

І.Б. Вовк, д.м.н., професор, керівник відділення планування сім'ї,
О.І. Тимченко, О.О. Ревенько, О.М. Ревенько, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Аборт — предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки

Репродуктивне здоров'я як складова загального здоров'я є важливим чинником забезпечення сприятливих демографічних перспектив країни, передумовою формування її демографічного і соціально-економічного потенціалу, забезпечення сталого розвитку як стратегічного завдання, що стоїть перед українським суспільством. Стан репродуктивного здоров'я залежить від умов його формування та збереження упродовж життя кожної особи.

Аборт — це один із найбільш значущих чинників розладу репродуктивного здоров'я жінки, що призводить до виникнення безпліддя, невиношування вагітності, запальних захворювань статевих органів, порушень менструального циклу. Штучне переривання вагітності і пов'язані з ним ускладнення призводять майже до кожної десятої материнської смертності. Статистика свідчить, що 1 млн подружніх пар в Україні є безплідними. Із них 870 тис. — через безпліддя жінки, причиною якого у 80% випадків є аборт. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36-40 тис. ненароджених дітей. Постабортні ускладнення реєструються в 40-70%, що негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. Аборти мають нищівні наслідки для духовного та психологічного здоров'я: постабортний синдром матерів, їхніх чоловіків та членів сімей, медиків, руйнування сімейних відносин, криза моральних і гуманних цінностей у суспільстві.

З давніх часів і до цього дня питання про можливість переривання вагітності залишається предметом дискусій. Гострота в обговоренні проблеми абортів зберігається, незважаючи на те що вона стара, як світ.

Перша позиція відображена в клятві Гіппократа: «Я не дам жодній жінці абортивного песарія». Так у V столітті до нашої ери Гіппократ висловлює свою думку про етичну неприпустимість участі лікаря у виконанні абортів.

Ця позиція тим більше важлива, що вона прямо протилежна поглядам великих моралістів і законодавців Стародавньої Греції, які відображені в працях Аристотеля. Він писав у своєму трактаті «Політика»: «Якщо у подружньої пари має народитися дитина понад зазначеної кількості, то необхідно зробити аборт раніше, ніж у зародка з'явиться життя».

У VII столітті законодавство встановлює як покарання смертну кару. Такий підхід є типовим для європейського законодавства Середньовіччя та Нового часу. 1649 року смертна кара за аборт була введена і в Росії.

На сьогодні Україна — одна з тих країн, де поширена практика штучного переривання вагітності (абортів, вакуум-регуляція менструального циклу). Це глибоко суперечить багатовіковим традиціям українського народу, що ґрунтувалися на релігійному світогляді, глибокій повазі до людського життя, шануванні сім'ї та жінки саме як матері та носія життя, дбайливому ставленні до дитини.

Сьогодні простота і висока доступність штучного абортів стала наслідком неймовірної кількості ускладнень, що змусило задуматися над новими проблемами, які стоять перед суспільством і лікарями. Враховуючи це, 2000 року Україна приєдналася до глобально визнаного Цілям розвитку тисячоліття разом з іншими 189 країнами світу і взяла на себе зобов'язання щодо їх досягнення до 2015 року.

Дані сучасної ембріології свідчать про те, що життя людини починається з моменту зачаття, тобто з моменту злиття статевих клітин батька та матері. Отже, штучне переривання вагітності на будь-якому етапі є перериванням життя людської особи.

Україна має високий рівень розповсюдженості абортів. Втрати народжуваності від абортів надзвичайно великі. До кола питань, пов'язаних з практикою легальних абортів, перш за все належить проблема демографічної кризи в Україні.

Чисельність населення будь-якої країни є одним із головних факторів національної безпеки. Аборт є однією з причин різкого зменшення чисельності населення України.

За даними Держкомстату на 1 січня 2008 року чисельність населення в Україні становила 46 372 тис.

осіб. Згідно з прогнозом демографічного розвитку України на період до 2050 року, розробленого фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАН, очікується, що до цієї дати населення України може скоротитися до 36 млн осіб.

Людське життя є незаперечною цінністю не тільки для самої людини, а й для держави, яку буде людина. Згідно зі статтями 3 та 27 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, кожна людина має невід'ємне право на життя. Таким чином, існування практики абортів є запереченням права на життя людини.

Спільними зусиллями міністерств України у співпраці з релігійними та громадськими організаціями слід проводити політику поширення та плекання моральних, сімейних цінностей шляхом розробки та впровадження навчально-виховних, профілактичних програм і заходів, консультування, реабілітації, матеріальної та практичної підтримки.

Сучасний стан проблеми штучного переривання вагітності актуалізують такі чинники:

— Відкрита відмова від дітонародження — ідея, яка була штучно нав'язана українському народові та почала вкорінюватися у його свідомість за часів радянської влади на територіях колишнього СРСР шляхом прийняття відповідних законодавчих актів. Аборти в Україні стали явищем масовим, повсякденним, доступним.

— Високий рівень штучного переривання вагітності. З моменту легалізації абортів у 1955 році український народ втратив більш ніж 32 млн осіб, що втричі перевищує число жертв голодомору. Тільки за роки незалежності в Україні було зроблено понад 5 млн абортів. Але ця цифра не відображає реальності, оскільки велика кількість абортів залишається не зареєстрованими.

— Лояльне ставлення наших громадян щодо практики штучного переривання вагітності через недостатню інформованість сутності абортів та його наслідків. Новому поколінню молодих людей не слід сприймати таку практику як норму життя.

— Початок раннього статевого життя серед підлітків як результат негативного впливу поширення порнографії, пропаганда сексуальної розпусти, поширення міфу про так званий безпечний секс, рекламування шкідливих звичок.

— Недостатня поінформованість населення щодо здорового способу життя, альтернативи абортів — сучасних методів попередження непланованої вагітності. Завдяки розробленим науковим методикам подружня пара може жити повноцінним життям, планувати кількість дітей у своїй сім'ї, не порушуючи фізіологічних процесів в організмі.

Погляд на репродуктивне здоров'я як одну з основ здоров'я в цілому й головну детермінанту розвитку людини одержує все більше визнання у світі. Серед складових елементів репродуктивного здоров'я контрацепція — попередження небажаної вагітності — має можливість істотно поліпшити стан здоров'я і статус жінок. Вона дозволяє жінці самій визначати кількість народження дітей, дає можливість контролювати свою фертильність, управляючи репродуктивною стороною свого життя, що дає підставу для почуття впевненості в собі й поваги в суспільстві. Планування родини не тільки рятує життя, а й поліпшує його якість, попереджаючи неплановану вагітність і дозволяючи жінці планувати настання вагітності в терміни, зручні для жінки та безпечні для її перебігу. Надання послуг із планування родини жінкам, що бажають уникнути небажаної вагітності, але не мають доступу до контрацептивних



І.Б. Вовк

методів, за оцінками фахівців, дозволило б зберегти життя приблизно 900 тис. жінкам в усьому світі. До цих цифр можна додати ще щонайменше 25 млн небезпечних абортів, які мають місце щороку, з їх ускладненнями у вигляді кровотеч та інфекцій.

Науково визнано, що штучне переривання непланованої вагітності є важливою складовою проблемою формування, так і збереження репродуктивного здоров'я. Аборт вважається одним із чинників розладу здоров'я жінок за своїм шкідливим впливом втручання у природний процес змін в організмі жінки під час вагітності, можливістю післяабортних ускладнень.

Проблема абортів є всесвітньою проблемою. За даними ВООЗ, близько 50% вагітностей, які наступають щоденно, є незапланованими, 25% — небажаними, до 150 тис. з них закінчуються абортів, що становить до 55 млн штучних абортів щорічно, тобто з кожних 1000 вагітних штучно переривають вагітність 35 жінок. Однак це число варіює від 10 до 80 у деяких країнах. У розвинутих країнах частка жінок, які щорічно роблять аборт становить 5%, у Східній Європі — 14%, у Західній Європі — 3%, в Латинській Америці — 9%, в Африці — 11%. У більшості європейських країн на кожні 100 вагітностей припадає лише 10-15 абортів, в Україні — 27,6 (за даними 2012 року).

У 2012 р. зареєстровано 141 396 абортів по Україні, що становить 12,36 на 1000 жінок репродуктивного віку і 27,6 на 100 пологів; 4,6% від загальної кількості випадків материнської смертності в Україні пов'язані з абортів. Показник абортів вищий, ніж середній показник у країнах ЄС.

За оцінками ВООЗ, у світі щороку передчасно помирають 500 тис. жінок внаслідок причин, пов'язаних з вагітністю. Ця страшна статистика здобуває ще більш драматичне звучання, якщо врахувати, що 25-50% випадків материнської смертності доводиться на абортів, проведені в небезпечних умовах і пов'язані з незапланованою вагітністю. Студи можна також віднести показники материнської смертності й незапланованої вагітності серед підлітків, захворювань, що передаються статевим шляхом, і безплідності.

Стан здоров'я жінки, у тому числі репродуктивного, формується до народження, у перші роки життя, а в подальшому лише зберігається і змінюється. Протягом життя потреби жінки в медичній допомозі змінюються. Тому національна система охорони здоров'я жіночого населення побудована з урахуванням концепції «життєвого циклу». Зміст її полягає в тому, що дбати про здоров'я майбутньої жінки потрібно на всіх етапах її життя починаючи від народження. Цей період включає захист ще не народжених дівчаток від перинатального відбору за ознаками статі, захист дівчат від сексуального насилля, вагітностей, абортів, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), забезпечення можливостей формування і збереження фізичного, психічного здоров'я. Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. цільовими групами визначено дітей до 14 років і підлітків 15-17 років, а очікуваними результатами — зменшення підліткової вагітності на 20%.

Парадокс є у тому, що штучний аборт — єдиний безкоштовний метод регулювання народжуваності, передбачений системою охорони здоров'я. Чи слід очікувати зниження кількості перших абортів у країні? На жаль, ні. При зниженні відношення «аборт/пологи» ми бачимо, що зменшення кількості абортів відбулося не в наймолодших жінок, а в більш «досвідчених». Забезпечення населення контрацептивами, виходячи з їх вартості, має набувати пріоритетності при формуванні бюджетів усіх рівнів з передбаченням у них видатків на

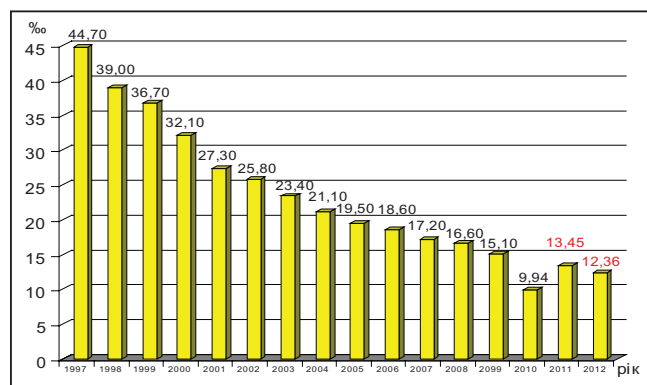


Рис. 1. Частота штучних абортів серед жінок України (1997-2012 рр.) на 1000 жінок фертильного віку

придбання контрацептивів та безкоштовне забезпечення ними відповідного контингенту жінок.

Однак, незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів фертильного віку, цей показник у 2-6 разів вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії.

Серед співвідносно дії факторів, які впливають на рівень незапланованої вагітності, що в 85-92% закінчується абортами, вагоме значення має застосування контрацепції: за даними державної статистики, методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється близько 30% жінок фертильного віку.

Актуальність проблеми непланованої вагітності зумовлена і тим, що небажана вагітність становить також підвищений ризик для здоров'я дітей. Крім того, наявні й соціальні проблеми народжених небажаних дітей, які поповнюють контингент дітей-сиріт, безпритульних.

Згідно з представленою градацією ВООЗ рівня абортів (на 1000 жінок фертильного віку) маємо: високий рівень – понад 15 абортів; середній рівень – від 10 до 15 абортів; низький рівень – від 5 до 10 абортів; дуже низький рівень – менше ніж 5 абортів. До 2008 року Україна належала до країн з високим рівнем абортів.

Завдяки державній політиці з питань планування сім'ї та досягнутим успіхам у цьому напрямі (ВООЗ, 2009) Україна віднесена до країн з середнім рівнем абортів.

На тлі стабільної тенденції до зменшення кількості абортів відбуваються позитивні зміни у зменшенні кількості також позалікарняних абортів, що свідчить про наявну доступність до цієї послуги в закладах охорони здоров'я.

Окрім того, як свідчать статистичні дані, динаміка частоти реєстрації абортів та пологів в Україні носить позитивний характер – на фоні зниження частоти абортів у жінок репродуктивного віку частота пологів має стійку тенденцію до зростання. Починаючи з 2001 року частота пологів стала перевищувати частоту абортів, у 2011 році кількість пологів становила 492 218, кількість абортів – 156 193, з них небажана вагітність (аборти легальні за бажанням жінки) – 101 212 (табл. 1).

Ранні аборти серед підлітків – це наслідок їхнього небажання вирішувати свої проблеми (особисті, матеріальні). Неповнолітні батьки вважають, що дитина буде для них тягарем. Аргументація може бути досить цинічна: я хочу отримати задоволення, брати від життя все, що вона дає. Або ж інше пояснення: повсякденні проблеми, навчання, немає житла, фінансові проблеми, негативне ставлення батьків.

Але в обох цих аргументаціях присутній один елемент – дитина розглядається як річ і є тягарем або перешкодою, яку усувають. На підлітків у віці 15-19 років припадає щонайменше 10% від 50 млн проведених в усьому світі штучних абортів.

Таблиця 1. Кількість абортів і пологів за даними закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України

Звітний рік	Кількість абортів		з них небажана вагітність (аборти легальні за бажанням жінки, кримінальні)		Кількість пологів
	Абс. число	Абс. число	Абс. число	%	
2005	242 343	182 548	182 548	75,33	411 904
2006	229 618	168 146	168 146	73,23	454 813
2007	210 454	149 493	149 493	71,03	468 923
2008	201 087	143 504	143 504	71,36	501 678
2009	181 064	127 541	127 541	70,44	505 145
2010	164 467	111 407	111 407	67,74	491 621
2011	156 193	101 212	101 212	64,80	492 218

Суттєвий вплив на стан репродуктивного здоров'я майбутньої жінки мають аборти у неповнолітніх, що викликає окрему заклопотаність акушерів-гінекологів та суспільства в цілому. До 1996 р. частота абортів у дівчаток до 14 років становила 0,17 на 1 тис. дівчаток відповідного віку, а з 1997 р. відмічається тенденція до зниження цього показника: 0,14 – у 1997 р., 0,10 – у 2002 р., 0,08 – у 2012 р. (рис. 2). Незважаючи на докладені зусилля, за останні 5 років частота абортів у цього контингенту залишається на однаковому рівні

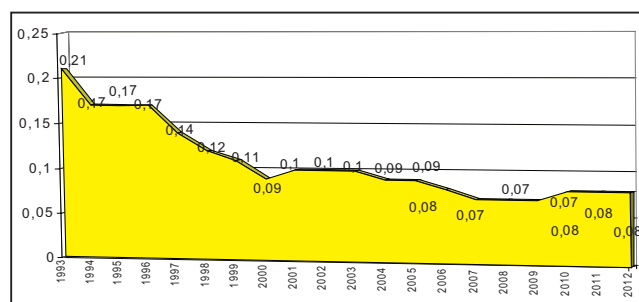


Рис. 2. Частота абортів у неповнолітніх дівчат (до 14 років) в Україні (1993-2012 рр.) на 1000 відповідного віку

і не вдається її знизити. Медики зробили все можливе. Решту зусиль мають докласти батьки, школа і суспільство.

Зниження рівня абортів серед дівчат підліткового віку в Україні відбувалося більш інтенсивними темпами. Лише за останні п'ять років цей показник зменшився в 1,6 раза.

Представлені дані свідчать, що частота абортів у дівчат 15-17 років значно знизилася, проте залишається протягом 6 років практично на одному рівні (рис. 3).

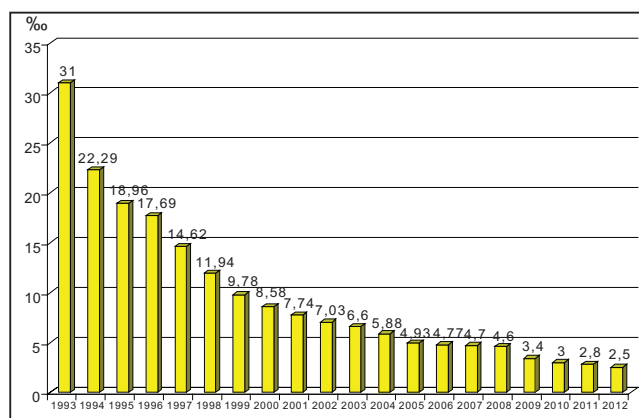


Рис. 3. Частота абортів серед дівчат 15-17 років в Україні (1997-2012 рр.) на 1000 відповідного віку

Аборт наносить непоправну шкоду здоров'ю жінки і репродуктивному здоров'ю обох членів подружжя. Вимушене втручання в гормональний стан жінки у разі переривання вагітності є надзвичайним стресом для гормональної та нервової системи організму й може стати причиною невиношування вагітності (самовільних викиднів та передчасних пологів), а також безпліддя, особливо, якщо переривається перша вагітність. Запальні ускладнення, які можуть виникнути відразу після абортів або мати прихований хронічний перебіг, часто можуть спричинити доброякісні і злоякісні пухлини репродуктивних органів у майбутньому. Хірургічне втручання під час абортів супроводжується травмою тканин шийки та тіла матки, якої можливо запобігти, якщо попередити аборт і народити дитину або використовувати методи профілактики виникнення небажаної вагітності.

На жаль, після абортів можуть виникати віддалені у часі ускладнення, перебіг яких тривалий і несподіваний, з серйозними наслідками, лікування яких може бути довготривалим, недостатньо ефективним та дорогим.

Навіть короточасні ускладнення після абортів негативно впливають на сексуальні відносини, а такі ускладнення, як невиношування та безплідність, стають причиною соціального напруження у сім'ї та розлучення.

За даними щорічних звітів, стан репродуктивного здоров'я в Україні знаходиться далеко за межами міжнародних стандартів. Наразі стан репродуктивного здоров'я нашої характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, вроджених вад розвитку, материнської, перинатальної і малюкової смертності.

У рамках Національної програми «Здоров'я нації до 2015 року» з метою визначення шкідливого впливу абортів на репродуктивне здоров'я жінок в Україні були проведені спільні масштабні епідеміологічні дослідження за участю ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України» та ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».

Проведені епідеміологічні дослідження в Центральному та Південному регіонах України показали, що частота штучних абортів в країні поступово знижувалась як у регіонах, де проводилось дослідження, так і по Україні в цілому. Але частота штучних переривань вагітності на 1000 жінок фертильного віку в Запорізькій області та м. Києві за весь період спостережень перевищувала величину аналогічного показника на інших територіях.

На підставі епідеміологічних досліджень доведено, що наявність в анамнезі штучного абортів підвищує ймовірність виникнення у подальшому самовільного викидня в 1,6 раза – серед жінок Запорізької області, у 1,5 раза в м. Запоріжжя, у 1,6 раза в Київській області і в 2,5 раза – серед жінок м. Києва (табл. 2).

Таблиця 2. Ризик виникнення самовільних викиднів у жінок різних регіонів за наявності штучних абортів

Регіон (роки)	Відношення шансів	Довірчий інтервал
Запорізька область (2005-2009)	1,67	1,38-2,01
Київська область (1999-2003)	1,37	1,29-1,46
Київська область (2009-2010)	1,60	1,30-1,95
м. Київ (1999-2003)	2,53	2,06-3,11
м. Запоріжжя (2005-2009)	1,58	1,22-2,07

При визначенні впливу першого абортів на репродуктивні втрати дослідження показали, що наявність штучного абортів за першої вагітності збільшувала ризик самовільного викидня під час наступної вагітності у жінок Запорізької області в 1,5 раза, а у жінок м. Запоріжжя – у 1,3 раза (табл. 3).

Таблиця 3. Наявність абортів під час першої вагітності серед жінок, які мали самовільний викидень чи народили здорову дитину, Запорізька область і м. Запоріжжя, 2005-2009 рр.

Штучний аборт за першої вагітності	Запорізька область		м. Запоріжжя	
	Здорова дитина, %	Самовільний викидень, %	Здорова дитина, %	Самовільний викидень, %
так	14,40±1,16	20,10±1,18	17,46±1,95	21,94±1,43
ні	83,52±1,23	79,03±1,20	80,69±2,03	77,10±1,46
невідомо	2,09±0,47	0,86±0,27	1,85±0,69	0,96±0,34
разом	100,00	100,00	100,00	100,00

У м. Києві цей показник становив 1,4 раза. Таким чином, доведено, що штучний аборт збільшує величину ризику майбутніх репродуктивних втрат від 1,5 до 2,5 раза. При цьому переривання першої вагітності одразу збільшує ризик у 1,5 раза (табл. 4).

Таблиця 4. Наявність штучного абортів під час першої вагітності серед жінок, які мали самовільний викидень чи народили здорову дитину, Київська область, 1999-2003 рр., 2009-2010 рр.

Штучний аборт за першої вагітності	1999-2003 рр.		2009-2010 рр.	
	Здорова дитина, %	Самовільний викидень, %	Здорова дитина, %	Самовільний викидень, %
так	7,95±0,87	8,51±0,69	7,69±2,34	8,06±2,00
ні	78,95±1,31	74,52±1,08	89,23±2,72	88,17±2,37
невідомо	13,11±1,08	16,96±0,93	3,08±1,51	3,76±1,40
разом	100,00	100,00	100,00	100,00

За даними відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «ІПАГ НАМН України» у жінок штучні аборти призводять у подальшому до самовільних абортів у 26% випадків, завмерлих вагітностей – у 14%, ектопічних вагітностей – у 18%, тобто становить понад 50% (рис. 4).

Проведений аналіз репродуктивних втрат у жінок, які перенесли штучне переривання першої вагітності в терміни до 12 тижнів, свідчить про те, що майже у кожній п'ятій жінки після перенесеного абортів у подальшому вагітності втрачаються.

Продовження на стор. 46.

І.Б. Вовк, д.м.н., професор, керівник відділення планування сім'ї,
О.І. Тимченко, О.О. Ревенко, О.М. Ревенко, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Аборт — предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки

Продовження. Початок на стор. 44.

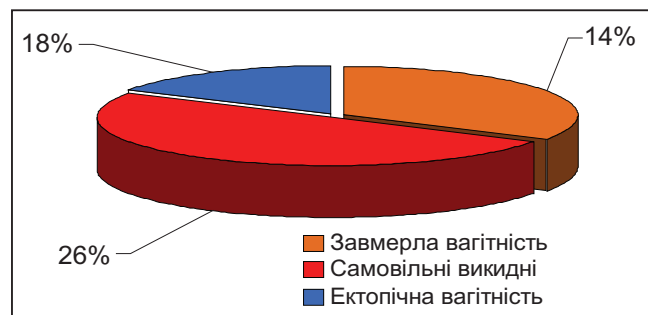


Рис. 4. Репродуктивні втрати у жінок після штучного переривання першої вагітності

Одним з інтегральних показників стану репродуктивного здоров'я є безпліддя. За даними офіційної статистики, рівень безпліддя є невисоким — 3,5-3,9 на 1000 осіб жіночого населення і 0,9 — чоловічого. Водночас соціологічні дослідження свідчать про те, що проблема безпліддя торкається 6,8% сімей України, тобто близько 1 млн подружніх пар. Безплідний шлюб є важливою медичною проблемою, яка потребує на кожному етапі розвитку суспільства і охорони здоров'я уточнення медико-організаційних форм надання медичної допомоги.

За даними центру Планування сім'ї ДУ ІПАГ НАМН України у жінок з вторинною безплідністю з штучним перериванням вагітності в анамнезі як етіологічний чинник переважали хронічні сальпінгофорити — 93,5%, спайковий процес органів малого таза — 62,5% та генітальний ендометріоз — 37,5%, які зумовлюють основну причину безплідності. Встановлено, що відносна кількість вагітностей у жінок зі штучним абортom в анамнезі становила 2,8 на одну жінку, а відносна кількість пологів лише 0,78.

Тобто, середня кількість абортів становила 2,0 на одну жінку, що перевищувало рівень пологів понад 2 рази. Встановлено, що після штучного аборту відмічається значна кількість раних ускладнень — ендометрити (13,8%), кровотечі з повторними вишкрібаннями стінок порожнини матки (8,6%). Пізні ускладнення штучного аборту проявлялись у вигляді порушення менструального циклу (5,2%). Частота ускладнень після абортів ще висока: кожен шостий аборт призводить до ускладнень, кожен 20-й закінчується госпіталізацією з приводу різних ускладнень. Найчастіше один аборт зустрічався у жінок віком 20-34 роки, а два і більше — у віці 35 років і старших. Оскільки за кількістю зроблених абортів переважають жінки, які проживають у місті, резервом з їх зменшення слід вважати покращення роботи і активацію амбулаторної ланки охорони здоров'я.

При розгляді даних, отриманих у дослідженнях відділення «Планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції» ДУ «ІПАГ НАМН України» трубно-перитонеальна безплідність у хворих після переривання вагітності зустрічається частіше, ніж безплідність маткового походження та ендокринна.

Більша частина обстежених хворих отримувала неодноразово антибактеріальну та протизапальну терапію: з трубно-перитонеальною безплідністю — 82,2%, матковими факторами — 55,6%, а також ендокринною — 36,4%. Усе це свідчить про провідну роль

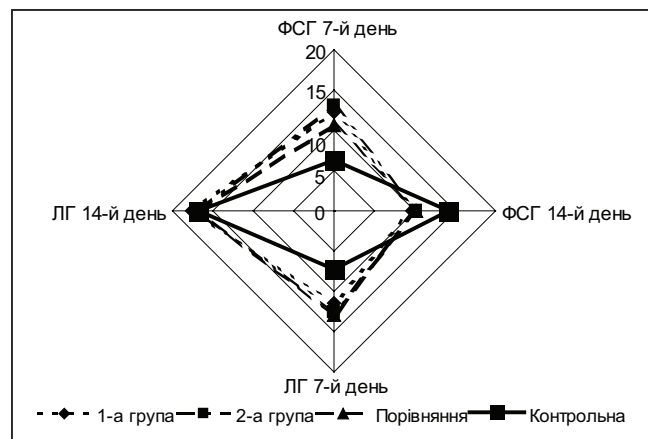


Рис. 5. Співвідношення показників гонадотропних гормонів в динаміці менструального циклу, МО/л

інфекційного агента у жінок з безплідністю після штучного переривання вагітності. Лікування цих ускладнень аборту обертається значними моральними і матеріальними затратами сім'ї.

Відмічено, що у жінок з безпліддям як наслідок штучного переривання вагітності протизапальне лікування після аборту проводилось лише у 20,7%, що підтверджує необхідність проведення профілактики запальних ускладнень після штучного переривання вагітності для запобігання в подальшому розвитку порушень репродуктивної функції.

Після штучного переривання вагітності у жінок відзначалась значна кількість оперативних втручань на органах малого таза: позаматкова вагітність (10,3%), операції на яєчниках (19,0%).

Проведене бактеріологічне обстеження жінок з порушеною репродуктивною функцією та абортom в анамнезі дозволило встановити значну контамінацію піхви різними видами ентеробактерій. Негативне прогностичне значення має виявлення в слизу піхви у жінок асоціації двох та трьох видів умовно-патогенної мікрофлори (78,8%). До складу асоціацій найчастіше входили сполучення коків та ентеробактерій або коків та грибів роду *Candida*.

У цілому методом бактеріоскопії з урахуванням «ключових клітин» гарднерельоз діагностовано у 46 (28,8%) обстежених. Частота реєстрації хламідіозу становила 40 (25,0%), мікоплазмозу — 30 (18,8%), уреплазмозу — 24 (15,0%) випадків.

Пізнні постабортні ускладнення характеризуються як гіпоталамічний стрес. Організм не встигає адекватним чином відреагувати на переривання вагітності і розвивається конфлікт між станом організму, який перебудований на розвиток вагітності і відсутністю плодового яйця.

Для жіночого організму аборт — це біологічний шок, який реалізується на усіх рівнях репродуктивної системи. У результаті цього «негайного гальмування» будь-який варіант переривання вагітності після зникнення ендокринно-активного ембріона супроводжується різкою компенсаторною активацією гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Наслідком гіпоталамічного стресу, як правило, бувають порушення менструального циклу, а також нейроендокринний синдром.

Указані зміни гормональної забезпеченості менструального циклу у вигляді підвищення концентрації ЛГ на 7-й день менструального циклу, зниження рівня ФСГ в середині менструального циклу, низькі концентрації естрадіолу на 14-й день циклу та прогестерону на 21-й день циклу свідчать про порушення процесів дозрівання фолікулів, овуляції та формування жовтого тіла. Проте ступінь гормонального дисбалансу більш виражена у жінок із трубно-перитонеальною формою безплідності, після перенесеного штучного переривання вагітності, що проявлялось достовірним зниженням концентрації ФСГ на 14-й день циклу та підвищенням секреції тестостерону (рис. 5).

Наслідком цих змін є різні порушення менструального циклу, особливо дисменорея, оліго- і аменорея, дисгормональних маткових кровотеч на тлі ановуляції, відносної гіперестрогенії і недостатності лютеїнової фази.

Гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція призводить до розвитку мастопатії (55-60%), полікістозу, фіброміоми матки, ендометріозу, гіперпролактинемії, гіпоталамічного та передменструального синдрому, новоутворень органів репродуктивної системи.

Крім «негайного ендокринного гальмування», при хірургічному аборті неминучі травматизація ендометрія. У соціальному масштабі травматичне пошкодження ендометрія, у якому відбулися зміни, які є типовими для раних термінів вагітності, виступає як інструмент реалізації потужної агресії відносно до репродуктивного здоров'я жінок, оскільки далеко не завжди пошкоджений ендометрій здатен на адекватне відновлення та негайну перебудову на циклічний режим функціонування на тканинному рівні. Прийнято вважати, що ускладнений перебіг післяабортного періоду спостерігається як мінімум у 1/3 жінок, а частота віддалених ускладнень після перенесеного

втручання — нейроендокринних порушень, проліферативних захворювань органів репродуктивної системи — досягає 60-80%.

У результаті вивчення структурних особливостей ендометрія у жінок з порушеною репродуктивною функцією, а саме безплідністю трубно-перитонеальною генезу, які зазнали штучне переривання вагітності в анамнезі, у значній більшості із них було виявлено наявність патологічних змін в структурах ендометрія.

Найчастіше, у 73,3% випадків, виявляються ознаки хронічного ендометрити, на тлі якого залозисті поліпи спостерігались у 40% пацієнток та у 40% проста та комплексна неатипова гіперплазія ендометрія.

Невідповідність розвитку ендометрія хронологічному дню менструального циклу, а саме відставання його дозрівання, встановлено у 20% жінок (рис. 6).

В основі виникнення цих патологічних станів лежать тонкі механізми зміни білків-регуляторів апоптозу, що впливають на процеси фізіологічного апоптозу. Зниження їх активності і призводить до розвитку гіперпроліферативних процесів в ендометрії, що підтверджують імуногістохімічні дослідження експресії проапоптотичного протеїну Вах в ендометрії (рис. 7).

Експресія проліферативного маркера Ki-67 спостерігалася досить інтенсивною. Однак в окремих

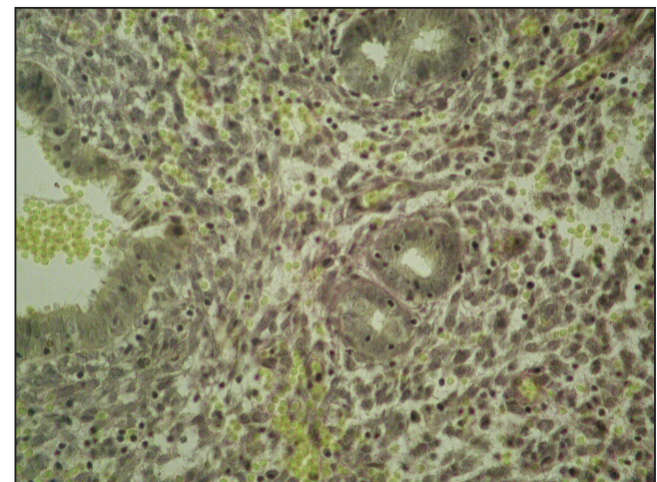


Рис. 6. Пацієнтка А. Ендометрій жінки з хронічним запальним процесом геніталій. Невідповідність дню менструального циклу. Забарвлення пікрофуксином за Ван Гізоном. Мікрофотографія. Ок. $\times 10$, об. $\times 10$

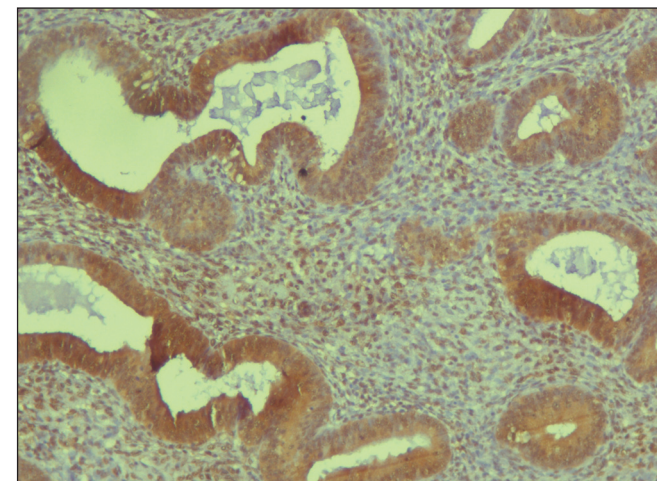


Рис. 7. Пацієнтка А. Фолікулярна фаза менструального циклу. Експресія проапоптотичного протеїну Вах в епітеліальних клітинах залоз ендометрія. Імуногістохімічний спосіб визначення Вах непрямым стрептавідин-пероксидазним методом. 36 більш. $\times 200$

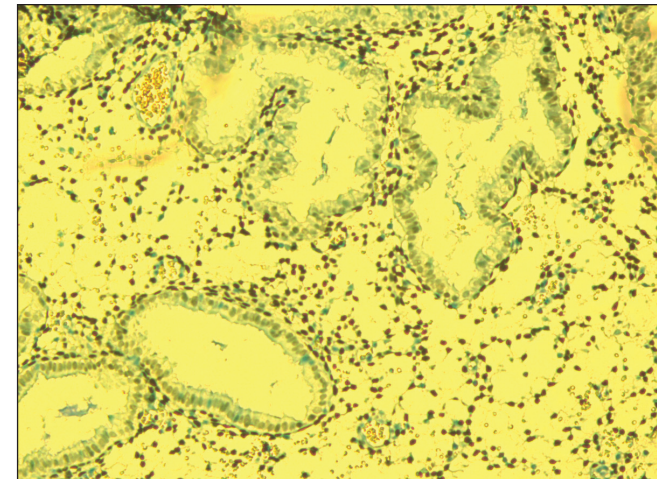


Рис. 8. Пацієнтка Н. Слабка експресія прогестеронових рецепторів в ядрах епітеліальних клітин залоз та виразна в клітинах стромы ендометрія. Імуногістохімічний спосіб визначення прогестеронових рецепторів непрямым стрептавідин-пероксидазним методом. 36 більш. $\times 200$

ядрах клітин залоз і строми ендометрія експресія проліферативного маркера була слабкою, що свідчить про порушення загальної здатності строми ендометрія до регенерації.

Поряд з цим відзначалася нерівномірна експресія металопроїєїнази I типу як в епітеліальних, так і в стромальних клітинах ендометрія. У стромі ендометрія процеси проліферації та апоптозу менш збалансовані, що свідчить про інтенсивний патологічний гіперпластичний процес.

І як наслідок, виявлене зниження інтенсивності експресії рецепторів до прогестерону в стромі ендометрія вказує на погіршення рецептивності ендометріальних структур, що призводить до порушення процесу імплантації при наступній вагітності (рис. 8).

Таким чином, проведені дослідження з вивчення віддалених ускладнень штучного переривання вагітності показали, що медичний аборт призводить до підвищення ризику виникнення репродуктивних втрат у майбутньому, високої частоти хронічних запальних процесів на тлі значних змін мікроекології статевих шляхів.

Такі складні патогенетичні механізми розвитку ускладнень штучного переривання вагітності стали підґрунтям для розробки методу їх профілактики. З цією метою проведено вивчення мікробіоценозу статевих шляхів, імунологічного стану та гормонального профілю після хірургічного та медикаментозного абортів.

Встановлено, що у здорових жінок до хірургічного втручання показники мікрофлори слизових оболонок вагіни знаходились у межах норми в 17,5% випадків, а умовно-патогенна флора в незначних концентраціях відзначалась у 25,0% жінок (рис. 9). Неспецифічний вагініт був встановлений у 49% жінок, бактеріальний вагіноз – у 9%. При цьому у жінок із специфічним вагінітом у 25% обстежених були виявлені хламідії, у 18,8% – мікоплазми, у 15% жінок – уреоплазми.

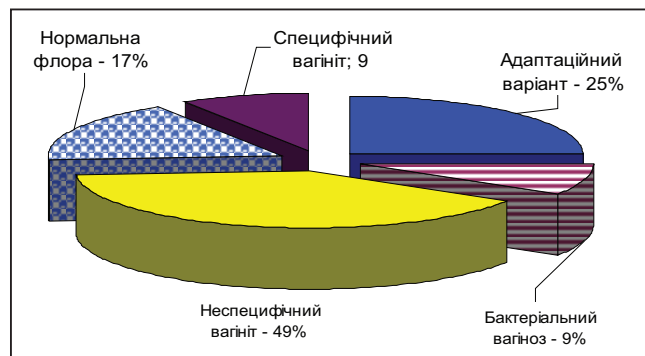


Рис. 9. Варіанти дисбіозу піхви у жінок перед хірургічним абортим

Після проведення хірургічного абортів без застосування антимікробної корекції показники адаптаційного варіанту та нормальної мікрофлори зрушилися в бік бактеріального вагінозу (27,5%), неспецифічного (50,0%) та специфічного (16,2%) вагініту (рис. 10).

З метою порівняння видового та кількісного спектра мікрофлори у жінок безпосередньо (через місяць) після різних методів переривання вагітності було проведено бактеріологічне обстеження жінок після медикаментозного та хірургічного абортів (рис. 11). Після медикаментозного абортів відмічено значно менше обсеменіння умовно-патогенною та патогенною мікрофлорою: стафілокок епідермальний з гемолітичними властивостями – 14,0%, стафілокок золотистий – 10,0%, стафілокок гемолітичний – 7,1% та кишкова паличка з гемолітичними властивостями – 10,0%. ППСШ діагностувались у 25,7% серед обстежених цієї групи, що свідчить про необхідність включення їх до групи ризику виникнення запальних ускладнень та обстеження всіх пацієнток у повному обсязі, незалежно від методу переривання вагітності.

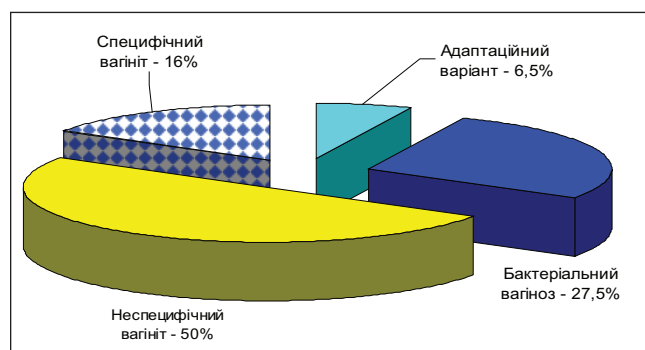


Рис. 10. Варіанти дисбіозу піхви у жінок після хірургічного абортів

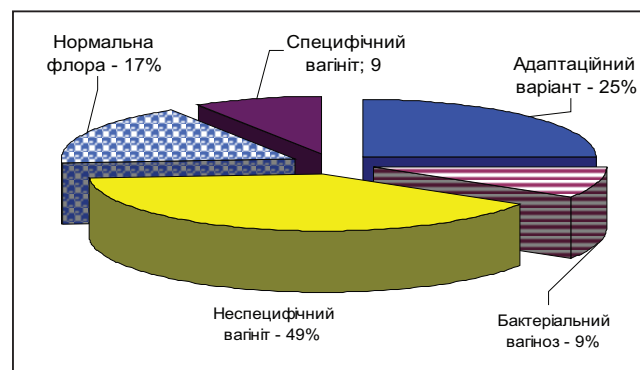


Рис. 11. Показники мікроекології піхви після штучного переривання вагітності різними методами, %

Отже, проведення профілактики запальних захворювань та інших ускладнень після абортів є дуже актуальним.

Антибіотикопрофілактика (наказ МОЗ України № 1177 «Комплексна допомога при небажаній вагітності») передбачає призначення до або під час операції:

- антибіотиків широкого спектра дії (пеніцилінового або тетрациклінового ряду);
- протимікробних і антипротозойних засобів, похідних 5-нітромідазолу (метронідазол).

За рекомендаціями ВООЗ:

- доксициклін у дозі 200 мг перорально за 1-2 год до втручання або – одноразове введення метронідазолу в дозі 100 мл внутрішньовенно (можливо при введенні внутрішньовенного наркозу).

Таким чином, основними етіологічними чинниками інфікування статевих шляхів жінок, які перенесли хірургічний аборт, є складні багатокомпонентні бактеріальні асоціації умовно-патогенної, патогенної флори та ППСШ. Після медикаментозного абортів відмічено значно менше обсеменіння умовно-патогенною та патогенною мікрофлорою при наявності лактобацил – у 84,3% випадків, але в значно менших концентраціях (lg 4,2 КУО/мл) порівняно зі здоровими жінками. ППСШ також діагностувались у 25,7% серед обстежених цієї групи, що свідчить про необхідність обстеження всіх пацієнток у повному обсязі, які заважали перервати вагітність та незалежно від методу переривання вагітності.

Ситуація, яка склалася, зумовлює необхідність посилення інтегрованого підходу до вирішення соціальних, поведінкових, біологічних проблем, що впливають на формування і зміцнення репродуктивного здоров'я, та впровадження сучасних медико-організаційних технологій репродуктивного здоров'я, які ґрунтуються на доказовій медицині.

Спеціально розроблена за світовим зразком система планування сім'ї, яка включає комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування серед населення безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні і поліпшенні особистого здоров'я та основ відповідального батьківства, а також більш широке застосування сучасних методів контрацепції, направлених на попередження непланованої вагітності, – стала основою для формування репродуктивної функції підростаючого покоління та збереження репродуктивного здоров'я у дорослого населення. В основу її діяльності покладена насамперед цілеспрямована робота з формування у молоді статевої культури та підготовки для створення сім'ї.

При цьому діяльність служби планування сім'ї в Україні з питань збереження репродуктивного здоров'я здійснюється спільно зі службами освіти на будь-якому структурно-організаційному рівні шляхом створення та затвердження спільних програм відповідно до вікової категорії жінок.

Таким чином, незважаючи на значні позитивні зрушення в останнє десятиліття, у сфері репродуктивного здоров'я в Україні надалі залишається істотною кількістю прогалів.

Багатофакторна природа процесу зниження репродуктивного потенціалу в Україні визначає різні напрями щодо поліпшення репродуктивного здоров'я нації. Намічені протягом останніх років позитивні тенденції змін репродуктивної поведінки населення (збільшення народжуваності і підвищення ефективності процесу відтворення населення, зниження кількості абортів у країні, числа «втрат вагітності», а також поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь) характеризують правильність обраної стратегії охорони репродуктивного здоров'я.

• Новини

Минздрав Израиля вводит ограничения на ЭКО

Министерство здравоохранения Израиля начинает ограничивать количество процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), на которые женщины имеют право в рамках национальной программы медицинского страхования.

До сих пор женщины в возрасте до 45 лет, которые не имеют двоих детей, имели право на неограниченное количество процедур ЭКО, финансируемых государством.

Однако министерством была издана новая директива, накладывающая определенные ограничения, в соответствии с рекомендациями Национального совета по гинекологии, неонатологии и генетике.

Большинство женщин теперь будут ограничены восемью циклами ЭКО. В директиве также говорится, что через четыре последовательных цикла, в ходе которых не смогли имплантировать эмбрион, или восьми циклов, в результате которых не наступила клиническая беременность, женщина должна встретиться со своими медиками и социальным работником, чтобы обсудить варианты дальнейшего лечения. Клиническая беременность фиксируется, когда наличие плодного яйца подтверждается с помощью ультразвука.

Женщины старше 42 лет будут ограничены тремя циклами ЭКО, если эмбрион не удастся имплантировать в это время. Министерство здравоохранения поясняет: исходя из медицинских данных, зафиксированных по всему миру, в этом возрасте шансы на успешную беременность после трех неудач подряд близки к нулю.

Тем не менее попытки ввести оплодотворенные яйцеклетки, которые были заморожены во время предыдущих процедур, будут разрешены, поскольку они не будут рассматриваться как отдельное лечение, отмечают в министерстве.

Новая директива также позволяет женщинам в возрасте 39 лет и старше сразу же начать лечение с помощью ЭКО. До сих пор женщины, которые добивались ЭКО, были обязаны вначале попробовать другие виды лечения бесплодия, такие как таблетки или инъекции. Только в том случае, если эти неоднократно повторенные процедуры не давали результатов, женщины могли приступить к ЭКО.

В министерстве признают, что порой это правило вынуждало впускать драгоценное время женщин, чей возраст приближается к концу пика рождаемости, поскольку после 40 лет репродуктивная способность организма резко снижается. Разрешение этим женщинам начинать процедуры сразу с ЭКО увеличивает их шансы забеременеть.

Одна из рекомендаций совета, которую министерство не приняло, – снизить максимальный возраст для лечения ЭКО и ограничить его 44 годами.

Пробиотический вагинальный имплантат побеждает молочницу

Ученые во главе с Кристиной Верденелли из Университета Камерино создали устройство для лечения молочницы. Устройство включает полезные пробиотические бактерии, борющиеся с грибковой инфекцией, пишет The Times of India. Представленное устройство может стать альтернативой противогрибковым препаратам.

Эксперименты позволили доказать эффективность разработки. Специалисты протестировали пять штаммов лактобацилл против грибка Candida. Их интересовало, насколько стабильно пробиотические бактерии вырабатывают смертоносное для грибка соединение и могут ли они нормально расти на человеческих клетках рядом с грибом.

Из пяти штаммов формула Synbio зарекомендовала себя лучше всего. Она прекрасно прикреплялась к клеткам человека, росла вместе с грибом и вырабатывала перекись, убивающую грибок. Полученные результаты обнадеживают, ведь проблема лекарственной устойчивости патогенов становится все более актуальной.

<http://www.medlinks.ru/article.php>