**Додон Інна Єдуардівна. Сучасні підходи до проблеми штучного пере-ривання вагітності в ранні терміни : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Додон І. Е. Сучасні підходи до проблеми штучного переривання вагітності в ранні терміни.– Рукопис.  Дисертацiя на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Вiнницький державний медичний унiверситет iм. М.I. Пирогова, МОЗ України, Вінниця, 2003 р.  В дисертацiї обгрунтовано переваги диференційованого підходу до вибору методу переривання вагітності. Шляхом комплексного психодіагностичного дослідження доведено, що штучний аборт, яким би методом він не виконувався є потужним психотравмуючим фактором, який за певних умов (особливості психологічної структури індивіда, стан протективних резервів особистості, вплив суб’єктивної оцінки ситуації) може стати ініціальним фактором в механізмі розвитку неврозу. Це доводить необхідність надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги жінкам, що вирішують перервати вагітність.  Виявлено, що за наявності інших рівних умов застосування медикаментозний метод переривання вагітності має менший невротизуючий потенціал, суб’єктивно сприймається більш позитивно, не викликає суттєвих порушень психологічної рівноваги та адаптаційного процесу, на відміну від оперативного. Виділені групи ризику щодо можливості виникнення психічних розладів післяабортного періоду - це жінки з домінуванням астенічних та змішаних психологічних рис, а також особи віком до 18 та після 30 років. Рекомендовано при необхідності переривання вагітності у даного контингенту жінок надавати перевагу медикаментозному аборту. Дана порівняльна характеристика оперативного та медикаментозного методів переривання вагітності у ранніх термінах і встановлено, що медикаментозний метод переривання вагітності в ранні терміни, шляхом використання міфепристону та мізопростолу є високоефективним, фізіологічно обгрунтованим методом; він не має вираженого негативного впливу на стан подальшого репродуктивного здоров’я жінки, добре переноситься жінками так, як не вимагає використання загальних анестетиків; виявляється досить простим у виконанні, не залежить від кваліфікації хірурга; не викликає різкого порушення гормонального гомеостазу в організмі жінки. Разом з тим, в порівнянні з оперативним, цей метод має більше протипоказань, займає більше часу, вимагає більшого суб’єктивного контролю, матеріальних витрат та активної участі з боку пацієнтки.  Проведений експеримент доводить, що міфепристон не викликає суттєвих морфологічних змін у внутрішніх статевих органах піддослідних тварин, які б могли перешкоджати процесам наступного овогенезу та ембріогенезу. | |
| |  | | --- | | 1. В дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення положення про те, що штучний аборт, незалежно від того, яким методом він виконується, є потужним психотравмуючим фактором, що може стати ініціальним в механізмі розвитку неврозу.  2. Проведеним психодіагностичним дослідженням доведено, що за наявності інших рівних умов застосування медикаментозний метод переривання вагітності має менший невротизуючий потенціал та сприймається більш позитивно, що підтверджується нижчим рівнем реактивної тривожності у жінок, яким застосовано медикаментозний метод переривання вагітності (в середньому на 8,64 бали за шкалою C. Spilberger), вибором кольорів стенічного регістру в цій клінічній групі на перші позиції тесту МКВ у 81,82% обстежених проти 52,54% у групі жінок, яким було виконано оперативний аборт; а також кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації на перші позиції відповідно у 9,09% та 29,85% жінок. Крім того, переважна більшість обстежених жінок (95,45%) вважає, що медикаментозний аборт суб’єктивно сприймається більш позитивно, не викликає суттєвих порушень психологічної рівноваги на відміну від оперативного.  3. Встановлено, що жінки з домінуванням астенічних та змішаних психологічних рис складають групу ризику щодо виникнення у них негативних психологічних реакцій на ситуацію штучного аборту та розвитку в подальшому розладів невротичного регістру, що підтверджується даними обстеження жінок, яким було виконано оперативне переривання вагітності. Так, в групі жінок з домінуванням астенічних рис рівень реактивної тривожності виявився статистично достовірно вищим (на 10,56 балів більше), ніж у групі жінок із домінуванням стенічних рис, а у групі жінок із домінуванням змішаних рис – відповідно на 6,29 балів більшим; виявлено також домінування у виборі на перші позиції тесту МКВ кольорів соматичного і психологічного дискомфорту та астенізації у групі жінок з переважанням астенічних рис – у 42,68% обстежених, у групі жінок з переважанням змішаних рис – у 37,50% жінок, у групі з домінуванням стенічних рис – 22,22% жінок.  4. Встановлено, що жінки у віці 18 років і менше та у віці 30 років і більше складають групу ризику у відношенні розвитку несприятливих психологічних реакцій в зв’язку із виконанням штучного аборту, що підтверджується вірогідно вищим рівнем реактивної тривожності у віковій групі 18 років та менше (на 12,45 балів) та у віковій групі 30 років і більше (на 2,86 бали), ніж у віковій групі 19-29 років.  5. Проведений експеримент доводить, що міфепристон не викликає суттєвих морфологічних змін у внутрішніх статевих органах піддослідних тварин, які б могли перешкоджати процесам наступного овогенезу та ембріогенезу.  6. Медикаментозний метод переривання вагітності в ранні терміни є високоефективним (у 100% жінок основної групи досягнуто переривання вагітності); він добре переноситься пацієнтками - у 22,72% жінок були відсутні прояви побічної дії препаратів; виявляється досить простим у виконанні, оскільки не залежить від хірургічної кваліфікації лікаря.  7. Медикаментозний метод переривання вагітності не має вираженого негативного впливу на стан подальшого репродуктивного здоров’я жінки, що підтверджується відновленням нормального менструального циклу на протязі трьох місяців у 72,73% жінок після медикаментозного аборту; на відміну від жінок після оперативного переривання вагітності, де становлення нормального перебігу місячних відбулося лише у 51,11% випадків із збереженням тенденції до гіпоменструального та альгодисменорейного синдромів.  8. Медикаментозний метод є фізіологічно обгрунтованим методом штучного переривання вагітності, який не викликає різкого порушення гормонального гомеостазу в організмі жінки, що підтверджується поступовим повільним зниження рівню хоріогонадотропіну в плазмі крові протягом 30 днів; тоді як при виконанні хірургічного аборту, елімінація хоріогонадотропіну характеризується ініціальною швидкою фазою (зниження на 90% від первинного) і лише подальшим зникненням з плазми крові протягом 3-ох тижнів.  9. Після переривання вагітності консервативним методом стабілізація психоемоційного стану у післяабортному періоді відбувається швидше, в порівнянні з оперативним перериванням вагітності, а сам метод має менший негативний психологічний вплив на здоров’я жінки. Це підтверджується нижчим рівнем бального показника реактивної тривожності на 7,83 бали після медикаментозного аборту, виявленням у 59,09% таких жінок показників низької реактивної тривожності, домінуванням на позиціях переваги у 93,33% з них кольорів стенічного регістру тесту МКВ, а також характером розподілу клінічних шкал СБОО. | |