

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**КУФЛЬОВСКИЙ ДМИТРО ВОЛОДИМИРОВИЧ**

УДК 618.396-036.1-08

ДИСЕРТАЦІЯ  
**ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ  
В ІІ ТРИМЕСТРІ**

в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина  
(наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ Д. В. Куфльовський

Науковий керівник: Вдовиченко Ю. П., чл.-кор. НАМН України,  
доктор медичних наук професор

Київ – 2022

## АНОТАЦІЯ

**Куфльовский Д. В.** Оптимізація тактики переривання вагітності в II триместрі. Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»). Київ: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; 2022.

Дисертаційна робота присвячена підвищенню ефективності вимушеного переривання вагітності у II триместрі вагітності на підставі вивчення клінічних, імунологічних, мікробіологічних та психологічних показників, а також удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. Для вирішення поставленої мети були визначені наступні завдання: показати структуру показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі; провести оцінку імунного статусу у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі; оцінити стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі; з'ясувати особливості психоемоційного статусу у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі; установити взаємозв'язок між клінічними, імунологічними, мікробіологічними та психологічними даними у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі; удосконалити та оцінити ефективність алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі. Об'єкт дослідження – II триместр вагітності. Предмет дослідження – вади розвитку плода, перебіг післяабортного періоду. Методи дослідження – клінічні, ехографічні, імунологічні, мікробіологічні, психологічні та статистичні.

Науково обґрунтовано негативний вплив психоемоційних порушень у жінок внаслідок діагностики вроджених вад розвитку плода на стан імунного статусу та мікробіоценоз статевих шляхів. Розширені наукові дані про взаємозв'язок між клінічними, імунологічними, мікробіологічними та психологічними даними у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, що може призводити до розвитку післяабортних ускладнень та порушень репродуктивної функції у майбутньому. Науково представлено вплив оптимізованої тактики вимушеного переривання вагітності у II триместрі на стан репродуктивного здоров'я жінок. Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі внаслідок вроджених вад розвитку плода. Вивчено порівняльні аспекти чинників ризику та структури показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі вагітності. Проведено порівняльний клінічний аналіз перебігу вагітності, I та II триместрів у жінок із вимушеним перериванням вагітності внаслідок вроджених вад розвитку плода. Встановлено частоту та структуру порушень психоемоційного статусу у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі та їх вплив на зміни імунного статусу та порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Удосконалено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2019 по 2022 рр. Автором проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 60 жінок репродуктивного віку, з яких 30 були з показаннями до вимушеного переривання вагітності та отримували удосконалений алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. Самостійно зроблений

забір і підготовка біологічного матеріалу. Автором написано всі розділи дисертації, сформульовані висновки, удосконалено алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. Автором виконано статистичну обробку отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладені в наукових працях, опублікованих самостійно, а також в тій частині актів впровадження, які стосуються науково-практичної новизни.

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі переважають трисомії різних хромосом (21 пара – 20%; 16 і 18 пари – 20%); аномалії розвитку головного мозку (аненцефалія – 16,7% та гідроцефалія – 16,7%). Серед інших показань треба зазначити відсутність черепної коробки (13,3%); черевної стінки (6,7%); верхніх та нижніх кінцівок (6,7%). У жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, має місце імунний дисбаланс з боку як клітинного (зниження хелперної та підвищення супресорної субпопуляції), так і гуморального імунітету (зменшення загальної кількості В-лімфоцитів на фоні збільшення кількості «активних» В-клітин). Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, характеризується зниженням кількості лактобацил, біфідобактерій і молочно-кислих стрептококів на фоні одночасного збільшення ешерихій, протей, грибів роду *Candida*, стафілококів, міко- та уреоплазм. Наявність двох варіантів інфекцій відзначено у 36,7%, а 3 – у 26,7% відповідно. Вимушено переривання вагітності у II триместрі призводить до розвитку порушень психоемоційного стану – розвиток стоп-реакції, блокування активності, емоційна лабільність, висока пошукова активність та занижена самооцінка, що свідчить про розвиток психосоматичного синдрому дезадаптації. Для підвищення ефективності вимушеного

переривання вагітності у II триместрі необхідно проводити наступні заходи: підготовка: напередодні, за дві доби 200 мг міфепростону; постановка інтрацервікально палички ламінарії і фіксація тампоном; госпіталізація; проведення маніпуляції: внутрішньовенний наркоз; зняття білизни (білизна знімається коли жінка в наркозі, щоб не було відчуття проведення маніпуляції); вилучення тампону та палички ламінарії з цервікального каналу; зондування матки під контролем ультразвукового дослідження; без розширення цервікального каналу, вакуум-екскохлеатором видаляємо плідне яйце; постановка тампону в піхву; реабілітація після переривання вагітності: корекція психологічного статусу; направлена імунокорекція; корекція порушень мікробіоценозу статевих шляхів. Використання удосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту післяабортних ускладнень (загострення хронічного сальпінгофориту – 3,3% та лохіометра – 3,3%) при одночасній корекції імунного дисбалансу, порушень мікробіоценозу статевих шляхів та психоемоційного статусу.

Ключові слова: II триместр вагітності, переривання вагітності, II триместр, лікувально-профілактичні заходи, оптимізація.

## ANNOTATION

**Kuflovskiy Dmytro.** Optimization of tactic of terminating pregnancy in II trimester. Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

PhD degree dissertation in the field of study 22 Healthcare by Program Subject Area 222 Medicine (Obstetrics and Gynecology). Kyiv, Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine; 2022.

Dissertation work is devoted to the increase of efficiency of the forced breaking of pregnancy in the II trimester of pregnancy on the basis of study of clinical, immunological, microbiological and psychological

indexes, and also improvement of algorithm of treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures. For the decision of the put purpose the followings tasks were certain: to rotin the structure of testimonies to the forced breaking of pregnancy in a II trimester; to conduct the estimation of immune status for women which forcedly break pregnancy in a II trimester; to estimate the state of microbiocenosis of sexual ways for women, which forcedly break pregnancy in a II trimester; to find out the features of psycho-emotional status for women which forcedly break pregnancy in a II trimester; to set relationship between clinical, immunological, microbiological and psychological information for women, which forcedly break pregnancy in a II trimester; to perfect and estimate efficiency of algorithm of treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures for women, which forcedly break pregnancy in a II trimester. A research object is a II trimester of pregnancy. The article of research is defects of development of fetus, motion to the post-abortion period. Research methods – clinical, echographic, immunological, microbiological, psychological and statistical.

The results of the conducted researches testify that in the structure of testimonies to the forced breaking of pregnancy in a II trimester prevail trisomy of different chromosomes (21 pair – 20%; 16 and 18 pair – 20%); anomalies of development of cerebrum (anencephaly – 16.7% and hydrocranium – 16.7%). Among other testimonies it is needed to mark absence of cranium (13.3%); abdominal wall (6.7%); upper and lower extremities (6.7%). For women which forcedly break pregnancy in a II trimester, an immune disbalance takes place from the side of both cellular (decline of helper and increase of suppressor subpopulations) and humoral immunity (diminishing of general amount of B-lymphocyte is on a background the increase of amount of “active” B-cells). The state of microbiocenosis of sexual ways for women, which forcedly break

pregnancy in a II trimester, is characterized by the decline of amount of lactobacilli, bifidobacteria and lactic acid streptococcus on a background the simultaneous increase of escherichia, proteus, mushrooms of the genus of Candida, staphylococuss, mycoplasma and ureaplasma. The presence of 2 variants of infections is marked in 36.7%, and 3 – in 26.7% respectively. Forcedly terminating pregnancy in a II trimester results in development of violations of the psycho-emotional state is development of stop-reaction, blocking of activity, emotional lability, high searching activity and understated self-appraisal which testifies to development of psychosomatic syndrome of maladjustment. For the increase of efficiency of the forced breaking of pregnancy in a II trimester it is necessary to conduct the followings measures: preparation: the day before, for 2 days there are 200 milligrams of mifepristone; raising intracervical kelp sticks and fixing a tampon; hospitalization; leadthrough of manipulation: intravenous anesthesia; removal of underwear (underwear is taken off when a woman is in anesthesia, that feeling of leadthrough of manipulation was not); an exception to the tampon and kelp sticks is from a cervical canal; sounding of uterus is under control ultrasonic research; without expansion of cervical canal, vacuum excochleator delete a fertilized egg; raising to the tampon is in a vagina; a rehabilitation is after terminating pregnancy: correction of psychological status; immunocorrection is directed; correction of violations of microbiocenosis of sexual ways. The use of the algorithm of treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures improved by us allows to reduce frequency of post-abortion complications (sharpening of chronic salpingo-oophoritis – 3,3% and lochiometer – 3,3%) at the simultaneous correction of immune disbalance, violations of microbiocenosis of sexual ways and psycho-emotion status.

Keywords: II trimester of pregnancy, terminating pregnancy, II trimester, treatment-and-prophylactic measures, optimization.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Куфльовский ДВ. Особливості перебігу II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:47–53.

2. Куфльовський ДВ. Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместру вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:23–7.

3. Куфльовский ДВ. Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:33–9.

4. Salmanov AG, Kuflovskiy DV, Manzhula LV, Voloshyn OA. Healthcare associated infection after legal induced abortions in Ukraine: Results a multicenter study. Wiad Lek. 2021;74(7):1559–65.

5. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ – Дніпро – Кривий Ріг – Запоріжжя. 2020;37:141.

6. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності з урахуванням генетичного обстеження. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ – Тернопіль – Хмельницький). 2020;38:112.

7. Куфльовский ДВ. Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі



вагітності. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л.Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ – Чернівці – Ужгород). 2020;39:108.

## ЗМІСТ

	стор.
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	12
ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1	
АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ.....	17
1.1 Штучне переривання вагітності та його репродуктивні наслідки.....	17
1.2 Технології штучного переривання вагітності, їх особливості й ускладнення.....	19
1.2.1 Питання штучного переривання вагітності при оперованій матці.....	23
1.2.2 Медикаментозна підготовка шийки матки як спосіб скорочення числа післяабортних ускладнень.....	24
1.2.3 Інфекційні ускладнення штучного переривання вагітності та способи їх подолання, питання імуногенезу при післяабортних ускладненнях.....	25
1.2.4 Роль сонографії в протоколі штучного переривання вагітності і діагностиці післяабортних ускладнень.....	30
1.2.5 Тактика ведення при неповному аборті та кровотечі.....	32
1.3. Структура показань та чинники ризику вимушеного переривання вагітності в II триместрі.....	34
1.4 Психоемоційні порушення та реабілітаційні заходи після переривання вагітності в II триместрі.....	40
4.1.1 Психологічні аспекти аборту.....	40
1.4.2 Можливості реабілітації після штучного переривання вагітності.....	43

## РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	47
2.1 Матеріали дослідження .....	47
2.2 Клінічна характеристика жінок .....	48
2.3 Методи дослідження .....	51

## РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ЖІНОК ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ .....	63
3.1 Оцінка імунного статусу та мікробіоценозу статевих шляхів.....	63
3.2 Оцінка психоемоційного стану .....	68

## РОЗДІЛ 4

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У II ТРИМЕСТРІ .....	79
4.1 Корекція системного імунітету та мікробіоценозу статевих шляхів .....	79
4.2 Зміни психоемоційного статусу.....	89

## РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ .....	94
ВИСНОВКИ .....	107
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	109
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	110
ДОДАТКИ .....	137

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВПГ – вірус простого герпесу

ІФА – імуноферментний аналіз

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

РГІ – рецидивуюча герпетична інфекція

ЦМВ – цитомегаловірус

СД3+ – антигени Т-лімфоцитів, які відповідають поряд з фагоцитами за імунну відповідь в запальному процесі

СД4+ – ідентифікаційні маркери Т-хелперів/індукторів

СД8+ – поверхневі маркери субпопуляцій Т-супресорів/кілерів

СД4+/СД8+ – імунорепетиторний індекс (розмір хелперно-супресорного співвідношення)

СД16+ – ідентифікаційні маркери Т-кілерів

СД20+ – ідентифікаційні маркери В-лімфоцитів

СД23+ – ідентифікаційні маркери В-«активних»-лімфоцитів

## **ВСТУП**

### **Актуальність теми**

Вимушене переривання вагітності у II триместрі вагітності є дуже важливою проблемою сучасного акушерства та гінекології, особливо через збільшення діагностичних можливостей на сучасному етапі [30, 99]. Безумовно, завдяки широкому впровадженню сучасних діагностичних технологій, частота різних варіантів вроджених вад розвитку скорочується, але це потребує переривання вагітності у II триместрі, що може призвести до подальших порушень репродуктивного здоров'я жінок [29, 102].

У сучасній літературі пропонується декілька варіантів переривання вагітності у II триместрі, але їх ефективність не завжди дозволяє зберігати репродуктивне здоров'я у подальшому [75, 103].

Все вищевикладене є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Актуальні аспекти охорони репродуктивного здоров'я жінок, прегравідарної підготовки та пренатальної діагностики в сучасних умовах», номер державної реєстрації 0117U006095, термін виконання 2017-2025 рр.

### **Мета та завдання дослідження**

Метою дослідження було підвищення ефективності вимушеного переривання вагітності у II триместрі вагітності на підставі вивчення клінічних, імунологічних, мікробіологічних та психологічних показників, а також удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Для вирішення поставленої мети були визначені наступні завдання.

1. Проаналізувати структуру показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі.
2. Провести оцінку імунного статусу у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі.
3. Оцінити стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі.
4. З'ясувати особливості психоемоційного статусу у жінок, які вимушено переривання вагітність у II триместрі.
5. Установити взаємозв'язок між клінічними, імунологічними, мікробіологічними та психологічними даними у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі.
6. Удосконалити та оцінити ефективність алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі.

*Об'єкт дослідження* – II триместр вагітності.

*Предмет дослідження* – вади розвитку плода, перебіг після-абортного періоду.

*Методи дослідження* – клінічні, ехографічні, імунологічні, мікробіологічні, психологічні та статистичні.

### **Наукова новизна одержаних результатів**

Науково обґрунтовано негативний вплив психоемоційних порушень у жінок внаслідок діагностики вроджених вад розвитку плодах на стан імунного статусу та мікробіоценоз статевих шляхів.

Розширені наукові дані про взаємозв'язок між клінічними, імунологічними, мікробіологічними та психологічними даними у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, що може призводити до розвитку післяабортних ускладнень та порушень репродук-

тивної функції у майбутньому. Науково представлено вплив оптимізованої тактики вимушеного переривання вагітності у II триместрі на стан репродуктивного здоров'я жінок.

Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі внаслідок вроджених вад розвитку плода.

### **Практичне значення одержаних результатів**

Проаналізовано порівняльні аспекти чинників ризику та структури показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі вагітності.

Проведено порівняльний клінічний аналіз перебігу вагітності, I та II триместрів у жінок із вимушеним перериванням вагітності внаслідок вроджених вад розвитку плода.

Встановлено частоту та структуру порушень психоемоційного статусу у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі та їх вплив на зміни імунного статусу та порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

Удосконалено та впроваджено алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок із вимушеним перериванням вагітності у II триместрі.

### **Особистий внесок дисертанта**

Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2019 по 2022 рр. Автором проведено клініко-лабораторне і функціональне обстеження 60 жінок репродуктивного віку, з яких 30 були з показаннями до вимушеного переривання вагітності та отримували удосконалений алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. Самостійно зроблений забір і підготовка біологічного матеріалу. Автором написано всі розділи дисертації, сформульовані

висновки, удосконалено алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів. Автором виконано статистичну обробку отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладені в наукових працях, опублікованих самостійно, а також в тій частині актів впровадження, які стосуються науково-практичної новизни.

### **Апробація результатів роботи**

Основні положення роботи докладалися й обговорювалися на науково-практичних семінарах в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ – Дніпро-Кривий Ріг – Запоріжжя; 12 березня 2020 року, Київ – Тернопіль – Хмельницький; 17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ – Чернівці – Ужгород).

### **Публікації**

За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт, з яких 4 – статті в наукових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 стаття у закордонному виданні (Польща), яке входить до міжнародних індексованих баз Scopus, та 3 тез – в матеріалах конференцій.

### **Обсяг та структура дисертації**

Дисертація викладена на 139 сторінках друкованого тексту (список використаної літератури розміщено на 27 сторінках), складається із анотації, вступу, аналізу сучасного стану проблеми переривання вагітності в другому триместрі, розділу, присвяченого методам дослідження і лікування, двох розділів власних досліджень, їх обговорення, висновків і списку використаних джерел, що включає 231 джерело, з яких 96 – кирилицею та 135 – латиною. Робота ілюстрована 24 таблицями та 3 рисунками.



## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ

#### **1.1 Штучне переривання вагітності та його репродуктивні наслідки**

Тема «безпечного абортів» – найбільш пріоритетний напрям у списку пов'язаних з охороною репродуктивного здоров'я під егідою ряду міжнародних медичних організацій [18, 102, 141, 146, 189, 216, 233]. Щорічно здійснюється до 42 млн абортів, 20 млн з яких виконуються в умовах, що представляють небезпеку внаслідок або некваліфікованого персоналу, або небезпечних процедур, або обох цих чинників [10, 14, 45, 81]. Смертність внаслідок небезпечних абортів в країнах, що розвиваються, оцінюється в 80 тис. щорічно, що відповідає 400 смертям на 100 тис. абортів [102, 118, 152, 203], у країнах з обмежувальними законами про переривання вагітності гине 66 500 жінок [146, 153]. Причина – сепсис, маткова перфорація, кровотеча [46, 54, 135, 197, 231]. Подібне неблагополуччя вимагає зосередження лікарських зусиль не лише на запобіганні материнській смертності від «небезпечного» абортів, але й прихильності до безпечних технологій переривання вагітності і подальшої реабілітації [16, 21, 33, 68, 73, 106, 129, 142].

Малопродуктивність політики в області скорочення абортів у ряді країн Європи, наприклад, Іспанії, пов'язують з низьким соціально-економічним статусом жінок, недостатній рівень доходів й освітній рівень яких перешкоджає раціональній контрацептивній поведінці [19, 77, 134, 210].

Разом із усвідомленням неможливості усунення абортів як факту, необхідно відмітити контрастну ситуацію в країнах Західної Європи

(Нідерландах, Німеччині, Франції, Великобританії), де наслідком ефективного планування вагітності з пріоритетом раціональної гормональної контрацепції у 70% жінок вірогідність його зведена до мінімуму [19, 100, 115, 124, 164, 210, 216]. В Україні аналіз інформації про наслідки абортів, особливо хірургічного, визначає високі, порівняно з іншими країнами, показники переривання вагітності. При низькій контрацептивній активності 25-40% жінок інші 60-75% «приречені» на довгу післяабортну реабілітацію [10, 19, 30].

Наряду з істотним вкладом хірургічного абортів і репродуктивного нездоров'я, кризову демографічну ситуацію в європейських країнах довершує низька народжуваність і, у ряді країн – зростання рівня соматичної захворюваності [77, 141, 159].

Альтернативою факту материнської смертності від абортів, у тому числі септичних позалікарняних, всупереч закону щодо їх заборони у ряді країн, може стати тільки оптимізація у сфері планування сім'ї разом з реалізацією «безпечного абортів» [71, 120, 203, 229]. Концепція збереження репродуктивного здоров'я жінок після абортів припускає відмову від застарілих небезпечних методів штучного переривання вагітності. Оскільки до 80% вагітностей перериваються методом дилатації і кюретажу, актуальним є пошук нових засобів і методів реабілітації жіночого здоров'я [1, 79, 211].

Кваліфікація фахівців – ще один наріжний камінь при аналізі причин післяабортних ускладнень і материнської смертності. За даними М.В. Майорова та співавторів (2019) висока частота таких при хірургічному аборті зумовлена недосвідченістю фахівців [54]. Небезпідставною є стурбованість як старінням фахівців із стажем, так і «звичкою» практично половини з них (47%) здійснювати рутинний контроль завершеності маніпуляції кюреткою [20, 149]. Контраргумент: при виконанні абортів сучасними безпечними методами на ранніх

стадіях частота материнської смертності складає лише 1:100 тис. при мінімальних віддалених наслідках для репродуктивного здоров'я [25, 30, 71, 198].

Драматизм констатації факту переривання вагітності через 6 міс. від початку статевого життя методом хірургічного аборту 28-46% молодих жінок підтверджує тезове твердження про значущість несприятливої дії на репродуктивне здоров'я жінки навіть одного аборту [73, 77, 89, 169]. Вірогідність повноцінної реалізації репродуктивного потенціалу при фактах про втричі більшу частоту ускладнень у першовагітних (45,5-59,4%) і повторному аборті у третини впродовж року (35,9%) украй низька [29, 156, 189].

Несприятливі наслідки артифіційних абортів – встановлений науковий, проте дані про частоту і характер ускладнень залежно від обраних технологій, термінів вагітності, об'єктивної оцінки результатів, наявності і об'єму реабілітаційної терапії фрагментарні і в ракурсі комплексного дослідження не представлені факт [5, 92, 149].

## **1.2 Технології штучного переривання вагітності, їх особливості й ускладнення**

Хірургічний аборт (ХА) до 63 днів методом вакуум-аспірації або дилатації та кюретажу – метод вибору з 1960-х років [16, 73, 158], твердженням про його безпеку й ефективність протистоять факти вірогідності неповного аборту, гематометри, кровотечі, інфекції і перфорації матки [70, 77, 149].

За даними ВООЗ, мануальна вакуум-аспірація (МВА) – безпечний, дешевий порівняно з кюретажем спосіб переривання вагітності з перевагою «м'якого» знеболення [57, 148, 198]. Прийнятність та ефективність МВА доведена на великих вибірках разом з пріоритетом безпеки і задоволеності жінок, при цьому зазначено, що МВА –

ефективна і безпечна альтернатива електричної вакуум-аспірації внаслідок меншої крововтрати, вартості лікування, амбулаторної практики і відсутності загальної анестезії [115]. З метою аналізу оптимізації процедури абортів обговорюється перевага амбулаторної практики МВА, використання жорсткої в порівнянні з гнучкою канюлі, кюретаж після вакуум-аспірації або рутинний ультразвук інтраопераційно [44, 149]. Переконливіша експертна оцінка ВООЗ доводить, що вдосконалення і широке впровадження вакуум-аспірації без контрольного кюретажу і медикаментозного абортів (МА) на ранніх термінах вагітності сприятимуть заміні хірургічного абортів на «безпечний» [57, 71, 81, 122, 227].

Світова статистика свідчить про зростаючу перевагу МА, попит на який перевершив культурні, освітні і географічні межі: в США кожен п'ятий амбулаторний аборт – МА, в деяких країнах Європи його доля досягає 60%, в Китаї проведені більше 5 млн подібних переривань вагітності [100, 141, 178, 193, 214]. Для порівняння: у Франції медикаментозним способом здійснюють 70% від загального числа абортів, в Україні – тільки 28,4% з пріоритетом комерційних центрів [29, 141].

Внаслідок побоювання наслідків ХА висока прийнятність МА і в країнах, що розвиваються, незалежно від режиму прийому зважаючи на його доведену ефективність і безпеку (до 98%) [30, 117]. Позиціонування МА як найменш травматичного методу вимагає звернення до даних дослідників, що відмітили у підлітків навіть дещо меншу частоту небажаних явищ після МА, ніж у дорослих [73, 89, 92, 121, 187]. Прийнятність МА в Україні понижена зростанням цін і комерціалізацією процедури – вимушеним придбанням міфепристону, відносно дороговартісного препарату [30]. У багатьох країнах альтернативою міфепристону зважаючи на його високу вартість став мізопростол,

zareєстрований для лікування гастроінтестиціальних порушень в 90 країнах світу [121, 129, 131]. Вважають, що при ізольованому прийомі для переривання на ранніх термінах вагітності мізопростол прийнятніший і ефективніший порівняно з міфепростоном, проте за результатами повної евакуації обидва препарати поступаються їх комбінаціям [117]. В той же час, є вказівки на токсичність препарату з 15% вірогідністю ризику природжених дефектів при невдалих спробах завершення вагітності [178, 202].

Коментарі дослідників щодо переваг доз і способів введення мізопростолу в схемі МА суперечливі: при вказівці на порівняну потребу в хірургічній евакуації сублінгвальний доступ вважають ефективніший за вагінальний, проте з більшою часткою побічних ефектів [115, 123]. Відмічають, що мізопростол краще карбопросту і вагінальний – прийнятніше за пероральний варіант [37, 103, 132]. Прибічники буккального введення препарату, до яких відноситься і Федерація планування сім'ї Америки, відмічають його ефективність при гестаційному терміні до 56-63-х днів через 24-48 годин після міфепростону [119]. За рекомендацією Міжнародної Федерації акушерів-гінекологів (FIGO) допустимими вагінальне, буккальне або сублінгвальне введення мізопростолу, тоді як акцент ВООЗ і Королівського коледжу акушерів-гінекологів Сполученого Королівства зроблений на пероральний прийом препарату [162, 208].

Пошук оптимізації режиму МА і мінімізації побічних ефектів Протоколу сприяв впровадженню в практику редукованої дози міфепростону в 200 мкг з підтвердженням ефективності його комбінації з мізопростолом, доза якого може варіювати (200-800 мг) залежно від гестаційного віку [136]. Деякий дисонанс вносять дані мета-аналізу рандомізованих контрольованих досліджень про тенденцію до пролонгації вагітності при заміні 600 мг на 200 мг [224]. Подібні протиріччя

переконують в необхідності узагальнення наукових даних щодо ефективності та безпеки схем з низькодозованим міфепростоном для переривання вагітності [91]. Аналіз варіацій інтервалу між прийомами препаратів з позицій рентабельності часу і зменшення небажаних ускладнень демонструє контрастні дані: одні автори вказують на відсутність негативного впливу на тривалість і об'єм кровотечі її скорочення до 6-8 або 24 годин після 200 мг міфепростону [128], інші відмічають велику вірогідність хірургічної евакуації продуктів зачаття при мінімізації інтервалу порівняно із стандартними 36-48 годинами – 11 проти 4%, відповідно [211].

За даними китайських учених, собівартість різних технологій штучного переривання вагітності еквівалентна: великим первинним витратам на хірургічний аборт (умови стаціонару, анестезія) можна протиставити витрати при можливих ускладненнях медикаментозного аборту (призначення антибіотиків, гемостатиків і утеротоніків, хірургічна евакуація продуктів зачаття) [129].

Дані щодо впливу методу штучного переривання на результати подальших вагітностей значно різняться: для медикаментозного – від заперечення їх причетності до зростання ризику мимовільного викидня, позаматкової вагітності, недоношування або маловагості при народженні порівняно з хірургічним [27] до констатації ризику вагінальної кровотечі при перериванні вагітності та ускладненнях, хірургічних втручаннях [129].

В. Elul та співавтори (2019) відмічають, що сам по собі медикаментозний аборт не пов'язаний з ускладненнями наступної вагітності, «винні» причетні йому особливості – гестаційний термін більше 6 тиж., хірургічне видалення продуктів зачаття і великий інтергенетичний інтервал, J. Virk та співавтори (2021) констатують низьку вірогідність невиношування, аномалій плаценти, передчасних

пологів і післяпологової кровотечі, вказуючи на МА як на метод вибору, особливо для тих, що ще не народжували [129, 219]. Доцільність альтернативи МА практиці ХА підкреслює В. Є. Радзинський (2015), відмічаючи їх різкий контраст при лікуванні безпліддя після ХА, частота якого у першовагітних сягає понад 5% [77].

**1.2.1 Питання штучного переривання вагітності при оперованій матці.** Наукові дані щодо ризиків розриву оперованої матки при вагітності невеликі – 0,2-1,5%, проте вважають, що результати штучного переривання вагітності за наявності рубця на матці частіше пов'язані з ризиком післяабортних ускладнень [73]. Безперечно високими виявилися показники ускладнень після хірургічного спорожнення матки в II триместрі: за наявності в анамнезі двох і більше кесаревих розтинів (КР) ризик ускладнень (ушкодження шийки матки, кровотечі й атонія матки) при подальшому штучному перериванні вагітності зростає семикратно [127]. Ефективність і безпека МА на ранніх термінах вагітності у жінок з рубцем після КР доведена дослідженнями А. Chen та співавторів (2019), проте повідомляється про те, що ризик внутрішньоматкового втручання після аборт у цього контингенту зростає при товщині ендометрія  $> 15$  мм і концентрації ХГЧ  $> 500$  МЕ/л [117, 187].

За даними одинадцятирічного дослідження в Індії, до ефективних методів аборт у терміни 12-20 тиж. вагітності зарахована комбінація мізопростоу з міфепристоном: при КР в анамнезі її ефективність склала 91%, без нього – 99% [231]. Причиною невдач МА при оперованій матці вважають приріст плаценти, наявність якої визначає ризик масивної кровотечі під час хірургічної аспірації після неефективного ХА [117, 149, 218]. Категоричнішими є висновки про значущість самого факту попереднього КР як предиктора невдач МА [127].

**1.2.2 Медикаментозна підготовка шийки матки як спосіб скорочення числа післяабортних ускладнень.** Аналіз наукових даних про побічні ефекти Протоколу медикаментозного аборту і невдалі його результати проводиться для підвищення задоволеності процедурою та її ефективності. Вважають необхідним інформувати пацієнок про кореляцію болю під час МА з менструальним дискомфортом [12, 71, 140]. Неоднозначні результати порівняння частоти невдач МА: ефективність при ВА досягає 99,9%, МА – 96,5%, при більшій (у чотири рази) констатації кровотечі і неповного аборту, що вимагають хірургічного втручання [129]. Наслідком аналізу результатів МА на прикладі великої вибірки стала констатація ускладнень тільки в 0,6% (випадок тривалої маткової вагітності і смерті від недіагностованої позаматкової вагітності) [183].

Усупереч даним про зниження частоти післяабортних ускладнень після підготовки шийки матки і безпеки вживаних засобів, зустрічаються поодинокі випадки спростування необхідності рутинного розм'якшення шийки матки до маніпуляції [163]. Вкрай рідкі повідомлення щодо перфорації матки або травматизації шийки матки, проте жодне з досліджень не аналізувало частоту післяабортних ускладнень залежно від наявності або відсутності медикаментозної підготовки шийки матки. Обговорюється її вибіркковість – в групах ризику ускладнень механічної шийчної дилатації, частіше – з «великим» терміном у кінці першого – початку другого триместрів, при недостатньому досвіді лікарів [75, 84, 149].

Дані щодо ефективності та побічних ефектів сучасних методів підготовки шийки матки варіюють: при мінімальному ризику ушкодження шийки і перфорації матки можливий ризик кровотечі, на відміну від випадків із застосуванням вагінального мізопростолу [106, 177]. Більше цервікальне розм'якшення після мізопростолу відмічене



порівняно з препаратами нітрогрупи (за 3 год. до операції) – інтрацервікальне введення нітропрусиду натрію та ізосорбида мононітрату, проте подібний ефект виявився пов'язаним з більшою частотою побічних ефектів – в основному, сильний головний біль (79%) [38, 56]. У зіставленні з міфепристоном (200 мг за 24 год. до процедури) мізопростол (600 мг перорально або 800 мг вагінального) сприяв більшому цервікальному розм'якшенню [106]. L. Wu та співавтори (2021) підкреслюють паритетність підготовки шийки матки вагінальним мізопростолом та ізосорбидом мононітратом при регресі вагітності [224].

**1.2.3 Інфекційні ускладнення штучного переривання вагітності та способи їх подолання, питання імуногенезу при післяабортних ускладненнях.** Інфекційні ускладнення представляються значимими наслідками хірургічних абортів. На актуальності цієї проблеми наголошують дані багатьох авторів щодо низької частоти післяабортних інфекцій і поодинокі випадки материнської смертності в країнах, де індуковані аборти легалізовані при відповідному медичному спостереженні [24, 100, 132, 216, 223, 230].

Незважаючи на численність досліджень в цій області, досі відсутнє комплексне уявлення про механізми розвитку післяабортного ендометриту (ПАЕ) та їх взаємозв'язки з інфектами, які формують резистентність колонізації нижніх відділів генітального тракту, що перешкоджає реалізації обґрунтованої периабортної санації, потенціуючи репродуктивне нездоров'я [6, 18, 54, 78, 81, 187, 201].

Обмеженість своєчасної корекції порушень вагінального біотопу зумовлена відсутністю детальної оцінки біоценозу генітального тракту до і після абарту. Складнощі мікробіологічної діагностики ПАЕ пов'язані з еволюцією мікробного чинника і переважанню слабопатогенних опортуністичних організмів з атиповими біологічними

властивостями й антибіотикостійкістю, що зумовлює безсимптомний субклінічний або уповільнений перебіг захворювань. З появою феномену антибіотикорезистентності та ідентифікації нових інфектів (*Atorobium vaginae*) використання рутинних методів оцінки вагінальної флори підвищує ризик післяабортних ускладнень. Конкуренцію бактеріоскопії, рН або QuickVue розширеному рН-тесту з аміном складають молекулярні методи діагностики бактерійного вагінозу [72, 81].

Обговорення тригера ПАЕ неможливе поза констатацією факту, що в умовах високої частоти інфікування вагітних, зростання питомої ваги умовно-патогенної мікрофлори і вірусів серед збудників інфекцій, захворювань, що передаються статевим шляхом (до або в період гестації), вірогідність післяабортного інфікування різко зростає [15, 38, 46, 66, 93, 149]. Пошуку корелятивної залежності мікроекологічних порушень з високою вірогідністю реалізації їх в запальні захворювання органів репродуктивної системи після різних внутрішньоматкових втручань присвячені окремі дослідження, проте потрібний аналіз нерозпізнаних і нелікованих дисбіозів геніталій, у тому числі, внаслідок неадекватної лікарської тактики [6, 73, 191, 194].

Питання щодо проведення профілактичної антибіотикотерапії при медикаментозному аборті нині розглядається негативно, оскільки в сучасній медицині обсіменіння матки патогенними мікроорганізмами безпосередньо під час абарту, виконаного в лікувальній установі, зустрічається вкрай рідко. Проте нещодавно було показано, що базовий ризик серйозної інфекції при медикаментозному аборті був знижений з 0,093 до 0,006% при рутинній антибіотикопрофілактиці [54]. Проте не всі дослідники дотримуються цієї точки зору, визнаючи необхідність рутинної антибіотикопрофілактики лише для жінок з високим ризиком інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом, і розвитку інфекційних ускладнень [67, 149].

Усупереч твердженням, що частота бактеріального вагінозу (БВ) у вагітних коливається в межах 14-20%, ймовірним є зниження показників, зважаючи на неадекватні уявлення про аутентичність флори (кількісної та якісної) характеристиці вагінального біотопу і принципах корекції її порушень [69]. Недоречні спроби елімінації представників нормальної вагінальної флори при широкому застосуванні дезінфектантів і антибіотиків розглядають як пусковий чинник активації умовно-патогенної флори, яка, долаючи нестійкі в умовах «фізіологічного гестаційного імунодефіциту» біологічні бар'єри, сприяє бактерійній інвазії з ініціацією ризику ПАЕ [11, 67, 135].

Щодо висновків про зумовленість інфекційних післяабортних ускладнень мікробіотичним статусом нижніх відділів генітального тракту, залишаються маловивченими питання реалізації подібного неблагополуччя залежно від особливостей – характеру санаційних заходів і відновлення еубіозу геніталій до акту штучного переривання вагітності, наявності медикаментозної підготовки шийки матки, уповільненого перебігу хронічного ендометриту в гравідарному ендометрії [74, 87, 93].

Незважаючи на повідомлення про важкі інфекції, що призводять до септичного шоку від клебсієли, стрептокока групи А, клостридій (після прийому мізопростолу, медикаментозного завершення вагітності), поодинокість подібних випадків не вносить дисонанс в статистику проблем МА [211, 217]. Підтвердження причетності мікробного інфекту до ризику висхідного інфікування доводить повідомлення про септичний шок після інтрацервікального введення ламінарій для доабортного розм'якшення шийки матки, піднімаючи одночасно проблему неадекватної санації до переривання вагітності [69]. У ракурсі невизначених уявлень про мікробіоценоз «чим і коли, лікувати або ні» видаються значимими дані про зміну фармакокінетики що вагіналь-

ного введення з метою МА мізопростолу при бактеріальному вагінозі, проте обмеженість вибірки не дозволяє вивести дані на доказовий рівень [103].

Досить суперечливі відомості про санаційний потенціал антисептиків: за деякими повідомленнями ні повідон-йод, ні хлоргексидин не знижують ризик інфікування, коли використовуються як цервіко-вагінальна підготовка, проте хлоргексидин ефективніше за повідон-йод для зниження бактерійного обсеменіння в межах піхви. У зв'язку з ростом кількості патогенних мікроорганізмів, стійких не лише до антибіотиків, але й до деяких антисептиків, видається перспективною методика лікування вагінозів і вагінітів спільною дією низькочастотного ультразвуку і рідких лікарських препаратів [6, 69]. Ефективність подібного підходу широко доведена при лікуванні інфікованих ран і гнійних захворювань м'яких тканин і пояснюється відсутністю або обмеженими адаптаційними можливостями мікрофлори до дії низькочастотного ультразвуку, проте деякі автори вважають, що внаслідок ультразвукової обробки частина флори гине, частина змінює культуральні властивості [67]. Разом з прямою бактеріостатичною дією на збудників ранової інфекції, низькочастотний ультразвук забезпечує дифузю лікарських засобів (хлоргексидин, діоксидин, фурацилін тощо) в глибину тканини, при запаленні – до 9 мм, при цьому позитивний вплив ультразвуку підтверджує повна стерильність висіваного матеріалу з пробірок після акустичної обробки більше 100 секунд [109]. Зниження мікробної контамінації, скорочення тривалості запальної фази ранового процесу досягається за рахунок взаємодії механічних коливань, фізико-хімічних і нейрорефлекторних ефектів, теплоти, що виділяється в тканинах при поглинанні ультразвуку. Бактерицидний ефект низькочастотного ультразвуку пояснюється також дезінтеграцією клітинних мембран мікроорганізмів і активацією вільно-

радикального окислення. В той же час, відомості про вплив ультразвукової кавітації на біоценоз геніталій і вірогідність розвитку інфекційних ускладнень в післяабортному періоді практично відсутні.

У контексті висновків про тісний взаємозв'язок бактерійної колонізації піхви з розвитком післяабортного ендометриту внаслідок висхідного шляху інфікування обґрунтований інтерес до антибіотико-профілактики, ефективність, тривалість і час початку якої дискутуються. У повідомленні N. Asadi та співавторів (2022) доповідають про значне (на 93%) скорочення інфекційних післяабортних ускладнень при модернізації абортної тактики – заміні в протоколі МА вагінального прийому мізопростолу на пероральний вкупі з рутинним призначенням антибіотиків, скринінгом на хламідійну інфекцію і, за необхідності, відповідним лікуванням [103]. Згідно з даними ряду авторів, профілактична антибіотикотерапія знижує ризик розвитку післяабортних ускладнень, особливо при підборі з урахуванням спектру генітальної флори [67, 93]. Альтернативна думка – подібна тактика виступає причиною змін клініки інфекційно-запальних захворювань органів малого таза, сприяючи селекції резистентних штамів [94]. Питання післяабортних ускладнень визначає факт нерідкого проведення штучного переривання вагітності при початково «незадовільних» мазках, або зовсім без них, як і без контрольного підтвердження вилікованості порушень вагінальної флори, тому раціональна антибіотико-профілактика (в/в введення цефалоспорину за 30 хв. до операції) набуває курсового тижневого характеру, сприяючи розвитку ятрогенних дисбіозів [69].

Необґрунтована корекція дисбіотичних розладів антибактеріальними препаратами, більше того – регулярне їх застосування «вимикає» еволюційно запрограмовані механізми протиінфекційного захисту нижнього відділу генітального тракту. Вказівки на різноспрямований

характер імуногенезу при персистенції умовно-патогенної флори у вагінальному біотопі базуються на представленнях, що «нейтралітет» до інфектів виникає внаслідок початкового дефекту імунної системи, призводячи в післяабортному періоді до висхідного інфікування [69, 207]. Доведено взаємозв'язок між нормальним функціональним станом організму, його репродуктивної функції з рівнем регуляторних аутоантитіл, що демонструє можливості розробки нових методів діагностики (прогнозування) і специфічної імунокорекції порушень репродуктивної функції [34, 98, 108].

Введення оцінювання імунореактивності показало можливість ефективної патогенетичної терапії для попередження ускладнень у жінок з вагітністю, що не розвивається, в післяопераційному періоді [108]. Незважаючи на думку більшості авторів, що МА не чинить негативного впливу на показники функціональної активності імунокомпетентних клітин периферичної крові у підлітків [89, 92], комплексні рандомізовані дослідження щодо зміни імунореактивності після переривання вагітності, у тому числі медикаментозно, в доступній науковій літературі відсутні.

**1.2.4 Роль сонографії в протоколі штучного переривання вагітності і діагностиці післяабортних ускладнень.** Думки щодо прогностичної цінності сонографії для визначення ранніх результатів вагітності значно різняться: від заперечення такої [109] до альтернативних пропозицій використати для виключення завмерлої вагітності вже на другому візиті оцінку хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ), стандартного набору симптомів, низькочутливого тесту і телефонного консультування [28, 101, 190, 222]. Групи експертів України і ВООЗ наголосили як на недолік ведення пацієнток після МА невиправдано високу частоту сонографії (до 7 разів за 10 днів), що не сприяє адекватній інтерпретації даних, завищуючи частоту вискоблювання матки (в окремих комерційних центрах до 50%) [25, 81, 198].

Проте виявлення потенційних корелятивів абортних невдач для остаточних висновків не достатньо. Констатація реально мінімальної потреби в ревізії матки після МА (1,5-2,5%) при необґрунтовано завищених показниках на практиці переконує в необхідності чіткої диференціації підходів з урахуванням ретельного аналізу товщини ендометрія і вмісту матки як предикторів ефективності медикаментозного переривання вагітності [24, 187]. Разом з переконаннями, що оцінка ХГЧ після МА не зменшує частоту незапланованих візитів і втручань в порівнянні з УЗД [28, 101], є висновки про її прогностичну значущість з урахуванням оцінки товщини ендометрія [3, 24, 44, 61, 84, 109, 111]. Обґрунтованість рутинної трансвагінальної сонографії наприкінці ХА як методу, що забезпечує зниження частоти ускладнень через неповний аборт, підтверджує аналітичний огляд Г.Б. Дикке (2017), в якому представлена сумація досвіду зарубіжних дослідників: повне видалення продуктів зачаття після спонтанного або медикаментозного аборту частіше спостерігають при товщині ендометрія менше 15 мм [24].

Для уникнення необґрунтованих втручань після МА ряд авторів вказує, що за відсутності маркера, який міг би використовуватися для диференціювання залишків і децидуальної оболонки, показанням для хірургічного втручання може виступати сильна або тривала вагінальна кровотеча [129, 151]. У пошуках індикаторів необхідності спороження порожнини, що корелюють з остаточним гістологічним висновком видалених при гістероскопії тканин, у ряді публікацій підкреслено, що значущість клінічних і ультразвукових маркерів поступається інтраопераційній думці хірурга [32, 92].

Оптимальними предикторами залишків плодового яйця вважають виділення фокусу підвищеної васкуляризації при використанні разом із сонографією колірною доплера – на третю і десятю добу після

дилатації і кюретажу [27]. Про високу кореляцію васкуляризації ендометрія із залишками плодового яйця або її відсутності за наявності згустків крові і децидуальної тканини повідомляють американські вчені, які також показали, що в ехогенних мас була помірна позитивна прогностична цінність – 80%, але низька чутливість для залишків – 29% [149].

У контексті аналізу доцільності ревізії матки показана спонтанна евакуація залишків трофобласту після відновлення менструального циклу, незважаючи на сонографічну візуалізацію ехогенної маси з чіткими контурами через два тижні після прийому міфепрестону або мізопростолу [44, 149]. Трансвагінальну сонографію вважають також інформативною для діагностики одного з ускладнень ХА – гематометри [27].

Підтвердженням необхідності диференційованого післяабортного ведення стала констатація внутрішньоматкових синехій при гістероскопії від 3 до 12 міс. у 37,6% жінок, яким виконано штучне переривання вагітності методом кюретажу. Цей факт дозволив авторам спростувати необхідність включення рутинної гістероскопії до схеми процедури [82].

### **1.2.5 Тактика ведення при неповному аборті та кровотечі.**

Тактика ведення неповного аборту є причиною не лише госпіталізації, але й материнської смертності в малорозвинених країнах, і залишається дискусійною внаслідок суперечливих оцінок ефективності підходів. Обговорюється перевага МВА порівняно з кюретажем за рахунок меншої частоти госпіталізації та ускладнень [27, 129]. Спростування потреби в хірургічній евакуації при вагітності, що не розвивається, через ряд потенційних ускладнень – маткову перфорацію, кровотечу – виступало основою для спростування пріоритету очікувального підходу. Досить доказів на підтримку використання



мізопростолу в якості безпечної і ефективної альтернативи нехірургічної евакуації матки для лікування неповного аборту і вагітності, що не розвивається, отримано в ряді малорозвинених країн (Нігерія, Еквадор, Уганда, Пакистан): показник ефективності коливався від 84 до 93% залежно від режиму прийому і дозування мізопростолу, тривалості очікувальної тактики і типу невиношування [33, 130, 163, 170]. За даними О.О. Євсєєва та співавторів (2020), «очікування» високоефективне для неповного аборту, мізопростол і вакуум-аспірація – для ведення анембріонії та загибелі ембріона [27].

Кровотечу після абортів спостерігають лише в 1% випадків, пов'язуючи її як із захворюваністю – атонією матки, коагулопатією, аномальною плацентацією, так і з ятрогенними ускладненнями – перфорацією, ушкодженням шийки матки і наявністю в порожнині матки залишків плацентарної тканини. Лікарська тактика при тривалій кровотечі і/або наявності тканин в матці дискутується. Одні вчені вважають можливим уникнути негайного хірургічного втручання, відмічаючи доцільність розмежування критеріїв «вдалого» або неефективного аборту тільки після менструальної кровотечі [94]. Інші дослідники підкреслюють, що важка або тривала кровотеча з часом може призвести до анемії і ризику ендометриту [75]. S.E. Bulun та співавтори (2019) стверджують, що некротично змінена децидуальна тканина або трофобласт в матці після невдач МА викликають тривалі й рясні кровотечі [114]. ВООЗ рекомендує періопераційне виявлення жінок з високим ризиком кровотечі з оптимізацією тактики їх ведення: оцінкою ризику кровотечі, масажем і медикаментозною терапією, реанімаційними заходами з лабораторною оцінкою і можливою повторною аспірацією або балонною тампонадою і втручаннями – емболізацією маткової артерії або хірургічними методами втручання [198].

### **1.3 Структура показань та чинники ризику вимушеного переривання вагітності в II триместрі**

Зростання кількості вагітностей, що не розвиваються, вважають прогнозованим наслідком ХА, що не має тенденції до зниження з огляду на відсутність патогенетично обґрунтованої схеми реабілітації [27, 129]. При усій багатогранності думок про з цього питання найбільш переконливим є висновок конгресу у Барселоні (2017) щодо пов'язаності її з хронічним ендометритом [141]. Складнощі виявлення мікробного агента примушують сумніватися в теорії виключно інфекційного генезу вагітності, що не розвивається, як і в інформативності рутинних методів діагностики хронічного ендометриту, при аналізі природи якого обговорюють запуск аутоімунного ушкодження тканин після елімінації інфекційного чинника з формуванням імуносупресивних реакцій [77, 108, 168]. У розрізі подібних уявлень обґрунтована необхідність оптимізації тактики ведення жінок з вагітністю, що не розвивається, як на етапі обстеження, так і реабілітації з урахуванням першопричини.

У 10-15% випадків вагітність, що не розвивається, пов'язують з хромосомними аномаліями, діагностика яких здійснюється при цитогенетичному аналізі ворсин хоріону безпосередньо після евакуації загиблого плодового яйця [32]. Причина загибелі ембріона при нормальному каріотипі зародків залишається дискутабельною. Л.А. Жученко (2017) повідомляє, що при порівнянності хромосомних аномалій з ембріоном або без нього (61-68%), менша частота аутосомних трисомій і моносомій була зареєстрована за відсутності ембріонального полюса [31]. Думка дослідників, що детекцію анеуплоїдії в продуктах зачаття не можна вважати неспростовним доказом хромосомної перебудови, обґрунтовує необхідність оцінки їх аутоімунного статусу [34].

Штучне переривання вагітності у II триместрі здійснюється відповідно до Переліку підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного Кодексу України». У випадку проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності з приводу вроджених вад розвитку плода вагітна жінка, згідно наказу МОЗ України від 24.05.2013 № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності», направляється для подальшого обстеження до медико-генетичної консультації.

Реалізація репродуктивних прав є однією з важливих складових жіночого здоров'я в цілому. Крім того, здорове потомство – запорука здорового клімату в сім'ї і генетичної спадщини нації в цілому. Але, на жаль, стан здоров'я жінки не завжди дозволяє їй без ризику для здоров'я виношувати вагітність [18, 58, 76, 189, 198].

Сам процес гестації нерідко провокує посилювання тяжкості соматичного захворювання, викликає його рецидив або декомпенсацію, що пов'язано з високим ризиком материнської смертності. За даними багатьох досліджень, системні захворювання при вагітності є найменш вивченими і представляють велику небезпеку для здоров'я матері і плода [58, 78].

Нині виявлення багатьох вроджених вад розвитку плода можливо лише після 18-21 тижня вагітності, і тому переривання вагітності на цьому терміні є вимушеним, неминучим, оскільки деякі генетичні захворювання і природжена потворність дітей не сумісні з життям і є причиною дитячої смертності (трисомії хромосом, аномалії розвитку головного мозку, відсутність черепної коробки і черевної стінки тощо). В інших випадках вроджених вад розвитку

у дітей серйозно відбиваються на якості усього життя дитини і його сім'ї. Таким чином, проблема «безпечного» штучного переривання вагітності в пізні терміни залишається однією з актуальних і складних проблем в акушерсько-гінекологічній практиці.

Для переривання вагітності терміном понад 12 тижнів ВООЗ, Королівською колегією акушерів і гінекологів (RCOG) і Американським конгресом акушерів і гінекологів (ACOG) рекомендоване хірургічний (дилатація та евакуація) і медикаментозні методи [141, 216, 223].

Донині основним методом проведення штучного переривання вагітності у більшості країн, що розвиваються, залишається хірургічний аборт (69% в структурі вживаних методів), незважаючи на потенційний ризик травми матки і внутрішніх органів, а також ушкодження ендометрія, і не використовується в розвинених країнах з кінця 60-х років минулого століття. Використання дилатації і кюретажу в повсякденній клінічній практиці розвинених країн обмежене, у більшості випадків використовуються сучасні методи спорожнення матки – вакуумна аспірація і медикаментозний метод. Відмова (обмеження) від використання дилатації шийки матки і кюретажу – це один з методів первинної профілактики передчасних пологів в майбутньому. Медикаментозний аборт слід розглядати і як резерв в зниженні материнської смертності і захворюваності, а також спосіб поліпшення репродуктивного здоров'я жінки, безпосередньо пов'язаного зі зниженням державних витрат на ведення ускладнених вагітностей і виходжування недоношених новонароджених [26, 30, 112, 129].

Окремими когортними дослідженнями було показано, що дилатація і кюретаж чинять негативний вплив на реалізацію репродуктивної функції жінки в майбутньому (недоношування і невиношу-

вання вагітності, народження маловагих дітей при подальших вагітностях), що визначає необхідність обмеження внутрішньо-маткових втручань, що виконуються цим методом (в ідеалі – повна відмова від нього) і заміну на сучасні малоінвазивні (вакуумна аспірація) і неінвазивні (медикаментозний) методи при перериванні вагітності і будь-яких захворюваннях і станах, що вимагають спорожнення порожнини матки [100, 206, 215]. Тому до показань для медикаментозного завершення вагітності були віднесені також неповний аборт при мимовільному її перериванні, включаючи вагітність, що завмерла, неповний аборт при індукованому перериванні вагітності (хірургічному або медикаментозному) і переривання вагітності в пізні терміни за медичними і соціальними показаннями [76, 141].

Згідно з міжнародними клінічними рекомендаціями, заснованими на принципах доказової медицини, протокол переривання вагітності пізніх термінів (12-22 тижнів) передбачає прийом препарату міфепристон в дозі 200 міліграм одноразово перорально. Через 36-48 годин вводять препарат мізопростол 400 міліграм перорально або 800 мкг вагінально, потім мізопростол вводять повторно в дозі 400 мкг сублінгвально кожні 3 години (максимальна кількість доз – 4). Динамічне спостереження за пацієнткою здійснюється лікарем до вигнання плода в стаціонарних умовах [223].

За результатами дослідження J.L. Kerns та співавторів (2020), медикаментозний метод переривання вагітності є не лише ефективним (93,5-95,1%), але й «безпечним», і навіть за відсутності викидня створюються «сприятливі умови» для подальшої успішної евакуації плода [160]. Лінгвальне використання синтетичного мізопростолу економічно вигідніше, ніж вагінальне. Час від прийому останньої пігулки до вигнання плода при лінгвальному застосуванні коротший,

комплаентність до лінгвального застосування дуже висока. Для виключення у багатьох випадках після вигнання плода і народження хоріону/плаценти необхідно впровадити можливості ультразвукової діагностики на усіх етапах медикаментозного переривання.

Застосування міфепристону і мізопростолу в порівнянні з використанням тільки мізопростолу, згідно з даними рандомізованого дослідження, демонструє істотні переваги комбінованої схеми: в два рази вище шанс повного спорожнення матки впродовж перших 15 годин (79,8% в порівнянні з 36,9%, OR=2,16; 95% ДІ: 1,70-2,75). Середній інтервал між початком стимуляції і абортom становить 5,9-6,6 годин. Він збільшується зі збільшенням терміну вагітності (95% ДІ від -2,52 до -0,89;  $p=0,0001$ ), зі збільшенням віку ( $p=0,0001$ ) і у першовагітних жінок (95% ДІ: від -0,25 до -1,01;  $p=0,0001$ ), позитивний ефект було досягнуто, в середньому, в 97-98% випадків [83]. Порівняльне вивчення ефективності вагінального і сублінгвального прийому мізопростолу в пізніх термінах, так само як і в першому триместрі, демонструє переваги останнього у зв'язку з коротшим часом до вигнання плода і перевагами з боку пацієток [176].

Дані щодо тривалості медикаментозного переривання вагітності в другому триместрі залежно від шляху введення препаратів, отримані J. Dickinson та співавторами [123], представляють великий інтерес. Так, спостерігалася значна відмінність в середній тривалості абортu в трьох групах. У пацієток, рандомізованих в групу перорального прийому, медіана тривалості становила 9,5 годин (95% ДІ: 8,5-11,4), тривалість абортu була значно більше, ніж у пацієток, що отримували препарат вагінально або сублінгвально (7,4 годин; 95% ДІ: 6,5-8,2;  $p=0,021$  і 7,8 годин; 95% ДІ: 7,0-9,2;  $p=0,001$  відповідно). Великий термін вагітності, відсутність пологів в анамнезі і попередні пологи шляхом операції кесарева перерізи призводили до подовження трива-

лості абортів, незалежно від групи, в яку була рандомізована пацієнтка. В порівнянні з меншим терміном вагітності (менше 17 тижнів) терміни між 17 і 19 тижнями і більше 20 тижнів були пов'язані з більшою тривалістю абортів ( $p=0,47$ ; 95% ДІ: 0,34-0,65;  $p<0,001$  і  $OR=0,40$ ; 95% ДІ: 0,2-0,55;  $p<0,001$  відповідно). У порівнянні з жінками, що мали пологи через природні пологові шляхи в анамнезі, у тих, що не народжували, була велика вірогідність тривалого перебігу абортів ( $OR=0,36$ ; 95% ДІ: 0,28-0,48;  $p<0,001$ ), як і у пацієнток з операцією кесарева розтину в анамнезі ( $OR=0,49$ ; 95% ДІ: 0,36-0,68;  $p<0,001$ ). Вік матері, індекс маси тіла, расова приналежність та інтервал часу між введенням міфепрестону і мізопростолу не впливали на тривалість абортів. Так само були відсутні й відмінності між рівнем крововтрати у жінок в кожній з трьох груп. Незважаючи на рутинне введення окситоцину у зв'язку з гострою крововтратою, 1,7% жінок знадобилося переливання компонентів крові.

Розриви шийки матки при медикаментозному аборті можливі, як і у випадках використання дилатації і евакуації, з тією ж частотою (0,1-0,2%). Розривши матки зустрічається рідко (один випадок на 1000 втручань) і зазвичай виникають при необхідності завершення процедури шляхом хірургічного втручання з подальшим обов'язковим контрольним УЗД-дослідженням через 10-14 днів [216].

Після медикаментозного абортів в другому триместрі рутинне хірургічне вискоблювання порожнини матки не потрібно. Його слід проводити тільки у тому випадку, коли є клінічні ознаки неповного абортів. У проведених дослідженнях така необхідність була відмічена в 8,1% [123] і 9,4-11,5% [216] випадків. Ці дослідження демонструють перспективність методу для збереження репродуктивного здоров'я, зниження ускладнень і материнської смертності жінок, вимушених перервати вагітність в другому триместрі.

## **1.4 Психоемоційні порушення та реабілітаційні заходи після переривання вагітності в II триместрі**

**1.4.1 Психологічні аспекти абортів.** Штучне переривання вагітності в пізні терміни залишається однією з найбільш важковирішуваних проблем в акушерстві: складність втручання і, відповідно, ризик і частота ускладнень незмінно зростають у міру збільшення терміну вагітності [35, 68, 95, 141]. Методи штучного переривання вагітності постійно удосконалюються, проводиться робота з поліпшення технології абортів з точки зору ефективності, безпеки (зниження ризику ускладнень), технічної простоти виконання, прийнятності, поліпшення контролю над болем і крововтратою [172].

Проте штучне переривання вагітності в пізні терміни завдає шкоди фізичному і психологічному здоров'ю жінки, є психологічним та емоційним стресом [17, 53, 116]. Стрес до, в час і/або після переривання вагітності багатовимірний. Джерелами стресу є виявлення патології у плода і втрата надії народження здорової дитини, саме штучне переривання вагітності, побоювання за майбутні вагітності і народження здорових дітей [39, 68, 85, 137].

Штучне переривання вагітності в пізні терміни, завдаючи шкоди фізичному і психічному здоров'ю жінки, є психологічним і емоційним стресом і у ряді випадків ускладнюється запальними захворюваннями жіночих статевих органів, порушеннями менструальної функції, розвитком гормонально зумовлених захворювань, проліферативних процесів в репродуктивній системі, викликає значні психічні порушення, призводить до невиношування вагітності і вторинного безпліддя в майбутньому [13, 36, 45, 53, 45]. Тому дослідження вираженості метаболічних змін у пацієнтів з штучним перериванням вагітності може допомогти тоншому розумінню особливостей гомеостазу жінок до і після переривання вагітності, вдосконаленню підходів



до штучного переривання вагітності з цєю метою максимального збереження репродуктивного і психічного здоров'я.

Ситуація переривання вагітності істотно відрізняється від ситуацій, що виникають при інших втратах вагітності, це складний біопсихосоціальний феномен. У його біологічному аспекті лежить значний фізіологічний стрес, при якому існує реальна або уявна загроза життю і здоров'ю самої жінки. Уривається формування діади «мати-пренейт», що супроводжується перебудовою гормонального фону жінки, змінами обміну речовин, біоелектричної активності її головного мозку тощо. Оскільки універсальними регуляторами біохімічних процесів в організмі є амінокислоти і біогенні аміни, зміни їх концентрацій можуть бути індикаторами формування патологічних процесів після переривання [42, 105].

За даними літератури, пріоритетну роль в метаболізмі речовин в організмі відіграє обмін амінокислот (АК), за допомогою якого здійснюється взаємозв'язок вуглеводного, жирового і білкового обмінів. При цьому концентрація вільних амінокислот (ВАК) та їх похідних у фізіологічних рідинах і тканинах може бути своєрідним інтегральним показником гомеостазу, а закономірності формування амінокислотного фонду в організмі – об'єктивно відбивати стан метаболічного балансу. Оскільки АК належить поєднувальна роль в інтеграції основних метаболічних процесів, рівень вільних АК та їх похідних є регулюючим чинником багатьох вузлових ланок метаболізму [42, 72].

Відомо, що зміст ВАК в сироватці крові матері змінюється при розвитку акушерської патології, а характер змін визначається патологією [42], тому дослідження метаболічного профілю біологічних рідин і виявлення його особливостей у вагітних, які мають порушення гестаційного процесу, є важливими моментами для

розробки нових ефективних підходів раннього прогнозування ускладнень.

На думку Л.Н. Кеда та співавторів (2020), дослідження особливостей метаболізму амінокислот свідчить, що у вагітних з наявністю патологічних станів плода, які вимагають переривання в пізні терміни, відбуваються виражені зміни в амінокислотному обміні, що тривають після штучного переривання вагітності і можуть призводити до дестабілізації загального гемостаза, фізичного і психічного стану жінок, це обґрунтовує необхідність розробки нових ефективних методів корекції для збереження репродуктивного і психічного здоров'я [42].

Обтяжливою обставиною є те, що саме переривання вагітності часто супроводжується болем, кров'яними виділеннями або кровотечею, хірургічними маніпуляціями, а іноді й розширеним оперативним втручанням [79, 175].

Вплив переривання вагітності на психологічний стан сімейної пари часто недооцінюється [1, 199]. Дослідники виявили, що після втрати вагітності як на ранніх, так і на пізніх термінах у жінки мають місце психологічні проблеми, що пов'язані з перенесеним стресом і проявляються у вигляді тривоги і депресії. У їхньому настрої домінує страх, їх воля паралізована, вони відчують себе безпорадними, тобто проявляють симптоми типового депресивного синдрому – не бачать іншого виходу. Можуть бути також психічні порушення, які проявляються у відстороненні від людей, надмірному вживанні ліків і алкоголю. Одні жінки стають недовірливими, інші – параноїками аж до розвитку психозу [17, 68, 213]. При цьому вираженість депресії, за одними даними, не залежить від терміну вагітності, в якому сталася втрата, по інших – вона більше виражена при втраті вагітності на пізніх термінах [84, 221, 208].

Поєднання фізіологічного стресу з обтяжливими соціокультурними і психологічними чинниками, поєднання втрати фізичною (загибель дитини) і символічною (спроба набути нового соціального статусу матері або батька, що не відбулася) дає в результаті складну картину травмуючого досвіду («взаємодіюча травматизація» за Емерсоном), зростає вірогідність ризику розвитку ускладненого переживання горя, яке часто супроводжується відчуттям провини, невпевненості у своїх репродуктивних можливостях і має тенденцію трансформуватися в тривожний або депресивний розлад [221], а також посилюється раніше наявна акцентуація – тривожна або депресивна, яке нерідко виступає показанням до переривання вагітності [76]. Необхідно звернути увагу на те, що негативний вплив проведеного штучного абортів на психіку жінки може зберігатися впродовж досить тривалого часу. Реакції тривоги і депресії можуть зберігатися через декілька років після переривання вагітності. За даними М. Когенгоп та співавторів (2019), в подальшому у 3% жінок, що перервали вагітність через аномалії розвитку плода, відмічають почуття сильного жалю, і у 20% пацієнток впродовж року є значні психологічні порушення [166].

**1.4.2 Можливості реабілітації після штучного переривання вагітності.** Переривання вагітності на пізньому терміні – вибір, що травмує жінку та її сім'ю, включаючи медичний, психологічний, морально-етичний і правовий контексти. Психологічний супровід дозволяє оптимізувати процес встановлення контакту пацієнтки з медичним персоналом, є базою для створення конструктивного відношення до майбутньої вагітності, оптимального психологічного і фізіологічного фону для її виношування.

Загальновідомий факт, що штучний аборт в анамнезі є прогностичним чинником порушення біоценозу піхви з переважним анаероб-

ним дисбалансом [69, 81, 125], для поліпшення ступеня чистоти піхви і зниження рівня реінфекції у жінок з кандидозом, бактерійним вагінозом і рецидивуючим вагінітом автори багатьох сучасних досліджень рекомендують використовувати препарати, які містять живі лактобацили, їх використання знижує також захворюваність на запальні захворювання органів малого таза після штучного абортів [11, 62, 94, 161]. Застосування полімерно-ланцюгової реакції в реальному часі дозволяє точніше оцінити систему біоценозу піхви та оптимізувати заходи з профілактики ускладнень, пов'язаних зі штучним перериванням вагітності [11, 40, 94, 161].

Зневага твердження щодо «біологічного шоку», який реалізовується внаслідок перерваної вагітності та сприяє каскаду патологічних порушень, визначає статистику зростання випадків аутоімунного хронічного ендометриту, гіперпластичних захворювань матки, мастопатії, безпліддя і навіть метаболічного синдрому [8, 31, 42, 72, 87, 108, 168]. У наявних літературних джерелах практично не розкрита тема імунореабілітації після абортів на тлі окремих повідомлень про необхідність включення в курс терапії після вагітності, що не розвивається, оцінки імунного статусу.

Ефективність психокоригуючих заходів в схемі реабілітації, з урахуванням типу реагування на переривання вагітності в другому триместрі, визначається рівнем компенсації психоемоційних порушень, рівнем нормалізації психічного функціонування і соціальної адаптації [1, 147, 195, 214]. Подібна тактика повністю укладається в концепцію «безпечного абортів» відповідно до визначення ВООЗ про важливість не лише технології переривання вагітності, але й комплексу елементів обслуговування, у тому числі: медико-соціального консультування і психологічної підтримки, застосування сучасних щадних технологій штучного переривання вагітності, післяабортної контрацепції, профі-

лактики і лікування ускладнень аборту. Реалізацію декількох науково обґрунтованих методик оптимізації постабортної допомоги – заміни дилатації і кюретажу на ВА, зниження рівня седації, надання консультивання з питань контрацепції і послуг при ускладненнях в той самий час в тій самій медичній установі, оптимальних за якістю й економічно ефективних [17, 57, 68, 79, 134, 155, 193, 196].

\* \* \*

Аналіз наукових оглядів розкриває необхідність систематизації даних щодо штучного переривання вагітності (ШПВ) у контексті причин, що визначають домінанту аборту як способу контролю над дітонародженням з виділенням керованих ланок периабортної тактики на всіх етапах: маловивчені питання переваги технології ШПВ, психологічні та соціальні особливості претенденток на користь аборту; суперечливі питання оцінки приналежності до груп ризику ускладнень ШПВ та значущості в їхньому генезі як анамнестичних факторів, так і особливостей периабортної тактики; фрагментарні відомості про вплив технології ШПВ (у т.ч. низькодозованого міфепристону та мізопростолу) та паритету на ризик післяабортних ускладнень та їх характер, особливо при оперованій матці; перспективні, але науково не обґрунтовані питання ролі хронічного ендометриту як патоморфологічної основи ендометриту після абортів та вагітності, що не розвивається, типу імунореактивності та бактеріального обсеменіння ендометрія залежно від його гістологічної верифікації; недостатньо вивчено питання інфікованості генітального тракту при післяабортних ускладненнях залежно від стану вагінального біотопу та способів корекції порушень флори до аборту, типу імунореактивності, медикаментозної підготовки шийки матки; не систематизовано дані про клінічні та ехографічні предиктори консервативного ведення ускладнень ШПВ та необхідність внутрішньоматкових втручань з метою

евакуації неповного абoрту, особливо у разі переривання вагітності у II триместрі; не встановлено роль хромосомних аномалій у генезі вагітності, що не розвивається, не проводилося зіставлення взаємозв'язку ускладнень періоду після спорожнення матки з особливостями вихідного біотопу піхви, підготовкою шийки матки та вибором курсу антибіотикопрофілактики; недостатньо вивчені потенційні можливості оптимізації реабілітації репродуктивної системи жінок після абoрту, прогнозування негативних наслідків переривання вагітності, у тому числі в плані психологічних ускладнень – як ранніх, так і віддалених, залежно від наявності відновлювальних процедур, особливо у разі переривання вагітності у II триместрі.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Матеріали дослідження

Для вирішення поставленої мети і завдань проведено комплексне клініко-лабораторне, функціональне і психологічне обстеження 60 жінок, які спостерігалися в жіночій консультації Київського міського пологового будинку № 3. Жінок було розподілено на дві групи:

- група 1 (основна) – 30 жінок у віці від 20 до 40 років, що перервали вагітність від 13 до 21 тижня і отримували удосконалену нами методику лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів;
- група 2 (контролю) – 30 жінок аналогічного репродуктивного віку без гінекологічної та соматичної патології.

Удосконалена нами лікувально-профілактична та реабілітаційна методика включала наступні етапи:

#### I. Підготовка:

- напередодні, за дві доби 200 мг міфепростону;
- постановка інтрацервікально палички ламінарії і фіксація тампоном;
- госпіталізація.

#### II. Проведення маніпуляції:

- внутрішньовений наркоз (пропофол);
- зняття білизни (білизна знімається коли жінка в наркозі, щоб не було відчуття проведення маніпуляції);
- вилучення тампону та палички ламінарії з цервікального каналу;
- зондування матки під контролем ультразвукового дослідження (УЗД);

- без розширення цервікального каналу, вакуум-екскохлеатором видаляємо плідне яйці;

- постановка тампону в піхву.

III. Реабілітація після переривання вагітності:

- корекція психологічного статусу;

- направлена імунокорекція;

- корекція порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

До переваг удосконаленої нами методики ми відносили стабільний психоемоційний стан за рахунок того, що вагітна не проходить всі етапи індукованого викидня, усе відбувається на кріслі та під в/в наркозом. Мінімальній термін знаходження в стаціонарі (1 доба), а підготовка виконується в амбулаторних умовах. Крім того, для маніпуляції використовується одноразовий пластиковий вакуум екскохлеатор, що дозволяє отримати стерильний матеріал для подальшого дослідження. Відсутність інструментальної ревізії порожнини матки дозволяє не знімати зайвий шар ендометрія, що покращує репродуктивні властивості жінки в майбутньому. Маніпуляція проводиться одномоментно та не потребує додаткових втручань та антибіотикопрофілактики.

Зменшення ризиків травматизації шийки матки, так як не потрібно проводити дилатацію шийки матки, що може призвести до травмування шийки.

## **2.2 Клінічна характеристика жінок**

Середній вік в основній групі склав  $26,9 \pm 2,3$  року, а в групі порівняння –  $26,4 \pm 1,2$  року.

При оцінці соціального статусу обстежених жінок (рис. 2.1) встановлено, що в обох групах переважали службовці (група 1 – 60,0% і 2 – 56,7%); рідше зустрічалися підприємці (23,3 і 20,0% відповідно) та педагоги (16,7 і 23,3% відповідно).



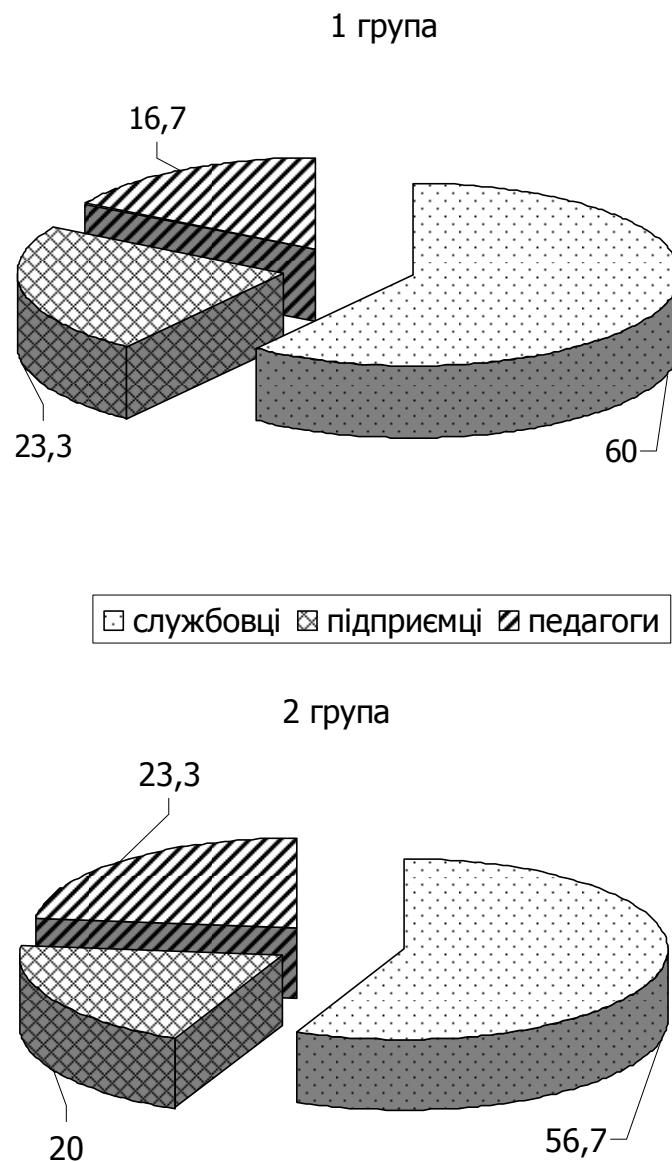


Рис. 2.1. Соціальний статус обстежених жінок (%).

Середній вік настання менархе в жінок, що переривають вагітність, склав  $12,9 \pm 0,3$  року, а в групі 2 –  $12,6 \pm 0,2$  року, що відповідає настанню першої менструації у дівчат Київського регіону. Вік початку статевого життя в жінок групи 1 складала  $16,9 \pm 1,3$  років.

Вивчення соматичного здоров'я жінок дозволило виявити (рис. 2.2), що більшість (більше 80%) пацієнок обох груп до віку, що вивчається, мали соматичні захворювання. Провідні місця серед них займали: аденовірусні інфекції (група 1 – 33,3% і група 2 – 30,0%); патологія ЛОР-органів (23,3 і 26,7% відповідно); захворювання шлунково-кишкового тракту (20,0% і 16,7% відповідно); ендокринна патологія (13,3 і 10,0% відповідно) і захворювання нирок (6,7 і 10,0% відповідно).

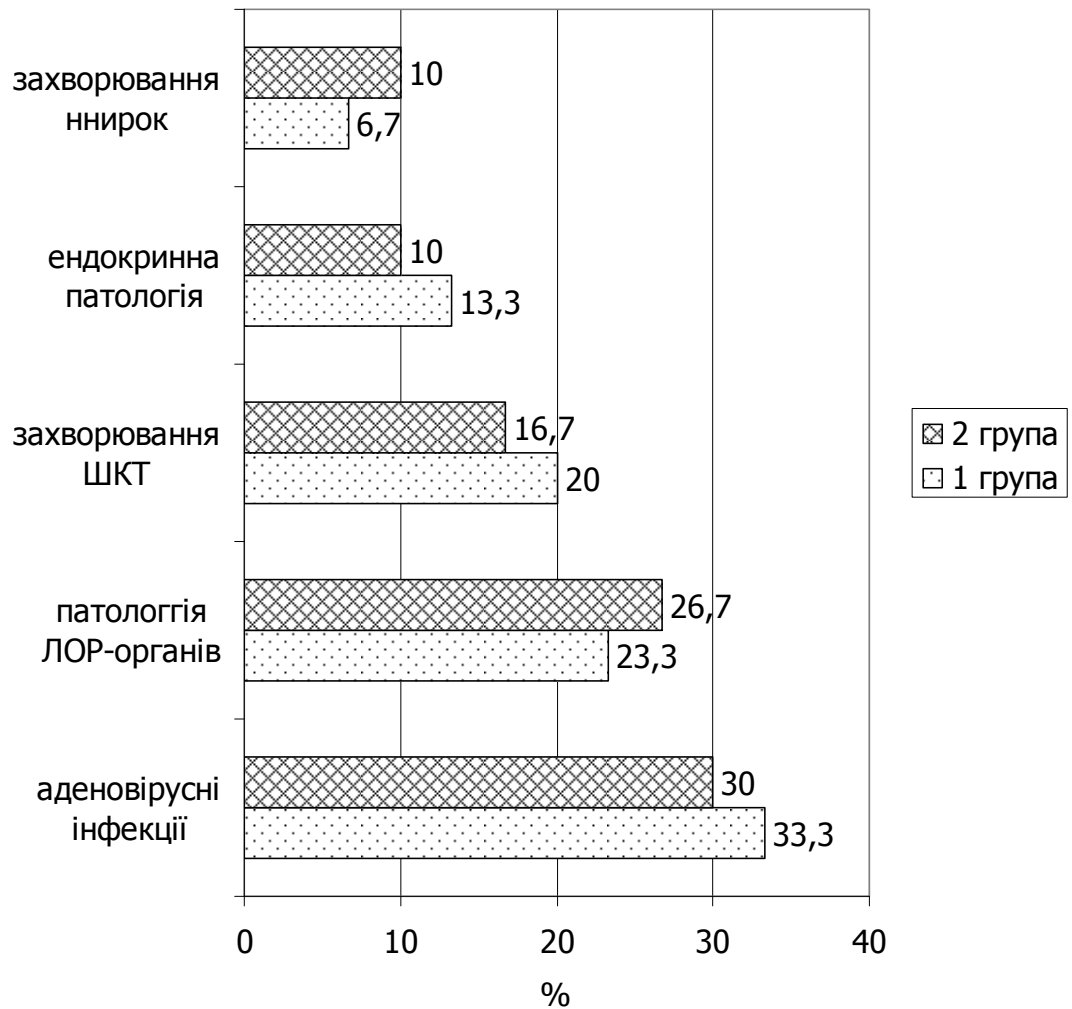


Рис. 2.2. Екстрагенітальна патологія.

Провідні показання для переривання вагітності з 13 до 21 тижня представлені на рис. 2.3.

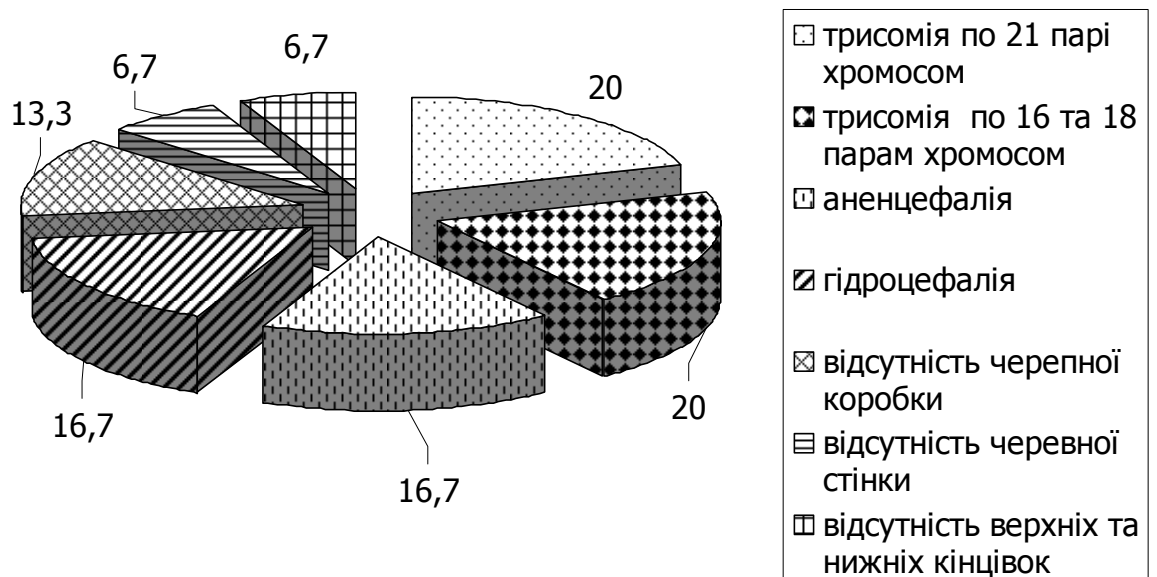


Рис. 2.3. Показання для переривання вагітності (%).

Отримані результати свідчать, що частіше в структурі показань переважали трисомії різних хромосом (40,0%) та аномалії головного мозку (33,4%).

### 2.3 Методи дослідження

Провідними компонентами обстеження були:

- УЗД плода в терміні 11-13 тижнів вагітності;
- біохімічний скринінг в терміні 11-13 тижнів вагітності.

Клінічне обстеження включало збір загального і гінекологічного анамнезу, який проводився по розробленій карті: паспортні дані, місце навчання, соматична і гінекологічна захворюваність, свідчення і техніка проведення, вигляд знеболення.

У загальному анамнезі зверталася увага на період дитинства і статевого дозрівання, перенесені екстрагенітальні захворювання,

травми, операції, наявність хронічної патології та інфекційний індекс. З анамнезу з'ясовували особливості менструальної, статевої і генеративної функцій, перенесені гінекологічні захворювання і оперативні втручання. При проведенні загального огляду проводилося уточнення морфотипу, а при гінекологічному обстеженні враховувалася топографія органів малого тазу і уточнювали термін вагітності.

Для визначення індивідуально-особових і психоемоційних особливостей (тип реагування на необхідність переривання вагітності, захисних і компенсаторних механізмів) використовувався стандартизований багатофакторний метод дослідження особи, що виявляє психостенічні, невротенічні риси обстежуваних жінок [2, 53]. У тест включено 556 тверджень, серед яких питання класичних тестів особи, психіатричних тестів, тестів установки і тестів інтересів. Кожна жінка повинна була виразити своє відношення до твердження, визнавши його вірним або невірним.

Оцінку проводили шляхом інтерпретації трьохочінних (L, F, K) і 10 основних клінічних, базисних шкал, які дозволяють визначити достовірність результатів і ввести стандартну поправку залежно від відношення обстежуваною до процедури тестування:

- 1 – Hs-шкала «невротичного надконтролю»;
- 2 – D-шкала «песимістичності»;
- 3 – Hu-шкала «емоційної лабільності»;
- 4 – Pr-шкала «імпульсивності»;
- 5 – Mf-шкала «мужності/жіночності»;
- 6 – Pa-шкала «ригідності»;
- 7 – Pt-шкала «тривожності»;
- 8 – Sc-шкала «індивідуалістичності»;
- 9 – Ma-шкала «оптимізму і активності»;
- 10 – Si-шкала «соціальної інтроверсії».

Слід вказати, що за допомогою цих шкал виявляється не нозологія, а лише тенденція, в тій або іншій мірі присутня і в здорових, але що набуває у хворих якісно інший характер в результаті кількісного наростання.

Вивчення особливостей адаптаційних механізмів проводили з використанням тесту Люшера [2], який представлений в двох варіантах: повне дослідження за допомогою 73 колірних таблиць і короткий тест з використанням восьмикольорового ряду. Процедура обстеження організована таким чином: підліткам було запропоновано вибрати з розташованих перед ними колірних еталонів найприємніший колір, не співвідносивши його ні із забарвленням одягу (чи йде до особи), ні з оббивкою меблів, ні з буд-чим іншим, а лише погодившись з тим, наскільки цей колір віддаємо перевазі порівняно з іншими при даному виборі в даний момент. При розкладанні перед обстежуваними колірних еталонів використовували індиферентний фон і денне освітлення. Вибраний еталон прибирали зі столу, записували номер кожного вибраного кольору. Вибір кольору характеризує провідні тенденції і потреби:

- синій колір – потреба в глибокій прихильності, емоційному комфорті і спокої;
- зелений колір – потреба у відстоюванні власної позиції, агресивність захисного характеру, наполегливість і упертість;
- червоний колір – потреба в досягненні, володінні, владі, наступальна потреба «завойовника», висока пошукова активність;
- жовтий колір – потреба в соціальній активності, русі, емоційній залученості;
- фіолетовий – потреба у відході від реальної дійсності;
- коричневий – потреба в зниженні тривоги, прагнення до психологічного і фізіологічного комфорту;

- чорний – потреба в незалежності, негативізм до тиску ззовні;
- сірий – потреба в заспокоєнні, відпочинку і пасивність.

Останні чотири кольори символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, страх і засмучення. Строго кажучи, чорний і сірий взагалі не можна назвати кольорами: чорний – це заперечення кольору, а сірий абсолютно нейтральний і безбарвний. Фіолетовий – це поєднання синього і червоного, а коричневий – оранжево-червоного і чорного кольорів, що дає в результаті темнуватий і досить млявий колір. Ні коричневий, ні фіолетовий кольори не є психологічними первоелементами, і вони залучені в тест після практичної апробації тесту. Якщо яскраві колірні таблиці відображають потреби, що визначають стиль життєвого стереотипу, то ахроматичні і додаткові кольори тісно пов'язані із захисними механізмами. Кожного разу випробовуваним пропонували вибрати найбільш приємний колір з тих, що залишилися, поки всі кольори не будуть відібрані. Через 2-5 хв дослідження повторювали, розклавши колірні еталони в іншому порядку.

За допомогою шкали самооцінки [53] проводили дослідження стану реактивної і особової тривожності. Цей метод заснований на самооцінці внутрішнього стану, дає можливість підійти до аналізу суб'єктивної сторони афектних розладів. Шкала самооцінки є досить надійним методом, що дозволяє отримати кількісну оцінку тривоги. Термін «тривога» використовується для опису неприємного по своєму забарвленню емоційного стану, який характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, занепокоєння, похмурих передчуттів, а з фізичного боку – активацією автономної нервової системи. Тривога, на відміну від страху, є більш «безпредметною» і означає зазвичай емоційні реакції, інтенсивність яких непропорційно вище за величини об'єктивної небезпеки.

Реактивна тривожність виникає у певній ситуації при дії емоційних подразників. Особова тривожність є стійкою індивідуальною особливістю, що характеризує схильність суб'єкта сприймати досить широке коло буденних ситуацій, як загрозливих, і реагувати на них виникненням стану тривоги (тривожна переробка внутрішніх переживань).

В основу методу визначення субпопуляцій лімфоцитів за диференційними антигенами покладено виявлення поверхневих антигенів (маркерів), які є на поверхні лімфоцитів визначених субпопуляцій [34]. Широко розповсюдженим високоінформативним засобом ідентифікації субпопуляцій імуноцитів є виявлення клітин моноклональними антитілами, спрямованими проти окремих молекулярних структур поверхневих мембран лімфоцитів. В ході постановки реакції до цих антигенів приєднується мітка-флюорохром з наступною апаратною або візуальною реєстрацією люмінесценції мічених лімфоцитів та підрахунком їх кількості [34]. Нами використано метод мембранної імунофлюоресценції [34] із застосуванням гібридомних моноклональних антитіл до лейкоцитарних диференційованих антигенів та антигенів активації серії LT, специфічність яких підтверджена на X Міжнародній робочій нараді щодо антигенів лейкоцитів людини (3-7 листопада 2013 р., Бостон, США). Для постановки реакції мононуклеарних клітин виділяли з гепаринізованої крові центрифугуванням на градієнті щільності фікол-верографіну (щільність 1,077) з наступним двократним відмиванням в 0,01М фосфатно-сольовому буфері PBS (p=7,2-7,4) та доведенням кількості лімфоцитів (контроль в камері Горяєва) до  $3,0-5,0 \times 10^{12}$ /мол. В 0,1 мл суміші лімфоцитів вносили 10,0 мл досліджуваної серії моноклональних антитіл та інкубували 30 хвилин в холодильнику. Після інкубації клітини двічі відмивали у фосфатно-сольовому буфері PBS, додавали 50 мкл

розчину F(ab) 2-фрагментів овечих антитіл до Ig мишею, мічених ФІТЦ з наступною інкубацією упродовж 30 хвилин в холодильнику. Потім клітини двічі відмивали у фосфатно-сольовому буфері PBS та фіксували 2% розчином нейтрального формаліну. Після триразового відмивання проводили підрахунок клітин, які експресують той або інший антиген, на люмінісцентному мікроскопі. При цьому проводили визначення наступних показників:

- CD3+ – антигени Т-лімфоцитів, які відповідають поряд з фагоцитами за імунну відповідь в запальному процесі;
- CD4+ – ідентифікаційні маркери Т-хелперів/індукторів;
- CD8+ – поверхневі маркери субпопуляцій Т-супресорів/кілерів;
- CD4+/CD8+ – імунорепетиторний індекс (розмір хелперно-супресорного співвідношення);
- CD16+ – ідентифікаційні маркери Т-кілерів;
- CD20+ – ідентифікаційні маркери В-лімфоцитів;
- CD23+ – ідентифікаційні маркери В-«активних» лімфоцитів.

З метою діагностики вірусної інфекції (цитомегаловірус і рецидивуюча герпетична інфекція) використовували метод імуноферментного аналізу (ІФА), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імунофлюоресцентної мікроскопії. Матеріалом для дослідження слугували: венозна дах, змиви із зовнішніх статевих органів, піхви, січа та слина.

*Метод імуноферментного аналізу.* В якості лабораторної діагностики цитомегаловірусної (ЦМВ) і рецидивуючої герпетичної інфекції (РГІ) використовували експрес метод з імуноферментною тест-системою та серологічні методи, які засновані на виявленні антигенів вірусу простого герпесу [34]. Дослідження по виявленню вірусспецифічних антитіл в зразках сироваток здійснювали ІФА тест-системою



по виявленню антитіл до ЦМВ; вірусу простого герпесу (ВПГ-1 і ВПГ-2). Постановку тесту здійснювали в трьох паралельних рядах, де один з них був сорбованим в лунках антигеном ЦМВ; ВПГ-1 типу, по другому ряду – антигеном ВПГ-2 типу. Для контролю використовували клітинний субстрат, на якому вирощували вірус. Сироватки кожної пацієнтки досліджували в трьохразовому розчиненні, починаючи з розведення 1:100. Комплекс антиген-антитіло визначали за допомогою пероксидазного кон'югату проти глобулінів людини. Для виявлення вірусного антигену в якості антитіл для створення імуносорбенту використовували суміш антитіл до ЦМВ; ВПГ-1 та ВПГ-2 серотипів. Дана модифікація дозволила з однаковою ефективністю уловлювати різні типи вірусу герпесу. В якості антитіл використовували такі ж самі антитіла, мічені пероксидазою. Облік здійснювали на спектрофотометрі при довжині хвилі 492 нм. ІФА, дозволивши визначити та, що особливо важливо, розмежувати специфічні антитіла класу IgG (реконвалісцентні або анамнестичні) та Ig («гострі»), що відповідають свіжому зараженню або рецидиву хронічної РГІ, виявити вірусні антигени (ВПГ та ЦМВ) в сечі, слині та слизу цервікального каналу. До переваг даного методу відносять високу чутливість, специфічність, швидкість та простоту виконання.

*Метод полімеразної ланцюгової реакції.* Діагностика ЦМВ та герпес-вірусної інфекції була здійснена на молекулярно-генетичному рівні методом ПЛР [34]. В основі реакції лежить ампліфікація *in vitro*, де використовуються дві олігонуклеотидних праймера (приманки), фланкуючі ділянку ДНК специфічної для визначення збудника, процес ампліфікації полягає в циклах температурної денатурації ДНК, що повторюються, випалу праймерів з компліментарними послідовностями та наступною добудовою полінуклеотидних ланцюгів цієї

ділянки ДНК з цих праймерів ДНК-полімеразі. В результаті відбувається експоненціальне збільшення кількості специфічного фрагмента по формулі  $2^n$ , де  $n$  – це число минулих циклів ампліфікації. Надалі проводять електрофотометричний аналіз продуктів ПЛР в агарозному гелі. Обов'язково ставлять позитивний контроль із явно внесеною детектируємою нуклеїною кислотою і негативний контроль. Пофарбовану етидум бромідом ДНК в гелі переглядають під ультрафіолетовим випромінюванням – випромінюванням при довжині хвилі 254 нм, по наявності специфічного фрагменту ампліфікації судять про присутність шуканої нуклеїнової кислоти в досліджуваному матеріалі. Метод ПЛР відноситься до високочутливої діагностики, він специфічний і час виконання складає декілька годин.

Мікроскопічна діагностика вірусної інфекції передбачала дослідження матеріалу, пофарбованого імуноглобулінами, що люмінісцюють, проти ЦМВ та вірусу простого герпесу типу 1 та 2 методом прямої імунофлюоресценції. Матеріалом для дослідження стали зішкрібки епітелію в області зовнішніх статевих органів. При наявності уражень шкіри в області вульви та промежини для дослідження проводилися мазки – відбитки з поверхні підозрілих на вірусне ураження ділянок. Діагностичну ефективність бактеріоскопічного методу оцінювали відносно до результатів мікроскопічного дослідження.

Відбір проб для мікробіологічного дослідження здійснювали з використанням правил асептики та антисептики. Матеріалом для мікробіологічних досліджень стали: зішкрібки-відбитки із передвер'я піхви та малих статевих губів. Беруть матеріал, в кількості 1 мл приміщували в пробірку, що містить транспортне середовище сКС-199, яку щільно закривали гумовою пробкою та впродовж 1,5-2,0 годин доставляли в лабораторію.

Мікроскопічні методи дослідження включали світову та люмінісцентну мікроскопію одержаного матеріалу. За допомогою світової мікроскопії досліджували вологі («розчавлена» крапля) та пофарбовані препарати. Вологі препарати для виявлення рухомих трихомонад, псевдоміцелія грибів, мікроорганізмів роду *Mobiluncus* sp., ключових клітин та лейкоцитів готували шляхом ретельного переміщування краплі виділень з краплею 0,9% фізіологічного розчину. Ці препарати розглядали в декількох полях під збільшенням  $\times 400$ .

Для приготування пофарбованих препаратів нативний матеріал наносили щіткою або стерильним ватним тампоном на три знежирених предметних скла, які після підсушування на повітрі та фіксації фарбували: 1 – метиленовим синім, 2 – за Грамом та 3 – за Грамом в модифікації Korpeloff (для попередньої оцінки бактеріальної флори – грампозитивної, грамнегативної або варіабельної; паличкової, кокової або змішаної, наявності кандидозу; оцінювали ступінь вираженості фагоцитозу).

Для люмінісцентної мікроскопії нативний матеріал наносили щіткою, шпателем або ложечкою Фолькмана на два знежирених, промаркированих предметних скла, розділених на три сектори (1 – хламідії; 2 – мікоплазми та 3 – уреоплазми). На перше скло зішкрібний матеріал брали з великих статевих губ в 1 та 2 сектори та з малих статевих губ в 3 сектор; на друге скло – в усі сектори з уретри. Для виявлення хламідій, мікоплазм та уреоплазм використовували відповідні тест-системи [34].

З метою діагностики гонорейної, трихомонадної, хламідійної, мікоплазменної, уреоплазменної інфекції та визначення антибіотико-чутливості виконували культуральні дослідження. Матеріалом для

посівів служили змиви із зовнішніх статевих органів та січа. Виділення *S. trachomatis* проводили на змішаній клітинній культурі (LLC-MK2 + L-929+ВНК-21), а *M. hominis*, *U. urealyticum* та *N. gonorrhoeae* на селективне харчове середовище.

Якісний та кількісний аналіз мікрофлори зовнішніх статевих органів проводили за такою схемою: змив із зовнішніх статевих органів 0,9% розчином NaCl в кількості 1 мл відбирали в пробірку з 9 мл стерильного середовища сКС-199. Пробірку з одержаним матеріалом щільно закривали гумовою пробкою ті впродовж 1,5-2,0 годин доставляли в лабораторію. В лабораторії з доставленого матеріалу готували ряд десятиразових серійних розведень (від 10<sup>2</sup> до 10<sup>8</sup>) в пробірках з середовищем сКС-199. Потім з кожного розведення матеріал засівали по 0,1 мл на чашки з харчовими середовищами за такою схемою: агар Ендо – ентеробактерії; агар Сабуро – дріжджеподібні гриби; жовтково-сольовий агар – стафілококи; 5% кров'яний агар – гемолізуюча кокова, коринформна флора; агар для ентерококів – ентерокок; кров'яний анаеробний агар (з канаміцином) – бактероїди, пептострептококи, пропіонібактерії; агар для лактобактерій – лактобактерії; агар для біфідобактерій – біфідобактерії.

Після внесення матеріалу на чашки з харчовими середовищами його рівномірно розподіляли стерильним шпателем по поверхні агару. Засіяні чашки, призначені для виділення аеробних бактерій, ставили в термостат та інкубували при 37° С впродовж однієї-двох діб. Чашки для виділення анаеробних мікроорганізмів приміщували в мікроанаеростат, який заповнювали трикомпонентною газовою сумішшю (80% азоту, 10% водню та 10% вуглекислого газу) та інкубували у термостаті при 37° С впродовж двох-трьох діб. З метою створення анаеробних умов в мікроанаеростаті повітря з нього

відкачували вакуумним насосом та заміняли вказаною вище сумішшю шляхом анаеробного триразового послідовного вакуум-замісного заповнення в присутності паладієвого каталізатора як поглинача залишків кисню.

Усі типи колоній мікроскопіювали, а ті, що зросли в анаеробних умовах, перевіряли на аеротолерантність шляхом пересіву секторами на 5% кров'яний агар та вирощували при 37° С в аеробних умовах. Відсутність зростання на 5% кров'яному агарі свідчила про належність виділених мікроорганізмів до групи суворих анаеробів. Аналіз характеру зростання мікроорганізмів на селективних середовищах дозволяв провести ідентифікацію основних представників анаеробів (лактобактерії, біфідобактерії, бактероїди тощо) до роду. На чашці з 5% кров'яним агаром наявність гемолітичних форм як кишкової, так і кокової мікрофлори, відсоток від їх загальної кількості колоній, що зросли, співвідношення кишкової та кокової мікрофлори.

Підрахунок кількості кожного виду мікроорганізмів в 1 г піхвового виділення (1 мл змиву, секрету) проводили за формулою:

$$M = N \times 10^n + 1, \text{ де}$$

M – число мікробів в 1 г;

N – кількість колоній, що вирости на чашці;

n – ступінь розведення матеріалу.

Морфологічні дослідження проводили за загальноприйнятими методиками [32] та співставляли з попередніми даними УЗД і перинатального скринінгу [3, 4, 44, 61].

Статистичну обробку даних проводили на персональному комп'ютері з використанням пакету програм STATISTICA 10.0 для "Windows". Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики [65].

Для кількісних змінних обчислювалися довірчі інтервали, визначення  $M$  середніх показників (середнє вибіркоче) і  $S$  (стандартне відхилення). Характеристики вибірок представлені у вигляді  $\% \pm m$  (середньоквадратичне відхилення). Для оцінки міжгрупових відмінностей застосовували  $t$ -критерій Стюдента. Оформлення тексту, побудова таблиць і графіків проводили за допомогою прикладних програм "Microsoft Word" (версія 7,0), STATISTICA 10.0 для "Windows", Excel.

**РОЗДІЛ 3**  
**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОГО**  
**ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ЖІНОК**  
**ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

**3.1 Оцінка імунного статусу та мікробіоценозу статевих шляхів**

Як наочно свідчать отримані результати зміни системного імунітету у обстежених жінок носять досить виражений характер (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Вміст рецепторів лімфоцитів у обстежених жінок (%)**

Показник	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
CD3+	65,4±4,3	42,2±3,1*
CD4+	45,1±3,2	31,2±2,1*
CD8+	20,7±1,6	30,9±2,1*
CD4+/CD8+	2,2±0,1	1,0±0,07**
CD16+	15,7±1,4	12,0±0,9*
CD20+	14,3±1,2	10,8±0,7*
CD23+	8,1±0,7	11,7±0,9*

Примітка. Достовірність відносно групи контролю \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Так, у першу чергу варто вказати на достовірне зниження кількості CD3+ (група 2 – 65,4±4,3%; група 1 – 42,2±3,1%;  $p < 0,05$ );

СД4+ ( $45,1 \pm 3,2\%$  і  $31,2 \pm 2,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ); СД16+ ( $15,7 \pm 1,4\%$  і  $12,0 \pm 0,9\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ) і СД20+ ( $14,3 \pm 1,2\%$  і  $10,8 \pm 0,7\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ). Крім того, відзначено достовірне збільшення кількості СД8+ ( $20,7 \pm 1,6\%$  і  $30,9 \pm 2,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ) і СД23+ ( $8,1 \pm 0,7\%$  і  $11,7 \pm 0,9\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ). Ці дані вказують на наявність імунного дисбалансу з боку як клітинного (зниження хелперної субпопуляції і підвищення супресорів), так і гуморального імунітету (зменшення загальної кількості В-лімфоцитів на фоні збільшення кількості «активних» В-клітин). На нашу думку, це відбувається за рахунок високого рівня генітальних інфекцій та екстрагенітальної патології, що диктує необхідність вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів.

З огляду на високий рівень соматичної захворюваності бактеріальної і вірусної етіології, ми вважали за доцільне більш детальне вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів і вірусологічного обстеження пацієнток (табл. 3.2 і 3.3).

Таблиця 3.2

## Стан мікробіоценозу піхви (%)

Показник	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Лактобацили	96,7	83,3
Біфідобактерії	73,3	63,3
Молочнокислі стрептококи	60,0	50,0
Ешерихії	-	6,7
Протей	-	6,7
Гриби роду <i>Candida</i>	-	6,7



Продовження табл. 3.2

Показник	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Стафілококи	20,0	30,0
Мікоплазми	-	6,7
Уреаплазми	-	6,7

Дані таблиці 3.2 свідчать, що стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок різних груп характеризується зниженням кількості лактобацил (група 2 – 96,7%; група 1 – 83,3%); біфідобактерій (73,3 і 63,3% відповідно) і молочнокислих стрептококів (60,0 і 50,0% відповідно) на фоні одночасного збільшення таких мікроорганізмів, як ешерихії (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%); протей (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%); гриби роду *Candida* (група – 2 відсутні; група 1 – 6,7%); стафілококи (група 2 – 20,0%; група 1 – 30,0%); мікоплазми (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%) і уреплазми (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%).

Таблиця 3.3

### Результати вірусологічного обстеження (%)

Показники	Група 1 (основна), n=30
Сеча	
HSV	10,0
CMV	6,7
Слина	
HSV	13,3
CMV	10,0
Піхвовий змив	
HSV	23,3
CMV	16,7

## Продовження табл. 3.3

Показники	Група 1 (основна), n=30
Кров антитіла	
IgG HSV	23,3
IgG CMV	16,7
IgM HSV	3,3
IgM CMV	3,3

При вірусологічному обстеженні жінок групи контролю (див. табл. 3.3) нами отримані негативні результати у всіх випадках. Порівняно з цим, у пацієток групи 1 діагностовано наявність вірусної інфекції в сечі (HSV – 10,0 % і CMV – 6,7 %); у слині (HSV – 13,3% і CMV – 10,0%) і в піхвових змивах (HSV – 23,3% і CMV – 16,7%). У сироватці крові явно переважали антитіла до Ig G (HSV – 23,3% і CMV – 16,7%) у порівнянні з Ig M (HSV – 3,3% і CMV – 3,3%), що свідчить про більш високу частоту хронічних форм вірусної інфекції в порівнянні з гострою.

Крім того, нами вивчена частота вірусно-бактеріальних контамінацій в обстежених жінок (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Частота вірусно-бактеріальних контамінацій (%)**

Показники	Група 1 (основна), n=30
Дві інфекції	
HSV + U. urealytica	10,0
CMV + albicans	13,3
HSV + штами стафілококу	16,7

## Продовження табл. 3.4

Показники	Група 1 (основна), n=30
Три інфекції	
HSV + M. hominis + U. urealytica	6,7
CMV + M. hominis + C. albicans	6,7
HSV + M. hominis + штами стафілококу	3,3
CMV + U. urealytica + штами стафілококу	3,3
HSV + albicans + штами стафілококу	3,3

Наявність двох варіантів інфекції (поєднання вірусної інфекції зі штамами стафілокока або уреоплазми) відзначено в 36,7 % випадків в основній групі. Частота трьох інфекцій (поєднання вірусної інфекції зі штамами стафілокока, уреоплазми і мікоплазми) мало місце трохи рідше (26,7%).

Наявність високого рівня вірусно-бактеріального обсіменіння статевих органів, слини, сечі й антитіл у крові в жінок до переривання вагітності дозволяє порушувати питання про системне ушкодження основних ланок гомеостазу і необхідність їхньої корекції з метою профілактики патології післяабортного періоду.

Отже, як наочно свідчать дані цього розділу нашого наукового дослідження, жінки до переривання вагітності потребують особливої уваги в плані проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження надалі патології репродуктивної системи і безпечного материнства, що вказує на наявність не тільки медичних, але й соціальних аспектів досліджуваної наукової проблеми.

### 3.2 Оцінка психоемоційного стану

Для вивчення особових властивостей і ступеня адаптованості до ситуації була проведена попередня бесіда з метою створення позитивного відношення до тестування.

Як було вже наголошено вище, на профілі дослідження особи – ламана лінія, що поєднує між собою кількісні показники 10 базисних шкал. Три оціночні шкали (L – шкала брехні; F – шкала достовірності; K – шкала корекції) дозволяють визначити достовірність результатів і ввести стандартну поправку залежно від відношення обстежуваного до процедури тестування. Методика пред'являється випробовуваному у вигляді книжечки-буклету, що містить 566 тверджень, а їх форма дозволяє більш щиро й точно відповісти на поставлені питання. Опитувальники в модифікованому вигляді поділяються на чоловічий, жіночий і підлітковий варіанти, відмінність яких відображається лише у формі викладу деяких тверджень. Межі нормативного розкиду за базисними шкалами повинні знаходитися в межах 30-70 стандартних розподілів «Т». Стандартні кількісні оцінки виводяться на підставі сирих показників, одержуваних при простому підрахунку значущих відповідей випробовуваного за тією або іншою шкалою. Відлік розкиду особових профілів йде від «ідеально-нормативного» середнього профілю на рівні 50 Т. Показники, що коливаються в межах 46-55 Т, важко інтерпретовані, оскільки вони не характеризують достатньо виражених індивідуально-особових властивостей і характерні для добре збалансованої особи; 56-66 Т – виявляють провідні тенденції, які визначають характерологічні особливості індивіда. Більш високі показники базисних шкал (67-74 Т) виділяють акцентуйовані риси, що утрудняють соціально-психологічну адаптацію. Показники вище 75 Т свідчать про порушену адаптацію і про відхилення від нормального стану індивіда.

У наших дослідженнях оцінні шкали L, F, K в середньому склали відповідно:  $47,6 \pm 3,2$ ;  $75,4 \pm 5,2$  і  $49,1 \pm 1,8$  Т-балів, що свідчило про достовірність результатів, зниження емоційного контролю і підвищення прагнення до щирої відповіді.

Докладний аналіз профілю особи відповідно до значень базових шкал виявив наступну картину. Шкала «невротичного понадконтролю» (Hs) знаходилася у обстежених жінок на рівні  $56,2 \pm 4,1$  (в групі 2  $59,4 \pm 2,6$ ;  $p > 0,05$ ) Т-балів, і відображала емоційну лабільність опитаного контингенту.

Провідною мотиваційною спрямованістю були: наявність вроджених вад розвитку у плода, уникнення неспіху, виражена глибина переживань, схильність до роздумів, інертність в ухваленні рішень. У стресовій ситуації це призводить до розвитку стоп-реакції, тобто блокування активності або усвідомленої поведінки.

За шкалою «песимістичності» (D) висота профілю складала  $62,4 \pm 3,7$  Т-балу, на відміну від відповідного показника групи 2 –  $56,4 \pm 2,0$  Т-балу ( $p < 0,05$ ). Високі бали свідчили про ситуацію різкого розчарування після пережитої невдачі. Цей профіль характеризує певний стан, як мінімум – депресивну реакцію, в рамках адаптаційного синдрому. Ця реакція може виявлятися, природно, при негативних життєвих ситуаціях.

Шкала «емоційної лабільності» (Hu) характеризувалася високими  $56,7 \pm 3,3$  Т-балами (відповідно в групі 2 –  $57,9 \pm 1,7$ ;  $p > 0,05$ ). Підвищення профілю за цією шкалою указувало на нестійкість емоцій і конфліктне поєднання різноспрямованих тенденцій: високого рівня домагань з потребою в причетності до інтересів групи, егоїстичності – з альтруїстськими деклараціями, агресивності – з прагненням подобатися оточуючим. Шкала «імпульсивності» (Pr) відповідала  $70,0 \pm 3,2$  Т-балам (в групі 2 –  $72,1 \pm 2,7$ ;  $p > 0,05$ ) і характеризувала

високу пошукову активність. У структурі мотиваційної спрямованості переважали тенденції досягнення, упевненість і швидкість ухвалення рішень. Захисним механізмом в даному випадку служить витіснення зі свідомості несприятливої або занижуючої самооцінку особи інформації, що спостерігалось саме у сексуально активних підлітків. Клінічно реалізація механізму захисту виявлялася на поведінковому рівні (критичні вислови, агресивність), при цьому була висока вірогідність розвитку психосоматичного синдрому дезадаптації.

У жінок групи 2 спостерігався помірний рівень Т-балів за шкалою «мужність/жіночність (Mf)» –  $62,9 \pm 3,3$ , що свідчить про правильну статево-ролеву поведінку, що підтверджується соматичним статусом нормальної морфограми. Підвищення показників за шкалою «мужність/жіночність (Mf)» у жінок основної групи  $69,5 \pm 2,6$  Т-бала ( $p < 0,05$ ), означало відхилення від типового рівня. Особливістю була стеничність, з вираженою стресовою ситуацією у зв'язку із вадами розвитку плода. Шкала «ригідності» (Pa) –  $67,1 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ) Т-бала виявила стійкість інтересів, завзятість в обстоюванні власної думки, стеничність установок, активність позиції, що посилилася при протидії зовнішніх сил. Підвищення профілю свідчило про відчуття образи, що клінічно характеризувалося вираженою афектною поведінкою, домінуючою ідеєю, що стосується, як правило, конфліктної міжособистісної ситуації (вади розвитку плода). Підвищення профілю за шкалою «тривожність» (Pt) у цих жінок ( $64,6 \pm 2,2$  Т-балів,  $p < 0,05$ ) знайшло переважання пасивно-страждальної позиції, невпевненість в собі і в стабільності ситуації, високу чутливість і слабку опірність, середовищним діям. Провідною потребою групи 1 з'явилася афілізація – прагнення до душевного консенсусу. Значне підвищення Т-балів за шкалою «індивідуалістичності» (Sc), як у жінок групи 1 ( $72,6 \pm 4,1$ ), так і групи контролю ( $70,0 \pm 3,4$ ;  $p > 0,05$ ) характеризувало відособлено-

споглядальну особову позицію жінок репродуктивного віку. Високий рівень балів відображав емоційно-особовий патерн психопатичної особи експансійно-шизоїдного типу. Клінічно він виявлявся у жінок до переривання вагітності з приводу вроджених вад розвитку плода вираженою соціальною дезадаптацією з антисоціальною спрямованістю інтересів і поведінки. Следством цього з'явилося наявність вроджених вад розвитку плода та необхідність переривання вагітності. На антисоціальну спрямованість поведінки указують також мотиви абортів. За шкалою «оптимізму і активності» (Ma) були високі T-бали в обох групах –  $64,9 \pm 2,1$  і  $66,4 \pm 2,6$  відповідно ( $p > 0,05$ ), що характерне для даного віку і свідчить про завищену самооцінку. Клінічно це виявлялося неприйняттям критики в об'єктивно складній ситуації. Проте поєднання високих T-балів за шкалами: Pp – «імпульсна», Mf – «мужність/жіночність», Pa – «ригідність», Ma – «оптимізм і активність», яке спостерігалось у жінок групи 1, може прогнозувати важкий особовий конфлікт в подальшому житті. Подібної ситуації не виявлено у жінок групи 2 (контролю).

Особова драма у жінок внаслідок вроджених вад розвитку плода розігрується на фоні характерологічних рис особи, і сама конституція (підвищення профілю за шкалою «мужність/жіночність»), може обмежувати інстинкт материнства. При однаковому положенні за шкалою Si – «соціальна інтроверсія» ( $58,9 \pm 2,2$  і  $53,6 \pm 3,2$  T-балів відповідно,  $p > 0,05$ ) у жінок групи 1 виявлена пасивність особової позиції та інтровертність, що виявляються зниженням рівня включеності жінок в соціальне середовище. До жінок групи 1 це середовище пред'являє більш високі вимоги, які вони не здатні здійснити через соціальну і емоційну незрілість і нестабільність соціально-економічного статусу.

Помірне підвищення профілю (65-75 Т-балів) у них за всіма шкалами відображає наявність різноспрямованих тенденцій розвитку особи, а життєва позиція характеризується суб'єктивізмом, упередженістю, вибірковістю, агресивністю, схильністю до коливань настрою, ірраціональним типом реагування і труднощами соціальної адаптації.

Усереднений профіль особи в обстежуваних жінок представлений в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Профіль особистості жінок групи 1 (n=30)**

Оціночні шкали	- $\delta$	M	+ $\delta$
Шкала брехні (L)	35,5	47,6	59,7
Шкала корекції (K)	56,2	75,4	94,6
Шкала достовірності (F)	23,3	49,1	74,9
Шкала «невротичного надконтролю» (Hs)	40,9	56,2	71,6
Шкала «песимістичності» (D)	46,8	62,4	77,9
Шкала «емоційної лабільності» (Hy)	44,3	56,7	69,1
Шкала «імпульсивності» (Pp)	57,1	70,0	82,9
Шкала «мужності/жіночності» (Mf)	59,9	69,5	79,1
Шкала «ригідності» (Pa)	53,1	67,1	81,1
Шкала «тривожності» (Pt)	56,3	64,6	72,9
Шкала «індивідуалістичності» (Sc)	57,2	72,6	88,0
Шкала «оптимізму і активності» (Ma)	56,3	64,9	73,5
Шкала «соціальної інтроверсії» (Si)	51,1	58,9	66,7



У контрольній групі наголошено на помірному підвищенні профілю по 4 і 8 базовим шкалам, що цілком укладається в психофізіологічну норму (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Профіль особистості жінок групи 2 (n=30)**

Оціночні шкали	- $\delta$	M	+ $\delta$
Шкала брехні (L)	34,5	41,5	48,5
Шкала корекції (K)	53,3	64,8	80,3
Шкала достовірності (F)	47,8	54,1	60,4
Шкала «невротичного надконтролю» (Hs)	51,6	59,4	62,7
Шкала «песимістичності» (D)	48,5	56,4	64,3
Шкала «емоційної лабільності» (Hy)	53,9	57,9	61,9
Шкала «імпульсивності» (Pp)	64,3	72,1	79,9
Шкала «мужності/жіночності» (Mf)	52,5	62,9	73,3
Шкала «ригідності» (Pa)	47,0	60,8	74,6
Шкала «тривожності» (Pt)	49,9	58,5	67,1
Шкала «індивідуалістичності» (Sc)	59,1	70,0	80,9
Шкала «оптимізму і активності» (Ma)	53,9	66,4	74,9
Шкала «соціальної інтроверсії» (Si)	43,8	53,5	63,2

Оскільки при дослідженні однією методикою достовірність результатів досліджень рівна 75%, а надійність психологічного тестування підвищується при використуванні декількох тестових методик, нами використаний метод колірних виборів.

Нами встановлено, що кольороряд жінок групи 1, на відміну від представниць контрольної групи, починався ахроматичними і додатковими кольорами з перевагою чорному і сірому кольору (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Вибір кольорових еталонів жінками групи 1, виявлених МКВ  
(n=30)**

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
1	20 16	7 0	чорний сірий
2	20	2	зелений
3	24	1	синій
4	21	4	жовтий
5	10 16	5 1	фіолетовий синій
6	19	1	синій
7	23	6	коричневий
8	17	2	зелений
9	12	7	чорний

Примітка. Порядковий номер означає перевагу вибору кольору в порядку спадання.

У жінок групи 1 гармонія колірної гамми була відсутня. Виявлена емоційна незадоволеність через конкретну ситуацію – вроджені вади розвитку плода, що ущемляє самолюбність. Порядок вибору кольорних еталонів означав підвищену чутливість до зовнішніх подразників з потребою подолання обмежень, прагнення позбавитися тривожної турботи, підкреслену впевненість і самостійність.

У обстежених жінок виявлений дистрес: тривожність і турбота, невпевненість в можливості успіху. Подібні дані показані в дослідженнях, присвячених жінкам з порушеннями репродуктивної функції. Коефіцієнт вегетативного балансу склав  $1,16 \pm 0,12$ , що указувало на активний гіперстенічний тип з домінуванням потреб у витраті енергії. Перевага ахроматичних кольорів, відкидання яскравих, свідчить про слабкий тип вищої нервової діяльності і указує на тривалу психотравмуючу ситуацію, фрустрацію потреб і стрес.

Структура вибору кольорних еталонів у жінок групи контролю істотно відрізнялася (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Вибір кольорових еталонів жінок групи контролю,  
виявлених МКВ (n=30)**

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
1	14 13	2 4	зелений жовтий
2	16	4	жовтий
3	14	1	синій
4	11	1	синій
5	19	2	зелений
6	18	1	синій
7	14	6	коричневий
8	12	2	зелений
9	10	7	чорний

Примітка. Порядковий номер означає перевагу вибору кольору в порядку спадання.

Основний коефіцієнт вегетативного балансу склав  $1,18 \pm 0,13$  і не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) від такого в групі 1, що також свідчило про переважання ерготропного тону.

Шкали оцінки особової і реактивної тривожності, що відображають стан в даний конкретний момент часу, особистісну тривожність, яка є відносно стійкою індивідуальною характеристикою. Рівень реактивної тривожності в групі 1 ( $69,3 \pm 3,2$  бала) указував на високий ступінь тривожності, на відміну від них у жінок групи контролю реактивна тривожність склала всього  $38,8 \pm 2,5$  бала ( $p < 0,05$ ). Показники особистісної тривожності достовірно не розрізнялися ( $42,3 \pm 3,3$  і  $40,7 \pm 3,8$  балів;  $p > 0,05$ ) (табл. 3.9).

*Таблиця 3.9*

### **Рівень реактивної та особистої тривожності**

Групи жінок	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Група 2 (n=30)	$38,8 \pm 2,5$ бали	$43,2 \pm 3,3$ бали
Група 1 (n=30)	$69,3 \pm 3,2$ бали*	$40,7 \pm 3,8$ бали**

Примітка. Достовірність відносно групи контролю \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Показано, що жінки з групи 1 реагували на ситуацію переривання вагітності як загрожуючу їх стану. Помірний же рівень особової тривожності свідчив про стійке емоційне відношення до факту вагітності.

Резюмуючи результати даного розділу можна відзначити, що жінки, які переривали вагітність внаслідок вад розвитку у плода, за своїм психоемоційним станом відрізнялися від групи контролю. Підвищена чутливість і низька опірність до середових дій, поєдну-

ється з високим рівнем домагань, що знижує можливість адаптації і призводить на фоні емоційної лабільності до депресивних реакцій і соціальної дезадаптації.

Виявлена у цих жінок мужність може визначати як високу пошукову активність і соромливість, так одночасно підвищуючи інстинкт материнства. Одночасно, на такому несприятливому фоні ми спостерігали наявність імунного дисбалансу та порушень мікробіоценозу статевих шляхів, що могло приводити до розвитку після-абортних запальних ускладнень. Одержані результати, безумовно, складуть основу розробленої лікувально-профілактичної і реабілітаційної методики.

Матеріали даного розділу були використані у наступних наукових публікаціях:

1. Куфльовский ДВ. Особливості перебігу II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:47–53.

2. Куфльовський ДВ. Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместру вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:23–7.

3. Куфльовский ДВ. Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:33–9.

7. Куфльовский ДВ. Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі вагітності. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару

в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ – Чернівці – Ужгород). 2020;39:108.

## РОЗДІЛ 4

### РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ІІ ТРИМЕСТРІ

#### 4.1 Корекція системного імунітету та мікробіоценозу статевих шляхів

При оцінці ефективності пропонованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів були проаналізовані ті ж самі імунологічні, мікробіологічні і психоемоційні параметри, що і на попередньому етапі.

Аналізуючи безпосередньо ранній період після артифіційних абортів необхідно відзначити, що частота запальних ускладнень склала 3,3% (загострення хронічного сальпінгоофориту), а в 3,3% мала місце затримка виділень (лохіометра). Ведення цих пацієнток проводилося за загальноприйнятою методикою з використанням широкого арсеналу сучасних медикаментозних засобів. Динаміка досліджень усіх показників складала 1, 3 та 6 місяців.

Нами була проведена оцінка стану системного імунітету (табл. 4.1).

*Таблиця 4.1*

#### Стан системного імунітету через один місяць після переривання вагітності (%)

Показник	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
CD3+	65,4±3,2	65,3±2,3
CD4+	47,0±2,2	45,0±2,1
CD8+	21,3±1,6	24,7±1,2

## Продовження табл. 4.1

Показник	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
CD4+/CD8+	2,2±0,2	1,8±0,2
CD16+	15,8±1,3	15,8±1,3
CD20+	14,5±1,2	15,1±1,2
CD23+	8,3±0,6	9,1±0,3

Примітка. Достовірність відносно групи контролю  $p > 0,05$ .

Спостерігалася відсутність достовірних змін з боку всіх параметрів, що збереглося й після трьох і шести місяців (табл. 4.2 та 4.3).

Таблиця 4.2

**Стан системного імунітету через три місяці  
після переривання вагітності (%)**

Показник	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
CD3+	64,5±3,3	64,3±2,8
CD4+	47,3±2,4	45,2±2,2
CD8+	21,5±1,7	24,9±1,4
CD4+/CD8+	2,3±0,1	1,9±0,1
CD16+	15,9±1,2	15,6±1,4
CD20+	14,9±1,3	15,7±1,5
CD23+	8,5±0,7	9,3±0,1

Примітка. Достовірність відносно групи контролю  $p > 0,05$ .



Таблиця 4.3

**Стан системного імунітету у жінок через шість місяців  
після переривання вагітності (%)**

Показник	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна) n=30
CD3+	64,7±3,4	63,8±2,1
CD4+	46,3±2,2	45,2±1,7
CD8+	20,9±1,5	20,3±1,4
CD4+/CD8+	2,2±0,1	2,1±0,1
CD16+	16,0±1,2	15,9±1,2
CD20+	15,2±1,3	14,8±1,3
CD23+	8,3±0,7	9,0±0,8

Примітка. Достовірність відносно групи контролю  $p > 0,05$ .

Відсутність достовірних змін з боку всіх параметрів після переривання у II триместрі вагітності з приводу вроджених вад розвитку у плода ми пов'язуємо з комплексним рішенням поставленої наукової задачі, а також з включенням в цей комплекс направленої імунокорекції.

На наступному етапі ми провели комплексну оцінку стану мікробіоценозу статевих шляхів і вірусологічних змін у обстежених жінок.

При оцінці основних змін мікробіоценозу статевих шляхів через місяць після переривання вагітності (табл. 4.4) необхідно відзначити, що серед основних відмінностей між групою контролю і основною мали місце одиничні випадки (3,3%) наявності ешерихій, протей,

грибів роду *Candida*, мікоплазм і уреоплазм. Решта параметрів мікробіоценозу не відрізнялися між групами.

Таблиця 4.4

**Стан мікробіоценозу піхви через місяць після переривання вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Лактобацили	96,7	90,0
Біфідобактерії	73,3	70,0
Молочнокислі стрептококи	60,0	56,7
Ешерихії	-	3,3
Протей	-	3,3
Гриби роду <i>Candida</i>	-	3,3
Стафілококи	16,7	20,0
Мікоплазми	-	3,3
Уреоплазми	-	3,3

Особливий інтерес представляють дані вірусологічного обстеження підлітків через місяць після переривання вагітності. Так, згідно одержаних результатів (табл. 4.5) найістотніші відмінності між групами мали місце при обстеженні вагінальних змивів (HSV: група 2 – 3,3% і група 1 – 13,3% та CMV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0%), а також при визначенні в крові антитіл до IgG (HSV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0% та CMV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0%). Такі відмінності, на наш погляд, зумовлені високим рівнем вірусоносійства у жінок ще на етапі до переривання вагітності.

Таблиця 4.5

**Результати вірусологічного обстеження через місяць  
після переривання вагітності (%)**

Показники	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Сеча		
HSV	3,3	6,7
CMV	3,3	3,3
Слина		
HSV	3,3	10,0
CMV	3,3	6,7
Піхвовий змив		
HSV	3,3	13,3
CMV	3,3	10,0
Кров антитіла		
IgG HSV	3,3	10,0
IgG CMV	3,3	10,0
IgM HSV	-	3,3
IgM CMV	-	3,3

Частота різних вірусно-бактеріальних контамінацій через місяць також трохи відрізнялася по групах (табл. 4.6), при цьому сумарна частота двох інфекцій склала 6,7% в групі 2 і 20,0% в групі 1. Три інфекції мали місце тільки в групі 1 в 23,3% спостережень. Одержані результати свідчать, з одного боку, про ефективність розробленого поетапного підходу до реабілітації жінок після переривання вагітності у II триместрі, а з іншого – про необхідність їх продовження протягом 3-6 місяців.

Таблиця 4.6

**Частота вірусно-бактеріальних контамінацій у обстежених жінок  
через місяць після переривання вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
<b>Дві інфекції</b>		
HSV + U. urealytica	3,3	6,7
CMV + albicans	3,3	6,7
HSV + штами стафілококу	3,3	10,0
<b>Три інфекції</b>		
HSV + M. hominis + U. urealytica	-	6,7
CMV + M. hominis + C. albicans	-	6,7
HSV + M. hominis + штами стафілококу	-	3,3
CMV + U. urealytica + штами стафілококу	-	3,3
HSV + albicans + штами стафілококу	-	3,3

Через три місяці зміни носили аналогічних характер (табл. 4.7, 4.8, 4.9).

Таблиця 4.7

**Стан мікробіоценозу піхви через три місяці після переривання  
вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Лактобацили	96,7	93,3
Біфідобактерії	76,7	70,0

Продовження табл. 4.4

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Молочнокислі стрептококи	60,0	53,3
Ешерихії	-	3,3
Протей	-	3,3
Гриби роду Candida	-	3,3
Стафілококи	16,7	20,0
Мікоплазми	-	3,3
Уреаплазми	-	3,3

Таблиця 4.8

**Результати вірусологічного обстеження через три місяця  
після переривання вагітності (%)**

Показники	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Сеча		
HSV	3,3	6,7
CMV	3,3	3,3
Слина		
HSV	3,3	10,0
CMV	3,3	6,7
Піхвовий змив		
HSV	3,3	13,3
CMV	3,3	10,0

Продовження табл. 4.8

Показники	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Кров антитіла		
IgG HSV	3,3	10,0
IgG CMV	3,3	10,0
IgM HSV	-	3,3
IgM CMV	-	3,3

Таблиця 4.9

**Частота вірусно-бактеріальних контамінацій у обстежених жінок  
через три місяця після переривання вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
<b>Дві інфекції</b>		
HSV + U. urealytica	3,3	6,7
CMV + albicans	3,3	6,7
HSV + штами стафілококу	3,3	10,0
<b>Три інфекції</b>		
HSV + M. hominis + U. urealytica	-	6,7
CMV + M. hominis + C. albicans	-	6,7
HSV + M. hominis + штами стафілококу	-	3,3
CMV + U. urealytica + штами стафілококу	-	3,3
HSV + albicans + штами стафілококу	-	3,3

На завершальному етапі через шість місяців відмінності між групою контролю і основною носили мінімальний характер при оцінці

особливостей мікробіоценозу статевих шляхів (табл. 4.10), вірусологічного обстеження (табл. 4.11) і наявності вірусно-бактерійних контамінацій (табл. 4.12).

Таблиця 4.10

**Стан мікробіоценозу піхви обстежених жінок через шість місяців після переривання вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Лактобацили	96,7	93,3
Біфідобактерії	73,3	73,3
Молочнокислі стрептококи	60,0	63,3
Ешерихії	-	3,3
Протей	-	-
Гриби роду Candida	-	3,3
Стафілококи	16,7	16,7
Мікоплазми	-	-
Уреаплазми	-	-

Таблиця 4.11

**Результати вірусологічного обстеження жінок через шість місяців після переривання вагітності (%)**

Показники	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Сеча		
HSV	3,3	3,3
CMV	3,3	3,3
Слина		
HSV	3,3	3,3
CMV	3,3	3,3

Продовження табл. 4.11

Показники	Групи жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Піхвовий змив		
HSV	3,3	6,7
CMV	3,3	3,3
Кров антитіла		
IgG HSV	3,3	3,3
IgG CMV	3,3	6,7
IgM HSV	-	-
IgM CMV	-	-

Таблиця 4.12

**Частота вірусно-бактеріальних контамінацій у обстежених жінок  
через шість місяців після переривання вагітності (%)**

Показники	Група жінок	
	2 (контрольна), n=30	1 (основна), n=30
Дві інфекції		
HSV + U. urealytica	3,3	3,3
CMV + albicans	3,3	3,3
HSV + штами стафілококу	3,3	3,3
Три інфекції		
HSV + M. hominis + U. urealytica	-	3,3
CMV + M. hominis + C. albicans	-	3,3
HSV + M. hominis + штами стафілококу	-	-
CMV + U. urealytica + штами стафілококу	-	-
HSV + albicans + штами стафілококу	-	3,3



Отже, використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих шляхів і понизити частоту вірусоносійства і вірусно-бактеріальних контамінацій. Зрештою це сприяє зниженню частоти патологічних змін і стану репродуктивної системи жінок до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати розроблені методики для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

#### 4.2 Зміни психоемоційного статусу

Через місяць після переривання вагітності для контролю психоемоційного стану жінкам було повторно проведене психологічне обстеження по основних тестах. Як видно з даних таблиці 4.13, гармонія колірної ряду при виборі еталонів у жінок через місяць після переривання вагітності повністю не відновилося і на першому місці залишався ахроматичний (сірий) колір. Коефіцієнт вегетативного балансу склав  $0,98 \pm 0,19$ , що свідчило про трофотропний тонус вегетативної системи і незавершеності процесів вегетативного балансу.

Таблиця 4.13

#### Вибір кольорових еталонів жінками через місяць після переривання вагітності (n=30)

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
1	12	0	сірий
2	7	3	червоний
	6	2	зелений
3	6	7	чорний
	6	4	жовтий

## Продовження табл. 4.13

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
4	4	7	чорний зелений червоний
	4	2	
	4	3	
5	10	1	синій
6	13	6	коричневий
7	4	7	чорний жовтий червоний
	4	4	
	4	3	
8	12	6	коричневий

Примітка. Порядковий номер означає перевагу вибору кольору в порядку спадання.

Аналогічну картину спостерігали і через три місяця (табл. 4.14).

*Таблиця 4.14*

**Вибір кольорових еталонів жінками через три місяця  
після переривання вагітності (n=30)**

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
1	12	0	сірий
2	7	3	червоний зелений
	6	2	
3	6	7	чорний жовтий
	6	4	

## Продовження табл. 4.14

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
4	4	7	чорний зелений червоний
	4	2	
	4	3	
5	10	1	синій
6	13	6	коричневий
7	4	7	чорний жовтий червоний
	4	4	
	4	3	
8	12	6	коричневий

Примітка. Порядковий номер означає перевагу вибору кольору в порядку спадання.

Наступне психологічне обстеження вже через шість місяців (табл. 4.15) показало поліпшення психологічного стану при використуванні запропонованого нами алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. Це підтверджує і збільшенням коефіцієнта вегетативного балансу в порівнянні з попереднім терміном ( $1,08 \pm 0,09$ ;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 4.15

**Вибір кольорових еталонів жінками через шість місяців після переривання вагітності (n=30)**

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
1	6	7	чорний сірий
	6	0	

## Продовження табл. 4.15

Порядковий номер	Кількість жінок, що віддали перевагу	Номер еталону	Колір
2	5	2	зелений фіолетовий
	5	5	
3	14	1	синій
4	12	2	зелений
5	5	1	синій фіолетовий
	5	5	
6	6	1	синій
7	5	6	коричневий сірий
	4	0	
8	6	2	зелений

Примітка. Порядковий номер означає перевагу вибору кольору в порядку спадання.

Отже, як показали результати проведених досліджень, проблема переривання вагітності у II триместрі з приводу вроджених вад розвитку є достатньо серйозною і вимагає комплексного підходу з рішенням не тільки медичних, але і психологічних аспектів. Запропонована нами методика дозволяє понизити частоту патологічних змін репродуктивної системи після переривання вагітності і підготувати психологічний стан жінок до подальшого материнства.

Матеріали даного розділу були використані у наступних наукових публікаціях:

1. Salmanov AG, Kuflovskiy DV, Manzhula LV, Voloshyn OA. Healthcare associated infection after legal induced abortions in Ukraine: Results a multicenter study. *Wiad Lek.* 2021;74(7):1559–65.

2. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ – Дніпро – Кривий Ріг – Запоріжжя. 2020;37:141.

3. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності з урахуванням генетичного обстеження. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ – Тернопіль – Хмельницький). 2020;38:112.

## РОЗДІЛ 5

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Середній вік в основній групі склав  $26,9 \pm 2,3$  року, а в групі порівняння –  $26,4 \pm 1,2$  року.

При оцінці соціального статусу обстежених жінок встановлено, що в обох групах переважали службовці (група 1 – 60,0% і група 2 – 56,7%), рідше зустрічалися підприємці (23,3 і 20,0% відповідно) та педагоги (16,7 і 23,3% відповідно).

Середній вік настання менархе в жінок, що переривали вагітність, склав  $12,9 \pm 0,3$  року, а в групі 2 –  $12,6 \pm 0,2$  року, що відповідає настанню першої менструації у дівчат Київського регіону [15, 29]. Вік початку статевого життя в жінок групи 1 складав  $16,9 \pm 1,3$  року.

Екстрагенітальна патологія у жінок репродуктивного віку може бути причиною різної генітальної захворюваності [69, 116]. Вивчення соматичного здоров'я жінок дозволило виявити, що більшість (більше 80%) пацієток обох груп до віку, що вивчається, мали соматичні захворювання. Провідні місця серед них займали: аденовірусні інфекції (група 1 – 33,3% і група 2 – 30,0%), патологія ЛОР-органів (23,3 і 26,7% відповідно), захворювання шлунково-кишкового тракту (20,0 і 16,7% відповідно), ендокринна патологія (13,3 і 10,0% відповідно) і захворювання нирок (6,7 і 10,0% відповідно).

У сучасній літературі широко обговорюються питання показань до переривання вагітності у II триместрі [30, 118]. Провідними показаннями для переривання вагітності з 13 до 21 тижня були трисомія по 21-й парі хромосом (20,0%), трисомія по 16- і 18-й парам хромосом (20,0%), аненцефалія (16,7%), гідроцефалія (16,7%), відсутність черепної коробки (13,3%), відсутність черевної стінки (6,7%), відсутність верхніх та нижніх кінцівок (6,7%).

Отримані результати свідчать, що частіше в структурі показань переважали трисомії різних хромосом (по 21, 16 та 18 парам хромосом) (40,0%) та аномалії головного мозку (анен- та гідроцефалія) (33,4% відповідно). Крім того, треба зазначити відсутність черепної коробки (13,3%); відсутність черевної стінки (6,7%) та відсутність верхніх та нижніх кінцівок (6,7%). Отримані результати співпадають з даними сучасної літератури [75, 119] відносно провідних показань для переривання вагітності у II триместрі.

Згідно рекомендаціям ряду авторів [11, 121], до переривання вагітності слід вивчати стан системного імунітету та мікробіоценозу статевих шляхів [85, 130]. Як наочно свідчать отримані нами результати, зміни системного імунітету у жінок до переривання вагітності носять досить виражений характер. Так, у першу чергу варто вказати на достовірне зниження кількості CD3+ (група 2 –  $65,4 \pm 4,3\%$ ; група 1 –  $42,2 \pm 3,1\%$ ;  $p < 0,05$ ); CD4+ ( $45,1 \pm 3,2\%$  і  $31,2 \pm 2,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ); CD16+ ( $15,7 \pm 1,4\%$  і  $12,0 \pm 0,9\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ) і CD20+ ( $14,3 \pm 1,2\%$  і  $10,8 \pm 0,7\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ). Крім того, відзначено достовірне збільшення кількості CD8+ ( $20,7 \pm 1,6\%$  і  $30,9 \pm 2,1\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ) і CD23+ ( $8,1 \pm 0,7\%$  і  $11,7 \pm 0,9\%$  відповідно;  $p < 0,05$ ). вказують на наявність імунного дисбалансу з боку як клітинного (зниження хелперної і підвищення супресорної субпопуляції), так і гуморального імунітету (зменшення загальної кількості В-лімфоцитів на фоні збільшення кількості «активних» В-клітин). На нашу думку, це відбувається за рахунок високого рівня генітальних інфекцій та екстрагенітальної патології, що диктує необхідність вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів.

З огляду на високий рівень соматичної захворюваності бактеріальної і вірусної етіології ми вважали за доцільне більш детальне вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів і вірусологічного

обстеження пацієнток, на що також вказують деякі дослідники [14, 134].

Отримані дані свідчать, що стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок різних груп характеризується зниженням кількості лактобацил (група 2 – 96,7%; група 1 – 83,3%), біфідобактерій (73,3 і 63,3% відповідно) і молочнокислих стрептококів (60,0 і 50,0% відповідно) на фоні одночасного збільшення таких мікроорганізмів, як ешерихії (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%), протей (група – 2 відсутні; група 1 – 6,7%), гриби роду *Candida* (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%); стафілококи (група 2 – 20,0%; група 1 – 30,0%); мікоплазми (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%) і уреплазми (група 2 – відсутні; група 1 – 6,7%).

При вірусологічному обстеженні жінок групи контролю нами отримані негативні результати у всіх випадках. Порівняно з цим, у пацієнток групи 1 діагностовано наявність вірусної інфекції в сечі (HSV – 10,0% і CMV – 6,7%); у слині (HSV – 13,3% і CMV – 10,0%) і в піхвових змивах (HSV – 23,3% і CMV – 16,7%). У сироватці крові явно переважали антитіла до Ig G (HSV – 23,3% і CMV – 16,7%) порівняно з Ig M (HSV – 3,3% і CMV – 3,3%), що свідчить про більш високу частоту хронічних форм вірусної інфекції порівняно з гострою.

Крім того, нами вивчена частота вірусно-бактеріальних контамінацій в обстежених жінок, що вважається інформативним критерієм [70, 137]. Наявність двох варіантів інфекції (поєднання вірусної інфекції зі штамами стафілокока або уреплазми) відзначено в 36,7 % випадків в основній групі. Частота трьох інфекцій (поєднання вірусної інфекції зі штамами стафілокока, уреплазми і мікоплазми) мало місце трохи рідше (26,7%).

Наявність високого рівня вірусно-бактеріального обсіменіння статевих органів, слини, сечі й антитіл у крові в жінок до переривання



вагітності дозволяє порушувати питання про системне ушкодження основних ланок гомеостазу і необхідність їхньої корекції з метою профілактики патології післяабортного періоду.

Отже, як свідчать дані етапу нашого наукового дослідження, жінки до переривання вагітності потребують особливої уваги в плані проведення діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження надалі патології репродуктивної системи і безпечного материнства, що вказує на наявність не тільки медичних, але і соціальних аспектів досліджуваної наукової проблеми [29, 138].

Для вивчення особових властивостей і ступеня адаптованості до ситуації, згідно рекомендацій психологів [2, 53, 142], була проведена попередня бесіда з метою створення позитивного відношення до тестування.

Як було вже наголошено вище, на профілі дослідження особи – ламана лінія, що поєднує між собою кількісні показники 10 базисних шкал. Три оцінні шкали (L – шкала брехні; F – шкала достовірності; K – шкала корекції) дозволяють визначити достовірність результатів і ввести стандартну поправку залежно від відношення обстежуваного до процедури тестування. Методика пред'являється випробовуваному у вигляді книжечки-буклету, що містить 566 тверджень, а їх форма дозволяє більш щиро відповісти на поставлені питання. Опитувальники в модифікованому вигляді діляться на чоловічий, жіночий і підлітковий варіанти, відмінність яких відображається лише у формі викладу деяких тверджень. Межі нормативного розкиду за базисними шкалами повинні знаходитися в межах 30-70 стандартних розподілів «Т». Стандартні кількісні оцінки виводяться на підставі сирих показників, одержуваних при простому підрахунку значущих відповідей випробовуваного за тією або іншою шкалою. Відлік розкиду особових

профілів йде від «ідеально-нормативного» середнього профілю на рівні 50 Т. Показники, що коливаються в межах 46-55 Т, важко інтерпретовані, оскільки вони не характеризують достатньо виражених індивідуально-особових властивостей і характерні для добре збалансованої особи; 56-66 Т – виявляють ведучі тенденції, які визначають характеріологічні особливості індивіда. Більш високі показники базисних шкал (67-74 Т) виділяють акцентуйовані риси, утруднюючі соціально-психологічну адаптацію. Показники вище 75 Т свідчать про порушену адаптацію і про відхилення від нормального стану індивіда [2, 143].

У наших дослідженнях оціночні шкали L, F, K склали, в середньому, відповідно  $47,6 \pm 3,2$ ;  $75,4 \pm 5,2$  і  $49,1 \pm 1,8$  Т-балів, що свідчило про достовірність результатів, зниження емоційного контролю і підвищення прагнення до щирої відповіді.

Докладний аналіз профілю особи відповідно до значень базових шкал виявив наступну картину. Шкала «невротичного понадконтролю» (Ns) знаходилася у жінок 1 групи на рівні  $56,2 \pm 4,1$  (в групі 2  $59,4 \pm 2,6$ ;  $p > 0,05$ ) Т-балів, і відображала емоційну лабільність опитаного контингенту.

Провідною мотиваційною спрямованістю були: наявність вроджених вад розвитку у плода, уникнення неуспіху, виражена глибина переживань, схильність до роздумів, інертність в ухваленні рішень. У стресовій ситуації це приводить до розвитку стоп-реакції, тобто блокуванню активності або відомості поведінки [53, 147].

За шкалою «песимістичності» (D) висота профілю складала  $62,4 \pm 3,7$  Т-балу, на відміну від відповідного показника групи 2 –  $56,4 \pm 2,0$  Т-балу ( $p < 0,05$ ). Високі бали свідчили про ситуацію різкого розчарування після пережитої невдачі. Цей профіль характеризує певний стан, як мінімум – депресивну реакцію, в рамках адапта-

ційного синдрому. Ця реакція може виявлятися, природно, при негативних життєвих ситуаціях [2, 148].

Шкала «емоційної лабільності» (Nu) характеризувалася високими  $56,7 \pm 3,3$  Т-балами (відповідно в групі 2 –  $57,9 \pm 1,7$ ;  $p > 0,05$ ). Підвищення профілю за цією шкалою указувало на нестійкість емоцій і конфліктне поєднання різноспрямованих тенденцій: високого рівня домагань з потребою в причетності до інтересів групи, егоїстичності – з альтруїстськими деклараціями, агресивності – з прагненням подобатися оточуючим. Шкала «імпульсивності» (Pr) відповідала  $70,0 \pm 3,2$  Т-балам (в групі 2 –  $72,1 \pm 2,7$ ;  $p > 0,05$ ) і характеризувала високу пошукову активність. У структурі мотиваційної спрямованості переважали тенденції досягнення, упевненість і швидкість ухвалення рішень. Захисним механізмом в даному випадку служить витіснення з свідомості несприятливої або занижуючої самооцінку особи інформації, що якраз і спостерігалось у жінок групи 1. Клінічно реалізація механізму захисту виявлялася на поведінковому рівні (критичні вислови, агресивність). При це була висока вірогідність розвитку психосоматичного синдрому дезадаптації.

У жінок групи 2 наголошувався помірний рівень Т-балів за шкалою «мужність/жіночність (Mf)» –  $62,9 \pm 3,3$ , що свідчить про правильну статево-ролеву поведінку, що підтверджується соматичним статусом нормальної морфограми. Підвищення показників за шкалою «мужність/жіночність (Mf)» у жінок основної групи  $69,5 \pm 2,6$  Т-бали ( $p < 0,05$ ), означало відхилення від типового для даної групи жінок.

Шкала «ригідності» (Pa) –  $67,1 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ) Т-бала виявила стійкість інтересів, завзятість в обстоюванні власної думки, стеничність установок, активність позиції, що посилилася при протидії зовнішніх сил. Підвищення профілю свідчило про відчуття образи, що клінічно характеризувалося вираженою афектною захваченістю, домі-

нуючою ідеєю, що стосується, як правило, конфліктної міжособистісної ситуації (зокрема звільненню від небажаної вагітності). Підвищення профілю за шкалою «тривожність» (Pt) у цих жінок ( $64,6 \pm 2,2$  Т-балів,  $p < 0,05$ ) знайшло переважання пасивно-страждальної позиції, невпевненість в собі і в стабільності ситуації, високу чутливість і слабку опірність, середовищним діям. Провідною потребою групи 1 з'явилася афілізація – прагнення до душевного консанансу. Значне підвищення Т-балів за шкалою «індивідуалістичності» (Sc), як у жінок групи 1 ( $72,6 \pm 4,1$ ), так і групи контролю ( $70,0 \pm 3,4$ ;  $p > 0,05$ ) характеризувало відособлено-споглядальну особову позицію жінок репродуктивного віку. Високий рівень балів відображав емоційно-особовий патерн психопатичної особи експансійно-шизоїдного типу. Клінічно він виявлявся у жінок до переривання вагітності з приводу вроджених вад розвитку плода вираженою соціальною дезадаптацією з антисоціальною спрямованістю інтересів і поведінки. Следством цього з'явилося наявність вроджених вад розвитку плода та необхідність переривання вагітності. На антисоціальну спрямованість поведінки указують також мотиви переривання вагітності. За шкалою «оптимізму і активності» (Ma) були високі Т-бали в обох групах –  $64,9 \pm 2,1$  і  $66,4 \pm 2,6$  відповідно ( $p > 0,05$ ), що характерне для даного віку і свідчить про завищену самооцінку. Клінічно це виявлялося неприйняттям критики в об'єктивно складній ситуації. Проте поєднання високих Т-балів за шкалами: Pp – «імпульсна», Mf – «мужність/жіночність», Pa – «ригідність», Ma – «оптимізм і активність», спостережуване у жінок групи 1, може прогнозувати важкий особовий конфлікт в подальшому житті. Подібної ситуації не виявлено у жінок групи 2.

Особистісна драма у жінок внаслідок вроджених вад розвитку плода розігрується на фоні характерологічних рис особи, і сама

конституція (підвищення профілю за шкалою «мужність/жіночність»), може обмежувати інстинкт материнства [53, 151]. При однаковому положенні за шкалою Si – «соціальна інтроверсія» ( $58,9 \pm 2,2$  і  $53,6 \pm 3,2$  Т-балів відповідно,  $p > 0,05$ ) у жінок групи 1 виявлена пасивність особистісної позиції та інтровертованість, що виявляються зниженням рівня включеності жінок в соціальне середовище. До жінок групи 1 це середовище пред'являє більш високі вимоги, які вони не здатні здійснити через соціальну та емоційну незрілість і нестабільність соціально-економічного статусу.

Помірне підвищення профілю (65-75 Т-балів) у них за всіма шкалами відображає наявність різноспрямованих тенденцій розвитку особи, а життєва позиція характеризується суб'єктивізмом, упередженістю, вибірковістю, агресивністю, схильністю до коливань настрою, ірраціональним типом реагування і труднощами соціальної адаптації.

Усереднений профіль особи у обстежуваних жінок була вивчена у динаміці. В контрольній групі наголошено на помірному підвищенні профілю по 4- і 8-базовим шкалам, що цілком укладається в психофізіологічну норму [2, 168].

Оскільки при дослідженні однією методикою достовірність результатів досліджень рівна 75%, а надійність психологічного тестування підвищується при використуванні декількох тестових методик, нами використаний метод колірних виборів.

Нами встановлено, що кольороряд жінок групи 1 на відміну від представниць контрольної групи, починався ахроматичними і додатковими кольорами з перевагою чорному і сірому кольору.

У жінок групи 1 гармонія колірного ряду була відсутня. Виявлена емоційна незадоволеність через конкретну ситуацією – вроджені вади розвитку плода, що ущемляє самолюбність. Порядок

вибору колірних еталонів означав підвищену чутливість до зовнішніх подразників з потребою подолання обмежень, прагнення позбавитися тривожної турботи, підкреслену упевненість і самостійність.

У жінок виявлений дистрес: тривожність і турбота, невпевненість в можливості успіху. Подібні дані показані в дослідженнях, присвячених жінкам з порушеннями репродуктивної функції. Коефіцієнт вегетативного балансу склав  $1,16 \pm 0,12$ , що указувало на активний гіперстенічний тип з домінуванням потреб у витраті енергії. Перевага ахроматичних кольорів, відкидання яскравих, свідчить про слабкий тип вищої нервової діяльності і указує на тривалу психотравмуючу ситуацію, фрустрацію потреб і стрес.

Структура вибору колірних еталонів у жінок істотно відрізнялася. Так, основний коефіцієнт вегетативного балансу склав  $1,18 \pm 0,13$  і не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) від такого в групі 1, що також свідчило про переважання ерготропного тону.

Шкали оцінки особової і реактивної тривожності, що відображають стан в даний конкретний момент часу, особову тривожність, яка є відносно стійкою індивідуальною характеристикою. Рівень реактивної тривожності в групі 1 ( $69,3 \pm 3,2$  бала) указував на високий ступінь тривожності, на відміну від них у жінок групи контролю реактивна тривожність склала всього  $38,8 \pm 2,5$  бали ( $p < 0,05$ ). Показники особової тривожності достовірно не розрізнялися ( $42,3 \pm 3,3$  і  $40,7 \pm 3,8$  балів;  $p > 0,05$ ).

Показано, що жінки з групи 1 реагували на ситуацію переривання вагітності як загрожуючу їх стану. Помірний же рівень особової тривожності свідчив про стійке емоційне відношення до факту вагітності.

Резюмуючи результати даного етапу можна відзначити, що жінки, які переривали вагітність внаслідок вад розвитку у плода,

за своїм психоемоційним станом відрізнялися від групи контролю. Підвищена чутливість і низька опірність до середових дій, поєднується з високим рівнем домагань, що знижує можливість адаптації і призводить на фоні емоційної лабільності до депресивних реакцій і соціальної дезадаптації. Виявлена у цих жінок мужність, може визначати як високу пошукову активність і соромливість, так одночасно підвищуючи інстинкт материнства. Одночасно, на такому несприятливому фоні ми спостерігали наявність імунного дисбалансу та порушень мікробіценозу статевих шляхів, що могло приводити до розвитку післяабортних запальних ускладнень. Одержані результати, безумовно, складуть основу розробленої лікувально-профілактичної і реабілітаційної методики.

При оцінці ефективності пропонованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів були проаналізовані ті ж імунологічні, мікробіологічні і психоемоційні параметри, що і на попередньому етапі.

Аналізуючи безпосередньо ранній період після артифіційних абортів необхідно відзначити, що частота запальних ускладнень склала 3,3% (загострення хронічного сальпінгофориту), а в 3,3% мала місце затримка виділень (лохіометра). Ведення цих пацієнток проводилося за загальноприйнятою методикою з використанням широкого арсеналу сучасних медикаментозних засобів [30, 75, 193]. Динаміка досліджень усіх показників складала 1, 3 та 6 місяців.

Нами була проведена оцінка стану системного імунітету, наголошено на відсутності достовірних змін з боку всіх параметрів, що зберігалось після трьох і шести місяців після переривання у II триместрі вагітності з приводу вроджених вад розвитку у плода. Встановлені особливості ми пов'язуємо з комплексним рішенням

поставленої наукової задачі, а також з включенням в цей комплекс направленої імунокорекції.

На наступному етапі ми провели комплексну оцінку стану мікробіоценозу статевих шляхів і вірусологічних змін у обстежених жінок.

При оцінці основних змін мікробіоценозу статевих шляхів через 1 місяць після переривання вагітності необхідно відзначити, що серед основних відмінностей між групою контролю і основною мали місце поодинокі випадки (3,3%) наявності ешерихій, протей, грибів роду *Candida*, мікоплазм і уреоплазм. По решті параметрів мікробіоценозу не відрізнявся між групами.

Особливий інтерес представляють дані вірусологічного обстеження підлітків через місяць після переривання вагітності. Так, згідно одержаним результатам найістотніші відмінності між групами мали місце при обстеженні вагінальних змивів (HSV: група 2 – 3,3% і група 1 – 13,3% і CMV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0%), а також при визначенні в крові антитіл до IgG (HSV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0% і CMV: група 2 – 3,3% і група 1 – 10,0%). Такі відмінності, на наш погляд, обумовлені високим рівнем вірусоносійства у жінок ще на етапі до переривання вагітності.

Частота різних вірусно-бактеріальних контамінацій через місяць також трохи відрізнялася по групах. При цьому, сумарна частота двох інфекцій склала 6,7% в групі 2 і 20,0% в групі 1. Три інфекції мали місце тільки в групі 1 в 23,3% спостережень.

Одержані результати свідчать з одного боку про ефективність розробленого поетапного підходу до реабілітації жінок після переривання вагітності у II триместрі, а з іншого – про необхідність їх продовження протягом 3-6 місяців. Через три місяці зміни носили аналогічних характер.



На завершальному етапі через шість місяців відмінності між групою контролю і основною носили мінімальний характер при оцінці особливостей мікробіоценозу статевих шляхів; вірусологічного обстеження і наявності вірусно-бактеріальних контамінацій.

Отже, використання запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє нормалізувати стан місцевого імунітету, стан мікробіоценозу статевих шляхів і знизити частоту вірусоносійства і вірусно-бактеріальних контамінацій. Зрештою це сприяє зниженню частоти патологічних змін і стану репродуктивної системи жінок до майбутнього материнства. Отримані результати дозволяють нам рекомендувати розроблені методики для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

За даними сучасної літератури [2, 53, 200] переривання вагітності є суттєвим стресом для жінок репродуктивного віку. За нашими даними, через місяць після переривання вагітності для контролю психоемоційного стану жінкам було повторно проведено психологічне обстеження по основних тестах [2, 53]. Як видно з отриманих даних, гармонія колірною ряду при виборі еталонів у жінок через місяць після переривання вагітності повністю не відновилося і на першому місці залишався ахроматичний (сірий) колір. Коефіцієнт вегетативного балансу склав  $0,98 \pm 0,19$ , що свідчило про трофотропний тонус вегетативної системи і незавершеності процесів вегетативного балансу. Аналогічну картину спостерігали і через три місяця.

Наступне психологічне обстеження вже через 6 місяців показало поліпшення психологічного стану при використуванні запропонованого нами алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. Це підтверджує і збільшенням коефіцієнта вегетативного балансу порівняно з попереднім терміном ( $1,08 \pm 0,09$ ;  $p < 0,05$ ).

Отже, як показали результати проведених досліджень, проблема переривання вагітності у II триместрі з приводу вроджених вад розвитку є достатньо серйозною і вимагає комплексного підходу з рішенням не тільки медичних, але і психологічних аспектів. Запропонована нами методика дозволяє знизити частоту патологічних змін репродуктивної системи після переривання вагітності і підготувати психологічний стан жінок до подальшого материнства.

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і дано нове рішення актуального наукового завдання сучасного акушерства та гінекології щодо підвищення ефективності вимушеного переривання вагітності у II триместрі на підставі вивчення клінічних, імунологічних, мікробіологічних та психологічних показників, а також удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

1. Дані сучасної літератури свідчать про високу частоту після-абортних ускладнень після вимушеного переривання у II триместрі та недостатню ефективність лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

2. У структурі показань до вимушеного переривання вагітності у II триместрі переважають трисомії різних хромосом (21 пара – 20%; 16 і 18 пари – 20%), аномалії розвитку головного мозку (аненцефалія – 16,7% та гідроцефалія – 16,7%). Серед інших показань треба зазначити відсутність черепної коробки (13,3%), черевної стінки (6,7%), верхніх та нижніх кінцівок(6,7%).

3. У жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, має місце імунний дисбаланс з боку як клітинного (зниження хелперної та підвищення супресорної субпопуляції), так і гуморального (зменшення загальної кількості В-лімфоцитів на фоні збільшення кількості «активних» В-клітин) імунітету.

4. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які вимушено переривають вагітність у II триместрі, характеризується зниженням кількості лактобацил, біфідобактерій і молочнокислих стрептококів на фоні одночасного збільшення ешерихій, протей, грибів роду *Candida*, стафілококів, міко- та уреаплазм. Наявність двох варіантів інфекцій відзначено у 36,7% жінок, а трьох – у 26,7% пацієнток відповідно.

5. Вимушене переривання вагітності у II триместрі призводить до розвитку порушень психоемоційного стану – розвиток стоп-реакції, блокування активності, емоційна лабільність, висока пошукова активність та занижена самооцінка, що свідчить про розвиток психосоматичного синдрому дезадаптації.

6. Використання удосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту післяабортних ускладнень (загострення хронічного сальпінгофориту – 3,3% та лохіометра – 3,3%) при одночасній корекції імунного дисбалансу, порушень мікробіоценозу статевих шляхів та психоемоційного статусу.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕДАЦІЇ

Для підвищення ефективності вимушеного переривання вагітності у II триместрі необхідно проводити наступні заходи:

### I. Підготовка:

- напередодні, за дві доби 200 мг міфепрестону;
- постановка інтрацервікально палички ламінарії і фіксація тампоном;
- госпіталізація.

### II. Проведення маніпуляції:

- внутрішньовений наркоз (пропофол);
- зняття білизни (білизна знімається коли жінка в наркозі, щоб не було відчуття проведення маніпуляції);
- вилучення тампону та палички ламінарії з цервікального каналу;
- зондування матки під контролем ультразвукового дослідження (УЗД);
- без розширення цервікального каналу, вакуум-екскохлеатором видаляємо плідне яйце;
- постановка тампону в піхву.

### III. Реабілітація після переривання вагітності:

- корекція психологічного статусу;
- направлена імунокорекція;
- корекція порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анчева ІА. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*. 2017;5:32–4.
2. Астахов ВМ, Билим А. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок зі змішаною інфекцією генітального тракту в анамнезі. *Здоров'я жінки*. 2017;3:85–9.
3. Бабкіна ТМ, Волік НК. Ехографічні та доплерометричні дослідження в акушерстві та гінекології. *Здоров'я жінки*. 2017;3:56–62.
4. Бабкіна ТМ. Ехографічні методи дослідження в акушерстві та гінекології. *Медичний альманах*. 2015;4:98–101.
5. Бакшеев СМ. Вплив першого медичного аборту на репродуктивне здоров'я жінок. *Перинатологія та репродуктологія: від наукових досягнень до практики [Електронне науково-практичне видання]*. 2021;1(2):5–10.
6. Бала ОО, Ковалюк ТВ, Никонюк ТР, Бенюк СВ. Ультразвукові аспекти післяабортного ендометриту у жінок із завмерлою вагітністю. *Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України*. 2016;2(38):39–41.
7. Белокриницкая ТЕ, Фролова НИ, Белокриницкая ИА, Сухина ВВ. Сравнительная оценка клинического течения медикаментозного аборта, выполненного с 200 и 600 мг мифепристона: проспективное когортное исследование. *Акушерство и гинекология*. 2014;3:80–5.
8. Бенюк ВО, Гончаренко ВМ, Никонюк ТР. Сучасні детермінанти патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія. *Здоров'я жінки*. 2016;5:137–42.
9. Білодід ОО. Ендометріоз: від патогенезу до лікування. *Жіночий лікар*. 2021;3:25–8.

10. Бойчук ЮД, ред. Загальна теорія здоров'я та здоров'я-збереження. Харків: Вид. Рожко СГ; 2017. 488 с.
11. Булавенко ОВ, Рудь ВО, Босий СА. Корекція біоценозу піхви із застосуванням Лактагелю після проведення гінекологічних операцій. Здоров'я жінки. 2017;7:116–8.
12. Вдовиченко ЮП, Щербинская ЕС. Профилактика и лечение инфекционно-воспалительных процессов после лечебно-диагностического выскабливания. Репродуктивное здоровье женщины. 2013;3:24-6.
13. Венцківський БМ, Костюк АЛ, Белов ОО. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2011;6:70–2.
14. Веропотвелян ПН. Репродуктивне здоров'я жінки – одна з найважливіших проблем держави. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2017;3:34-46.
15. Вовк ІБ, Горбань НЄ, Лисяна ТО, Нетреба НІ, Пономарева ІГ. Роль запального фактору в генезі гіперпластичних змін ендометрія у жінок репродуктивного віку. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019;1:73-80
16. Вовк ІБ, Тимченко ОІ, Ревенько ОО. Аборт – предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки. Здоров'я України. 2014;3:33–47.
17. Воробейчик ЯН. Руководство по аутопсихотерапии. Одеса, 2004. 360 с.
18. Гопчук ОН. Порушення репродуктивної функції у жінок після різних методів переривання вагітності. Здоров'я жінки. 2015;10:144–9.
19. Григоренко АМ. Новий час – нові вимоги до гормональних комбінованих оральних контрацептивів. Жіночий лікар. 2021;3:20–4.

20. Громова АМ, Лихачев ВК, Добровольська ЛН, Дудченко АА, Макаров ОГ. Медикаментозний аборт як вибір у збереженні репродуктивного здоров'я жінки. Клінічна та експериментальна медицина. Вісник проблем біології і медицини. 2019;4:70–2.
21. Гутикова ЛВ, Кеда ЛН, Гарбуз СА. Особенности восстановления женщин после прерывания беременности в поздних сроках. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2017;7(2):275–6.
22. Дашдамирова ШФ, Вагапова РТ, Яфаркин АС. Особенности медикаментозного прерывания беременности во II триместре и проблемы метода. Fogsire. 2020;3(S1):55–6.
23. Демидов ВН, Демидов ВС, Марченко ЛА. Эхографические критерии эндометрита. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии. 2013;4:21–7.
24. Дикке ГБ. Показания и современные схемы медикаментозного завершения беременности. Практическая медицина. 2017;7(10):35–40.
25. Дикке ГБ. Современные подходы к досрочному завершению беременности медикаментозным методом. Акушерство и гинекология. 2015;3:118–25.
26. Дяк КВ, Юзько ОМ. Причинні фактори передчасних пологів (Новий погляд на проблему). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017;23(1):62–9.
27. Евсеев АА, Шабрина ОВ, Гаврилова ЕА, Байкова МК. Сравнительная оценка различных методов прерывания беременности в поздние сроки. Вестник акушера-гинеколога. 2020;20(30):41–8.
28. Екимова ЕВ, Алексеева МЛ, Колодько ВГ. Хорионический гонадотропин: структура, функция, диагностическая значимость (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2019;3:7–14.



29. Жилка НЯ, Миронюк ІС, Слабкий ГО. Характеристика деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення України. *Wiad Lek* 2018;71(9):1803–8.
30. Жук СІ, Додон ІЕ. Медикаментозний аборт: досвід застосування та перспективи. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2018;2:12–3.
31. Жученко ЛА. Инвазивная пренатальная диагностика хромосомной патологии у плода. *Акушерство и гинекология*. 2017;7:53–9.
32. Задорожна ТД. Мофрологічні методи дослідження в акушерстві. *Здоров'я жінки*. 2016;102(2):12–8.
33. Запорожан ВМ, ред. *Акушерство та гінекологія*. Т. 4. Оперативна гінекологія. Київ: ВСВ Медицина; 2014. 704 с.
34. Казмирчук ВЕ, Ковальчук ЛВ, Мальцев ДВ. *Клиническая иммунология и аллергология*. Київ: Фенікс; 2009. 342 с.
35. Калугіна ЛВ. Роль цитокінів у регуляції еритропоезу при фізіологічній та ускладненій вагітності. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2017;16(кн. 2, ч.1):133–6.
36. Камінський АВ. Гормональний фон у жінок з безпліддям та психосоматичними порушеннями. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018;18(3):62–6
37. Кан НЕ, Баранов ІІ, Дикке ГБ, Тютюнник ВЛ. Медикаментозное завершение беременности в поздние сроки. Показания, методы и результаты. *Акушерство и гинекология*. 2020;7:78–8.
38. Кан НЕ, Тютюнник ВЛ, Михайлова ОІ. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности. *Medica Mente*. 2017;3(20):24–5.
39. Карпюк ВА, Кеда ЛН, Гутикова ЛВ. Особенности психического состояния женщин с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода. 2020;1(35):56–63.

40. Катеренчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загальнолікарській практиці. 3-є вид., випр. й допов. Київ: Медкнига; 2020. 227 с.

41. Кеда ЛН, Гутикова ЛВ. Организационные и клинические аспекты искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода. *Здравоохранение*. 2020;12:20–31.

42. Гутикова ЛВ, Кеда ЛН. Содержание аминокислот и биогенных аминов в плазме крови женщин с искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям со стороны плода. *Здравоохранение. Вестник ВГМУ*. 2020;19(5):48–58.

43. Кеда ЛН. Методы искусственного прерывания беременности во втором триместре: исторические и современные подходы. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2020;10(50):539–46.

44. Козуб ММ, Гирман ЛІ, Сокол МП. Можливості ультразвукової діагностики в акушерстві та гінекології: навчальний посібник. Харків: ХМАПО; 2017. 52 с.

45. Кравченко ЕН, Коломбет ЕВ. Эффективность современных методов прерывания беременности в поздние сроки. *Вестник акушера-гинеколога*. 2016;16(30):64–6.

46. Кротік ОІ. Особливості системного місцевого імунітету у вагітних з урогенітальними інфекціями в анамнезі. *Здоров'я жінки*. 2021;4:70–5.

47. Куфльовський ДВ. Тактика ведення ІІ триместру вагітності з урахуванням генетичного обстеження. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ-Тернопіль-Хмельницький). Київ, 2020;38:112.

48. Куфльовский ДВ. Особливості перебігу II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2020;37:47–53.

49. Куфльовский ДВ. Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2020;39:33–9.

50. Куфльовский ДВ. Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі вагітності. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ-Чернівці-Ужгород). Київ, 2020;39:108.

51. Куфльовський ДВ. Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместру вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2020;38:23–7.

52. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ-Дніпро-Кривий Ріг-Запоріжжя). Київ, 2020;37:141.

53. Майдан ІС. Психоемоційні порушення у жінок як предиктор розвитку непліддя. Слово про здоров'я. 2017;12:41–4.

54. Майоров МВ, Жученко СІ, Жуперкова ОО, Черняк ОЛ. Профілактика післяабортних інфекційно-запальних ускладнень. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2019;4(90):37–42.

55. Майоров МВ. Антибактериальная терапия в гинекологии и акушерстве. В: Линия здоровья. Харьков: Фармитэк; 2015. с. 40-4.
56. Майоров МВ. Нітроїмідазоли в акушерсько-гінекологічній практиці. Провізор. 2015;15:27-30.
57. Мальцева ЛИ, Лобова ЛА, Ириятуллина ЭР. Сравнительная характеристика частоты осложнений, возникающих при прерывании беременности методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом с помощью препарата мифепристон. Практическая медицина. 2017;16(1):7-9.
58. Маніщенкова ЮО, Коломіць ВІ. Особливості діагностики хвороби Бехчета. Український ревматологічний журнал. 2019;57(1):78-82.
59. Манухин ИБ, Колесов АА, Семенцова НА, Чабонян АГ. Профилактика привычного невынашивания у пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне хронического эндометрита. Акушерство и гинекология. 2013;5:76-80.
60. Марданов ЭР, Пушкарева ЕВ. Анализ структуры показаний к искусственному прерыванию беременности в поздние сроки. Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2010;1. С. 109-10.
61. Маркін ЛБ, Суслікова ЛВ, Шатилович КЛ, Матвієнко ОО, Сегедій ЛІ. Сучасні аспекти ультразвукової діагностики в акушерстві та гінекології. Львів: ЗУКЦ, 2018. 111 с.
62. Мельник ТН. Патогенетическое обоснование реабилитации репродуктивного здоровья женщин после прерывания беременности в поздние сроки. Эффективная фармакотерапия. 2014;38:40-4.
63. Михайлов А.В., Заманаева Ю.В. Психологический анализ переживания женщинами прерывания беременности на поздних

сроках по медицинским показаниям. Журнал акушерства и женских болезней. 2021;70(50):49–62.

64. Мінцер ОП, Сердюк ВГ, Денисенко СВ. Інформаційна платформа забезпечення безпеки пацієнтів. Медична інформатика та інженерія. 2012;4:5–11.

65. Мінцер ОП. Статистичні методи досліджень. Практична медицина. 2019;19(2):100–3.

66. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Заходи та засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами»

67. Нетяженко ВЗ, Пленова ОМ, Мальчевська ТЙ. Особливості застосування антибіотиків у сучасних умовах та засади раціональної антибіотикотерапії. Мистецтво лікування. 2018;5:38-45.

68. Нікогосян ЛР. Визначення психологічних особливостей жінок після переривання вагітності. Biomedical and biosocial anthropology. 2014;23:177–8.

69. Пирогова ВІ, Малачинська МЙ, Шурпяк СО, Щурук НВ. Мікроекологія піхви – що потрібно знати акушеру-гінекологу. Здоров'я жінки. 2015;7:8–15.

70. Пирогова ВІ, Цьолко ОР. Вивчення соціально-медичних аспектів репродуктивного здоров'я підлітків. Здоров'я жінки. 2020;2:40–4.

71. Плотко ЕЕ. Совершенствование схемы медикаментозного аборта. Акушерство и гинекология. 2021;5:40–5.

72. Погорелова ТН. Нарушение плацентарного обмена аминокислот при задержке роста плода. Биомедицинская химия. 2017;63(30):266–71.

73. Подольський ВлВ. Аборт та його наслідки для репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Здоров'я жінки. 2019;10:32–4.

74. Посохова К, Вікторов О, Мальцев В, Шарасва М. Фторхінолони: основи ефективного та безпечного застосування. Ліки України. 2014;1:14-23.

75. Посохова СП, Туренко АВ, Надеждин МВ, Вапнярчук ОВ. Безопасный медикаментозный аборт во втором триместре беременности. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2016;2(38):329–32.

76. Постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного Кодексу України»

77. Радзинский ВЕ, Пустотина ОА. Планирование семьи в XXI веке. СПб, 2015. 311 с.

78. Расулова ГТ, Саидова МИ, Ибрагимова НТ. Прерывание беременности при болезни Бехчета. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020;1:105–8.

79. Романенко ІЮ, Романенко ІВ, Нечепорчук НП, Дівітаєва ГО. Особливості психовегетативного стану вагітних жінок із синдромом втрати плода. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2016;2(38):338–42.

80. Руженков ВА, Качан МА. Психические расстройства у женщин, прерывающих беременность по медицинским показателям на поздних сроках. Вестник психиатрии и наркологии. 2019;3:35–7.

81. Савельева ИС, Плотко ЕЕ, Байкова МК. Снижение риска инфекционных осложнений при искусственном прерывании беременности и возможности последующей реабилитации. Акушерство и гинекология. 2017;7:60–5.

82. Семенюк ЛМ, Воронкова НМ. Гістероскопічний контроль під час хірургічного лікування вагітності, що не розвивається, як запорука збереження репродуктивного потенціалу ендометрія. Збірник

наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017;28(1):15–20.

83. Серов ВН, Прилепская ВН, Овсянникова ТВ. Гинекологическая эндокринология. Москва: МЕДпресс-информ; 2017. 504 с.

84. Скорбач ОІ, Кучер АВ. Порівняльний аналіз медикаметозного переривання вагітності на пізніх термінах залежно від паритету. В: Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (19 січня 2016 р., Харків). Харків, 2016. с. 3–4.

85. Татарчук ТФ, Косей НВ. Лікування стрес-індукованої недостатності лютеїнової фази. Здоров'я жінки. 2016;3:18–22.

86. Тихомиров АЛ, Олейник ЧГ. Сохранение репродуктивного здоровья женщины после искусственного прерывания беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015;4(4):93–7.

87. Толстанова ГО. Патологія ендометрія у жінок: діагностика та тактика лікування безпліддя. Здоров'я жінки. 2018;5:108–10.

88. Тронько М, Большова О., ред. Довідник з клінічної ендокринології. Київ: Медкнига; 2020. 368 с.

89. Трубин ВБ. Влияние медицинского аборта в подростковом возрасте в 1 и 2 триместрах на течение последующей беременности и родов. Акушерство и гинекология. 2020;3:39–41.

90. Тютюнник ВЛ, Дикке ГБ, Кан НЕ, Узденова ЗХ, Щербатых ЕЮ. Прерывание беременности в поздние сроки медикаментозным методом в комплексе с осмотическими расширителями шейки матки. Акушерство и гинекология. 2019;5:149–54.

91. Хомисуридзе АЛ, Мачавариани ПА. Наш опыт проведения индукции консервативного аборта комбинированным использованием мифепристона с синтетическими простагландинами. Медицинские новости Грузии. 2020;10:16–8.

92. Чебан ОС, Зарбаїлова НК. Особливості проведення медикаментозного аборту у підлітків. Вісник Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. 2016;20(1):68–71.

93. Чоп'як ВВ, Федоров ЮВ. Особливості застосування фторхінолонів у клінічній практиці. Новини медицини та фармації. 2015;10:16.

94. Шурпяк СО, Пирогова ВІ. Репродуктивне здоров'я жінок з порушеннями менструального циклу внаслідок хронічних запальних захворювань органів малого таза. Репродуктивна ендокринологія. 2016;6:29–36.

95. Эгамбердиева ЛД, Галимова ИР, Полушкина АЮ. Прерывание беременности во II триместре. Трудности и пути решения. Практическая медицина. Инновационные технологии в медицине. 2016;4(2):145–8.

96. Яркіна ЕИ, Тихонова ТФ, Гурьянова НМ, Гараева ЛН, Оспанбаева ЛГ, Иванова ДА, Бадертдинова АР, и др. Опыт медикаментозного прерывания беременности во втором триместре беременности по медицинским показаниям. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2018;1:182–6.

97. Akinmoladun JA. Termination of pregnancy for ultrasound diagnosed major fetal anomalies at Nigerian tertiary hospital: an initial experience. West Afr Med. 2021 Aug;38(8):738–42.

98. Alecsandru D, García-Velasco JA. Immunology and human reproduction. Cur Opin Obstet Gynecol. 2015;27(3):231–4.

99. Allanson ER, Copson S, Spilsbury K, Criddle S, Jennings B, Doherty DA, Wong AM, Dickinson JE. Pretreatment with mifepristone compared with misoprostol alone for delivery after fetal death between 14 and 28 weeks of gestation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2021 May;137(5):801–9.



100. Ancel PY, Belong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod.* 2019;19(3):734–40.

101. Anckaert ED, Schiettecatte JL, Sleurs MD. First trimester screening for Down's syndrome after assisted, reproductive technology: non-male factor infertility is associated with elevated free beta-human chorionic gonadotropin levels at 10-14 weeks of gestation. *Fertil Steril.* 2018;109(5):1206–10.

102. Arora V, Verma IC. COMMENT: The Medical Termination of Pregnancy (Amendment) Act, 2021: A step towards liberation. *Indian Med Ethics.* 2022 Jan-Mar;7I(1):1–7.

103. Asadi N, Vafaei H, Hessami K, Darabi MH, Kasraeian M, Faraji A, Alavi A, et al. Vaginal misoprostol and intravenous oxytocin for success of termination in the second-trimester intrauterine fetal demise: A randomized controlled clinical trial. *Obstet Gynaecol Res.* 2022 Apr;48(4):966–72.

104. Ballini A, Cicinelli E, Marinaccio M, Poliseno A, Fucci M, Coscia MF, Monno R, De Vito D. Microbiological findings in endometrial specimen: our experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(5):1325–9.

105. Beltsos AN, Sanchez MD, Doody KJ, Bush MR, Domar AD, Collins MG. Patients' administration preferences: progesterone vaginal insert (Endometrin) compared to intramuscular progesterone for luteal phase support. *Reprod Health.* 2014;11:78.

106. Bhadra B, Deb T. Role of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Indian Med Assoc.* 2019;117(10):689-91.

107. Boots C, Stephenson MD. Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review. *Semin Reprod Med.* 2019;29(6):507–13.

108. Bouet PE, El Hachem H, Monceau E, Gariépy G, Kadoch IJ, Sylvestre C. Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis. *Fertil Steril*. 2016;104(3):106–10.

109. Bracken H, Clark W, Lichtenberg ES, Schwelkert SM, Tanenhaus J, Barajas A, Alpert L, Wmlkof B. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG*. 2017;118:17–23.

110. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S, Hayden KA, et al. Interpersonal psychotherapy for perinatal women: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. 2019 Oct;8(1):248.

111. Broussin B. The clinical value of ultrasound for endometrial receptivity assessment in Assisted Reproductive Techniques (ART). *Gynecol Obstet Fertil*. 2017;45(6):570–5.

112. Brown JS, Adera T, Masho SW. Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. *Epidemiol Com Health*. 2018;16(1):16–22.

113. Bruckner TA, Mortensen LH, Catalano RA. Spontaneous pregnancy loss in denmark following economic downturns. *Am Epidemiol*. 2016;183(1):701.

114. Bulun SE, Lin Z, Imir G. Endometriosis. *Endocr Reviews*. 2019;40(4):1048–79.

115. Callaby H, Fisher J, Lohr PA. Surgical termination of pregnancy for fetal anomaly: what role can an independent abortion service provider play? *Obstet Gynaecol*. 2019 Aug;39(6):799-804.

116. Charrois EM, Bright KS, Wajid A, Mughal MK, Hayden KA, Kingston D. Effectiveness of psychotherapeutic interventions on psycho-

logical distress in women who have experienced perinatal loss: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2020 Jun;9(1):125.

117. Chen A, Yuan W, Meirik O, Wang X, Wu S, Zhou L, Luo L, et al. Mifepristone-induced abortion and outcome of subsequent wanted pregnancy. *Epidemiol*. 2019;160(2):110–7.

118. Constant D, Endler M, Grossman D, Petro G, Patel M. Immediate versus delayed insertion of the copper intrauterine device after medical abortion at 17-20 gestational weeks: a randomised controlled trial. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022 Jan;48(1):28–34.

119. Costescu D, Mui C. When there is only one patient: Induction of labour for termination of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022 Mar;79:81–94.

120. Datar N. MTP After 20 weeks: When & How? *Obstet Gynaecol India*. 2021 Aug;71(4):357–60.

121. Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bliding patterns after early abortion with mifepriston and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Med Assoc*. 2020;55(3):141–4.

122. Davis AR, Beasley AD. Abortion in adolescents: epidemiology, confidentiality, and methods. *Curr Opt Obstet Gynecol*. 2019;21(5):390–5.

123. Dickinson JE, Jennings BG, Doherty DA. Mifepristone and oral, vaginal or sublingual misoprostol for second-trtmester abortion: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2019;129(6):1162–8.

124. Dinger J, Heinemann L, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contracept*. 2017;75(5):344–54.

125. Donders G. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasma to the risk of spontaneous abortion. *Obstet Gynecol*. 2016;199(2):431–7.

126. Egerup P, Kolte AM, Larsen EC, Krog M, Nielsen HS, Christiansen OB. Recurrent pregnancy loss: what is the impact of consecutive versus non-consecutive losses? *Hum Reprod.* 2016; 31:2428–34.

127. El Sharkwy IAE, Elsayed ML, Ahmed MA, Alnemer AA. Low-dose vaginal misoprostol with or without Foley catheter for late second-trimester pregnancy termination in women with previous multiple cesarean sections. *Matern Fetal Neonatal Med.* 2019 Nov;32(22):3703–7.

128. El-Refaey H, Templeton A. Early abortion induction by a combination of mifepristone and oral misoprostol: A comparison between two dose regimens of misoprostol and their effect on blood pressure. *Obstet Gynaecol.* 2014;121:792–6..

129. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contracept.* 2019;59(2):107–14.

130. Fawole AO, Diop A, Adeyanju AO, Aremu OT, Wmlkoff B. Misoprostol as first-line treatment for incomplete abortion at a secondary-level health facility in Nigena. *Gynaecol Obstet.* 2021; 119(2): 170–3.

131. Fiala C. Improving medical abortion. Using mifepristone in combination with a prostaglandin analog. Stockholm, 2019. 153 p.

132. Fyfe R, Murray H. Comparison of induction of labour regimes for termination of pregnancy, with and without mifepristone, from 20 to 41 weeks gestation. *Obstet Gynaecol.* 2017 Dec;57(6):604-608.

133. Gao M, Allebeck P, Mishra GD, Koupil I. Developmental origins of endometriosis: a Swedish cohort study. *Epid Com Health.* 2019;73(4):353–9.

134. Giacomo E, Pessina R, Santorelli M, Rucco D, Placenti V, Aliberti F, Colmegna F, Clerici M. Therapeutic termination of pregnancy

and women's mental health: Determinants and consequences. *Psychiatr.* 2021 Nov;11(11):937–53.

135. Giakoumelou S, Wheelhouse N, Cuschieri K. The role of infection in miscarriage. *Hum Reprod Update.* 2016;22:116.

136. Gonzalez CR, Marques-Dias MX, Kim CA, Sugayama SM, Da Paz LA, Huson SM, Holmes LB. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet.* 2018;351:1624-7.

137. González-Ramos Z, Zuriguel-Pérez E, Albacar-Riobóo N, Casadó-Marín L. The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery.* 2021 Dec;103:103095.

138. Gozuyesil E, Manav AI, Yesilot SB, Sucu M. Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study. *Sao Paulo Med J.* 2022 Mar 14;140(2):188–98.

139. Greinin MD. Current medical abortion care. *Cur Wom Health Rep.* 2018;13(6):461–9.

140. Güçlü O, Şenormanci G, Tüten A, Gök K, Şenormanci Ö. Perinatal grief and related factors after termination of pregnancy for fetal anomaly: one-year follow-up study. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2021 May;58(3):221–7.

141. Habiba M, Dafre M, Taylor D. Late termination of pregnancy: a comparison of obstetricians' experience in eight European countries. *BIOG.* 2019;126:1340–9.

142. Haghghi M, Oladbaniadam K, Mohaddesi H, Rasuli J. Individual counseling in mothers bereaved by pregnancy loss: A randomized clinical trial. *Educ Health Promot.* 2022 Jun;11:209.

143. Heaney S, Tomlinson M, Aventin Á. Termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review of the healthcare

experiences and needs of parents. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 May;22(1):441.

144. Hern M, Warren I. Fetal diagnostic indications for second and third trimester out patient pregnancy termination. *Prenat Diagn*. 2014;34:438–44.

145. Hodgen GD. Neuroendocrinology of the normal menstrual cycle. *J Reprod Med*. 2015;34(1):68–77.

146. International conciliation conference on early first trimester medical abortion. Bellagio, Italy, November 1-5, 2004:127.

147. Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Bień A, Jurek K. Social support and subjective assessment of psychophysical condition, health, and satisfaction with quality of life among women after pregnancy loss. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Nov;21(1):750.

148. Jackson E, Kapp N. Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG*. 2020 Oct;127(11):1348–57.

149. Jacques L, Heinlein M, Ralph J, Pan A, Nugent M, Kaljo K, Farez R. Complication rates of dilation and evacuation and labor induction in second-trimester abortion for fetal indications: A retrospective cohort study. *Contracept*. 2020 Aug;102(2):83–6.

150. Joseph S. Endometriosis knowledgebase: a gene-based resource on endometriosis. *Database (Oxford)*. 2019;201(8):3–9.

151. Kahn JG, Becker BJ, Maclsa L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin L, Creinin MD. The efficacy of medical abortion; a metaanalysis. *Contracept*. 2020;81:29–35.

152. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. A qualitative study exploring the needs related to the health system in women with experience of pregnancy termination due to fetal anomalies in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Sep 29;20(1):573.

153. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health*. 2019 May;19(1):507.

154. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies: A Qualitative Study of the Informational and Educational Needs of Women. *Nurs Midwifery Res*. 2021 Mar 5;26(2):97–103.

155. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. The needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal anomalies: a literature review. *Nurs Midwifery Res*. 2019 Jan-Feb;24(1):1–10.

156. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:37–44.

157. Kerns J, Cheeks M, Cassidy A, Pearlson G, Mengesha B. Abortion stigma and its relationship with grief, post-traumatic stress, and mental health-related quality of life after abortion for fetal anomalies. *Wom Heal Rep (New Rochelle)*. 2022 Mar 28;3(1):385–94.

158. Kerns JL, Light A, Dalton V, McNamara B, Steinauer J, Kuppermann M. Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2018 Oct;101(10):1859–64.

159. Kerns JL, Mengesha B, McNamara BC, Cassidy A, Pearlson G, Kuppermann M. Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contracept*. 2018 Jun;97(6):520-523.

160. Kerns JL, Turk JK, Corbetta-Rastelli CM, Rosenstein MG, Caughey AB, Steinauer JE. Second-trimester abortion attitudes and

practices among maternal-fetal medicine and family planning subspecialists. *BMC Wom Health*. 2020 Feb;20(1):20.

161. Khayutin LV, Plotko EE, Voroshilina ES. Vaginal anaerobic dysbiosis during pregnancy: ways of treatment and the characteristics of the pregnancy course. *Perinatol*. 2016 Feb;2(135):55–9.

162. Kiley J, Turner A, Nosal C, Beestrum M, Dungan J. Labour induction for termination of pregnancy with severe fetal anomalies after 24 weeks' gestation: a case series and systematic review of the literature. *Contracept Reprod Health Care*. 2022 Jul 28:1–8.

163. Klingberg-Allvin M, Cleeve A, Atuhairwe S, Tumwesigye NM, Faxelid E, Byamugisha J, Gemzell-Danielsson K. Comparison of treatment of incomplete abortion with misoprostol by physicians and midwives at distinct level in Uganda: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2019 Mar;14:61935-8.

164. Kocourkova J, Fait T. Induced abortions: still important reproduction loss in the Czech Republic? *Neuro Endocr Lett*. 2019;30(1):111–8.

165. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Gomel V, Martin MC. Heterogeneity of endometriosis lesions requires individualisation of diagnosis and treatment and a different approach to research and evidence based medicine. *Facts Views Vis Obgyn*. 2019;11(1):57–61.

166. Korenromp MJ, Page CG, van den Bout J. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly. *Obstet Gynecol*. 2019;211:e1–7.

167. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy – 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2017 Dec;124(13):1957–64.



168. Lockshin MD, Guerra M, Salmon JE. Elective Termination of pregnancy in autoimmune rheumatic diseases: experience from two databases. *Arthritis Rheumatol.* 2020 Aug;72(8):1325–9.

169. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *BMJ.* 2019;364:1869.

170. Mai J, Wang H, Yang X-F. T Helper 17 Cells Interplay with CD4<sup>+</sup>CD25<sup>high</sup>Foxp3<sup>+</sup> Tregs in regulation of inflammations and autoimmune diseases. *Front Biosci.* 2010;15:986–1006

171. Maniatielli E, Zervas Y, Halvatsiotis P, Tsartsara E, Tzavara C, Briana DD, Salakos N. Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. *Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Jan;31(1):47–52.

172. Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. What can obstetric gynecologists do to support abortion access? *Gynaecol Obstet.* 2019;1:S53–5.

173. Mecdi Kaydirak M, Aslan E. Efficacy of Nursing Support in the Pre- and Postmedical Termination of Pregnancy Phases: A Randomized Study. *Omega (Westport).* 2021 Nov;84(1):51-68.

174. Melnik TN, Tamazuan GV. Pathogenetic substantiation of rehabilitation of woman's reproductive health after late termination of pregnancy. *Gynaecol Obstet.* 2014;8:41–4.

175. Miceli-Zsigmond M, Williams A, Richardson M. Expecting the unexpected: perspectives on stillbirth and late termination of pregnancy for fetal anomalies. *Obst Anest Surv Anest.* 2016 Febr;;60(1):16–7.

176. Milam F, Sharami SH, Arjmandl S. Comparison of sublingual and vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy terminations. *Fam Reprod Health.* 2019; 8(1):41–4.

177. Montesinos R, Durocher J, Leon W, Arellano M, PeJla M, Pinto E, Winikoff B. Oral misoprostol for the management of incomplete abortion in Ecuador. *Gynaecol Obstet*. 2011;115(2): 135-9.

178. Moreno-Ruiz NX, Borgatta L, Yahow S, Kapp N, Wiebe E, Winikoff B. Alternatives to mifepristone medical abortion. *Gyneacol Obstet*. 2017;106(3):212–8.

179. Morikawa K, Zhang J, Nonaka M, Morikawa S. Modulatory effect of macrolide antibiotics on the Th1- and Th2-type cytokine production. *Int J Antimicrob Agents*. 2012;29(1):53–9.

180. Nash CM, Philp L, Shah P, Murphy KE. Letrozole pretreatment prior to medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contracept*. 2018 Jun;97(6):504-509.

181. Ngo TD, Park MH, Free C. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. *Women Health*. 2019;5:9–17.

182. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2011 ;89(5):360–70.

183. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NT, Minh NT, Phan VQ, Winikoff B. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2017;124(3):601–8.

184. Nicoletti R, Cicinelli E, De Zielger D, Colafiglio G, Saliani N, Resta L, Bellavia M. Poor reliability of vaginal and endocervical cultures for evaluating microbiology of endometrial cavity in women with chronic endometritis. *Gynecol Obstet Invest*. 2019;78(2):108–15.

185. Nnoaham KE, Hummel L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT. Developing symptom-based predictive models of

endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. *Fertil Steril*. 2017;105(3):692–701.

186. Olbertz D, Voigt M, Fusch C, Krafczyk D, Briese V, Schneider KT. The influence of previous pregnancy terminations, miscarriages and still-births on the incidence of babies with low birth weight and premature births as well as a somatic classification of newborns. *Geburts Neonat*. 2018;221(1):5–12.-

187. Papp C, Schatz F, Krikun G, Hausknecht V, Lockwood CJ. Biological, mechanisms underlying the clinical effects of mifepristone on the endometrium. *Early Pregnancy*. 2010;14(4):230–9.

188. Patuszak AL, Schuler L, Speck-Martins CE, Coelhok RA, Cordello SM, Vargas F, Brunoni D, et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius syndrome in infants. *N Engl J Med*. 2018;358:1881–5.

189. Plan of measures on sexual and reproductive health care in the support of implementing the Agenda in the field of constant development for the period up to 2030 in Europe – no one is left unattended. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2016 [http: www. euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/.../66wd13r\\_SRHActionPlan\\_160524](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/.../66wd13r_SRHActionPlan_160524)

190. Platals I, Tseretell T, Comendant R, Kurbanbekova D, Wmlkoff B. Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan. *Contraception*. 2015;91(2):178–83.

191. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2018;106(2):63.

192. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017;105(3):1103–11.

193. Qian J, Wang W, Sun S, Wu M, Liu L, Sun Y, Yu X. Exploring interactions between women who have experienced pregnancy loss and obstetric nursing staff: a descriptive qualitative study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 May 30;22(1):450.

194. Rasti S, Ghasemi FS, Abdoli A. ToRCH "co-infections" are associated with increased risk of abortion in pregnant women. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2016;56:73.

195. Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 2017 Feb;29(1):43–8.

196. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):169–78.

197. Romero R, Espinoza J, Mazor M. Can endometrial infection/inflammation explain implantation failure, spontaneous abortion, and preterm birth after in vitro fertilization? *Fertil Steril*. 2014;92(4):799–804.

198. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. WHO, 2012. 130 p.

199. Salakos N, Bakalianou K, Gregoriou O, Iavazzo C, Paltoglou G, Creatsas G. Abortion rates and the role of family planning; a presentation of the Greek reality. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2018;45(4):279–83.

200. Salmanov AG, Baksheev SM, Manshula LV, Voloshyn OA. Healthcare associated infection after legal induced abortions is Ukraine: Results a multicenter study. *Wiad Lek*. 2021;74(7):1559–65.

201. Salmanov AG, Kuflovskyi DV, Manzhula LV, Voloshyn OA. Healthcare associated infection after legal induced abortions is Ukraine: Results a multicenter study. *Wiad Lek*. 2021;74(7):1559–65.

202. Sarkar NN. Mifepristone: bioavailability, pharmacokinetics and use-effectiveness. *Gynecol Reprod Biol*. 2020;111(2):13–20.

203. Sasi A. Ethical Issues concerning Legislation in Late-Term Abortions in India. *Asian Bioeth Rev.* 2019 Dec 4;11(4):367–76
204. Schaff EA, Penmesta U, Eisinger SH, Franks P. Methotrexate. A single agent for early abortion. *Reprod Med.* 2017;62:56–60.
205. Shah D, Rijal P, Thakur A, Rai R. Mifepristone and Misoprostol vs Misoprostol Alone in Second Trimester Termination of Pregnancy. *JNMA.* 2018 Sep-Oct;56(213):856–60.
206. Shah PS, Zao J. Induced termination of pregnancy and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2019;126:1425–42.
207. Shannon C, Brothers LJ, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception.* 2019;90(3):183–9.
208. Sharma J, Tiwari S, Pokhrel M, Lama L. Medical Induction for Mid trimester Abortion: A Hospital-based Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA.* 2020 Oct 15;58(230):794–7.
209. Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception.* 2016;74:48–55.
210. Somefun O, Constant D, Endler M. Immediate IUD insertion after second trimester abortion: implications for service delivery. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec;21(1):1304.
211. Sonalkar S, Ogden SN, Tran LK, Chen AY. Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Gynaecol Obstet.* 2017 Sep;138(3):272–5.
212. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States. *N Engl J Med.* 2018;338(18):1241–7.
213. Sun S, Li J, Ma Y, Bu H, Luo Q, Yu X. Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities

requiring pregnancy termination: A randomized controlled trial in China. *Nurs Pract*. 2018 Feb;24(1).

214. Sun S, Yang M, Zhang J, Zhou X, Jia G, Yu X. Family support for pregnant women with foetal abnormality requiring pregnancy termination in China. *Health Soc Care Community*. 2020 May;28(3):1020–9.

215. Swingle HM, Colalzy TT, Zimmerman MB, Morriss FH. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: A systematic review with meta-analyses. *Repro Med*. 2019;64:95–108.

216. The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2017 Nov. 130 p.

217. Tortorella C, Piazzolla G, Matteo M, Pinto V, Tinelli R, Sabba C, Cicinelli E. Interleukin-6, interleukin-1 $\beta$ , and tumor necrosis factor  $\alpha$  in menstrual effluents as biomarkers of chronic endometritis. *Fertil Steril*. 2014;101(1):242–7.

218. Velipasaoglu M, Ozdemir CY, Ozek B, Ayaz R, Tanir HM. Sequential use of Foley catheter with misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with and without caesarean scars: a prospective cohort study. *Matern Fetal Neonatal Med*. 2018 Mar;31(5):677–81.

219. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medically-induced abortion and risk of reproductive failures in subsequent pregnancy. *Ugeskr Laeger*. 2021;179:4363–5.

220. Voigt M, Briese V, Pietzner V, Kirchengast S, Schneider KT, Straube S, Jorch G. Evaluation of maternal parameters as risk factors for premature birth (individual and combined effects). *Geburts Neonat*. 2020;223(4):138–46.

221. Warren M. Fetal diagnostic indications for second and third trimester out patient pregnancy termination. *Prenat Diagn.* 2014;34:438–44.
222. Wiebe ER. Use of telemedicine for providing medical abortion. *Gynaecol Obstet.* 2014; 124(2): 177–8.
223. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;19(1):CD005216.
224. Wu L, Xiong W, Zeng M, Yan A, Song L, Chen M, Wei T, et al. Different dosing intervals of mifepristone-misoprostol for second-trimester termination of pregnancy: A meta-analysis and systematic review. *Gynaecol Obstet.* 2021 Aug;154(2):195–203.
225. Xie J, Tang S, Huang C, Chen J, Owusua T, Hu S, Lu J, et al. Efficacy of psychosocial interventions for psychological distress among women undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review. *Ann Palliat Med.* 2022 Feb;11(2):784–805.
226. Xu MF, Jin GC, Cen HX. Histopathology appearance of intrauterine residue after medical abortion by mifepriston and prostaglandin analogue. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chin.* 2019;41(12):739–41.
227. Yirk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2017;357(7):648–53.
228. Yu XY, Hu Y, Li YC, Feng SW. Application of the triage assessment system for psychological assessment for pregnant women with a deadly fetal abnormality. *Nurs Pract.* 2015 Feb;21(1):102–6.
229. Zaręba K, Makara-Studzińska M, Ciebiera M, Gierus J, Jakiel G. Role of Social and Informational Support while Deciding on Pregnancy Termination for Medical Reasons. *Environ Res Public Health.* 2018 Dec;15(12):2854.

230. Zhu QX, Gao ES, Chen AM, Luo L, Cheng YM, Yuan W. Mifepristone-induced abortion and placental complications in subsequent pregnancy. *Hum Reprod.* 2019;34(2):315–9.

231. Zodpey SP, Ughade SN, Deshpande SG, Deo PR, Satyanarayan A, Mandvekar RR. Circumstances and motivations for seeking abortions: a community based study in Chandrapur District, Maharashtra. *Indian Public Health.* 2017;61(1):70–2.



## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Куфльовський ДВ. Особливості перебігу II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;37:47–53.
2. Куфльовський ДВ. Роль генетичних чинників у прогнозуванні тактики ведення II триместру вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;38:23–7.
3. Куфльовський ДВ. Роль біохімічного скринінгу у II триместрі вагітності у пренатальній діагностиці вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2020;39:33–9.
4. Salmanov AG, Kuflovskiy DV, Manzhula LV, Voloshyn OA. Healthcare associated infection after legal induced abortions in Ukraine: Results a multicenter study. Wiad Lek. 2021;74(7):1559–65.
5. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності у жінок групи високого ризику. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ – Дніпро – Кривий Ріг – Запоріжжя. 2020;37:141.
6. Куфльовський ДВ. Тактика ведення II триместру вагітності з урахуванням генетичного обстеження. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика: тези матеріалів науково-практичного семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ – Тернопіль – Хмельницький). 2020;38:112.

7. Куфльовский ДВ. Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі вагітності. В: Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л.Шупика: тези матеріалів науково-практичної школи-семінару в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ – Чернівці – Ужгород). 2020;39:108.

**Додаток Б**

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (20 лютого 2020 року, Київ – Дніпро – Кривий Ріг – Запоріжжя), тема «Тактика ведення II триместру вагітності у жінок групи високого ризику» (доповідь, тези);

- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (12 березня 2020 року, Київ – Тернопіль – Хмельницький), тема «Тактика ведення II триместру вагітності з урахуванням генетичного обстеження» (доповідь, тези);

- науково-практичному семінарі в форматі телемосту «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (17 вересня 2020 року, Івано-Франківськ – Чернівці – Ужгород), тема «Тактика пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних аномалій у плода у II триместрі вагітності» (доповідь, тези).