \pm 1,44$
Четвертые	13	$4,33 \pm 1,17$
Пятые	4	$1,33 \pm 0,66$
Шестые	1	$0,33 \pm 0,33$
Седьмые	1	$0,33 \pm 0,33$
Не произошло	1	$0,33 \pm 0,33$

Как видно из таблицы 26, у подавляющего большинства обследованных женщин ($93,33 \pm 1,44\%$) изгнание продуктов зачатия наступило на 3 сутки и лишь у 13 ($4,33 \pm 1,17\%$) женщин — на 4 сутки. Таким образом, как видно из таблицы 26 и 27, время начала изгнания продуктов зачатия, проанализированное как в часах, так и в сутках, приходится на временной интервал между 10,37–14,05 часов, или на 3 сутки.

Большое значение в плане эффективности и контроля прерывания беременности раннего срока имеют ультразвуковые методы определения размеров матки в трех стандартных измерениях, а также определение наличия плодного яйца. В тоже время в доступной нам литературе мы не нашли данных о размерах матки и плодного яйца в условиях применения мифегина и простагландина при прерывании беременности раннего срока. В равной степени

Т а б л и ц а 27
Размеры матки в трех стандартных измерениях до и после прерывания беременности

УЗИ	X, мм	У, мм	Z, мм	«Объем» условные единицы	«Размер» условные единицы
До прерывания	49,41±0,31	45,18 ± 0,24	45,18± 0,43	104197±25	79,28±0,57
После прерывания (3–4 сутки)	57,52±0,44	47,85±0,45	54,21± 0,47	154500±34	91,42±0,57
После прерывания (7–10 сутки)	51,07±0,35	44,08±0,41	48,01±0,45	110937±2300	81,76±0,59

П р и м е ч а н и е: X — длина матки, мм; У — ширина матки, мм; Z — переднезадний размер (толщина), мм.

это относится и к определению содержимого полости матки. Представлены данные УЗИ на 3—4 и 7—10 сутки после прерывания беременности, а также определение толщины эндометрия на 3—4 сутки при прерывании беременности медикаментозным и хирургическим методом.

Данные о размерах матки в трех стандартных измерениях до прерывания беременности, на 3—4 сутки и на 7—10 сутки после прерывания беременности представлены в таблице 27.

Как видно из таблицы 27, отмечается высокостойкое увеличение размеров матки ($p < 0,001$) до применения мифегина и на 3—4 день после его применения. При этом наиболее существенные изменения в размерах матки касались ее длины и переднезаднего размера в среднем на 8—9 мм. В то же время указанные размеры матки на 7—10 день после прерывания беременности не превышали 2—3 мм. Разница объемов матки и размеров матки, очевидно, связана с гиперемией матки и слизистой, что показано в эксперименте на крысах. Для удобства вычисления размеров матки в трех проекциях нами было введено понятие «объем» матки и «размер» матки в условных единицах (см. табл. 27).

Объем — это произведение размеров по стандартным трем измерениям.

Размер — это интегральный показатель, полученный методом главных компонент (этот метод позволяет описывать 73% наблюдаемой изменчивости линейных размеров матки). При этом достаточным считается 65%.

В результате изучения размеров матки в трех проекциях нами была разработана математическая формула интегрального показателя линейных размеров матки, определяемая методом главных компонент: $0,59x + 0,42y + 0,69z$, где x — длина матки, y — ширина матки, z — переднезадний размер матки.

При анализе всех параметров матки, представленных в таблице 27, выявлена высокая статистическая достоверность ($p < 0,001$) между размерами матки до и после применения мифегина и простагландина.

Для точного определения срока беременности помимо данных анамнеза последней менструации большое значение имеет определение длины плодного яйца.

Эти данные представлены в таблице 28.

Длина плодного яйца

Размер плодного яйца, мм	Количество	Проценты
3	8	2,73±0,95
4	11	3,75±1,11
5	17	5,80±1,36
6	18	6,14±1,40
7	21	7,17±1,50
8	28	9,56±1,71
9	25	8,53±1,63
10	30	10,24±1,77
11	15	5,12±1,28
12	23	7,85±1,57
13	12	4,10±1,15
14	21	7,17±1,50
15	20	6,83±1,47
16	6	2,05±0,82
17	9	3,07±1,00
18	6	2,05±0,82
19	5	1,71±0,75
20	3	1,02±0,58
21	5	1,71±0,75
22	2	0,68±0,48
23	2	0,68±0,48
24	2	0,68±0,48
25	1	0,34±0,34
26	2	0,68±0,48
31	1	0,34±0,34

Как видно из таблицы 28, средняя длина плодного яйца составила $10,96 \pm 0,28$ мм с доверительными интервалами при 95% достоверности от 10,39 мм до 11,52 мм. Средние размеры плодного яйца представлены в таблице 29.

Таблица 29

Средний размер плодного яйца

Среднее значение	10,90	m
Дисперсия	24,17	σ^2
Статистическое отклонение	4,91	σ
Ошибка	0,28	S m
95% доверительный интервал	10,36–11,46	

Как видно из таблицы 29, средний размер плодного яйца составил $10,90 \pm 0,28$ мм с доверительными интервалами, равными 10,36–11,46.

Содержимое полости матки оценивалось по УЗИ после медикаментозного прерывания беременности на 3–4 день. Как видно из данных УЗИ, на 3–4 день после прерывания беременности у 2/3 пациенток отмечена нормальная ультразвуковая картина полости матки, характерная для небеременной матки. Обращает на себя внимание наличие у 1/3 пациенток признаков жидкостного содержимого полости (кровь), которые при контрольном ультразвуковом исследовании на 7–10 день уже не визуализировались. Очевидно, наличие крови в полости матки на 3–4 день может быть обусловлено особенностями действия мифегина и простагландина на рецепторы и сосуды эндометрия матки, вызывая гиперемиию последней, что косвенно подтверждается увеличением размеров матки на 7–8 мм на 3–4 день по данным УЗИ (см. табл. 27). При обследовании полости матки на 7–10 день методом УЗИ 7 женщин, у которых на 3–4 день после прерывания беременности были обнаружены остатки продуктов зачатия, последние не были обнаружены на 7–10 день. В то же время необходимо отметить, что

Толщина эндометрия по данным УЗИ (3–4 день) при медикаментозном и хирургическом методах прерывания беременности

Толщина эндометрия, мм	Медикаментозное прерывание		Хирургическое прерывание	
	количество	проценты	количество	проценты
3	1	0,37±0,37	10	3,33±1,03
4	1	0,37±0,37	12	4,00±1,13
5	9	3,36±1,10	35	11,67±1,85
6	10	3,73±1,15	45	15,00±2,06
7	11	4,10±1,21	58	19,33±2,28
8	17	6,34±1,48	63	21,00±2,35
9	31	11,57±1,95	17	5,67±1,33
10	29	10,82±1,89	10	3,33±1,03
11	2	0,75±0,52	5	1,67±0,73
12	35	13,06±2,05	14	4,67±1,21
13	23	8,58±1,71	2	0,67±0,47
14	18	6,72±1,52	7	2,33±0,87
15	15	5,60±1,40	6	2,00±0,80
16	17	6,34±1,48	3	1,00±0,57
17	14	5,22±1,35	6	2,00±0,80
18	17	6,34±1,48	5	1,67±0,73
19	5	1,87±0,82	1	0,33±0,33
20	3	1,12±0,64	1	0,33±0,33
21	4	1,49±0,74	0	0±0,32
23	2	0,75±0,52	0	
24	0	0±0,37	0	0±0,32
25	1	0,37±0,37	0	0±0,32
	среднее	12,32	среднее	8,00
	дисперсия	17,96	дисперсия	11,23
	Ст. откл.	4,23	Ст. откл.	3,35
	ошибка	0,25	ошибка	0,16
	95ДИ	4,49–11,82	95ДИ	2,84–7,70

в одном случае ($0,33 \pm 0,33\%$) была отмечена прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией содержимого полости матки.

Большой интерес представляет изучение толщины эндометрия по данным УЗИ на 3—4 день при медикаментозном и хирургическом прерывании беременности. Эти данные представлены в таблице 30.

Как видно из таблицы 30, при медикаментозном прерывании беременности отмечается более физиологическая пролиферация эндометрия по сравнению с хирургическим методом прерывания беременности. Средняя толщина эндометрия при медикаментозном прерывании беременности составила $12,32 \pm 0,25$ мм с доверительными интервалами при 95% достоверности, равных 4,49—11,82 против $8,00 \pm 0,06$ ($p < 0,001$) с доверительными интервалами при 95% достоверности, равной 2,84—7,70.

Таким образом, при хирургическом методе прерывания беременности отмечается максимальная толщина эндометрия, не превышающая 20 мм по сравнению с максимальной толщиной эндометрия, не превышающей 25 мм при медикаментозном прерывании беременности. Идентичная закономерность прослеживается и при вычислении средней величины толщины эндометрия в обеих группах.

Разница в средней величине толщины эндометрия составила 4 мм между медикаментозным и хирургическим методом прерывания беременности. Вероятно, это указывает на более физиологическое воздействие на эндометрий при прерывании беременности в условиях применения медикаментозного аборта.

Нами проанализирована длительность кровянистых выделений при медикаментозном и хирургическом прерывании беременности. Эти данные представлены в таблице 31.

Как видно из таблицы 31, отмечается статистически достоверно ($p < 0,001$) большая длительность кровянистых выделений при медикаментозном прерывании беременности.

Так, длительность кровянистых выделений 6—7 суток при медикаментозном прерывании беременности отмечена на 20% меньше по сравнению с хирургическим методом; при длительности 8—10 суток на 6%, а при длительности 11—14 суток на 13% ($p < 0,001$). При длительности кровянистых выделений более 14 суток достоверного различия между обеими группами не выявлено. При медикаментозном прерывании беременности нами не выявлено достоверного изменения уровня гемоглобина (г/л) до и после прерывания беременности ($p < 0,5$). Эти данные представлены в таблице 32.

Таблица 31

**Длительность кровянистых выделений после медикаментозного
и хирургического прерывания беременности (в сутках)**

Длительность кровянистых выделений	Медикаментозное прерывание		Хирургическое прерывание	
	количество	проценты	количество	проценты
В сутках				
6-7	180	60,00±2,82	250	79,62±2,27
8-10	62	20,67±2,33	45	14,33±1,97
11-14	45	15,00±2,06	5	1,59±0,70
Более 14	13	4,33±1,176	14	4,46±0,16
всего	300	100	314	100

Таблица 32

**Уровень гемоглобина до и после медикаментозного
прерывания беременности**

Уровень гемоглобина до аборта, г/л	Количество	Проценты		
98-100	2	0,67±0,47	среднее	116,08
101-110	25	8,33±1,59	дисперсия	622,94
111-120	126	42,00±2,85	Статистическое отклонение	24,95
121-130	114	38,00±2,80	ошибка	1,44
131-145	33	11,00±1,80	95ДИ	113,3-118,9
Уровень гемоглобина после аборта, г/л				
98-100	3	1,03±0,59	среднее	115,75
101-110	26	8,93±1,67	дисперсия	618,34
111-120	124	42,61±2,89	Статистическое отклонение	24,86
121-130	108	37,11±2,83	ошибка	1,45
131-145	30	10,31 ±1,78	95ДИ	112,9-118,6

Как видно из таблицы 32, уровень гемоглобина (г/л) до медикаментозного прерывания беременности составил $116,08 \pm 1,09$ г/л, а после аборта $115,75 \pm 1,45$. Доверительные интервалы уровня гемоглобина при 95% достоверности до аборта был $113,3-118,9$ г/л, а после аборта — $112,9-118,6$ г/л.

Нами проведен детальный анализ осложнений при производстве медикаментозного и хирургического методов прерывания беременности. С этой целью нами проанализировано 300 случаев при медикаментозном прерывании беременности и 314 случаев хирургического прерывания беременности ранних сроков. Эти данные представлены в таблице 33.

Таблица 33

Частота осложнений при медикаментозном и хирургическом прерывании беременности

Характер осложнений	Медикаментозный аборт		Хирургический аборт	
	количество	проценты	количество	проценты
Эндометрит	1	$0,33 \pm 0,33$	7	*** $2,23 \pm 0,83$
Прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией	1	$0,33d = 0,33$	5	*** $1,59 \pm 0,70$
Остатки плодного яйца с последующей вакуум-аспирацией	0	$0 \pm 0,33$	15	$4,78 \pm 1,20$
Всего	300		314	100

Примечание: *** — $p < 0,001$; OR = 14,02 (3,3–59,5).

Как видно из таблицы 34, при медикаментозном прерывании беременности в одном случае ($0,33 \pm 0,333\%$) отмечен эндометрит и в одном наблюдении прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией плодного яйца ($0,33 \pm 0,333\%$).

При хирургическом прерывании беременности у 27 пациенток отмечены различного рода осложнения: у 7 пациенток — эндометрит, у 5 пациенток — прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией плодного яйца, и у 15 отмечены остатки плодного яйца также с последующей вакуум-аспирацией.

Таким образом, выявлено высоко достоверное преобладание в 14 раз осложнений при хирургическом прерывании беременности ($p < 0,001$), что указывает на существенные преимущества медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках.

Нами сделана попытка возможности профилактики и прогнозирования возникновения возможных осложнений с помощью выявления факторов риска с учетом данных акушерско-гинекологического анамнеза и особенностей течения медикаментозного аборта (время начала и длительность кровянистых выделений).

В результате анализа данных не выявлено корреляционной зависимости между представленными факторами риска и осложнениями, которые могут иметь место при медикаментозном и хирургическом методах прерывания беременности. Отмечена лишь высокая достоверность в частоте осложнений при медикаментозном и хирургическом методах прерывания беременности ($p < 0,001$, $OR = 14,02$ (3,3—59,5)).

Таким образом, клинические наблюдения у 300 пациенток при медикаментозном прерывании беременности и у 314 пациенток при хирургическом прерывании методом вакуум-аспирации показали существенные преимущества медикаментозного прерывания беременности, особенно в плане значительного снижения частоты осложнений в послеабортном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы все большее внимание уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья. Особое значение это приобретает при рассмотрении эпидемиологии искусственного аборта, эффективности и безопасности применяемых методов в организации службы выполнения абортот.

О.В. Шарапова (2002), О.Г. Фролова (2003), А.Н. Юсупова (2004) указывают, что сохраняются высокий уровень абортот и высокий уровень осложнений после них — более 70% женщин страдают воспалениями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности, бесплодия. Высокий уровень материнской смертности во многом также обусловлен абортот, удельный вес которых в общей структуре материнской смертности составляет 1/4 от всех случаев. В.И. Кулаков (2002, 2003) считает, что к факторам, влияющим на снижение уровня рождаемости в России, относятся социально-экономические условия жизни населения, большое число абортот и др.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, 1999) сформулировала ряд рекомендаций по применению нехирургического метода выполнения абортот и пришла к заключению, что в первых, терапевтические методы выполнения искусственного абортот увеличивают возможности выбора и могут внести свой вклад в улучшение репродуктивного здоровья, и, во-вторых, необходимы дальнейшие исследования для улучшения современных медикаментозных методов выполнения искусственного абортот посредством выявления новых фармацевтических средств с характеристиками, превосходящими характеристики ныне существующих препаратов, или с другим механизмом действия.

В связи с этим основной целью исследования явилось изучение медико-социальных, психологических и клинических факторов выбора медикаментозного аборта с применением антигестагенов (мифегина, мифепристона, пенкрофтона) для прерывания беременности раннего срока.

В современных научных исследованиях, в основном отечественных исследователей, большое внимание уделяется правовым, этическим и психологическим аспектам аборта. Так, в обстоятельных исследованиях О.Г. Фроловой и соавт. (2003) представлена медико-социальная характеристика 150 женщин, опрошенных в стационаре после прерывания беременности. Изучение психологической мотивации респонденток выявило комплекс причин, побуждающих их к прерыванию беременности, основными из которых были материально-экономические условия, ограничивающие размеры семьи, и межличностные отношения. В этическом и психологическом аспектах важна работа врачей с женщинами, прибегающим к аборту, так как в каждом случае решается вопрос о сохранении или прерывании беременности. В монографической работе А.Н. Юсуповой «Аборты в России» (2004) также представлен психологический портрет женщин, прерывающих беременность искусственным абортом. По мнению автора, личностный психологический фактор может играть существенную роль в репродуктивном и контрацептивном поведении женщин.

Однако фактору личностных психологических реакций до настоящего времени не уделялось должного внимания, и работ, посвященных данной проблеме, в отечественной литературе практически нет.

А.Н. Юсупова (2004) с целью изучения психологического статуса обследовала 200 женщин, обратившихся для прерывания беременности. У исследуемых женщин выявлена высокая тревожность, невротизм и психотизм, т. е. доля лиц с интенсивно выраженными психическими реакциями среди женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, очень высока. Преобладающее число женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, склонны к максимально выраженным негативным психическим реакциям, которые имеют устойчивый характер. Личностные особенности этой категории женщин препятствуют их нормальной адаптации в окружающей среде, трансформируются

в отрицательные эмоции и ухудшают здоровье, являются определяющим фактором в неадекватном поведении, поступках и отношении к различным ситуациям.

А.Н. Юсупова(2004) полагает, что подобные личностные психологические характеристики женщин доминируют в организации их микросоциума, в репродуктивном поведении и том предпочтении, которое они отдают прерыванию беременности перед ее профилактикой. Следовательно, эти женщины представляют собой группу высокого риска по распространенности аборт, различных нарушений репродуктивной функции и воспроизводству нездорового потомства.

Всемирная организация здравоохранения (1999) указывает, что 50% всех беременностей являются незапланированными, а около 25% — нежелательными. Каждый день искусственным аборт заканчиваются 150 000 нежелательных беременностей (до 53 млн ежегодно). Из этого количества около 1/3 абортов выполняются в небезопасных условиях, что приводит примерно к 50—100 тысячам случаев смерти каждый год. У значительного большего числа женщин возникают осложнения, которые могут иметь долгосрочные последствия для их здоровья.

В доступной нам литературе мы не нашли сообщений о психологических особенностях женщин, выбирающих хирургический или медикаментозный аборт. Не изучены также в должной степени медико-социальные аспекты медикаментозного аборта. В связи с этим нами была разработана совместно с кафедрой биоэтики (СПб) Педиатрической академии анкета для изучения медико-социальных и этических проблем медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках. Проведен сравнительный анализ психологических особенностей женщин, предпочитающих хирургический аборт, и пациенток, выбравших медикаментозный метод прерывания беременности. Нами была выдвинута гипотеза, что выбор женщиной медикаментозного или хирургического способа прерывания беременности зависит от следующих психологических особенностей:

- социально-психологических характеристик и особенностей мотивации;
- особенностей эмоциональной сферы;
- приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей.

В исследовании приняли участие 40 женщин, обратившихся в медицинское учреждение с целью прервать беременность. Из них 27 выбрали хирургический аборт и 13 медикаментозный. Во-первых, нами проведено изучение социально-психологических особенностей женщин и их мотивов выбора хирургического или медикаментозного способа прерывания беременности; во-вторых, изучены психические состояния женщин, выбравших хирургический или медикаментозный аборт, и, в-третьих, изучены особенности ценностных ориентаций женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту.

Использовались следующие методы: анкетирование, методика изучения психических состояний человека (САНКТУВ) А.Н. Николаева, методика изучения самооценки и уровня притязаний Дембо—Рубинштейна.

В результате проведенных исследований, в частности изучение социально-психологических особенностей женщин их мотивов выбора хирургического или медикаментозного аборта показало, что для женщин, выбравших хирургический аборт, наиболее значимым является надежность метода. Для женщин, отдавших предпочтение медикаментозному методу прерывания беременности, самым важным оказалось стремление избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством. На втором месте по значимости у женщин с хирургическим абортом находится мотив, связанный с тем, что женщина использовала этот способ прерывания беременности и ранее. Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, второй важной причиной является безопасность метода. Третьим по степени значимости у женщин, выбравших хирургический аборт, является мотив меньших временных затрат, четвертым — доступность цены, пятым — противопоказания для использования других средств прерывания беременности. У женщин, выбравших медикаментозный аборт, на третьем месте по важности значится рекомендация этого метода врачом.

Изучение психических состояний женщин, выбравших хирургический или медикаментозный аборт, проводилось с помощью методики изучения психических состояний человека (САНКТУВ).

Продемонстрировано, что уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, распределен примерно одинаково. Беременные женщины, отдавшие

предпочтение медикаментозному аборту реже бывают пассивными. Женщины, выбравшие медикаментозный аборт, перед процедурой переживают пониженное настроение и одновременно реже испытывают высокий уровень напряжения. У женщин, выбравших медикаментозный аборт, реже встречается повышенная ситуативная тревожность перед процедурой прерывания беременности, а также чаще встречаются женщины с низкой уверенностью. Женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному способу прерывания беременности, перед абортом реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение.

При изучении особенностей ценностных ориентаций женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту, использовалась методика Дембо—Рубинштейна. Пациенткам по 10-балльной шкале предлагалось оценить степень важности для них успехов в 5-ти сферах жизни: здоровье, счастье, материальный достаток, семейное благополучие, работа. Показано, что в группе женщин, выбравших медикаментозный аборт, сферы жизни по степени важности выстроились в следующем порядке: здоровье — 8,7 балла; счастье — 8,3 балла; семейное благополучие — 7 баллов; материальный достаток — 6,7 балла; успех в работе — 6,6 балла.

В группе женщин, выбравших хирургический аборт, сферы жизни получили следующие ранги: счастье — 8,6 балла; семейное благополучие — 8,5 балла; здоровье — 7,7 балла; успех в работе — 7,5 балла; материальный достаток — 7,3 балла.

Анализ полученных результатов показывает различия в ценностных ориентациях женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту. Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, самым важным является здоровье. Они не только поставили его на первое место, но и показали большую разницу в оценках ценности здоровья и в оценках других сфер жизни. Для женщин, выбравших хирургический аборт, здоровье находится на третьем месте по степени значимости.

В заключение необходимо отметить, что все женщины, выбравшие медикаментозный аборт, принадлежат к возрастной группе от 21 до 30 лет. Причинами такого распределения являются, возможно, не только возрастные противопоказания, но и большая восприимчивость молодых людей к новациям. Кроме того, большинство

женщин, выбравших медикаментозный аборт, не состоит в браке. Данная социальная характеристика, видимо, связана с молодым возрастом этих пациенток. Сравнивая образовательный уровень женщин названных групп, мы видим, что среди пациенток, выбравших медикаментозный аборт, образовательный уровень выше. Это предполагает у них наличие умения воспринимать и критически оценивать информацию. Анализ распределения женщин в группы по количеству детей показывает, что женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, не имеют детей или имеют одного ребенка. Возможно, женщины, планирующие в будущем иметь детей, выбирают метод прерывания нежелательной беременности, способствующий бережному отношению к своему репродуктивному здоровью.

Более половины женщин, выбравших хирургический аборт, считают себя атеистами. Среди женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, таких нет. Они называют себя верующими людьми или не определившимися в вопросах веры.

Согласно полученным данным все женщины, решившиеся на медикаментозное прерывание беременности, приняли решение об аборте совместно с партнером. Это может свидетельствовать о более близкой эмоциональной связи и доверительности в отношениях с партнером.

Сравнивая результаты, полученные в ходе исследования мотивационной сферы, мы видим, что для женщин, выбравших хирургический аборт, наиболее значимым является надежность метода. Для женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, самым важным оказалось стремление избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством.

Сравнительный анализ психоэмоционального состояния показал, что уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, распределен примерно одинаково. Женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, реже бывают пассивными. Пациентки, выбравшие медикаментозный аборт, перед процедурой прерывания беременности чаще переживают пониженное настроение. Однако женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, реже испытывают высокий уровень напряжения. Кроме того, у женщин, выбравших медикаментозный аборт, реже встречается

повышенная ситуативная тревожность перед процедурой прерывания беременности. Среди пациенток, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, чаще встречаются женщины с низкой уверенностью. Женщины, выбравшие медикаментозный способ прерывания беременности, перед абортом реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение.

Анализ полученных результатов показал различия в ценностных ориентациях женщин, отдавших предпочтение хирургическому или медикаментозному аборту.

Для женщин, выбравших медикаментозный аборт, самым важным является здоровье. Они не только поставили его на первое место, но и показали большую разницу в оценках ценности здоровья и в оценках других сфер жизни. У женщин, принявших решение прервать нежелательную беременность хирургическим методом, ценность «здоровье» находится на третьем месте по значимости.

Таким образом, в ходе исследования подтвердилась наша гипотеза о том, что выбор женщиной медикаментозного или хирургического способа прерывания беременности зависит от социально-психологических характеристик, особенностей мотивации и эмоциональной сферы, а также приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей.

Данные нашего исследования имеют практическую значимость для врача, помогающего женщине принять решение о способе искусственного прерывания беременности, и специалиста, оказывающего психологическую помощь женщине на всех этапах осуществления медикаментозного аборта.

В экспериментах на животных была проведена сравнительная оценка действия антигестагенов — мифегина, мифепристона и пенкрофтона на сократительную активность матки беременных животных и их абортивный эффект. Метод экспериментального изучения влияния антигестагенов проводился на беременных белых половозрелых крысах — самках линии Вистар массой 180–200 г. Были проведены две серии опытов. В первой серии исследования проводились с антигестагенами на 42 крысах. Животные были разделены на 6 групп. В результате проведенных исследований было показано, что все испытанные антипрогестины (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в дозе 100 мг/животное обладали

100% абортивным эффектом. В то же время в дозе 10 мг/животное препараты беременности не прерывали.

Однако антипрогестины — мифепристон и пенкрофтон в дозе 10 мг/животное в сочетании с простагландином (мизопростолом) 4 мкг/животное обладают более выраженным действием, чем мифегин.

В специальной серии опытов нами было изучено влияние пенкрофтона 10 мг/животное и мизопростола 4 мкг/животное на сократительную активность миометрия беременных крыс, регистрируемую посредством снятия биопотенциалов матки на 8-канальном электроэнцефалографе. Крыс наркотизировали смесью уретана и оксибутирата натрия. Показатели сравнивали с контрольными животными (беременные крысы, получавшие физиологический раствор) и исходным уровнем. Все препараты в указанных дозах вводили на 9—10 дни беременности (постимплантационный период). Проводили наблюдение в течение последующих 7—8 дней с целью выявления возможных признаков прерывания беременности (кровянистые выделения из влагалища). Всех животных вскрывали на 16-й день беременности и осуществляли ревизию полости матки. Учитывали наличие живых и мертвых плодов, мест резорбции и имплантации. При вскрытии на 16-й день беременности в матке были отмечены слабо выраженные места имплантаций, гиперемия и отечность стенок матки. Плоды в матке отсутствовали. При десятикратном уменьшении дозы (10мг/животное) беременность сохранялась у всех крыс.

Во второй серии опытов изучали влияние антипрогестин (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в сниженных дозах (10 мг/животное) при последующем оральном введении простагландина (мизопростол в дозе 4 мкг/животное) на течение беременности.

При этом антипрогестины вводили по той же схеме, описанной в первой серии опытов. Полученные данные свидетельствуют о том, что последовательное введение мифегина и мизопростола в указанных дозах не вызывало прерывание беременности. В частности, следует отметить, что количество мест имплантации и плодов к моменту вскрытия животных соответствовало показателям контрольной группы. В случае введения мифепристона и мизопростола отмечено абортивное действие у 25% животных, у 50% наблюдали неполный аборт. При совместном введении

пенкрофтона и мизопростола отмечен абортивный эффект у 35% животных, у 65% наблюдали неполный аборт. В случаях, которые расценивали как неполный аборт, в матке обнаруживали крова-нистое содержимое, количество мест имплантации превышало количество плодов, в полости матки имелись живые, соответствующие сроку беременности, и мацерированные плоды.

Существенно отметить, что абортивный эффект развивается на фоне усиления сократительной активности матки беременных крыс. Простагландин повышает моторную деятельность матки на фоне введения антипрогестинов, особенно пенкрофтона. Эти данные могут иметь также значение при использовании антипрогестинов для экстренной контрацепции, о чем имелись сообщения на последнем 17-м Международном конгрессе акушеров-гинекологов в г. Сантьяго (Чили, 2003).

Нами изучена клиническая эффективность мифегина у 300 беременных женщин при прерывании беременности раннего срока (основная группа). Группу сравнения составили 314 беременных с мини-абортом путем вакуум-аспирации. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, сроку беременности.

В результате проведенных исследований нами разработаны показания и противопоказания прерывания беременности ранних сроков с применением мифегина.

Основным показанием является наличие маточной беременности сроком до 49 дней аменореи, считая от первого дня последней менструации. Необходимо учитывать психологический статус беременной, так как медикаментозный аборт показан более пассивным, с пониженным настроением, отсутствием высокого уровня напряжения, с повышенной тревожностью, с низкой уверенностью, с высоким эмоциональным возбуждением. Предпочтительно у нерожавших пациенток и у пациенток стремящихся избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством. Кроме того, учитывались необходимые условия для выполнения медикаментозного прерывания беременности.

В связи с тем, что в литературе имеются различные рекомендации по режиму дозирования мифегина от 200 мг до 600 мг и для срочной контрацепции в дозе 10 мг, нами в экспериментальных исследованиях на беременных животных показано, что доза 100 мг/животное оказывает 100% абортивный эффект

(мифегин, мифепристон, пенкрофтон). В то же время 10-кратное уменьшение дозы до 10 мг/животное не оказывает abortивного эффекта.

В связи с этим и данными мировой литературы, а также данными Минздрава РФ нами использовалась следующая схема применения препаратов для прерывания беременности раннего срока: мифегин-600 мг орально (3 таблетки по 200 мг), через 36–48 часов назначался мизопропростол в дозе 400 мкг (2 таблетки по 200 мкг).

Важно отметить, что среди причин прерывания беременности социальные показания составляют 2/3 среди 300 обследованных женщин и на втором месте у 1/3 женщин из-за нежелания сохранения беременности, и лишь у 4-х из 300 обследованных женщин имели место медицинские показания (применение антибиотикотерапии в раннем сроке данной беременности).

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза 2/3 женщин были гинекологически здоровы. Обращает на себя внимание наличие эрозии шейки матки у каждой третьей женщины и наличие вульвовагинита различной этиологии у каждой 5-й пациентки.

Большое внимание в процессе проведения исследования было обращено на время появления кровянистых выделений, а также их длительность в условиях применения мифегина. Этот вопрос имеет большое научно-практическое значение, так как согласно данным современной литературы (ВОЗ) у 60–65% пациенток кровянистые выделения появляются до применения простагландинов. Учитывая особую важность данного симптома в клинике прерывания ранних сроков беременности, нами проведен детальный анализ времени появления кровянистых выделений после назначения мифегина.

Установлено, что в условиях применения мифегина у 6% женщин кровянистые выделения появлялись в первые сутки и у 80% на вторые сутки. Таким образом, у основного количества обследованных женщин время появления кровянистых выделений отмечено на вторые сутки, что превышает данные ВОЗ по применению мифегина на 20%. Однако время появления кровянистых выделений еще не указывает на факт изгнания продукта зачатия (концепта), о чем свидетельствуют наши данные клинических и ультразвуковых исследований в динамике: до прерывания беременности, 3–4 сутки и 7–10 сутки после прерывания беременности

в условиях применения мифегина и простагландинов. Учитывая отсутствие данных о времени начала изгнания продуктов зачатия после применения простагландина, нами было показано, что у каждой третьей пациентки этот процесс происходит в течение первых 2-х часов и у каждой 3-й в течение первых 5–6 часов после приема простагландина. При этом среднее время начала изгнания продуктов зачатия происходит в течение 12-ти часов (с доверительным интервалом от 10,37 до 14,05).

По нашим данным у подавляющего большинства обследованных женщин (93,33%) изгнание продуктов зачатия наступало на 3 сутки и у 4,33% на 4-е сутки.

Большое значение в плане контроля эффективности прерывания беременности раннего срока имеют данные УЗИ, которые должны включать определение наличия или отсутствия плодного яйца, содержимого полости матки на предмет остатков плодного яйца и крови, размеры матки в трех проекциях. УЗИ необходимо проводить в обязательном порядке на 3–4 и 7–10 сутки с одновременным определением толщины эндометрия и характера содержимого полости матки с целью констатации полного изгнания продуктов зачатия и исключения наличия прогрессирующей беременности.

В результате изучения размеров матки в трех проекциях и толщины эндометрия нами был проведен расчет «объема матки» и «размера матки» в условных единицах.

При этом объем — это произведение размеров по трем стандартным измерениям.

Размер — это интегральный показатель, полученный методом главных компонент.

Этот метод позволяет описывать 73% наблюдаемой изменчивости линейных размеров матки. При этом достаточным считается 65%, что позволило разработать формулу для определения размеров матки, которая указывает на точный срок беременности, эффективность применяемых средств для прерывания беременности, а также вероятности прогнозирования возможных осложнений.

Так при неосложненном течении послеабортного периода размеры матки соответствовали: до прерывания — $79,28 \pm 0,57$; 3–4 сутки после прерывания — $91,42 \pm 0,57$; 7–10 сутки после

прерывания — $81,76 \pm 0,59$. А объем матки составил соответственно: до прерывания — 104197 ± 2502 ; после прерывания 3–4 сутки — 154500 ± 3402 ; 7–10 сутки после прерывания — 110937 ± 2300 . Обращают на себя внимание выявленные нами закономерности увеличения размеров и объемов матки в условных единицах на 3–4 сутки после медикаментозного прерывания беременности.

Кроме того, необходимо учитывать длину плодного яйца (ДПЯ), которая по нашим данным составила в среднем $10,39$ – $11,52$ мм.

Определение содержимого полости матки по данным УЗИ на 3–4 сутки представляется чрезвычайно важным, так как в эти сроки у 2/3 пациенток отмечена нормальная УЗ-картина полости матки. В то же время нами выявлена у каждой третьей пациентки наличие УЗ-признаков крови и у 2,33% остатков продуктов зачатия. Нам представляется, что у 30% женщин наличие крови в полости матки может быть обусловлено недостаточным эффектом простагландина на сократительную активность миометрия, что было изучено в наших экспериментальных исследованиях на крысах.

Не исключено, что это обусловлено особенностями действия мифегина и простагландина на рецепторы и сосуды эндометрия матки, что косвенно подтверждается увеличением размеров матки на 7–8 мм на 3–4-е сутки по данным УЗИ.

Согласно данным литературы (Т.Н. Мельник, 2001) в клинико-морфологических исследованиях показано, что может иметь место и другой механизм действия указанных препаратов. С целью изучения причин гибели эмбриона и непосредственных механизмов отторжения плодного яйца при применении мифепристона (мифегина) автор провела патоморфологическое исследование материала выкидышей. Было обнаружено, что линия отторжения формирующейся плаценты проходила по терминальным окончаниям якорных ворсин и остаточным фрагментам базальной оболочки, состоящей из пластов цитотрофобласта и децидуальных клеток в полости эмбрионального мешка. Обращало внимание полное соответствие строения ворсин, а также стенки эмбрионального мешка, что объяснялось небольшим сроком от момента приема препарата до отторжения эмбрионального мешка.

Непосредственный механизм отторжения заключался в формировании гематомы в толще базальной пластинки с переходом

ее в близлежащее межворсинчатое пространство. Местный характер геморрагических нарушений (на границе эндо- и миометрия), их острое возникновение и кратковременность процесса не создают предпосылок для выброса тромбопластических масс и, следовательно, для изменения гемостазиологических параметров крови, что подтверждалось исследованием свертывающей системы крови.

Нами впервые проведена сравнительная оценка толщины эндометрия при медикаментозном и хирургическом прерывании беременности. Установлено, что разница в средней величине толщины эндометрия составляет 4 мм между медикаментозным и хирургическим методом прерывания беременности (12,32 мм против 8,0 мм, $p < 0,001$). Это, вероятно, указывает на более физиологичное воздействие на эндометрий медикаментозного метода прерывания беременности в условиях применения мифегина. При изучении длительности кровянистых выделений в условиях медикаментозного прерывания беременности ранних сроков наши данные не отличаются от данных литературы. Четко прослеживается (статистически достоверно, $p < 0,001$) большая длительность кровянистых выделений при медикаментозном прерывании беременности.

Так, длительность кровянистых выделений 6—7 суток при медикаментозном прерывании беременности отмечена на 19% меньше по сравнению с хирургическим методом; при длительности 8—10 суток — на 6%, при длительности 11—14 суток — на 13% ($p < 0,001$). При длительности кровянистых выделений более 14 суток достоверного различия между обеими группами не выявлено.

Большое значение при внедрении новых технологий при прерывании беременности придается детальному анализу ближайших и отдаленных осложнений при производстве аборта. При медикаментозном прерывании беременности у 2-х из 300 обследованных пациенток отмечены осложнения в виде эндометрита (0,33%) и прогрессирующей беременности (0,33%).

В то же время при хирургическом прерывании у 27 пациенток отмечены различного рода осложнения: эндометрит — 7; прогрессирующая беременность — 5; остатки плодного яйца — 15.

Таким образом, выявлено высоко достоверное преобладание в 14 раз осложнений при хирургическом прерывании беременности

($p < 0,001$), что указывает на существенные преимущества медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках.

Нами сделана попытка выявления факторов риска с учетом данных акушерско-гинекологического анамнеза и особенностей течения медикаментозного аборта.

В результате проведенного исследования с использованием корреляционных методов анализа не выявлена корреляционная зависимость между представленными факторами риска и осложнениями, которые могут иметь место при медикаментозном и хирургическом методах прерывания беременности.

Таким образом, проведенные психологические исследования психического статуса, экспериментальные исследования на беременных крысах по изучению abortивного действия мифегина, мифепристона и пенкрофтона, а также изучение особенностей клинического течения медикаментозного аборта, позволяют прийти к заключению о существенных преимуществах медикаментозного прерывания беременности ранних сроков по сравнению с хирургическими методами:

— Выбор женщиной медикаментозного или хирургического способа прерывания беременности зависит: а) от социально-психологических характеристик; б) от особенностей мотиваций и эмоциональной сферы; в) от приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей. Так, женщины, выбравшие медикаментозный аборт, принадлежат к возрастной группе от 21 до 30 лет, что, возможно, указывает на большую восприимчивость молодых пациенток к новациям; большинство женщин не состоит в браке, их образовательный уровень выше, не имеют детей или имеют одного ребенка, принимали решение об аборте совместно с партнером.

— Изучение особенностей ценностных ориентаций женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, самым важным является здоровье, которое было поставлено на первое место. Для хирургического аборта здоровье находится на третьем месте по степени значимости. В равной степени это касается и оценки других сфер жизни.

— Для женщин, выбравших хирургический аборт, наиболее значимым является надежность метода и мотив, что женщина использовала этот способ прерывания и ранее. Третьим по степени

важности является мотив меньших временных затрат, четвертым — доступность цены, пятым — противопоказания для использования других средств прерывания беременности.

Психические состояния у женщин, отдавших предпочтение медикаментозному аборту, показывают, что эти женщины реже бывают пассивными, перед процедурой прерывания беременности чаще переживают пониженное настроение, реже испытывают высокий уровень напряжения, реже встречается повышенная ситуативная тревожность, и чаще встречаются женщины с низкой уверенностью, но в то же время перед абортом реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение. Уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический аборт, распределен примерно одинаково.

В опытах на беременных крысах установлено, что все испытанные антипрогестины (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в дозе 100 мг/животное обладали 100% абортивным эффектом. В дозе 10 мг/животное препараты не прерывали беременность. Однако, антипрогестины (мифепристон и пенкрофтон) в дозе 10 мг/животное в сочетании с простагландином (мизопростолом) 4 мкг/животное обладают более выраженным действием, чем мифегин. Абортивный эффект антипрогестинов развивается на фоне усиления сократительной активности матки беременных крыс. Простагландин (мизопростол) повышает моторную деятельность матки на фоне введения антипрогестинов, особенно пенкрофтона.

Частота осложнений медикаментозного аборта составила 0,66% против 8,6% при мини-абортах, выполненных методом вакуум-аспирации. В структуре осложнений медикаментозного аборта отмечены эндометрит и прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией. При хирургическом прерывании беременности преобладали следующие осложнения: остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, эндометрит.

Клиническая эффективность медикаментозного аборта отмечена у 99,7% против 93,5% при мини-абортах, выполненных методом вакуум-аспирации ($p < 0,05$).

322. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced Doses of mifepristone // *Br. Med. J.* 1993. Vol. 307. P. 532–537.

323. *Wu S.* Medical abortion in China // *J. Am. Med. Women's Assoc.* 2000. Vol. 55. P. 197–199.

324. *Wu X.Z., Shao J.Y., Zhuang L.Q., Du M.K.* A multicentre clinical comparative study of mifepristone plus misoprostol or mifepristone alone on postcoital treatment against pregnancy // *Reprod. Contraception.* 1994. Vol. 6. P. 439–446.

325. *Wu S.C., Wang C.P., Wang Y.J., Chen W.Y. et al.* A randomized, double-blind, multicentre study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception // *Chinese J. Obstet. Gynecol.* 1999. Vol. 6. P. 327–330.

326. *Xue-zhe W.U., Jing-yu-SHAO., cui-qin-CHEN., Yi YANG et al.* Mifepristone in combination with misoprostol vs. low dose mifepristone alone in emergency contraception: a multi-center double-blind randomized clinical trial // *Reprod. Contraception.* 2002. Vol. 13. P. 158–164.

327. *Xu J., Chen H., Ma T., Wu X.* Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol // *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2001. Vol. 72. P. 245–251.

328. *Yip S.K., Tse A.O., Haines C.J., Chung T.K.* Misoprostol's effect on uterine arterial blood and fetal heart rate in early pregnancy // *Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 95. P. 232–235.

329. *Zieman M., Fong S.R., Benowitz N.L., Banskter D., Damey P.D.* Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration // *Obstet. Gynecol.* 1997. Vol. 90. P. 88–92.

АНКЕТА ПАЦИЕНТКИ

В целях улучшения работы нашего учреждения, мы проводим опрос наших пациентов. Опрос анонимный, нас интересуют только статистические сведения. Просим Вас откровенно и вдумчиво ответить на наши вопросы.

1. Укажите, пожалуйста. Ваш возраст _____ полных лет.

2. Район проживания _____

3. Ваше образование (высшее, среднее, неполное высшее, среднеспециальное, неполное среднее). Подчеркните.

4. Вы работаете, учитесь, не работаете (подчеркните).

Если Вы работаете, то где (государственное предприятие, бюджетная организация, коммерческая структура, частная фирма, индивидуальная деятельность, другие варианты) _____

5. Ваша специальность _____

6. Работаете ли Вы по специальности (да, нет).

7. Ваше семейное положение: замужем, не замужем, разведена.

8. Вы живете в отдельном доме, отдельной квартире, в коммунальной квартире, в общежитии, другое _____

Совместно с Вами проживает еще _____ человек.

9. К какому социальному слою по уровню доходов Вы себя относите: богатые, средний, доходы ниже средних, Другое _____

10. Как Вы оцениваете психологический климат в Вашей семье:

а) отношения дружные, ровные;

б) отношения напряженные, но без ссор;

в) отношения сложные;

г) частые ссоры. Если это так, то укажите, если возможно, причины ссор: загруженность домашними делами, занятость на работе, материальные трудности, жилищные проблемы, неадекватное поведение членов семьи. Другое _____

11. Как Вы относитесь к платным медицинским услугам: негативно, считаю их возможными в определенных пределах, необходимо более широкое их распространение, иное _____

Считаете ли Вы оптимальной цену оказанной Вам услуги, (да, может быть выше, может быть ниже).

12. Считаете ли Вы себя здоровым человеком или у Вас есть проблемы со здоровьем, какие _____

13. Какой по счету был аборт, проведенный в данном учреждении первый, второй, третий _____

14. Если аборт не первый, где проведены предыдущие какими методами: выскабливание, вакуум-аспирация, медикаментозный _____

15. Причины, побудившие Вас сделать аборт: _____

- а) плохое состояние здоровья
- б) недостаточное материальное положение
- в) неудовлетворительные жилищные условия
- г) помеха работе, учебе
- д) некому помочь в уходе за ребенком е) не способствуют взаимоотношениям в семье ж) нежелание иметь ребенка Ваше или мужа
- з) другое _____

16. Почему Вы решили сделать именно медикаментозный аборт: совет родственников, знакомых, рекомендация врачей, реклама (радио, ТВ, газеты), разочарование в других методах проведения аборта. В чем именно _____

17. Удовлетворены ли Вы:

а) организацией записи (да, нет). Если нет, то чем именно _____

б) организацией приема (да, нет)

Если нет, то чем именно в) оказанной Вам помощью (да, нет). Обоснуйте ответ _____

г) отношением персонала (да, нет.) Обоснуйте ответ _____

д) обстановкой, атмосферой данного учреждения (да, нет)

Если нет, то чем именно _____

18. Были ли у Вас конфликты (недоразумения) с сотрудниками центра (да, нет).

Если да, то по какому поводу и с кем именно (врачом, сотрудниками регистратуры, другими сотрудниками).

19. Сколько раз Вам пришлось посещать центр: один, два, три раза.

20. Как Вы чувствовали себя после проведения медикаментозного аборта (хорошо, удовлетворительно, плохо). Были ли какие-нибудь осложнения (да, нет). Если да, то какие _____

21. Посоветуете ли Вы своим подругам, знакомым, родственникам, обратиться в этот центр (да, нет).

22. Если вдруг возникнет необходимость, обратитесь ли Вы сюда опять (да, нет).

23. Что Вы можете предложить по улучшению организации данного вида помощи _____

Методика для изучения психических состояний человека (САННТУВ) в нашей квалификации

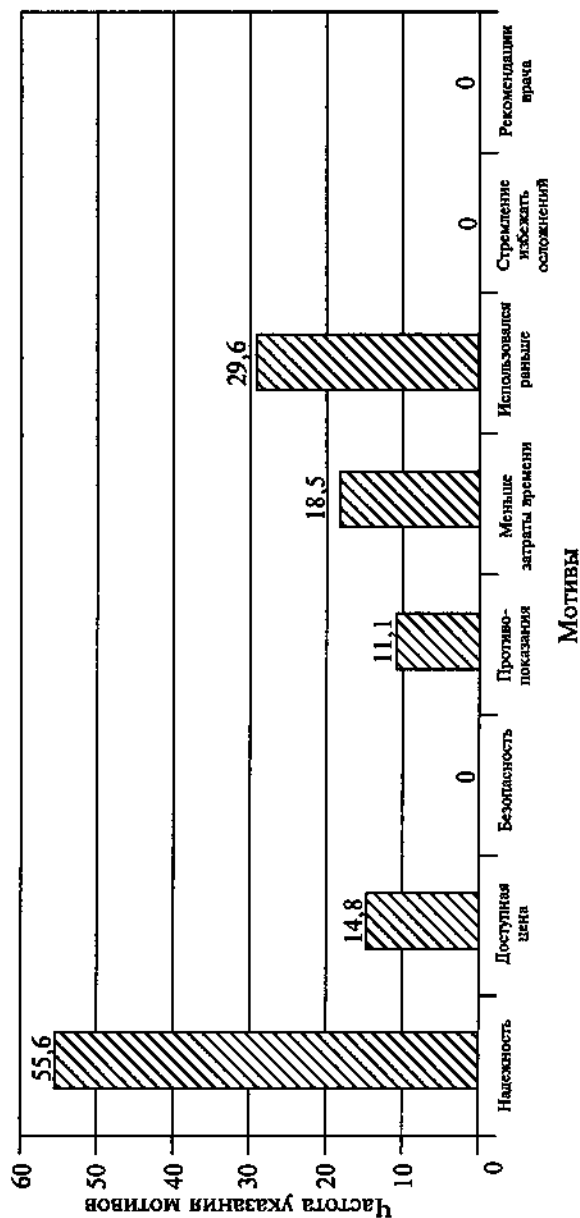
	Совершенно верно	Верно	Пожалуй, так	Не что среднее	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно	Верно	Пожалуй, так	Не что среднее	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно	
Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
Пассивна	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Активна
Весела	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Грустна
Озабочена	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Беззаботна
Спокойна	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Взволнована
В себе не уверена	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Вполне уверена
Эмоционально невозмутима	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Эмоционально возбуждена
Отдохнувшая	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Уставшая
Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
Напряжена	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Напряжения нет
Я раскована	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Встревожена
Я беспомощна	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Готова преодолеть любые трудности
Я в норме	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	Я взвинчена

Анкета для изучения социально-психологических и мотивационных особенностей женщин, искусственно прерывавших беременность

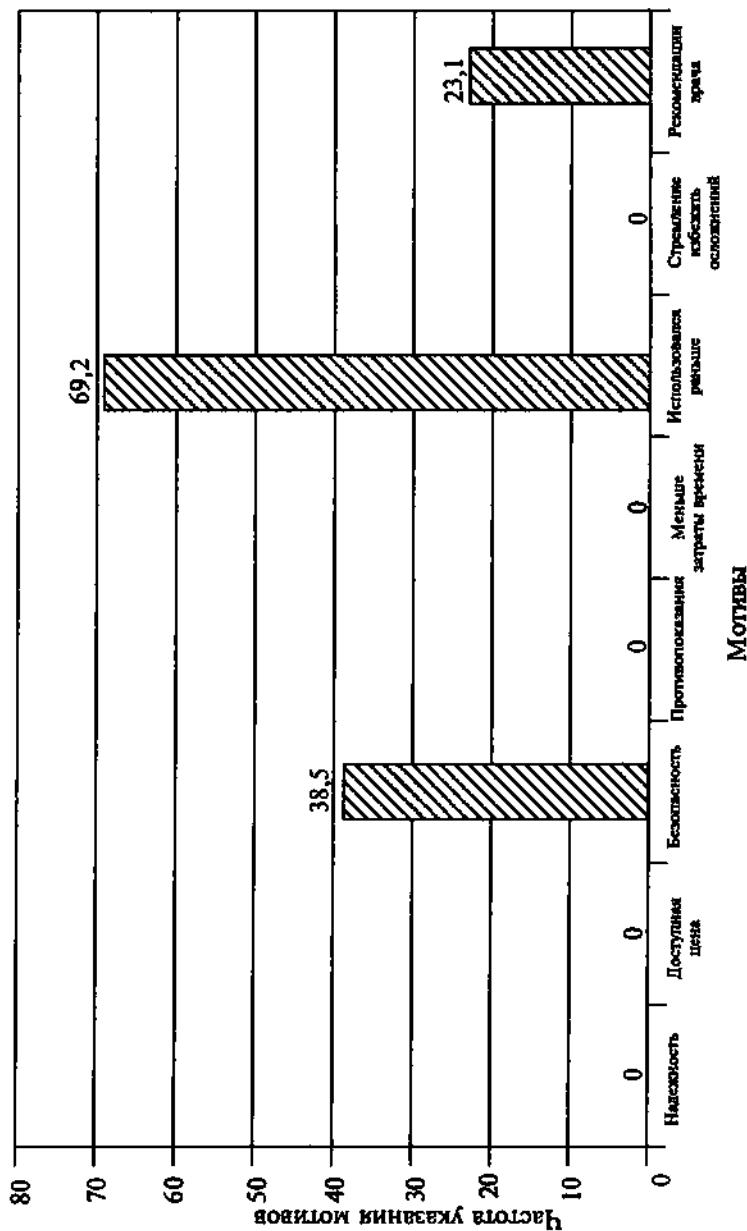
Уважаемые пациенты, в нашем учреждении проводится исследование нового медицинского препарата. Опрос анонимный, нас интересуют только статистические сведения. Пожалуйста, выберите наиболее подходящие, по Вашему мнению, ответы и поставьте "галочку" в соответствующей ячейке таблицы:

Ваш возраст	До 20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	36-40 лет	Более 40 лет
Ваше образование	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Неполное высшее	Высшее	
Ваше семейное положение	Замужем	Не замужем	Разведена	Состою в гражданском браке		
Есть ли у вас дети	Нет	Один ребенок	Двое детей	Трое детей	Более трех детей	
Считаете ли вы себя верующим человеком	Да	Нет				
Знает ли ваш партнер о принятом вами решении прервать беременность	Да, это совместное решение	Да, я сообщила ему об этом	Нет			
Что послужило причиной того, что вы предпочли этот способ прерывания беременности	Его надежность	Его доступная цена	Вы не знаете о других способах	Его используют чаще других	Его безопасность	Этот способ не вызывает страх (пугает меньше других)
	Вам противопоказаны другие способы	Этот способ отнимает меньше времени	Вы использовали ли что раньше	Рекомендовал врач	Вы хотите избежать осложнений, возникающих при использовании других способов	

Гистограмма 1. Мотивы, определяющие выбор способа прерывания беременности у женщин с хирургическим абортom



Гистограмма 2. Мотивы, определяющие выбор способа прерывания беременности у женщин с медикаментозным абортom



Ключ к обработке полученных данных

Характеристика возможного состояния Следует так интерпретировать		Оценка состояния											Характеристика возможного состояния	
Значение	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5			
Самочувствие хорошее	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Самочувствие плохое	
Пассивна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Активна	
Весела	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Грустна	
Озабочена	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	11		Беззаботна	
Спокойна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1		Взволнована	
В себе не уверена	1	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Вполне уверена	
Эмоционально невозмутима	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Эмоционально возбуждена	
Отдохнувшая	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Уставшая	
Желание отдохнуть	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Желание работать	
Хорошее настроение	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Плохое настроение	
Напряжена	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		Напряжения нет	
Я раскована	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Встревожена	
Я беспомощна	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Готова преодолеть любые трудности	
Я в норме	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		Я извинчена	

Методика изучения ценностных ориентаций

Оцените по 10-балльной шкале (вертикальная линия) степень важности для Вас различных сфер жизни (горизонтальная линия). Поставьте “галочку” в соответствующей ячейке.

	Здоровье	Счастье	Материальный достаток	Семейное благополучие	Успех в работе
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
<i>Глава 1. Медико-социальные и клинические аспекты аборта</i>	<i>5</i>
<i>Глава 2. Клиническая характеристика беременных женщин</i>	<i>34</i>
<i>Глава 3. Психологические особенности, выбирающих хирургический или медикаментозный аборт</i>	<i>43</i>
<i>Глава 4. Экспериментальное и клиническое обоснование использования антипрогестагенов для прерывания беременности ранних сроков</i>	<i>72</i>
<i>Глава 5. Клиническая эффективность антипрогестинов при преры- вании беременности ранних сроков</i>	<i>77</i>
Заключение	94
Список литературы	109
Приложения	130