

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

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

БОДАШЕВСЬКА КАТЕРИНА ДМИТРІВНА

УДК: 618.39-039.11-06:618.17/.5-082-084-085-035

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я
ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ**

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело. _____ К. Д. Бодашевська (підписано ЕЦП)

Науковий керівник: Суханова Ауріка Альбертівна, доктор медичних наук, професор

КИЇВ – 2025

АНОТАЦІЯ

Бодашевська К.Д. Оптимізація тактики збереження репродуктивного здоров'я жінок після переривання вагітності в ранніх термінах. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина». – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, 2025.

Дисертаційна робота присвячена актуальній проблемі гінекології – підвищенню ефективності збереження репродуктивного здоров'я у жінок з артіфіційним абортom в ранніх термінах вагітності шляхом розробки нових підходів до вдосконалення методик збереження репродуктивної функції.

Дослідження проведено у два послідовних етапи. Перший етап мав на меті вивчити вплив артіфіційних абортів на перебіг наступних вагітностей та пологів, а також частоту різних гінекологічних захворювань, для чого виконано ретроспективне когортне дослідження серед 549 послідовно набраних жінок фертильного віку, які зверталися за медичною допомогою до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини в період з грудня 2020 по січень 2022 року. 119 жінок зі штучним(и) абортom(ами) в анамнезі склали досліджувану групу, 430 респонденток без анамнестичного штучного переривання вагітності – групу порівняння.

На другому етапі проводилося проспективне контрольоване клінічне випробування для оцінки стану вагінального біотопу, динаміки гормонального статусу та їх впливу на виникнення порушень репродуктивного здоров'я у жінок в післяабортному періоді. Для вирішення завдань дослідження обстежено 160 жінок, від 18 до 43 років (у середньому ($M \pm \sigma$) – $28,47 \pm 5,38$ років), які залежно від методу переривання небажаної вагітності (медикаментозно чи за допомогою вакуум-аспірації) в ранньому терміні були розподілені на 2 групи. До основної групи увійшли 80 пацієнток, які брали участь у заходах, що були розроблені на основі даних ретроспективного когортного дослідження з метою збереження

репродуктивного здоров'я жінок, а саме: корекція анемії та профілактика інфекційних ускладнень в доабортному періоді, санація піхви деквалінієм хлориду до проведення процедури, прийом комбінованих оральних контрацептивів через 1 місяць після процедури абортів за відсутності протипоказань, введення інфламафертину для профілактики безпліддя на тлі вірогідних хронічних запальних захворювань після абортів, використання діадинамотерапії під час та після процедури з метою нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на ендометрій за відсутності протипоказань, діагностика та лікування разом з суміжними спеціалістами тривожно-депресивних станів. Контрольні 2 групи склали по 40 жінок, у яких післяабортний період проводився за загальноприйнятими принципами. Виділені групи пацієнток були співставними за основними клініко-демографічними характеристиками.

Методологія досліджень базувалася на основі повного фізикального обстеження з визначенням антропометричних показників та оцінкою вітальних функцій, гінекологічного обстеження для підтвердження наявності вагітності та визначення терміну гестації; лабораторних обстежень: загальний аналіз крові, кров на сифіліс, ВІЛ, біохімічний аналіз крові за показами, загальний аналіз сечі, група крові, резус-фактор у першовагітних пацієнток, визначення мікробіоценозу піхви, оцінки гормонального обстеження, результатах ультрасонографії та імуногістохімічного дослідження біоптату ендометрію. Для дослідження наявності і ступеня вираженості емоційних порушень застосовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Первинним результатом проспективного клінічного дослідження була ефективність артіфіційного аборту в ранньому терміні, що визначалася часткою успішних переривань вагітності без хірургічного втручання (кюретажу порожнини матки або вакуумної аспірації) з будь-яких причин. У якості вторинних результатів оцінювалися зміни гормонального спектру в післяабортному періоді, стан вагінального біотопу в післяабортному періоді, функціональний стан ендометрію після переривання вагітності в ранніх термінах, психоемоційний стан та якість життя.

Встановлено, що наявність артифіціальних абортів в анамнезі асоціюється із збільшенням частоти непліддя (СШ 1,96; 95% ДІ [1,08-3,55]), кольпіту (СШ 2,77; 95% ДІ [1,46-5,25]), дисплазії шийки матки (СШ 3,56; 95% ДІ [1,75-7,21]), сальпінгоофориту (СШ 2,98; 95% ДІ [1,4-6,33]), запальних захворювань матки (СШ 10,85; 95% ДІ [3,39-34,73]), звичного невиношування вагітності (СШ 3,75; 95% ДІ [1,19-11,85]), а також частоти акушерських ускладнень, зокрема: мимовільних викиднів у ранньому терміні (СШ 3,48; 95% ДІ [1,15-10,57]), загрози переривання вагітності (СШ 4,62; 95% ДІ [2,18-9,76]), передчасних пологів (СШ 2,2; 95% ДІ [1,02-4,77]), абдомінального оперативного розродження (СШ 1,62; 95% ДІ [1,03-2,63]), плацентарних ускладнень (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, різні варіанти аномальної плацентації) (СШ 1,61; 95% ДІ [1,04-2,48]).

З'ясовано, що ефективність медикаментозного методу переривання вагітності в ранніх термінах у досліджуваній когорті жінок становила 90,7%, вакуум-аспірації – 98,5% випадків ($p > 0,05$). Медикаментозний аборт асоціюється з більшою частотою затримка елементів плідного яйця (СШ 5,48; 95% ДІ [1,11-27,01]), прогресування вагітності (СШ 6,53; 95% ДІ [0,74-57,71]), аномальних маткових кровотеч (СШ 8,0; 95% ДІ [1,1-68,66]), поліпів ендометрію (СШ 4,7; 95% ДІ [1,22-18,06]), а вакуум-аспірація - з більшою частотою хронічного ендометриту (СШ 0,27; 95% ДІ [0,08-0,86]).

Проблема переривання вагітності в ранніх термінах до сьогодні є надзвичайно поширеною незважаючи на всі світові стратегії, методи та спроби її подолання. Безперечним є вплив штучних абортів на майбутнє репродуктивне здоров'я жіночого населення. Задля збереження здорової нації та подолання демографічної кризи у світі, скорочення використання державних коштів для подолання наслідків некомпетентно проведених переривань важливим є удосконалення периабортних програм, навичок медичного персоналу, покращення інформованості пацієнтів щодо наявних актуальних можливостей, а найголовніше – доступності до різних методів контрацепції та запобіганню небажаної вагітності.

Сучасні дослідження зосереджені на виявленні потенційних факторів ризику негативного впливу перенесеного переривання на репродуктивне здоров'я, а також на способах та методах їх виявлення та профілактики на етапі до, під час та після процедури.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше на достатньому клінічному матеріалі була встановлена роль анемії, наявності ожиріння, попереднього аборту(ів) в анамнезі, віку ≥ 30 років, III-IV ступені чистоти піхви, терміну виконання аборту >9 тижнів, затримки елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності, як незалежних факторів, в розвитку хронічного ендометриту, що може мати негативні наслідки для майбутніх бажаних вагітностей. Побудова логістичної моделі дала змогу продемонструвати дані результати.

Практичне значення полягає в тому, що на підставі доказових даних та власних результатів дослідження розроблено рекомендації щодо вибору алгоритму та диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступним застосуванням вдосконаленої програми, що забезпечує збереження репродуктивного здоров'я, та у впровадженні результатів дослідження в клінічну практику. При розробці алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах та наступної програми збереження репродуктивного здоров'я жінок враховувалися патогенетична обґрунтованість заходів, можливість впровадження, комплексність, простота, доступність, можливість проведення моніторингу та оцінки.

Програма складається з корекції анемії, профілактики інфекційних ускладнень у доабортному періоді, призначення комбінованих оральних контрацептивів, інфламафертину, діадинамотерапії в післяабортному періоді, комплексної роботи психологів чи психотерапевтів з пацієнтами.

Проведене дослідження дозволило обґрунтувати доцільність медикаментозної корекцію анемії в доабортному періоді шляхом внутрішньовенного введенням трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза. Через 1 місяць після переривання вагітності анемію мали достовірно менша кількість жінок

ІА групи – 7 (17,5%) проти 15 (37,5%) пацієток ІБ групи (СШ 0,35, 95% ДІ [0,13-0,99], $p=0,045$), а також значущо менше кількість осіб ІА групи – 6 (15%) проти 14 (35%) пацієток ІБ групи (СШ 0,33, 95% ДІ [0,11-0,97], $p=0,039$).

Запропоновано для підвищення ступеня інфекційної безпеки проведення штучного абортів застосовувати деквалінію хлориду 10 мг вагінально з метою санації піхви перед процедурою. Його використання достовірно вплинуло на стан мікробіоценозу піхви жінок досліджуваних груп, а саме через 1 місяць після артіфіційного абортів виявлено поодинокі види патогенних організмів у пацієток ІА та ІА груп, зокрема, достовірно нижчою була частота виявлення *Staphylococcus* у жінок ІА групи – 4 (10%) проти 12 (30%) в ІБ групі (СШ 0,26, 95% ДІ [0,08-0,89], $p=0,025$) та в жінок ІА групи – 4 (10%) проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$), а також частота реєстрації бактеріальної асоціації – 5 (12,5%) в ІА групі проти 13 (32,5%) в ІБ групі (СШ 0,3, 95% ДІ [0,09-0,93], $p=0,032$) та 4 (10%) в ІА групі проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$).

Нормальний овуляторний цикл після медикаментозного абортів мала достовірно більша кількість жінок ІА та ІБ підгруп – 52,5% та 62,5% відповідно, ніж після вакуум-аспірації – 22,5% у ІА групі (СШ 3,8; 95% ДІ [1,45-10,02]) та 27,5% у ІБ групі (СШ 4,39; 95% ДІ [1,71-11,29]) відповідно. У жінок, які переривають вагітність у ранніх термінах, має місце гормональний дисбаланс з боку як гонадотропних, так і статевих гормонів. Середні рівні пролактину крові в першому менструального циклу (МЦ) після абортів шляхом вакуум-екстракції були вдвічі вищим, ніж у здорових жінок ($p<0,001$), середні рівні естрадіолу на 5-ий день МЦ – достовірно нижчими ($p<0,05$), тоді як середні рівні тестостерону крові були достовірно нижчими в жінок після медикаментозного абортів порівняно із здорових жінок ($p<0,001$), а концентрації прогестерону в крові пацієток після медикаментозного абортів були достовірно вищими, ніж після вакуум-аспірації ($p<0,001$). На основі досліджень пацієткам рекомендовано прийом індивідуально підібраних комбінованих оральних контрацептивів тривалістю щонайменше 12 місяців залежно від результатів дослідження гормонів першої та другої фаз МЦ в

післяабортному періоді та показників ультразвукографії.

Виявлено зменшення товщини ендометрію в післяабортному періоді, достовірно більш виражене в пацієнток після вакуум-аспірації ($p < 0,026$) та встановлено доцільність застосування діадинамотерапії для нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на міометрій та ендометрій, а також доведено, що призначення інфламафертину за схемою внутрішньом'язово забезпечує протизапальну та розсмоктувальну дії, зменшує інтенсивність деструктивних, інфільтративних та проліферативних процесів у вогнищі запалення після аборту.

Використання розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту виявлення хронічного ендометриту (СШ 0,14; 95% ДІ [0,02-0,99]) та «тонкого» ендометрію з товщиною менше 7 мм на 20-24 день МЦ як після медикаментозного аборту (СШ 0,1; 95% ДІ [0,01-0,86]), так і після вакуум-аспірації (СШ 0,16; 95% ДІ [0,06-0,44]), при одночасній корекції анемії, порушень мікробіоценозу статевих шляхів, покращень психоемоційного статусу та якості життя.

Ключові слова: артифіційний аборт, вагітність, репродуктивне здоров'я, хронічний ендометрит, фактори ризику, діадинамотерапія, CD138, ендометрій, переривання вагітності, безпліддя, комбіновані оральні контрацептиви, вакуум-аспірація, реабілітація, плідне яйце, мікробіота.

ANNOTATION

Bodashevsk K.D. Optimization of tactics for maintaining women's reproductive health after an early abortion. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for conferring the Doctor of Philosophy Degree (PhD) in the Field of study 22 Health care, Program Subject Area 222 – Medicine. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine, 2025.

The dissertation is devoted to the current problem of gynecology - increasing of

effectiveness for maintaining of women's reproductive health with early artificial abortion by developing new approaches to improving the methods of preserving reproductive function. The research was conducted in two consecutive stages.

The first stage aimed to study the effects of artificial abortions on the course of subsequent pregnancies and childbirth, and also the frequency of various gynecological diseases, for which a retrospective cohort study was performed among 549 consistently recruited women of fertile age, who seek medical help at the Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine from December 2020 to January 2022. 119 women with artificial abortion were formed in study group, a comparison group consisted of 430 respondents without anamnestic artificial termination of pregnancy.

In the second stage, a prospective controlled clinical trial was conducted to assess the state of the vaginal biotope, the dynamics of hormonal status and their impact on the occurrence of reproductive health disorders in women in the post-abortion period. To solve the research tasks, 160 women were examined, aged 18 to 43 years (on average ($M \pm \sigma$) - 28.47 ± 5.38 years), who, depending on the method of termination of unwanted pregnancy (medical or vacuum aspiration) in the early period, were divided into 2 groups. The main group included 80 patients who participated in measures developed based on data from a retrospective cohort study to preserve women's reproductive health, namely: correction of anemia and prevention of infectious complications in the pre-abortion period, vaginal sanitation with dequalinium chloride before the procedure, taking combined oral contraceptives 1 month after the abortion procedure in the absence of contraindications, inflamafertinum administration for the prevention of infertility against the background of probable chronic inflammatory diseases after abortion and the diadynamic therapy use during and after the procedure for the purpose of neurostimulating and myostimulating effects on the endometrium in the absence of contraindications. The control 2 groups consisted of 40 women each, in whom the post-abortion period was carried out according to generally accepted principles. The selected groups of patients were comparable in terms of basic clinical and demographic characteristics.

The research methodology was based on a complete physical examination with determination of anthropometric indicators and assessment of vital functions,

gynecological examination to confirm of pregnancy presence and determine the gestational age, laboratory examinations, determination of vaginal microbiocenosis, assessment of hormonal examination, results of ultrasonography and immunohistochemical study of endometrial biopsy. To study the presence and severity of emotional disorders, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used.

The primary outcome of the prospective clinical study was the effectiveness of artificial abortion in the early term, which was determined by the proportion of successful terminations of pregnancy without surgical intervention (curettage of the uterine cavity or vacuum aspiration) for any reason. Secondary outcomes assessed included changes in the hormonal spectrum in the post-abortion period, the state of the vaginal biotope in the post-abortion period, the functional state of the endometrium after early abortion, and psycho-emotional state and quality of life.

It was found that the presence of artificial abortions in the anamnesis is associated with an increase in the frequency of infertility (OR 1.96; 95% CI [1.08-3.55]), colpitis (OR 2.77; 95% CI [1.46-5.25]), cervical dysplasia (OR 3.56; 95% CI [1.75-7.21]), salpingo-oophoritis (OR 2.98; 95% CI [1.4-6.33]), inflammatory diseases of the uterus (OR 10.85; 95% CI [3.39-34.73]), habitual miscarriage (OR 3.75; 95% CI [1.19-11.85]), as well as the frequency of obstetric complications, in particular: spontaneous miscarriages in the early term (OR 3.48; 95% CI [1.15-10.57]), threatened abortion (OR 4.62; 95% CI [2.18-9.76]), premature birth (OR 2.2; 95% CI [1.02-4.77]), abdominal operative delivery (OR 1.62; 95% CI [1.03-2.63]), placental complications (chronic fetoplacental insufficiency, intrauterine growth retardation, various variants of abnormal placentation) (OR 1.61; 95% CI [1.04-2.48]).

It was found that the effectiveness of the medical method of early abortion in the studied cohort of women was 90.7%, vacuum aspiration – 98.5% of cases ($p > 0.05$). Medical abortion is associated with a higher incidence of retained fetal egg elements (OR 5.48; 95% CI [1.11-27.01]), pregnancy progression (OR 6.53; 95% CI [0.74-57.71]), abnormal uterine bleeding (OR 8.0; 95% CI [1.1-68.66]), endometrial polyps (OR 4.7; 95% CI [1.22-18.06]), and vacuum aspiration - with a higher incidence of chronic endometritis (OR 0.27; 95% CI [0.08-0.86]).

The problem of early pregnancy termination is still extremely common despite all global strategies, methods and attempts to overcome it. The impact of artificial abortions on the future reproductive health of the female population is undeniable. In order to maintain a healthy nation and overcome the demographic crisis in the world, reduce the public funds use to overcome the consequences of incompetently performed abortions, it is important to improve peri-abortion programs, the skills of medical personnel, improve patient awareness of available current opportunities, and most importantly, accessibility to various contraception methods and prevention of unwanted pregnancy.

Modern research focuses on identifying potential risk factors for the negative impact of a previous abortion on reproductive health, as well as on methods and techniques for their detection and prevention at the stage before, during and after the procedure.

The scientific novelty lies in the fact that for the first time, on the basis of sufficient clinical material, the role of anemia, the presence of obesity, a history of previous abortion(s), age ≥ 30 years, III-IV degree of vaginal purity, the term of abortion > 9 weeks, and the delay of fetal egg elements after the termination of the current pregnancy, as independent factors, in the development of chronic endometritis, which may have negative consequences for future desired pregnancies, was established. The construction of a logistic model made it possible to demonstrate these results.

The practical significance is based on evidence and our own research results, recommendations have been developed for choosing an algorithm and a differentiated approach to early pregnancy termination with the subsequent use of an improved program that ensures the reproductive health protecting, and for implementing the research results into clinical practice. When developing an algorithm for a differentiated approach to early termination of pregnancy and the subsequent program for preserving women's reproductive health, the pathogenetic validity of the measures, the possibility of implementation, complexity, simplicity, accessibility, the possibility of monitoring and evaluation were taken into account. The program consists of the correction of anemia, prevention of infectious complications in the pre-abortion period, the appointment of combined oral contraceptives, inflammafertin, diadynamotherapy in the post-abortion period, and the comprehensive work of psychologists or psychotherapists with patients.

The study allowed to substantiate the feasibility of drug correction of anemia in the pre-abortion period by intravenous administration of trivalent iron hydroxide sucrose complex before and one day after the abortion procedure with subsequent transition to tablet forms of iron. 1 month after the abortion, a significantly smaller number of women in group IA had anemia - 7 (17.5%) versus 15 (37.5%) patients in group IB (OR 0.35, 95% CI [0.13-0.99], $p = 0.045$), as well as a significantly smaller number of people in group IIA - 6 (15%) versus 14 (35%) patients in group IIB (OR 0.33, 95% CI [0.11-0.97], $p = 0.039$).

It is proposed to increase the degree of infectious safety of artificial abortion by using dequalinium chloride 10 mg vaginally to sanitize the vagina before the procedure. Its use significantly affected the state of the vaginal microbiocenosis of women in the studied groups, namely, 1 month after artificial abortion, single species of pathogenic organisms were detected in patients of groups IA and IIA, in particular, the frequency of detection of *Staphylococcus* was significantly lower in women of group IA - 4 (10%) versus 12 (30%) in the IB group (OR 0.26, 95% CI [0.08-0.89], $p = 0.025$) and in women of group IIA - 4 (10%) versus 11 (27.5%) in the IB group (OR 0.29, 95% CI [0.08-0.99], $p = 0.044$), as well as the frequency of registration of bacterial association - 5 (12.5%) in the IA group versus 13 (32.5%) in the IB group (OR 0.3, 95% CI [0.3], 95% CI [0.08-0.99], $p = 0.044$). CI [0.09-0.93], $p=0.032$) and 4 (10%) in the IIA group versus 11 (27.5%) in the IIB group (OR 0.29, 95% CI [0.08-0.99], $p=0.044$). A significantly higher number of women in the IA and IB subgroups had a normal ovulatory cycle after medical abortion – 52.5% and 62.5%, respectively, than after vacuum aspiration – 22.5% in the IIA group (OR 3.8; 95% CI [1.45-10.02]) and 27.5% in the IIB group (OR 4.39; 95% CI [1.71-11.29]), respectively. In women who terminate pregnancy in the early stages, there is a hormonal imbalance from both gonadotropic and sex hormones. The average blood prolactin levels in the first MC after abortion by vacuum extraction were twice as high as in healthy women ($p<0.001$), the average estradiol levels on the 5th day of MC were significantly lower ($p<0.05$), while the average blood testosterone levels were significantly lower in women after medical abortion compared to healthy women ($p<0.001$), and the progesterone concentrations in the blood of patients after medical abortion were significantly higher than after vacuum aspiration ($p<0.001$). Based on the studies, patients

were recommended to take individually selected combined oral contraceptives for at least 12 months, depending on the results of the hormone study of the first and second phases of MC in the post-abortion period and ultrasonography indicators.

A decrease in the thickness of the endometrium in the post-abortion period was found, which was significantly more pronounced in patients after vacuum aspiration ($p < 0.026$) and the feasibility of using diadynamic therapy for neurostimulating and myostimulating effects on the myometrium and endometrium was established, and it was also proven that the intramuscular administration of inflammaferrin provides anti-inflammatory and resorptive effects, reduces the intensity of destructive, infiltrative and proliferative processes in the focus of inflammation after abortion.

The use of the complex of therapeutic, preventive and rehabilitation measures developed by us allows us to reduce the frequency of detection of chronic endometritis (OR 0.14; 95% CI [0.02-0.99]) and "thin" endometrium with a thickness of less than 7 mm on the 20-24th day of the menstrual cycle both after medical abortion (OR 0.1; 95% CI [0.01-0.86]) and after vacuum aspiration (OR 0.16; 95% CI [0.06-0.44]), with simultaneous correction of anemia, disorders of the genital tract microbiocenosis, improvements in psycho-emotional status and quality of life.

Keywords: induced abortion, pregnancy, reproductive health, chronic endometritis, risk factors, diadynamic therapy, CD138, endometrium, abortion, infertility, combined oral contraception, vacuum aspiration, rehabilitation, fertilized egg, microbiota.

Список публікацій здобувача

Наукові праці, у яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Бодашевська К.Д. Вплив артіфіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Результати когортного дослідження. *Український журнал «Здоров'я жінки»*, 2024. №2(171). С.57-62. doi: 10.15574/HW.2024.171.57. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/06/11.pdf>. Ключові слова: артіфіційний аборт, репродуктивне здоров'я, жінки.

2. Бодашевська К.Д., Суханова А.А. Порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах. Результати когортного дослідження. *Український журнал «Здоров'я жінки»*, 2024. №3(172). С.29-35. doi: 10.15574/HW.2024.172.29. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/09/07-1.pdf>. Ключові слова: артіфіційний аборт, ускладнення, вагітність, жінки.
3. Бодашевська К. Д., Суханова А. А., Таран О. А., Ластовецька О. Б., Боднарчук О. В., Белінський А. В., Вознюк А. В. Оцінка факторів ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2024: № 3 (99). С. 61-66. doi: 10.15574/PP.2024.3(99).6166. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/11/10.pdf>. Ключові слова: хронічний ендометрит, артіфіційний аборт, фактори ризику.
4. Кравців М. І., Бодашевська К. Д., Дудченко В. М., Таран О. А., Бевз Г. В., Вознюк А. В. Оцінювання стану ендометрія залежно від методу переривання вагітності та особливостей ведення післяабортного періоду. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2024: № 4 (100). С. 76-83. doi: 10.15574/PP.2024.4(100).7683. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2025/03/13.pdf>. Ключові слова: артіфіційний аборт, репродуктивне здоров'я, товщина ендометрія, CD138, хронічний ендометрит.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Бодашевська К.Д. Аборти в ранньому терміні. Безпечний менеджмент. Сучасний підхід. Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: нові реалії», 27-28 жовтня 2022року, м. Київ.

2. K. Bodashevsk. EARLY ABORTIONS. CURRENT TENDENCIES IN SAFE MANAGEMENT. XXIV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, taking place from 9 to 12 October 2023 at the Paris Convention Centre, Porte de Versailles in Paris, France.

3. Бодашевська К.Д. Визначення ризику та шляхи попередження інфекційних ускладнень при перериванні вагітності в ранніх термінах. Майстер-клас «Мультидисциплінарна фахова школа Збереження здоров'я жінки», 02-03 травня 2024 року, м. Вінниця.

4. Бодашевська К.Д. Сучасні методи штучного переривання вагітності в ранніх термінах: клінічна ефективність та безпечність. Науково-практична конференція з міжнародною участю YOUNG SCIENCE 5.0 (для молодих вчених) 24.05.2024 року, м. Київ.

5. Бодашевська К.Д., Суханова А.А. Визначення предикторів розвитку хронічного ендометриту після артифіційного переривання вагітності. VIII Подільська всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю: «Організація та досягнення невідкладної допомоги, інтенсивної терапії та анестезіології в 2024 році», 04-05 жовтня 2024 року, м.Вінниця.

6. Бодашевська К.Д. Стан ендометрію та його оцінка залежно від особливостей менеджменту постабортного періоду. Науково-практична конференція «YOUNG SCIENCE 6.0» (для молодих вчених) 15 травня 2025 року, м.Київ.

7. Бодашевська К.Д. Вплив вибору методу переривання вагітності та менеджменту післяабортного періоду на стан ендометрію. Майстер-клас «Мультидисциплінарна фахова школа: Збереження здоров'я жінки», 02-03 травня 2025 року, м. Вінниця.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	17
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1 МЕНЕДЖМЕНТ БЕЗПЕЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ	
 ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ. ТАКТИКА	
 ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я –	
 СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (Огляд літератури)	
 	25
1.1. Епідеміологія та медико-економічне значення	
переривання вагітності в ранніх термінах	
.....	25
1.2. Сучасні тенденції щодо ускладнень переривання	
вагітності в ранніх термінах	30
1.3. Сучасні підходи та методики збереження репродуктивного	
здоров'я жінок після абортів в ранніх	
термінах.....	33
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	43
2.1. Дизайн дослідження та характеристика клінічного	
матеріалу	43
2.2. Методи дослідження	51
2.3. Статистичні методи дослідження	54
РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРЕНЕСЕНИХ ШТУЧНИХ	
 АБОРТІВ В РАННІХ ТЕРМІНАХ НА СТАН	
 ЖІНОЧОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я	56
3.1. Характеристика соціально-демографічних даних, анамнезу та	
вихідний стан здоров'я у жінок загального масиву.....	56
3.2. Клінічна ефективність та безпечність сучасних методів	

	артифіційного переривання вагітності в ранніх термінах	63
	3.3. Прогнозування успішності та можливих ускладнень переривання вагітності залежно від обраного методу.....	69
РОЗДІЛ 4	ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ З НАСТУПНОЮ ВДОСКОНАЛЕНОЮ ПРОГРАМОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК	75
	4.1. Порівняльний аналіз груп на момент включення в дослідження	75
	4.2. Порівняльний аналіз результатів обстеження та перебігу післяабортного періоду в досліджуваних групах.....	83
	АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	107
	ВИСНОВКИ	127
	ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	129
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	131
	ДОДАТКИ	157

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ

АПА – Американська психіатрична асоціація

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВМС – внутрішньоматкова система

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДІ – довірчий інтервал

ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом

ІМТ – індекс маси тіла

ІФА – імуноферментний аналіз

КОК – комбінований оральний контрацептив

МЦ – менструальний цикл

ООН - Організація Об'єднаних Націй

ПАС – постабортний синдром

РМП – реакція мікропреципітації

РПГА – реакція пасивної гемаглютинації на сифіліс

СШ – співвідношення шансів

УЗД – ультразвукове дослідження

АРА – American Psychological Association

ВР – Bodily Pain

CD-138 - кластер диференціації 138

DSM – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GH – General Health

MEC – medical eligibility criteria

МН – Mental Health

PF – Physical Functioning

RE – Role Emotional

RP – Role Physical

SF – Social Functioning

VT – Vitality

ВСТУП

Актуальність теми. Безпечне переривання вагітності та збереження репродуктивного здоров'я жінок є однією з глобальних стратегій для людства в ХХІ ст., оскільки до сьогодні існують держави та закони, які забороняють жінкам повноцінно використовувати право вибору народжувати чи не народжувати. Дотепер, зважаючи на заборони, недоступність надання якісних та вчасних медичних послуг, обмеження отримання та розуміння інформації про можливості сучасної контрацепції, все ще високим є відсоток кримінальних абортів, тяжких ускладнень неналежного переривання та смертельних випадків [200, 209].

Аборт залишається поширеною процедурою: близько 6 із 10 небажаних вагітностей та 3 із 10 всіх вагітностей завершуються штучним перериванням. За глобальними оцінками, приблизно 45% усіх абортів проводяться в умовах, що становлять ризик для здоров'я. Це є однією з ключових проблем громадської охорони здоров'я та прав людини, причому показники небезпечних абортів переважно зосереджені в країнах, що розвиваються (97%) та серед вразливих і маргіналізованих груп [14, 16, 223, 229]. За даними ВООЗ, у світі щорічно виконується близько 40–45 млн абортів (приблизно 125 тисяч на добу) [222]. В Україні спостерігається зменшення як загальної кількості абортів серед жінок фертильного віку, так і серед неповнолітніх, а також скорочення кількості летальних випадків після абортів.

Статистичні дані стверджують, що приблизно 50000 жінок кожного року помирають від ускладнень після проведення небезпечного абортів, в основному через кровотечу та/або інфекцію, і це складає 8–13 % від загальної кількості материнських смертей у світі [30, 181, 190]. В країнах, де аборти заборонені, системи охорони здоров'я має величезні соціальні та економічні збитки через лікування ускладнень небезпечних абортів [30, 140, 197, 214, 215].

Медикаментозний аборт забезпечив доступ до більш сучасної та якісної допомоги при перериванні вагітності [208, 155]. Завданням номер один по пріоритетності у всьому світі є впровадження концепції безпечного абортів, що

радикально впливає на зниження відсотка ускладнень [200]. Використання нових науково-обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, консультування до, під час та після абортів, профілактика інфекційних ускладнень, корекція супутніх станів, комплексний підхід дають можливість убезпечити жінку та зберегти її репродуктивне здоров'я [17, 69, 184, 193, 199, 204].

В сучасний алгоритм ведення пацієнтів після штучного аборту в ранньому терміні входить консультування щодо вибору оральних контрацептивів одразу після переривання, їх індивідуальний підбір з урахуванням анамнезу, історії хвороби до вагітності, наслідків самої процедури та планів щодо найближчої бажаної вагітності [195].

Фонд ООН у галузі народонаселення зазначив, що у 2022 році використання контрацепції дозволило запобігти понад 141 мільйону незапланованих вагітностей, 29 мільйонам небезпечних абортів і майже 150 000 материнських смертей ([UNFPA], 2022) [126].

За даними літератури 2024р., консультування щодо контрацепції та її забезпечення є критично важливим компонентом в периабортному догляді через достатньо швидке відновлення фертильності у жінок після аборту. Обговорення щодо контрацепції з пацієнткою повинно включати попереднє використання контрацепції, уподобань жінки (ефективності, зручності) та пропозиція всіх доступних методів контрацепції, щоб вони могли обрати метод, що відповідає коротко- та довгостроковим потребам планування [66, 75, 89, 167].

Сучасна медицина все ще продовжує пошук оптимальних та раціональних алгоритмів щодо ведення периабортного періоду у жінок, які хочуть перервати незаплановану вагітність в ранньому терміні. Відсутність достеменних рекомендацій для вирішення даного завдання гальмує досягнення кінцевої мети щодо повної елімінації небезпечних абортів, сприяє сталому високому відсотку післяабортних ускладнень та несе за собою серйозні економічні збитки для пацієнта та держави.

Проаналізовані наукові публікації вказують на те, що розглянуті питання досліджені недостатньо, саме це і дозволило сформулювати завдання та мету власного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами та темами. Дисертаційна робота є частиною планової науково-дослідної роботи кафедри репродуктивної та пренатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, номер держреєстрації №0120U105330, у якій здобувач брав участь як відповідальний співвиконавець.

Мета дослідження – підвищити ефективність збереження репродуктивного здоров'я у жінок з артифіційним абортom в ранніх термінах вагітності шляхом розробки нових підходів до вдосконалення методик збереження репродуктивної функції.

Завдання дослідження:

1. Провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз впливу артифіційних абортів у ранніх термінах вагітності на стан репродуктивного здоров'я жінок.
2. Провести порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артифіційного переривання вагітності в ранніх термінах.
3. Визначити динаміку гормонального статусу та функціональний стан ендометрію в післяабортному періоді при різних сучасних методах виконання артифіційного аборту в ранніх термінах вагітності.
4. Дослідити фактори ризику розвитку хронічного ендометриту після переривання вагітності в ранніх термінах.
5. Розробити, впровадити та оцінити ефективність комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів для збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Об'єкт дослідження: репродуктивне здоров'я жінок після штучного переривання вагітності в ранніх термінах.

Предмет дослідження: клініко-анамнестичні дані, показники гормонального статусу, результати бактеріоскопічних та бактеріологічних, цитологічних,

патоморфологічних, імуногістохімічних досліджень та їх статистичний аналіз, результати сонографії, оцінка ефективності реабілітаційно-лікувального комплексу для жінок після переривання вагітності у малому терміні.

Методи дослідження: анкетувальні дані, анамнестичні, загальноклінічні, функціональні, ультрасонографічні та статистична обробка даних.

Наукова новизна отриманих результатів. Встановлено, що наявність артіфіційних абортів в анамнезі асоціюється із збільшенням частоти кольпіту, дисплазії епітелію шийки матки, запальних захворювань матки, сальпінгоофориту, безпліддя, звичного невиношування вагітності, а також частоти акушерських ускладнень, таких як мимовільних викиднів у ранньому терміні, загрози переривання вагітності, передчасних пологів, абдомінального оперативного розродження, плацентарних ускладнень (затримка внутрішньоутробного розвитку плода, хронічна фетоплацентарна недостатність, різні варіанти аномальної плацентації).

Оцінена ефективність методів переривання вагітності в ранніх термінах у досліджуваній когорті жінок, де медикаментозний становив 90,7%, вакуум-аспірації – 98,5%. Медикаментозний аборт асоціюється у 5,48 рази більшою частотою затримка елементів плідного яйця, у 6,53 рази - прогресування вагітності, у 8 разів частішими аномальних маткових кровотеч, у 4,7 рази - поліпів ендометрію, а вакуум-аспірація - з більшою частотою хронічного ендометриту.

З'ясовано, що в пацієнток після вакуум-аспірації достовірно більш виражене зменшення товщини ендометрію в післяабортному періоду.

Визначено незалежними факторами ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах: вік ≥ 30 років, ожиріння, анемії, наявність попереднього абортів(ів) в анамнезі, III-IV ступенів чистоти вагінального вмісту, виконання абортів в терміні >9 тижнів, затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності.

Вперше застосовано розроблений нами комплекс лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, що дозволяє знизити частоту виявлення хронічного ендометриту та «тонкого» ендометрію з товщиною як після медикаментозного

аборту, так і після вакуум-аспірації, з одночасною корекцією анемії, порушень мікробіоценозу статевих шляхів, покращенням психоемоційного статусу та якості життя.

На підставі отриманих розширених уявлень щодо важливості комплексної оцінки загального стану та клініко-лабораторних показників вперше буде розроблено алгоритм диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я жінок, оцінено його ефективність та запропоновано вітчизняній системі охорони здоров'я для впровадження в лікувальну практику.

Практичне значення отриманих результатів.

Результати дослідження довели, що медикаментозну корекцію середнього та тяжкого ступеня анемії в доабортному періоді доцільно забезпечувати внутрішньовенним введенням трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу дозою 10 мл (200 мг заліза) в 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза протягом 3 місяців, та легкої анемії таблетованими формами заліза в загальноприйнятих дозуваннях.

Рекомендовано застосовувати деквалінію хлориду 10 мг вагінально для санації піхви перед процедурою аборту курсом 6 днів з метою санації піхви для підвищення інфекційної безпеки проведення штучного переривання вагітності.

На основі досліджень переконливим є індивідуальний підбір та використання комбінованого орального контрацептиву залежно від гінекологічного анамнезу та результатів дослідження гормонів першої та другої фаз МЦ на період не менше, ніж на 12 місяців після переривання вагітності: із овуляторним МЦ із недостатністю лютеїнової фази - препарату етинілестрадіолу 0,02 мг та гестодену 0,075 мг або етинілестрадіолу 0,03 мг та гестодену 0,075 мг; при наявності анормальних маткових кровотеч, порушень циклу – препарату дезогестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при гіперандрогенії – препарату хлормадинону ацетату 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при аденоміозі – комбінацію дієногесту 2 мг та

етинілестрадіолу 0,03 мг; жінкам без гінекологічної патології – препарату гестодену (мікронізованого) 0,06 мг і 0,015 мг етинілестрадіолу (мікронізованого).

Запропоновано використання курсу інфламафертину за схемою 2мл (1ампула, 10мг) внутрішньом'язово через день курсом 10 ін'єкцій з метою протизапальної та розсмоктувальної дії, зменшення інтенсивності деструктивних, інфільтративних та проліферативних процесів у вогнищі запалення після аборту.

Доведено, що діадинамотерапія двома постійними імпульсними струмами напівсинусоїдальної форми частотою 50 і 100 Гц та низької напруги курсом від 3 до 10 процедур щоденно або через день показана з метою нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на матку.

Доцільно проводити скринінг тривожно-депресивних станів у пацієнток на етапі первинного консультування з лікарем з подальшим, за необхідності, залученням суміжних спеціалістів (психолога, психотерапевта), що сприятиме своєчасному наданню психоемоційної підтримки та швидшому відновленню після аборту.

Отримані дані підкреслюють важливість використання клініцистами диференційованого підходу задля збереження репродуктивного здоров'я в жінок зі штучним абортom в ранніх термінах вагітності використання комплексу лікувально-профілактичних заходів, який складається з корекції анемії, профілактики інфекційних ускладнень у доабортному періоді та призначення комбінованих оральних контрацептивів, інфламафертину, діадинамотерапії в післяабортному періоді, діагностика та лікування разом з суміжними спеціалістами тривожно-депресивних станів чи розладів у пацієнток в периабортному періоді.

Отримані результати дослідження були інтегровані у лікувально-діагностичну практику КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини».

Результати, отримані в ході наукового дослідження, застосовуються у навчальному процесі кафедри репродуктивної та пренатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика при викладанні студентам, інтернам та лікарям.

Теоретичні положення та практичні рекомендації, сформульовані на основі матеріалів дослідження, можуть бути використані у навчанні студентів вищих медичних навчальних закладів та включені до програм післядипломної освіти лікарів акушер-гінекологів.

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою самостійно проведено патентно-інформаційний пошук, аналіз наукової літератури за обраною темою.

Разом із науковим керівником доктором медичних наук, професором Сухановою Аурікою Альбертівною були сформульовані мета та завдання дослідження, а також обговорені результати дослідження.

Авторка особисто розробила та організувала всі клінічні дослідження, виконала необхідні маніпуляції та процедури, провела статистичну обробку та аналіз отриманих результатів, які були представлені у вигляді таблиць та графіків.

Усі розділи дисертації написані здобувачкою особисто, сформульовані висновки та практичні рекомендації, забезпечено їхнє впровадження в медичну практику, що відображено в опублікованих роботах.

Дисертанткою не запозичені результати та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи доповідались на Пленумі Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: нові реалії» (Київ, 2022), на міжнародному XXIV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics (Paris, 2023), на майстер-класі «Мультидисциплінарна фахова школа Збереження здоров'я жінки» (Вінниця, 2024), на науково-практичній конференції з міжнародною участю YOUNG SCIENCE 5.0 (Київ, 2024), на VIII Подільській всеукраїнській міждисциплінарній науково-практичній конференції з міжнародною участю: «Організація та досягнення невідкладної допомоги, інтенсивної терапії та анестезіології в 2024 році» (Вінниця, 2024), на науково-практичній конференції «YOUNG SCIENCE 6.0» (для молодих вчених) (Київ, 2025), на майстер-класі «Мультидисциплінарна фахова школа збереження здоров'я жінки» (Вінниця, 2025).

Публікації. За темою дисертаційного дослідження надруковано 4 наукові праці: 2 статті опубліковано в рекомендованих ДАК України наукових фахових виданнях, 2 – у виданні, що індексується в наукометричній базі даних Scopus. Матеріали досліджень апробовано в 7 доповідях міжнародних та українських конференцій та конгресів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 163 сторінках машинопису. До складу входять анотація, зміст, перелік умовних позначень та скорочень, вступ, огляд літератури, опис матеріалів і методів дослідження, 2 розділи власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел літератури, додатки. Робота ілюстрована 25 таблицями, 17 рисунками. До списку використаної літератури входить 234 джерела, з яких 25 – кирилицею, 209 – латиницею.

РОЗДІЛ 1

МЕНЕДЖМЕНТ БЕЗПЕЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ. ТАКТИКА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (Огляд літератури)

1.1 Поширеність та медико-економічне значення переривання вагітності в ранніх термінах

Репродуктивне здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), - це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя, який характеризує здатність до зачаття і народження дітей, можливості сексуальних стосунків без ризику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), безпечної вагітності, пологів, благополуччя та здоров'я матері і дитини, можливості планування наступних вагітностей, зокрема попередження небажаної вагітності [109].

За даними українських та світових джерел, **пріоритетними проблемами репродуктивного здоров'я є:** високий рівень абортів, невиношування вагітності, високий рівень ускладнень вагітності та пологів, материнська і дитяча смертність, інвалідність серед дітей, поширеність жіночого та чоловічого безпліддя, захворюваність населення на ЗПСШ [9, 111].

В сучасному світі широко обговорюється питання щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок в разі бажання чи необхідності перервати небажану вагітність в ранньому терміні [22, 81]. За два останні десятиріччя з'явилися нові технології та медичні докази їх мінімального негативного впливу на організм жінок, а також посилилося обґрунтування надання комплексних послуг з безпечного переривання вагітності з точки зору прав людини [22, 42, 72, 205].

За приблизними оцінками, щороку у світі вагітніє 208 мільйонів жінок. Серед них 59% (123 мільйони) мають заплановану вагітність, яка завершується

народженням дитини, викиднем або мертвонародженням. Решта 41% (85 мільйонів) вагітностей незаплановані [2, 22, 198].

Фонд ООН у галузі народонаселення відмічає різноманітність ключових факторів, які сприяють небажаній вагітності: відсутність сексуальної, репродуктивної медичної допомоги та доступної інформації, варіанти контрацепції, які не відповідають потребам конкретної жінки чи обставинам, стигми навколо жінок, які контролюють можливість народжувати та керувати своїм тілом, сексуальне насильство та репродуктивний примус, осудливе ставлення при наданні медичних послуг, бідність та низький економічний розвиток, гендерна нерівність.

У звіті фонду показано, наскільки легко ігноруються найважливіші права жінок та дівчат в мирний час, а особливо в розпал війни [8]. Основним гаслом є пріоритетність запобігання ненавмисній вагітності, покращення доступності, прийнятності, якості та різноманітності контрацепції, розширення якісної сексуальної, репродуктивної медичної допомоги та розповсюдження інформації. Фонд закликає політиків, лідерів громад та всіх людей надати можливість жінкам та дівчатам приймати самостійні стверджувальні рішення щодо сексу, контрацепції та материнства. За умови виконання закликів, жінки та дівчата зможуть повністю зробити свій внесок у суспільство, матимуть інструменти, інформацію та владу, щоб зробити свій фундаментальний вибір - мати дітей чи ні - для себе [15, 36, 84, 95, 112, 150].

За даними світової статистики близько 50% вагітностей, які наступають щоденно, є незапланованими, 25% - небажаними, до 150 тис. з них закінчуються абортom, що становить до 55 млн штучних абортів щорічно, тобто з кожних 1000 вагітних штучно переривають вагітність 35 жінок [3, 10, 217].

Спостерігається значне зниження загального показника абортів на 1000 жінок репродуктивного віку порівняно з попередніми роками (32,09 у 2000 р. та 8,78 у 2017 р.), що має важливе соціально-демографічне значення. Водночас у розвинених країнах цей показник у 2–3 рази нижчий. Протягом п'ятирічного періоду в Україні загальна кількість штучних переривань вагітності за бажанням жінки зменшилася на 29,3% (з 10,55 на 1000 жінок фертильного віку у 2013 р. до 7,46 у 2017 р.).

Позитивна динаміка скорочення абортів у неповнолітніх в Україні є результатом стабільної роботи системи планування сім'ї [9].

Наразі світова спільнота визнає високу ефективність медикаментозного абортів. В Україні його реєстрація розпочалася у 2007 р., і протягом наступного десятиріччя (2007–2017 рр.) кількість процедур зросла в 5,6 раза (з 0,14 до 0,8) [108, 110]. Незважаючи на позитивну динаміку зниження частоти абортів в Україні, вони все ще залишаються одним із методів регуляції народжуваності. Небажана вагітність у 85–92% закінчується штучним перериванням вагітності за рішенням жінки [11, 23].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України за останні роки є позитивна тенденція щодо зменшення кількості абортів в Україні, показник скоротився втричі: зі 138 тисяч у 2013 до менше 45 тис в 2022-му.

У 2013 році було зафіксовано 137976 абортів, понад 100 тисяч із них жінки віком 20-34 років. Жінки старше 35 років зробили 28932 аборти, дівчата віком до 14 років зробили 54 аборти, у віці 15-17 років – майже 1600 [107].

В 2014-2016 роках кількість абортів скоротилася на 21% , 7% та 6% відповідно. Однак у 2016 році спостерігалось підвищення кількості випадків переривання вагітності серед дівчат до 14 років – 56 випадків порівняно з 44 у 2015 році (+27%).

У 2017 році було проведено 88844 аборти (-8%): жінки 20-34 років – 64272 аборти, старше 35 років – 20609, 18-19 років – 3124, дівчата 15-17 років – 800, до 14 років – 39 [107].

У 2018 році кількість абортів знизилася до 81448 випадків (-8%), у 2019 році – до 74606 (-8%). Кількість абортів серед дівчат до 14 років та жінок 18-19 років у ці роки була практично однаковою.

У перший рік пандемії COVID-19 відзначалося зменшення кількості абортів - на цілих 18% (до 61048). У жінок 20-34 років було проведено трохи більше 42 тис абортів (-19%), старше 35 років – 16596, 18-19 років – 1835 (-30%) , дівчат 15-17 років – 538 (-21%), до 14 років – 35 (-26%).

В 2021 році було зроблено 55156 абортів (-10%). При цьому кількість абортів серед дівчат до 14 років зросла на 63% – до 57 випадків.

За перший рік повномасштабної війни було зроблено на 19% абортів менше – 44931: жінки 20-34 років – 29777 (-20%), 18-19 років – 1494 (-17%), дівчата 15-17 років – 380 (-36%), до 14 років – 35 (-39%) [107]. Це пов'язано зі значною вимушеною міграцією жінок закордон або недоступністю отримати медичні послуги в зонах бойових дій.

Смертність внаслідок абортів в Україні низька, рекорд за десять років був у 2013 році – 5 смертей. 3 жінки померли після абортів у 2014 році, у 2015-му – 4, у 2016-2019 роках – по одній, у 2020-му – 4. У 2021 та 2022 роках смертей не було зафіксовано [107].

Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик, призводять до різних порушень репродуктивного здоров'я жінок, зокрема фертильності жінок, перебігу наступних вагітностей, пологів та завдають значних економічних збитків [3,17, 59, 135].

Завдяки поширенню використання методів контрацепції показник вагітностей в усьому світі знизився з 160 вагітностей на 1000 жінок віком від 15 до 44 років у 1995 році до 134 на 1000 жінок у 2008 році. За оцінками, абсолютна кількість небезпечних абортів становила приблизно 20 млн у 2003 році та 22 млн у 2008 році. У всьому світі приблизно 6 з 10 незапланованих вагітностей перериваються шляхом штучного аборту, 45% з яких є небезпечними, а 97% з них відбуваються в країнах, що розвиваються, де показник материнської смертності високий, а доступ до безпечного аборту обмежений [2, 30, 80, 85, 137, 185, 190, 210, 226, 227]. За підрахунками, близько 50000 жінок щороку помирають від ускладнень небезпечного аборту, головним чином через кровотечу та/або інфекцію, і це становить 8–13 % від загальної кількості материнських смертей у світі [30, 181, 190]. Лікування ускладнень небезпечних абортів також накладає величезний соціальний та економічний тягар на системи охорони здоров'я країн, де аборти є незаконними та загалом небезпечними [30, 140, 197, 216]. Медикаментозний аборт забезпечив доступ до більш якісної допомоги при перериванні вагітності у всьому світі [155]. Упровадження концепції безпечного аборту є пріоритетною у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня ускладнень. Використання нових науково-

обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, периабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень дають можливість убезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я [17, 69, 184, 193, 199, 202].

Отож, з ризиком, пов'язаним із штучним перериванням вагітності, переважно стикаються жінки репродуктивного й працездатного віку, що акцентує не лише медичне, але і високе соціально-економічне значення цієї проблеми [1] не тільки через високу поширеність та негативний вплив на якість життя та репродуктивне здоров'я, але й значні фінансові витрати на лікування і корекцію наслідків та ускладнень після неадекватного менеджменту пацієнток цієї категорії. Великий обсяг фінансів йде на лікування ускладнень, відновлення репродуктивної функції жінок загалом та на можливість завагітніти, виносити та народити здорову дитину, у тому числі на застосування додаткових репродуктивних технологій.

Таким чином, у сучасній медицині продовжується пошук оптимальних методик та алгоритмів ведення периабортного періоду у пацієнток, які вирішили перервати небажану вагітність в ранньому терміні. Відсутність вирішення цього питання не тільки гальмує скорочення кількості та повну елімінацію небезпечних абортів, сприяє сталому високому відсотку ускладнень в післяабортному періоді, але й має серйозні економічні наслідки для пацієнта та держави.

1.2 Сучасні тенденції щодо ускладнень та наслідків переривання вагітності в ранніх термінах

Незважаючи на максимальний доступ до інформації відносно методів контрацепції, у світі виконується близько 22 млн небезпечних абортів щорічно, що призводить приблизно до 47 тис. випадків смертності та 5 млн випадків інвалідності серед жінок [185]. Для попередження цих випадків інвалідності або смерті необхідне статеве виховання, планування сім'ї та надання адекватних послуг з легального штучного переривання вагітності, лікування та реабілітації у випадках ускладнень, викликаних абортom [2, 38].

До ускладнень небезпечного переривання вагітності відносяться кровотеча, сепсис, перитоніт, травми піхви, матки, шийки матки та органів черевної порожнини

[96]. Близько 20–30% небезпечних абортів викликають інфекції статевих шляхів, а в 20–40% з них виникає інфекція верхніх статевих органів [134, 211]. У однієї з чотирьох жінок, яким виконується небезпечний аборт, вірогідно, розвинеться тимчасова або постійна інвалідність, що потребуватиме медичної допомоги [197]. На кожну жінку, яка звертається до медичного закладу після абортів, припадає декілька жінок, яким проведено небезпечне переривання вагітності, але які не звертаються по медичну допомогу через брак коштів на лікування та через нерозуміння серйозності наслідків ускладнень. Також жінки бояться образ, некомпетентного лікування, правових репресій [79, 119, 125, 203, 212]. Докази говорять про те, що жінки, які проходять процедуру небезпечного абортів, зазнають значних фізіологічних, емоційних та фінансових затрат.

У дослідженні понад 200 тис. процедур серйозні несприятливі явища (госпіталізація, переливання крові, лікування у відділенні невідкладної допомоги, внутрішньовенне введення антибіотиків, інфекція та смерть) зареєстровано у 0,16% випадків, при цьому лікування у відділенні невідкладної допомоги або госпіталізації – у 0,1% та 0,06% жінок відповідно [58].

Так, згідно з даними літератури, у жінок, які перенесли медичний аборт, кількість ускладнень подальшої вагітності більше у 7–8 разів, а кількість ускладнень пологів – у 10–12 разів, ніж у пацієнток, що не мають в анамнезі абортів [1, 3]. Водночас найбільшу кількість ускладнень становлять загроза переривання вагітності (49,1%), прееклампсія (42,0%), аномалії пологової діяльності (22,5%), травми м'яких пологових шляхів (20,5%) [1].

Необхідними умовами вибору методу штучного абортів є висока ефективність, відсутність або зведення до мінімуму ускладнень і побічних ефектів, простота виконання та економічність. Детальне дослідження віддалених наслідків проведених абортів дозволить визначити максимально ефективний менеджмент у лікувальній та реабілітаційній тактиці для збереження репродуктивного здоров'я жінки.

Експертами ВООЗ визначено, що безпечними методами переривання вагітності є медикаментозний аборт та вакуум-аспірація [26]. Жінки, для яких важливим є уникнення хірургічного втручання або анестезії, прийнятним є більший дискомфорт

і усвідомлення ймовірності незавершеного аборту, можуть вибрати медикаментозне переривання вагітності.

Термін «медикаментозний аборт» означає переривання вагітності за допомогою лікарських препаратів, що є альтернативою хірургічному втручанню, оскільки дозволяє уникнути виникнення ризику, пов'язаного з оперативним втручанням та анестезією [180], а також виключити вірогідність інфекційних ускладнень, у тому числі гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції, зменшити антибіотиконавантаження [127].

У Кокранівському огляді не було виявлено жодних доказів того, як жінки оцінюють процедуру медикаментозного аборту. Проте, як правило, пацієнтки описують уникнення операції як позитивну рису медичного управління [155].

Частка медикаментозного переривання вагітності в різних регіонах в Україні складає від 0,8 до 1,5% від загальної кількості абортів [217]. Цей метод переривання вагітності вважається менш травматичним з мінімальним негативним впливом на репродуктивну функцію порівняно з хірургічними методами [224]. За даними іншого когортного дослідження, в якому взяли участь понад 100000 пацієнток, що перенесли переривання вагітності в першому триместрі, виявили достовірно вищу частоту серйозних побічних реакцій протягом 42 днів після медикаментозного аборту (3,3 випадків на 1000 процедур проти 1,8 на 1000 після вакуум-аспірації; відносний ризик 1,9; 95% довірчий інтервал 1,4-2,4) [143].

Встановлено, що після штучного аборту відмічається значна кількість ранніх ускладнень – ендометрити (13,8%), кровотечі з повторними вишкрібаннями стінок порожнини матки (8,6%). Пізні ускладнення штучного аборту проявлялись у вигляді порушення менструального циклу (5,2%). Частота ускладнень після абортів ще висока: кожен шостий аборт призводить до ускладнень, кожен 20-й закінчується госпіталізацією з приводу різних ускладнень. Найчастіше один аборт зустрічався у жінок віком 20-34 роки, а два і більше – у віці 35 років і старших [217].

Важливою проблемою в медичній практиці є вивчення порушень психологічного стану жінок після переривання вагітності. І якщо в західних

літературних джерелах можна зустріти деякі дослідження щодо цього аспекту, то у вітчизняній науково-психологічній літературі такі дані відсутні.

В одному з американських підручників з діагностики The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III наводиться опис групи порушень, пов'язаних зі стресом після перенесення психологічної травми. На підставі перелічених там порушень у науковій літературі прийнято говорити, що одним зі згаданих стресів, що перевершує «звичайний людський досвід», є аборт – штучне переривання вагітності

Психоемоційні наслідки абортів відзначаються значною варіативністю та багатогранністю. Американська психологиня і сімейний терапевт Anne S. Speckhard вперше в 1985 році дала визначення та підтвердила поняття постабортного синдрому (ПАС) [24].

За даними Перепелюк Т. Д., для ПАС характерні три типи реакцій. Перший тип – моментальна реакція. Вона настає безпосередньо після травми або проявляється протягом року. Зв'язано це з тим, що жінка вже в перший рік не витримує напруги всередині себе і «зривається». Цей тип реакцій найбільш сприятливий для жінки, так як причини емоційного розладу виникають, що в значній мірі полегшує діагностику і терапію. Однак перший тип реакцій зустрічається надзвичайно рідко. До проявів другого типу реакцій належать хворобливі процеси, що протікають багато років, стають хронічними. Найчастіше посилюються в річницю зробленого абортів, в день народження дитини, що не народилася. Найбільша форма третього, повільного типу реакцій. Від п'яти до п'ятнадцяти років після абортів може не бути ніяких проявів. Багато жінок протягом усіх цих років навіть забували, що колись у своєму житті зробили аборт. І при усвідомленні того, що вони здійснили, у буквальному сенсі слова шокує їх, з'являються несподівані симптоми ПАС. Характер протікання ПАС залежить від багатьох факторів. Гострий він у жінок у період клімаксу, коли вона розуміє, що ніколи більше не зможе мати дітей. Інтенсивно протікає постабортний синдром у релігійних жінок, хоча вони легше піддаються терапії [20, 139, 163].

В той же час, Американська психіатрична асоціація (АРА) стверджує, що немає жодних доказів того, що у людей, які роблять аборт, розвивається певний психічний

розлад. Насправді все більше досліджень показують, що для більшості людей переривання вагітності не шкодить психічному здоров'ю [113].

Безперечно, пацієнтка, яка пережила переривання вагітності потребує комплексного підходу до корекції постабортного стану, важливим аспектом якого є адекватний менеджмент та психологічний супровід [182], особливо це стосується жінок в Україні під час війни, коли рівень стресу та постійного страху надзвичайно високий.

Таким чином, поширеність небезпечних абортів все ще велика в сучасному світі, а глобальне завдання і стратегія з їх ліквідації залишаються відкритими. Невтішна світова статистика щодо рівня ускладнень переривання вагітності у ранніх термінах та наслідків на репродуктивне здоров'я жінки диктує необхідність продовжувати дослідження в цьому напрямку для обґрунтування диференційованих підходів до безпечного менеджменту та реабілітаційних алгоритмів при перериванні вагітності із захистом усіх прав та свобод людини.

1.3 Сучасні підходи та методики збереження репродуктивного здоров'я жінок після абортів в ранніх термінах

Глобальна стратегія ВООЗ у сфері репродуктивного здоров'я, яка спрямована на прискорення прогресу на шляху досягнення міжнародних цілей розвитку, пріоритетним завданням визначає завдання з ліквідації небезпечних абортів.

Якісна допомога при абортах має бути доступною, своєчасною, наданою в умовах, де ресурси та практичні навички персоналу відповідають медичним потребам, та прийнятною, включаючи цінності та культуру окремих споживачів таких послуг. Якісна допомога при перериванні вагітності передбачає, що вона надається безпечно та мінімізує будь-які ризики та шкоду для пацієнта [27, 51, 53, 65].

Під час спілкування з жінкою, яка має небажану вагітність, медичні працівники повинні використовувати відповідну неосудливу та недирективну лексику, бажано з додатковими письмовими або онлайн-матеріалами, і повинні забезпечити

конфіденційні умови. Постачальники медичних послуг, яким не подобається консультування або надання послуги абортів, повинні негайно направити жінку до іншого лікаря/закладу або надати інформацію про те, де вона може отримати доступ до допомоги з приводу абортів [67].

Основним сучасним методом ведення пацієнтів після штучного аборту в ранньому терміні є використання оральних контрацептивів одразу після переривання, підібраних індивідуально з урахуванням анамнезу, історії хвороби пацієнтки до вагітності, наслідків після самої процедури, планів щодо найближчої бажаної вагітності [195].

У 2022 році використання контрацепції дозволило запобігти понад 141 мільйону незапланованих вагітностей, 29 мільйонів небезпечних абортів і майже 150 000 материнських смертей (Фонд ООН у галузі народонаселення [UNFPA], 2022) [126].

За даними доповіді UNFPA (Нью-Йорк, березень 2022р.) приблизно 257 мільйонів жінок репродуктивного віку у всьому світі виявляють бажання уникнути вагітності, проте не використовують сучасні безпечні методи контрацепції [201].

Підбір контрацептивів здійснюється на основі керівництва ВООЗ 2015 р. про категорії, що визначають безпечність і допомагають у виборі оптимального способу попередження небажаної вагітності для кожної конкретної жінки: від категорії, де відсутні протипоказання до застосування методу контрацепції до категорії, де метод абсолютно протипоказаний [26, 154].

Розширення та доступність до постабортної допомоги на первинному та вторинному рівнях призвело до значного збільшення добровільного використання контрацептивних засобів серед пацієнтів після переривання вагітності. Ключовими пунктами були підготовка клініцистів, видача настанов, забезпечення обладнанням та розширений доступ до методів контрацепції та залучення громадськості для поінформованості населення [45].

У 2012 році Лондонський саміт з питань планування сім'ї був проведений з метою встановлення глобальних цілей щодо покращення надання інформації та послуг щодо контрацепції та доступу до них. За останні п'ять років країни досягли

значного прогресу у покращенні доступу до послуг добровільного планування сім'ї. У 2016 році 300 мільйонів жінок і дівчат у 69 країнах з найнижчим рівнем доходу використовували сучасні засоби контрацепції. В результаті цього щороку попереджується понад 82 мільйони вагітностей, 25 мільйонів небезпечних абортів і 125000 материнських смертей [206].

За даними ретроспективного дослідження, яке було проведене у Центрі планування сім'ї м. Тренто в Італії, де одним із основних завдань є постабортний check-up та видача сертифікатів пацієнткам, які приходили на повторне обстеження, показало, що введена стратегія управління центру призвела до збільшення частки жінок, які повторно прийшли на перевірку після переривання вагітності у порівнянні з іншими центрами планування сім'ї [168]. З цього випливає, що постабортне обстеження та індивідуальний підхід до ведення таких пацієнток важливий і вкрай необхідний [172]. Саме з таким підходом в майбутньому дане питання потрібно вивчати та досліджувати.

За твердженнями Paula H Bednarek та інших авторів, фертильність у жінок після абортів швидко повертається, що робить консультування щодо контрацепції та забезпечення критичним компонентом догляду. Консультування щодо контрацепції для пацієнток після абортів включає перегляд попереднього використання контрацепції, їхніх контрацептивних уподобань (ефективності, зручності) та всіх методів контрацепції, щоб вони могли вибрати метод, який відповідає коротко- та довгостроковим потребам планування [66, 75, 89, 167].

За даними ретроспективного дослідження 2020р., відсоток жінок, які потребували повторного переривання вагітності протягом 24 місяців після попереднього, зростає залежно від обраного методу постабортної контрацепції, а саме: 0,8% у користувачів підшкірних контрацептивних імплантатів, 1,5% у внутрішньоматкових контрацептивних пристроїв, 2,8% у користувачів вагінального кільця та 5,8% у споживачів оральних контрацептивів ($p < 0,05$) [178]. Підхід до вибору методу післяабортної контрацепції повинен бути строго індивідуальним та прийнятним для конкретної пацієнтки [103, 116].

З найновіших рекомендацій Abortion care guideline executive summary 2022 року:

1. Для медикаментозного та хірургічного переривання вагітності у терміні <12 тижнів НЕ рекомендовано введення імуноглобуліну антирезус Rho(D).

2. Знеболення при хірургічному перериванні вагітності у терміні <14 тижнів: рекомендовано застосування парацервікального блоку; пропонується варіант комбінації парацервікального блоку та поверхневої медикаментозної седації за умови доступності останньої.

3. Менеджмент медикаментозного аборту: рекомендовано: використання комбінації режиму летрозолу плюс мізопростол (летрозол 10мг перорально щодня протягом 3-х днів, на 4-ий день продовжити мізопростол 800мг сублінгвально), як безпечну та ефективну опцію [27, 176].

Для хірургічного переривання вагітності у терміні <14 тижнів: рекомендована вакуумна аспірація; категорично НЕ рекомендується практика проведення дилатації та кюретажу, у тому числі «контроль» кюреткою.

Згідно з рекомендаціями щодо часу ініціації постабортної контрацепції: комбіновані гормональні контрацептиви, протизаплідні засоби, що містять тільки прогестерон та бар'єрні методи (презервативи, сперміциди, діафрагми, ковпачки), можуть бути розпочаті негайно (категорія МЕС 1 – без обмежень) після хірургічного або медикаментозного аборту у першому триместрі, а також після септичного аборту [66, 73, 89, 166, 167].

Внутрішньоматкові спіралі можна починати використовувати відразу після хірургічного або медикаментозного аборту в першому триместрі (категорія МЕС 1 – без обмежень), але не слід починати відразу після септичного аборту (категорія МЕС 4 – введення ВМС може істотно погіршити стан) [105, 122, 174, 179].

Якщо початок відкладено більше ніж на 5 днів, слід настійно рекомендувати резервну контрацепцію за допомогою бар'єрних методів [89].

Методи, що ґрунтуються на визначенні фертильності на основі симптомів, слід починати застосовувати після аборту з «обережністю» (необхідна спеціальна

консультація, щоб забезпечити правильне використання методу в цих обставинах). Використання календарних методів слід відкласти, поки стан не буде оцінено, альтернатива тимчасова і ненадійна [26, 155].

Дані мета-аналізу 2021 року з приводу ініціації системної гормональної контрацепції одразу після абортів свідчать про те, що ефективність проведення процедури переривання вагітності не відрізняється від такої ж, де відтерміновувалося використання більшості системних контрацептивних методів після медичного аборту першого триместру, окрім використання депо медроксипрогестерону, де дослідження показало збільшення тривалості цієї вагітності порівняно з відтермінованим початком, що підкреслює важливість надання інформації під час консультування щодо контрацепції. Кров'яністі виділення при негайному використанні гормональної контрацепції були мінімальними [50, 73, 171, 173].

Комбіновані оральні контрацептиви мають низку побічних дій та ризиків, які повинні детально обговорюватися з пацієнткою. Однак сучасні комбінації компонентів, дозування та різні режими застосування оральних контрацептивів не тільки звели до мінімуму побічні явища, а й навпаки мають багато позитивних ефектів на системи жіночого організму [6, 60].

Призначення гормональної терапії завжди потребує оцінки факторів ризику тромбозів [7, 12, 28]. Мета-аналіз, опублікований 2013р., підсумовує, що всі комбіновані оральні контрацептиви, включені в дослідження, асоціюються з підвищеним ризиком тромбозів [21, 62, 68, 76, 159, 213]. Величина впливу залежить від використання різних поколінь прогестинів та від дози етинілестрадіолу [33, 102]. Відносний ризик венозного тромбозу для комбінованих оральних контрацептивів з 30-35 мкг етинілестрадіолу та гестоденом, дезогестрелом, ципротерону ацетатом або дроспіреноном був однаковий, і приблизно на 50-80% вище, ніж для комбінованих оральних контрацептивів з левоноргестрелом. Величина впливу корелювала з дозою етинілестрадіолу, більш високі дози пов'язані з вищим ризиком тромбозу [28, 47, 91, 136, 157].

Сучасні комбіновані оральні контрацептиви мають ультранизькі дози етинілестрадіолу [83]. Низькодозовані і мікродозовані контрацептиви не відрізняються за протизаплідним та терапевтичним ефектами, але можуть мати відмінності та особливості побічних реакцій [35, 83, 156].

Для здорових жінок особливості дії етинілестрадіолу не мають клінічного значення, проте за наявності схильності до тих чи інших порушень, можлива поява побічних реакцій, що розрізняються за частотою у жінок, які приймають оральний контрацептив з 20 чи 30 мкг естрогенного компонента [82, 133, 192].

При менструально-асоційованій мігрені чи істинній менструальній мігрені прийом комбінованих оральних контрацептивів та естрогенної замісної терапії є одним із способів ефективної профілактики мігрені [63, 215].

Найбільш перспективними в цьому плані є мікродозовані комбіновані оральні контрацептиви в пролонгованому режимі з додатковим прийомом низької дози етинілестрадіолу замість плацебо і чисто гестагенні гормональні контрацептиви з дезогестрелом. Мета-аналіз, опублікований в квітні 2018р., показав, що дезогестрел 75мкг/день значно зменшив кількість нападів мігрені та тривалість її у днях. Спостерігались зменшення інтенсивності та тривалості приступів, зменшення використання анальгетиків та триптану, а також покращення якості життя, пов'язаної з головним болем [132, 219]. Комбіновані оральні контрацептиви абсолютно протипоказані при мігрені з аурою, можуть провокувати ішемію головного мозку [37, 149, 154].

Важливо розуміти, що використання контрацептивів впливає на ризики виникнення онкологічних захворювань, і ця інформація негативно сприймається пацієнтами [56]. Так, у дослідження Royal College, яке тривало протягом 44 років, дані якого опубліковані у 2017 році, було залучено 46022 жінок, половина з яких застосовували хоч раз в житті будь-який з КОК, інша половина його ніколи не використовувала. Вчені дійшли висновків, що постійне використання оральних контрацептивів пов'язане із достовірним зниженням ризику раку ендометрію, яєчників та прямої кишки протягом багатьох років після припинення прийому [41,

70, 92, 117, 161, 221]. За результатами, в розвинених країнах близько 400000 випадків раку ендометрія у віці до 75 років було попереджено за 50 років (1965-2014) за допомогою оральних контрацептивів, включаючи 200000 випадків за останнє десятиліття (2005-2014pp.) [61]. Ймовірно, ефект зниження ризику колоректального раку зберігається принаймні 35 років після припинення прийому оральних контрацептивів [74, 100]. Підвищений ризик раку молочної залози та раку шийки матки у пацієток, які використовували нещодавно або зараз КОК, пов'язаний з більшою частотою обстежень, аніж в звичайному житті без використання контрацептивів, та зникає протягом приблизно 5 років після припинення прийому без жодних ознак маніфестацій раку у пацієнтів з часом [40, 49, 94, 189, 217, 233]. Підвищений ризик раку легень спостерігався лише у тих користувачів, які курили на момент прийому оральних контрацептивів [55, 101, 220]. Ці результати є переконливими доказами того, що більшість жінок не наражаються на довгострокову шкоду від онкозахворювань, якщо вони вирішать використовувати оральні контрацептиви, достовірно, багато з них, будуть захищені [92, 121, 128, 142, 146, 158, 160].

Окрім вибору методу контрацепції обов'язковою в індивідуальній постабортній програмі повинна бути психологічна допомога жінці. За даними літератури, майже 20 відсотків жінок страждають від пов'язаних з перериванням вагітності довгострокових психологічних ускладнень, таких як тривожні розлади, депресія та посттравматичний стресовий розлад. Метою цього огляду є узагальнення можливостей підтримки пацієток. Крім управління гострою кризою, основні завдання психологічного втручання повинні також включати скринінг жінок з високим ризиком подальших психологічних проблем і повторних абортів, робота з підтримки подолання втрати, а також професійна психотерапевтична допомога в ускладнених випадках [98].

Дослідження показали, що між індукованим абортom та психічними розладами, такими як депресія, тривожний розлад, існує позитивний зв'язок. Таку кореляцію потрібно враховувати у випадку переривання вагітності та залучати суміжних спеціалістів для запобігання чи корекції подібного стану з метою покращити

ментальне здоров'я жінки [145, 162]. У той же час, в літературі є суперечливі дані з приводу впливу безпосередньо використання оральних контрацептивів, одні з яких стверджують, що немає зв'язку з підвищеним ризиком депресивних розладів [130, 188], інше ж британське популяційне когортне дослідження, опубліковане у 2023 році, де було включено 264557 жінок, зазначено, що використання КОК, особливо протягом перших 2 років, підвищує ризик депресії [123, 183]. Дослідження NHANES 2024 року говорить, що серед пацієнток, які на даний момент приймають КОК, менш поширені випадки депресії, ніж у пацієнток, які колись використовували КОК, це може бути пов'язано з дозуванням діючої речовини сучасних КОК [71, 88]. Врешті, мета-аналіз, опублікований 2024 року, стверджує про ознаки підвищеного ризику симптомів депресії у підлітків, у всіх інших випадках докази потенційного зв'язку між ризиком депресії та прийомом КОК непереконаливі [151]. Тому не шаблонність, а саме індивідуальний підхід у виборі контрацептиву має бути на першому місці.

Натомість, Американська психіатрична асоціація (АРА) стверджує, що немає жодних доказів того, що у людей, які роблять аборт, розвивається певний психічний розлад. Насправді все більше досліджень показують, що для більшості людей переривання вагітності не шкодить психічному здоров'ю [113].

Понад 50 років міжнародних психологічних досліджень показують, що аборт не пов'язаний із проблемами психічного здоров'я, але обмеження доступу до безпечних легальних абортів завдає шкоди. Деякі автори стверджують, що люди, яким відмовляють у абортах, мають гірше фізичне та психічне здоров'я, а також гірші економічні результати, ніж ті, хто намагається зробити аборт і робить його [177].

Отож, питання психологічного впливу залишається вкрай суперечливим та актуальним. Війна в Україні, інші конфлікти та кризи у всьому світі, як очікується, призведе до збільшення кількості непередбачуваних вагітностей, оскільки доступ до контрацепції порушується та збільшується сексуальне насильство [112]. Враховуючи умови, в яких вже третій рік живуть українські жінки, психологічна

допомога та супровід щодо переривання вагітності є невід'ємними, обов'язковими та повинні включатися в периабортну програму.

Актуальність проблеми пов'язана не тільки з її масштабами, але й з можливими негативними наслідками для репродуктивного здоров'я та несприятливим прогнозом для подальших вагітностей, особливо за умов неадекватного та агресивного менеджменту.

Резюме

Сучасний етап досліджень характеризується надзвичайною увагою до тактики ведення жінок, які звертаються за допомогою в медичні заклади для проведення абортів в ранніх термінах вагітності. Існують численні повідомлення про ефективність периабортного консультування жінок та індивідуального підходу до вибору методу переривання вагітності та постабортної контрацепції, що достовірно збільшує кількість жінок, які мають високий комплаєнс, повторно звертаються за допомогою, зменшує чисельність небезпечних абортів у популяції та соціально-економічні витрати на лікування ускладнень. Проте слід визнати, що дотепер статистика абортів досить висока, а доступність, прийнятність, якість та різноманітність контрацепції, надання якісної сексуальної, репродуктивної медичної допомоги та розповсюдження інформації про контрацепцію бажають кращого, особливо в країнах з низьким економічним розвитком. До цього часу в деяких регіонах існують перешкоди на законодавчому рівні щодо можливості рішення та проведення абортів жінкою. Так, з огляду на недостатність доказових даних щодо доцільності та ефективності всебічного підходу до периабортного консультування жінок, використання нових науково-обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, профілактики інфекційних ускладнень, очевидним є необхідність проведення більш поглиблених досліджень, що дозволять розробити індивідуальну програму реабілітації жінок після артифіційного аборту, обґрунтувати показання до тих чи інших обстежень та рекомендацій задля збереження репродуктивного здоров'я та втілення майбутніх репродуктивних планів.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн дослідження та характеристика клінічного матеріалу

Реалізація мети та завдань дослідження здійснювалася у межах трьох послідовних етапів. Перший етап був спрямований на встановлення зв'язку між артіфіційними абортами малих термінів вагітності в анамнезі та станом репродуктивної системи жінок, для чого проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз даних медичної документації 549 послідовно набраних жінок фертильного віку. 119 (21,7%) із цих 549 жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі склали дослідну групу, решта 430 (78,3%) респонденток без анамнестичного штучного переривання вагітності – групу порівняння. Аналіз даних підтвердив гіпотезу про зв'язок артіфіційних абортів з несприятливими наслідками майбутніх вагітностей і пологів.

На другому етапі проводилося обстеження 160 жінок, які планували переривання небажаної вагітності в ранньому терміні. Із них було сформовані дві основні групи по 40 вагітних. Жінки, яким було виконано медикаментозний аборт із використанням міфепристону в комбінації з мізопростолом, склали ІА групу, а пацієнтки з перериванням вагітності методом вакуум-аспірації – ІІА групу. Обидві групи брали участь у заходах, що були розроблені на основі даних ретроспективного когортного дослідження і мали на меті збереження репродуктивного здоров'я жінок. Крім того, було сформовано 2 групи контролю із 40 жінок із медикаментозним аборт(ом) (ІБ група) та 40 – після переривання вагітності методом вакуум-аспірації (ІІБ група), у яких ведення післяабортного періоду відбувалося за загальноприйнятими принципами та які відповідали респонденткам ІА та ІІА груп за основними параметрами. На цьому етапі вивчали стан вагінального біотопу, динаміку гормонального статусу, функціональний стан ендометрію та психоемоційний статус жінок у післяабортному періоді.

Заключним етапом дослідження була розробка, впровадження та оцінка

ефективності алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Усі етапи клінічного дослідження проводилися на базі кафедри репродуктивної та пренатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика під керівництвом д.мед.н., проф. Суханової А.А., клінічна база – КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини».

Дисертаційне дослідження було виконане відповідно до принципів Женевської декларації, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень, де їхнім об'єктом є людина (World Medical Association Declaration of Helsinki 1994, 2000, 2008), Міжнародним Кодексом медичної етики, Міжнародним керівництвом з етики біомедичних досліджень за участю людини, CIOMS (Женева, 1993 р.) та етичних і морально-правових вимог згідно наказу МОЗ України №690 від 23.09.2009р. «Про затвердження порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісію з питань етики» та №110 від 14.02.2012р. «Інформована добровільна згода пацієнта на обробку персональних даних».

Протокол даного дослідження отримав погодження Комісії з питань етики Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (протокол №15 від 21.12.2020р.). Усі жінки надали інформовану згоду на переривання вагітності та участь у дослідженні.

До ретроспективної когорти увійшли 549 послідовно набраних жінок фертильного віку (від 18 до 49 років).

Під час аналізу медичної документації з'ясовували: анамнез життя, місце проживання, сімейний статус, характер трудової діяльності, шкідливі звички, антропометричні дані. Також вивчалася репродуктивна функція: вік менархе; гінекологічний анамнез з особливою увагою до непліддя, невиношування; вивчався акушерський анамнез, включаючи інформацію про вагітність, пологи та їх особливості. Додатково вивчалися дані про наявність ранніх (протягом 10-30 днів

після абортів) та пізніх (через 1 місяць і більше після процедури) ускладнень артіфіційного переривання вагітності, інші анамнестичні відомості.

Штучні аборти, що були виявлені в анамнезі 119 (21,7%) із 549 жінок, було обрано як досліджуваний чинник (експозиційний фактор), із них: 54 жінок мали один або декілька медикаментозних абортів (група №1), 65 жінок – переривання вагітності методом вакуум-аспірації (група №2). Жінки без анамнестичного штучного переривання вагітності складали групу порівняння (n=430 осіб).

Первинною кінцевою точкою ретроспективного дослідження була частота успішних абортів, що визначалося як повне видалення вмісту матки без повторного хірургічного втручання та переривання поточної вагітності. При визначенні первинної кінцевої точки порівнювали скориговані та нескориговані показники частоти успішних абортів при застосуванні двох аналізованих методів, оскільки вибір останнього здійснювався згідно з бажанням жінки, через що існувала ймовірність спотворення показників за рахунок відмінностей вихідних характеристик. Тому було змодельовано ймовірність успіху абортів з використанням коефіцієнта схильності. Визначення цього показника дозволило оцінити, як ймовірність успішного абортів варіює в залежності від застосованого методу переривання вагітності та гестаційного терміну з урахуванням вихідних характеристик, які можуть вплинути на вибір методу. Вихідні показники включали: вік, індекс маси тіла (ІМТ), попередні аборти, викидні, пологи, термін гестації на момент проведення артіфіційного абортів.

Вторинними кінцевими точками були частота неефективності проведеного абортів, побічних ефектів у випадку медикаментозного абортів, ускладнень, вплив на перебіг майбутніх вагітностей та пологів.

Неефективність проведеного абортів визначалася як необхідність хірургічної евакуації вмісту матки або як вагітність, що триває, діагностована при подальшому візиті.

До аналізованих побічних ефектів застосованих для медикаментозного переривання вагітності препаратів належали нудота, блювання, біль у животі,

діарея, підвищення температури тіла, відчуття серцебиття, гіпотензія, брадикардія, тремор, судоми та ін.

Аналізу були піддані ранні та пізні ускладнення проведених артифіційних абортів. Ранні – це ті, що з'явилися протягом 10-30 днів після процедур або ускладнення, пов'язані з процесом абортів: перфорація матки, кровотеча під час втручання, тривала та/або масивна кровотеча після абортів, запальні захворювання органів малого тазу, сепсис, гематометра, тромбофлебіт, тромбоз, необхідність госпіталізації, переливання крові та внутрішньовенного введення антибіотиків. До пізніх ускладнень абортів, що виявлялися через 1 і більше місяців після абортів належали: порушення оваріо-менструального циклу (олігоменорея, мено- та метрорагії, аменорея), хронічне запалення матки та придатків, поліп плаценти, ендометріоз, безпліддя, позаматкова вагітність, ускладнення під час наступних вагітностей та пологів.

Результати, аналіз та висновки ретроспективного когортного дослідження представлено в розділі 3.

Наступний етап роботи полягав у з'ясуванні ефективності алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я жінок, що розроблена, виходячи з даних ретроспективного когортного дослідження. Для реалізації поставленого завдання здійснено контрольоване клінічне дослідження, впровадження якого відбувалося з грудня 2020 по січень 2022 року.

Критеріями залучення в дослідження були:

- 1) вік від 18 до 49 років,
- 2) позитивний аналіз сечі або сироватки крові на хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ),
- 3) наявність внутрішньоматкової вагітності при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні (УЗД),
- 4) бажання жінки перервати небажану вагітність шляхом вакуум-аспірації або медикаментозного методу,
- 5) термін гестації до 12 тижнів,

- 6) відсутність протипоказів до проведення процедури переривання вагітності,
- 7) згода пацієнта на штучне переривання вагітності обраним методом,
- 8) згода жінки на участь у дослідженні, на дотримання рекомендацій та графіку візитів.

До критеріїв незалучення були віднесені:

- 1) вік <18 та >49 років,
- 2) термін гестації >12 тижнів,
- 3) ознаки позаматкової вагітності при трансвагінальному УЗД,
- 4) психічні та когнітивні розлади, що унеможливають заповнення опитувальників;
- 5) відсутність згоди жінки на участь у дослідженні та/або згоди на штучне переривання вагітності.

Критеріям залучення в дослідження відповідали 160 жінок віком від 18 до 43 років (у середньому ($M \pm \sigma$) – $28,47 \pm 5,38$ років, медіана – 28,0 років, міжквартильний інтервал – 25,0-31,0 років).

Перед прийняттям рішення про вибір методу артіфіційного аборту всі учасниці дослідження були проінформовані про можливі відмінності побічних ефектів і результати залежно від обраного варіанту переривання вагітності.

Як було зазначено вище, для оцінки ефективності алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я всі учасниці проспективної частини дослідження були розділені на 4 групи: ІА та ІА (основні) групи – по 40 жінок після медикаментозного аборту або вакуум-аспірації, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася, ІБ та ІБ (контрольні) групи – по 40 жінок після медикаментозного аборту або вакуум-аспірації, у яких ведення післяабортного періоду відбувалося за загальноприйнятими принципами.

Всі пацієнтки, згідно умов залучення в дослідження, мали внутрішньоматкову вагітність. За даними гінекологічного дослідження та УЗД, терміни вагітності були від 2 до 12 тижнів гестації (у середньому ($M \pm \sigma$) – $7,13 \pm 2,39$ тижнів, медіана – 7,0 тижнів, міжквартильний інтервал – 6,0-8,0 тижнів).

Під час первинного огляду всі пацієнтки обстежені відповідно до чинного наказу МОЗ України №1401 «Медичний аборт (І триместр)» [114] (анамнез, клінічні ознаки, дані загального фізикального і гінекологічного обстеження для підтвердження наявності вагітності та визначення терміну гестації, лабораторні обстеження). У разі клінічної необхідності проводили УЗД органів малого тазу. За наявності екстрагенітальних захворювань обстеження пацієнток здійснювалося у межах вимог діючих стандартів охорони здоров'я.

Пацієнткам ІА та ІБ груп була проведена процедура медикаментозного переривання небажаної вагітності після підписання інформованої добровільної згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення. Для переривання вагітності використовували протоколи послідовного застосування міфепристону та мізопростолу: спочатку 200мг міфепристону перорально, після чого через 24-48 годин - мізопростол дозою 800мкг (4 таблетки по 200 мкг). Інтервал між прийомом міфепристону та мізопростолу становив щонайменше 24 години. Шляхи введення мізопростолу (сублінгвальний, трансбукальний, вагінальний) для медикаментозного абортів обиралися разом із пацієнткою. Для знеболення застосовували нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен) або ацетамінофен за показаннями.

Представниці ІА та ІБ груп переривання небажаної вагітності здійснено шляхом введення канюлі портативного пластикового шприца-аспіратора в порожнину матки та аспірації тканин в умовах загального знеболення.

Повторні комплексні обстеження проводилися через 1, 3 та 6 місяців після абортів.

Первинною кінцевою точкою проспективного клінічного дослідження була ефективність артіфіційного абортів в ранньому терміні, що визначалася часткою успішних переривань вагітності без хірургічного втручання (кюретажу порожнини матки або вакуумної аспірації) з будь-яких причин.

До вторинних кінцевих точок були віднесені:

- зміни гормонального спектру в післяабортному періоді,
- стан вагінального біотопу в післяабортному періоді,

- функціональний стан ендометрію після переривання вагітності в ранніх термінах,
- психоемоційний стан пацієнтки.

При розробці алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах та наступної програми збереження репродуктивного здоров'я жінок ставили такі вимоги: патогенетична обґрунтованість заходів, можливість впровадження, комплексність, простота, доступність, можливість проведення моніторингу та оцінки.

Запропоновані заходи жінкам ІА та ІІА груп, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася, включали насамперед виявлення та корекцію анемії та профілактику інфекційних ускладнень в доабортному періоді, що є основною вимогою оптимізації стану пацієнта перед будь-якими процедурами та хірургічними втручаннями.

Медикаментозна корекція анемії включала використання трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу внутрішньовенно, який здатний швидко відновлювати залізо в разі залізодефіцитних станів.

Прийом препарату призначали за схемою: 10 мл заліза гідроксид сахарозного комплексу (200 мг заліза) в 200 мл 0,9% розчину натрію хлорида внутрішньовенно до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза протягом 3 місяців.

Перед процедурою аборту здійснювали санацію піхви деквалінієм хлориду 10 мг вагінально, який має широку антимікробну активність проти багатьох грампозитивних та грамнегативних бактерій, грибків та найпростіших (*Trichomonas vaginalis*). Курс терапії складав 6 днів передабортного періоду. За показами у випадку наявності мікроорганізмів за даними бактеріоскопічних та/або бактеріологічних методів дослідження виділень із піхви або розвитку в пацієнтки ускладнень під час та після процедури переривання вагітності призначали антибіотикотерапію препаратом, дозою та тривалістю, які визначалися індивідуально, згідно наказу про профілактику інфекційних ускладнень.

Іншим компонентом медикаментозних заходів були комбіновані оральні контрацептиви, прийом котрих жінки ІА та ІІА груп розпочинали за відсутності протипоказань після дослідження рівнів гормонів першої та другої фаз менструального циклу (МЦ) та продовжували протягом щонайменше 12 місяців після переривання вагітності. Вибір препарату залежав від медичних критеріїв прийнятності для використання контрацептивів Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2015 та від наявної супутньої гінекологічної патології. Так, пацієнткам із овуляторним МЦ із недостатністю лютеїнової фази призначали препарат етинілестрадіолу 0,02 мг та гестодену 0,075 мг або етинілестрадіолу 0,03 мг та гестодену 0,075 мг; за наявності анормальних маткових кровотеч, порушень циклу – препарат дезогестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при гіперандрогенії – комбінацію хлормадинону ацетату 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при аденоміозі – поєднання дієногесту 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; жінкам без гінекологічної патології – препарат гестодену (мікронізованого) 0,06 мг і 0,015 мг етинілестрадіолу (мікронізованого).

До схеми також увійшов інфламафертин – препарат, який містить регуляторні пептиди, отримані з плаценти тканин великої рогатої худоби, для профілактики безпліддя на тлі можливих травматичних ушкоджень базального шару ендометрію, для профілактики безпліддя. Препарат має значну протизапальну та розсмоктувальну дію, зменшує інтенсивність деструктивних, інфільтративних та проліферативних процесів у вогнищі запалення. Крім того, інфламафертин стимулює функціональну здатність фагоцитів слизових оболонок і крові, посилює синтез протизапальних цитокінів, впливає на регуляторну активність субпопуляцій лімфоцитів.

Введення препарату рекомендувалося за схемою: 2мл (1ампула) інфламафертину внутрішньом'язово через день, курс – 10 ін'єкцій.

З метою нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на матку за відсутності протипоказань використовували діадинамотерапію – метод електролікування двома постійними імпульсними струмами напівсинусоїдальної форми частотою 50 і 100 Гц і низької напруги (апарат ДТ-50-3 «ТОНУС-1»).

Процедури призначали щоденно або через день. Тривалість курсу складала від 3 до 10 процедур.

Результати оцінки ефективності запропонованої програми викладено в розділі 4.

2.2. Методи дослідження

У межах клініко-лабораторного обстеження проводилося повне фізикальне дослідження з вимірюванням антропометричних показників, оцінкою життєво важливих функцій і гінекологічного обстеження для підтвердження наявності вагітності та визначення терміну гестації; лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, кров на сифіліс (РМП, РПГА, ІФА), аналіз крові на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування), біохімічний аналіз крові за показами, загальний аналіз сечі, група крові, резус-фактор у першовагітних пацієнток, визначення мікробіоценозу піхви (мазок на флору). У разі клінічної необхідності проводили УЗД органів малого тазу. За наявності екстрагенітальної патології обстеження жінок проводилося згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Зріст визначали за допомогою ростоміра в сантиметрах, масу тіла – в кілограмах із застосуванням медичних ваг. Для оцінки ступеня надлишкової маси тіла розраховували ІМТ за формулою Кетле – відношення маси тіла у кілограмах до квадрату зросту, виміряному в метрах:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2 \quad (2.1)$$

Інтерпретація отриманих результатів здійснювалася відповідно до рекомендацій ВООЗ. Додатково, у пацієнток визначали стадію ожиріння відповідно до стандартів Американської асоціації ендокринологів 2020 року [152]: ІМТ < 25 кг/м² оцінювали, як відсутність ожиріння, 25,0-29,9 кг/м² – надмірна маса тіла, 30,0-

34,9 кг/м² – ожиріння I ступеня, 35,0-39,9 кг/м² – ожиріння II ступеня тяжкості, більше 40,0 кг/м² – ожиріння III ступеня.

Під час повторних комплексних обстежень через 1 та 3 місяці після абортів досліджували психоемоційний стан та якість життя.

Для дослідження наявності та ступеня вираженості емоційних порушень застосовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Додаток А.1) [234]. Ця шкала складається з 2 частин по 7 питань з 4-ма варіантами відповіді: від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість ознаки). Респонденти обирають той варіант, який найбільше характеризує їхній стан протягом останніх 7 днів.

Тривожні розлади оцінюють непарні пункти шкали 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; (підшкала А – «тривога» (anxiety), депресивні – парні пункти парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 (підшкала D – «депресія» (depression). Оцінка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною підшкалою.

Результат оцінюється за сумою балів:

- 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
- 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Мікробіологічні дослідження виділень із піхви та цервікального каналу проводили до переривання вагітності, через 1 та 3 місяці післяабортного періоду. Взяття матеріалу здійснювали до мануального дослідження/УЗД за допомогою тампону Amies у пробірки з транспортним середовищем Amies. Для дослідження складу мікрофлори використанням наступні середовища: кров'яний агар, жовтково-сольовий агар, середовища Ендо, Сабуро, середовище MRS для лактобацил. Посіви здійснювали секторальним методом на щільні поживні середовища, що дозволяє визначити ступінь мікробного обсіменіння та виявити максимально можливий спектр аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори. Таксономічне положення мікроорганізмів визначали відповідно до «Визначника бактерій Берджі».

Ідентифікацію мікроорганізмів проводили за їхніми культуральними та морфологічними ознаками.

Матеріалом для цитологічних досліджень був зішкріб епітелія та виділень із піхви (бічне та заднє склепіння), цервікального каналу, уретри за допомогою зонду – ацелону. Біомаєріал наносили тонким шаром на відповідно промарковані частини предметного скла (v/c/u), фіксували та висушували.

Для оцінки стану репродуктивної системи протягом першого спонтанного менструального циклу після штучного переривання вагітності визначали рівні в крові гіпофізарних гормонів (лютеїнізуючого гормону – ЛГ, фолікулостимулюючого гормону – ФСГ) на 5-ий та 24-ий день МЦ, пролактину, яєчникових гормонів (естрадіолу Е2, прогестерону), тестостерону та кортизолу за допомогою імуноферментного аналізу з використанням стандартних наборів фірми «Хоффман Ла Рош» (Франція). Результати та вже наявний гінекологічний анамнез визначали наступний індивідуальний підбір та використання КОК для корекції порушень.

З метою підтвердження факту завершення абортів проводили огляд пацієнтки за допомогою УЗД на апараті «VOLUSON 730 EXPERT» трансвагінальним доступом з використанням датчика 8 МГц перед випискою зі стаціонару на 1-3 добу. При цьому оцінювали розміри матки, вміст порожнини матки на наявність залишків плацентарної тканини, частин плода, крові, товщину та однорідність ендометрію, ознаки можливих ускладнень. Для виявлення ранніх гемодинамічних порушень в матці дослідження доповнювали доплерометрією. Для контролю ефективності переривання вагітності дослідження повторювали на 14-ий день після процедури та на 20-24-ий день менструального циклу - для визначення товщини ендометрію.

Через 1 місяць після переривання вагітності для виявлення хронічного ендометриту проводили біопсію ендометрію внутрішньоматковим стерильним пайпелем JS на 7-10 день самостійного менструального циклу. Виконували гістологічне дослідження для визначення наявності запальних інфільтратів, які складаються з лімфоцитів та макрофагів, дистрофічно-атрофічних змін ендометрію, гіпертрофічних змін, що супроводжуються гіперплазією слизової оболонки. А також проводили імуногістохімічне дослідження біоптату ендометрію з дослідженням

плазматичних клітин в ендометрії з визначенням експресії синдекана-1 CD138 (кластер диференціації 138: мембранний білок, який використовують в якості імунологічного маркера плазматичних клітин, ступінь присутності яких корелює з наявністю і активністю запального процесу). Метод дозволяє достовірно діагностувати хронічний ендометрит, ступінь його вираженості оцінювали за кількістю позитивних клітин в полі зору: 0 клітин – норма, поодинокі клітини – слабо виражений, 2-3 – помірно виражений, більше 5 – виражений). Контроль проводили через 6 місяців.

2.3. Статистичні методи дослідження

Отримані клінічні результати статистично обробляли за допомогою використання електронних таблиць «Excel» та програмної системи «SPSS 20» (IBM, США), версія 20.0.0 для Windows. Зібрані під час дослідження кількісні анамнестичні, клінічні, лабораторні та інструментальні показники були проаналізовані методами варіаційної статистики.

При параметричному розподілі даних (після перевірки нормальності розподілу за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова) числові показники представлені у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення $\pm$ середнє квадратичне відхилення), при непараметричному розподілі – у вигляді $Me [Q25\%; Q75\%]$ (медіана, інтерквартильний розмах (25-й та 75-й процентилі)).

Порівняння параметричних даних здійснювали за допомогою двобічного t-критерія Стюдента (для 2-х незалежних вибірок) або методу ANOVA – для декількох груп; при розподілі даних, що суперечать закону нормального розподілу, – за допомогою критерія Вілкоксона для 2-х груп залежних сукупностей, U-критерій Манна-Уїтні для 2-х груп незалежних сукупностей або критерій Краскела-Уолліса – для декількох груп.

Якісні показники наведені у вигляді абсолютних величин та відсотків від загальної кількості спостережень. Аналіз цих даних проводився з використанням таблиць частот та критерію χ^2 -критерій (Пірсона). Співвідношення шансів (СШ)

визначали як відношення частот виникнення подій у порівнюваних групах. Для показників СШ обчислювали 95% довірчий інтервал (95% ДІ). Статистична значущість показника визначалася за відсутності в довірчому інтервалі значення СШ, рівного 1.

Граничним рівнем статистичної значущості приймали $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості).

Зв'язок між досліджуваними показниками оцінювали за допомогою кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнта кореляції Пірсона (r) або Спірмена (R) та визначенням його значущості за t -критерієм.

РОЗДІЛ 3

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПЕРЕНЕСЕНИХ ШТУЧНИХ АБОРТІВ В РАННІХ ТЕРМІНАХ НА СТАН ЖІНОЧОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. Характеристика соціально-демографічних даних, анамнезу та вихідний стан здоров'я у жінок загального масиву

Перший етап дослідження передбачав ретроспективний когортний аналіз даних 549 послідовно включених жінок фертильного віку протягом 2020-2022 років з метою встановлення зв'язку між проведенням артифіційних абортів в ранніх термінах та впливом на репродуктивне здоров'я. Наявність в анамнезі штучного(их) аборту(ів) була підтверджена в 119 випадках, що склало 21,7%. Жінки з перенесеним перериванням вагітності склали досліджувану групу. Група жінок без штучного абортів в анамнезі, що складалася з 430 осіб, була визначена, як група порівняння.

Для встановлення наявності відмінностей між групами проведено порівняльний аналіз соціально-демографічних, антропометричних показників, особливостей репродуктивної функції, соматичного, гінекологічного анамнезу з акцентом на безпліддя та невиношування, особливостей перебігу вагітностей, пологів та ін. Результати порівняльного аналізу подані нижче.

Клініко-демографічні характеристики жінок, включених до ретроспективного дослідження, представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Окремі клініко-демографічні характеристики жінок, включені у ретроспективне когортне дослідження (n=549)

Показник	Значення показника
Вік – роки	
$M \pm \sigma$	28,29 $\pm$ 5,64
M_e	27,0
$P_{25}-P_{75}$	(24,0-32,0)

Місце проживання – n (%)	
місто	79 (49,4%)
сільська місцевість	81 (54,6%)
Маса тіла – кг	
$M \pm \sigma$	77,43 $\pm$ 12,18
Me	74,0
$P_{25}-P_{75}$	(69,0-84,5)
Зріст – см	
$M \pm \sigma$	164,5 $\pm$ 6,71
Me	165,0
$P_{25}-P_{75}$	(161,0-168,0)
Індекс маси тіла – кг/м ²	
$M \pm \sigma$	28,64 $\pm$ 4,25
Me	28,34
$P_{25}-P_{75}$	(25,0-31,2)
Вагітність	
$M \pm \sigma$	2,09 $\pm$ 1,27
Me	2,0
$P_{25}-P_{75}$	(1,0-3,0)
Паритет	
$M \pm \sigma$	1,65 $\pm$ 1,05
Me	1,0
$P_{25}-P_{75}$	(1,0-2,0)

Примітка: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); медіана (Me) та інтерквартильний розмах ($P_{25}-P_{75}$).

З'ясовано, що жінки зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі мали статистично значуще більший вік – 29,63 $\pm$ 6,07 років, ніж особи групи порівняння – 27,92 $\pm$ 5,47 років ($p=0,003$). Розподіл за віком викладено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Віковий розподіл жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі та групи порівняння

Вікові категорії	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Всього група (n=549)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
<20 років	2 (1,7%)	21 (4,9%)	23 (4,2%)
20-29 років	70 (58,8%)	249 (57,9%)	319 (58,1%)
30-39 років	38 (31,9%)	154 (35,8%)	192 (35%)
>40 років	9 (7,6%)	6 (1,4%)	15 (2,7%)
Середній вік – M±σ, роки	27,92±5,47	29,63±6,07*	28,29±5,64

Примітки:

У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ);

* – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

За результатами дослідження встановлено, що 297 (54,1%) респондентки проживали в межах м. Київ, з них: 60 (50,4%) пацієнтки були із досліджуваної групи та 237 (55,1%) – із групи порівняння ($p=0,363$). Решта 252 (45,9%) жінок групи зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі проживали в сільській місцевості (59 (49,6%) з досліджуваної групи, 193 (44,9%) з контрольної групи).

Жінки обох груп не мали достовірних відмінностей щодо сімейного статусу, за результатами, 87 (73,1%) із досліджуваної групи та 309 (71,9%) з групи порівняння перебували в шлюбі ($p > 0,05$). Незаміжні респондентки становили 36 (30,3%) із досліджуваної групи та 121 (28,1%) – з групи порівняння відповідно. Під час порівняння середніх значень показників антропометричних даних не виявлено значущих відмінностей ($p > 0,05$) (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Антропометричні показники жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі та групи порівняння

Показник	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Всього група (n=549)
	M±σ,	M±σ,	M±σ,
Маса тіла, кг	78,46±12,38	76,57±10,58	77,43±12,18
Зріст, см	165,7±6,1	162,9±6,91	164,5±6,71
ІМТ, кг/м ²	28,61±4,41	28,75±3,6	28,64±4,25

Обидві групи були співставимі за даними соматичного анамнезу ($p > 0,05$).

Серед патологій гінекологічного анамнезу переважали: порушення оваріо-менструального циклу, безпліддя, кольпіт, аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрію, та функціональні кісти яєчників (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Відмінності груп за частотою гінекологічних патологій

Показник	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Співвідношення шансів та довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Безпліддя	38 (8,9%)	19 (16%)*	1,96 [1,08-3,55]
Порушення оваріо-менструального циклу	38 (8,8%)	13 (10,9%)	1,27 [0,65-2,24]
Кольпіт	26 (6,0%)	18 (15,1%)*	2,77 [1,46-5,25]
Аномальні маткові кровотечі	23 (5,3%)	9 (7,6%)	1,45 [0,65-3,22]
Дисплазія шийки	18 (4,2%)	16 (13,4%)*	3,56 [1,75-7,21]

матки			
Сальпінгоофорит	17 (3,9%)	13 (10,9%)*	2,98 [1,4-6,33]
Пухлиноподібні утворення яєчників	16 (3,7%)	4 (3,4%)	0,9 [0,3-2,74]
Ендометріоз	9 (2,1%)	2 (1,7%)	0,8 [0,17-3,75]
Синдром полікістозних яєчників	8 (1,9%)	4 (3,4%)	1,84 [0,54-6,2]
Звичне невиношування	6 (1,4%)	6 (5,0%)*	3,75 [1,19-11,85]
Лейоміома матки	5 (1,2%)	2 (1,7%)	1,45 [0,28-7,58]
Запальні захворювання матки	4 (0,9%)	11 (9,2%)*	10,85 [3,39-34,73]

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Як видно з таблиці 3.4, ризик безпліддя у жінок з абортom (ами) в анамнезі в 1,96 рази вищий ($p = 0,024$) порівняно з жінками без анамнестичного переривання вагітності в ранніх термінах. Це свідчить про вагомую роль даного показника у структурі порушень репродуктивного здоров'я.

При порівнянні даних гінекологічного анамнезу встановлено, що в досліджуваній групі жінок частіше зустрічалися сальпінгоофорит (СШ 2,98; 95% ДІ [1,4-6,33], $p = 0,003$). Запальні захворювання матки в основній групі виявлено в 10,85 рази більше, ніж в групі порівняння ($p < 0,001$).

Звертає на себе увагу достовірно вищий показник частоти кольпітів у досліджуваній групі 15,1% проти 6% (СШ 2,77; 95% ДІ [1,46-5,25], $p = 0,001$) у групі порівняння. Також в групі жінок з абортom (ами) в анамнезі достовірно частіше зустрічалися дисплазії епітелію шийки матки 13,4% проти 4,2% (СШ 3,56; 95% ДІ [1,75-7,21], $p < 0,001$).

Особливої уваги заслуговує частота звичного невиношування вагітності, яка статистично вища у 3,75 рази в групі жінок з перериванням вагітності в анамнезі, ніж в групі жінок без (СШ 3,75; 95% ДІ [1,19-11,85], $p=0,016$).

Під час аналізу репродуктивної функції з'ясовано, що середній вік менархе не мав значущих відмінностей в жінок дослідної групи та групи порівняння, а саме $13,73 \pm 1,09$ років та $13,57 \pm 0,88$ років відповідно.

Таблиця 3.5

Вік менархе в жінок зі штучним(и) аборт(ами) в анамнезі та групи порівняння

Вік менархе	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Всього група (n=549)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
11 років	5 (4,2%)	8 (1,9%)	13 (2,4%)
12 років	4 (3,4%)	12 (2,8%)	16 (2,9%)
13 років	49 (41,2%)	214 (49,8%)	263 (47,9%)
14 років	21 (17,6%)	118 (27,4%)	139 (25,3%)
15 років	40 (33,6%)	78 (18,1%)	118 (21,5%)
Середній вік менархе – $M \pm \sigma$, роки	$13,57 \pm 0,88$	$13,73 \pm 1,09$	$28,29 \pm 5,64$

Примітки:

У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ);

* – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Проведено дослідження даних акушерського анамнезу з метою оцінки впливу перенесених абортів на перебіг вагітностей і пологів. На підставі інформації, наданої респондентками, було встановлено наявність значущих розбіжностей в середній кількості вагітностей: в досліджуваній групі жінок було в

1,5 раза більша, ніж у групі порівняння ($2,88 \pm 1,32$ проти $1,87 \pm 1,16$ відповідно, $p < 0,001$) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Відмінності між групами за особливостями акушерського анамнезу

Показник	Група порівняння (n=430)	Досліджувана група (n=119)	Співвідношення шансів та довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Вагітність	$1,87 \pm 1,16$	$2,88 \pm 1,32^*$	-
Мимовільні викидні:			
у ранньому терміні	6 (1,4%)	7 (5,9%)*	3,48 [1,15-10,57]
у пізньому терміні	16 (3,7%)	1 (0,8%)	0,17 [0,23-1,31]
Паритет >2	78 (18,1%)	24 (20,2%)	1,14 [0,68-1,9]
Плацентарні ускладнення	109 (25,3%)	42 (35,3%)*	1,61 [1,04-2,48]
Загроза переривання вагітності	14 (3,3%)	16 (13,4%)*	4,62 [2,18-9,76]
Загроза передчасних пологів	70 (16,3%)	21 (17,6%)	1,1 [0,64-1,88]
Передчасний розрив плодових оболонок	57 (13,3%)	22 (18,5%)	0,86 [0,86-2,55]
Передчасні пологи	19 (4,4%)	11 (9,2%)*	2,2 [1,02-4,77]
Вагінальна кровотеча	14 (3,3%)	4 (3,4%)	1,03 [0,33-3,2]
Вагінальне оперативне розродження	8 (1,9%)	6 (5,0%)	2,2 [0,75-6,49]
Абдомінальне	74 (17,2%)	30 (25,2%)*	1,62 [1,03-2,63]

оперативне розродження			
---------------------------	--	--	--

Примітки: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

У досліджуваній групі жінок також частіше зустрічалися мимовільні викидні у ранньому терміні (СШ 3,48; 95% ДІ [1,15-10,57], $p=0,02$), загроза переривання вагітності (СШ 4,62; 95% ДІ [2,18-9,76], $p < 0,001$), передчасні пологи (СШ 2,2; 95% ДІ [1,02-4,77], $p=0,040$), абдомінальне оперативне розродження (СШ 1,62; 95% ДІ [1,03-2,63], $p=0,048$). Частота плацентарних ускладнень загалом (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, різні варіанти аномальної плацентації) була значуще вищою в досліджуваній групі, ніж у контрольній (35,3% проти 25,3% відповідно (СШ 1,61; 95% ДІ [1,04-2,48], $p=0,032$) (див. табл. 3.6).

3.2. Клінічна ефективність та безпечність сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах.

Для встановлення відмінностей клінічної ефективності та безпечності сучасних методів проведення раннього аборту виконано підгруповий аналіз ранніх і пізніх ускладнень в залежності від обраного методу переривання вагітності. Ранні ускладнення – це ті, що з'явилися протягом 10-30 днів після процедур або ускладнення, пов'язані з процедурою аборту: перфорація матки, кровотеча під час втручання, тривала та/або масивна кровотеча після аборту, запальні захворювання органів малого тазу, сепсис, гематометра, тромбофлебіт, тромбоз, необхідність госпіталізації, переливання крові та внутрішньовенного введення антибіотиків. Пізні ускладнення аборту, що виявлялися через 1 і більше місяців після, включали: порушення оваріо-менструального циклу (олігоменорея, мено- та метрорагії, аменорея), хронічне запалення матки та придатків, поліп плаценти, ендометріоз, безпліддя, позаматкова вагітність, ускладнення під час наступних вагітностей та

пологів. Для цього з 549 послідовно набраних для дослідження жінок фертильного віку протягом 2020-2022 років виділили 119 пацієнток зі штучними абортами в анамнезі та розділили на дві групи: I групу - 54 жінки із медикаментозним абортom із використанням міфепристону та мізопростолу та II групу - 65 жінок після переривання вагітності методом вакуум-аспірації. Групу порівняння склали 430 жінок без анамнестичного штучного переривання вагітності.

Досліджено клініко-демографічні характеристики у досліджуваних групах: середній вік жінок, включених у дослідження, склав $29,63 \pm 6,07$ років ($30,43 \pm 6,24$ та $28,97 \pm 5,89$ років у I та II групах відповідно, $p > 0,05$). Показники місця проживання, сімейного статусу, результатів антропометричного дослідження серед жінок обох груп не мали достовірних відмінностей. Але пацієнтки II групи мали статистично значуще більший термін гестації на момент артифіційного аборту $8,58 \pm 3,73$ проти $7,37 \pm 2,28$ ($p = 0,041$) та більшу кількість вагітностей і пологів ($p < 0,001$) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Клініко-демографічні показники жінок у досліджуваних групах

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)
Вік, роки	$30,43 \pm 6,24$	$28,97 \pm 5,89$
Проживання в сільській місцевості, абс. (%)	28 (51,9%)	31 (47,7%)
Шлюб, абс. (%)	36 (66,7%)	51 (78,5%)
Вагітність	2,0 [1-3]	3,0 [3-4]*
Паритет	0 [0-1]	2,0 [0-3]*
Термін гестації на момент проведення артифіційного аборту, тиж.	$7,37 \pm 2,28$	$8,58 \pm 3,73^*$
Вагітність, яка переривалася		
1	20 (37%)	8 (12,3%)*
≥ 2	32 (63%)	57 (87,7%)*
Вага, кг	$73,27 \pm 10,24$	$73,83 \pm 10,92$
Індекс маси тіла, $\text{кг}/\text{м}^2$	$28,78 \pm 3,76$	$28,72 \pm 3,48$

Примітки: * - рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками іншої групи $p < 0,05$.

Наведені в таблиці 3.7 дані демонструють, що достовірно більша кількість жінок (37%) в I групі переривала першу вагітність, ніж у II групі – 12,3% (СШ 4,19; 95% ДІ [1,67-10,55], $p = 0,002$).

З'ясовано, що успішність медикаментозного аборту в досліджуваній когорті пацієнток склала 90,7%, вакуум-аспірація – 98,5% ($p > 0,05$).

За результатами аналізу ранніх ускладнень переривання вагітності в ранніх термінах виявлено, що в I групі були пов'язані з застосуванням препаратів для медикаментозного аборту ускладнення: у 19 жінок (35,2%) - нудота, блювання. Також в I групі серед інших ранніх ускладнень було констатовано 5 (9,3%) випадків прогресуючої вагітності у термінах 6-8 тижнів протягом 7-10 днів після медикаментозного аборту, які потребували вакуум-аспірації або кюретажу порожнини матки в умовах гінекологічного стаціонару. З медичної документації у жінок I групи було виявлено 8 (14,8%) випадків затримки елементів плодового яйця у порожнині матки протягом 1-2 тижнів індукованого аборту. У цих жінок повна евакуація елементів плідного яйця була досягнута або шляхом повторного призначення мізопростолу – у 6 (11,1%) випадках, проведенням вакуум-аспірації у 2 (3,7%) жінок, або. В 1 (1,9%) респондентки I групи мала місце на тлі неповного аборту кровотеча (рис. 3.1).

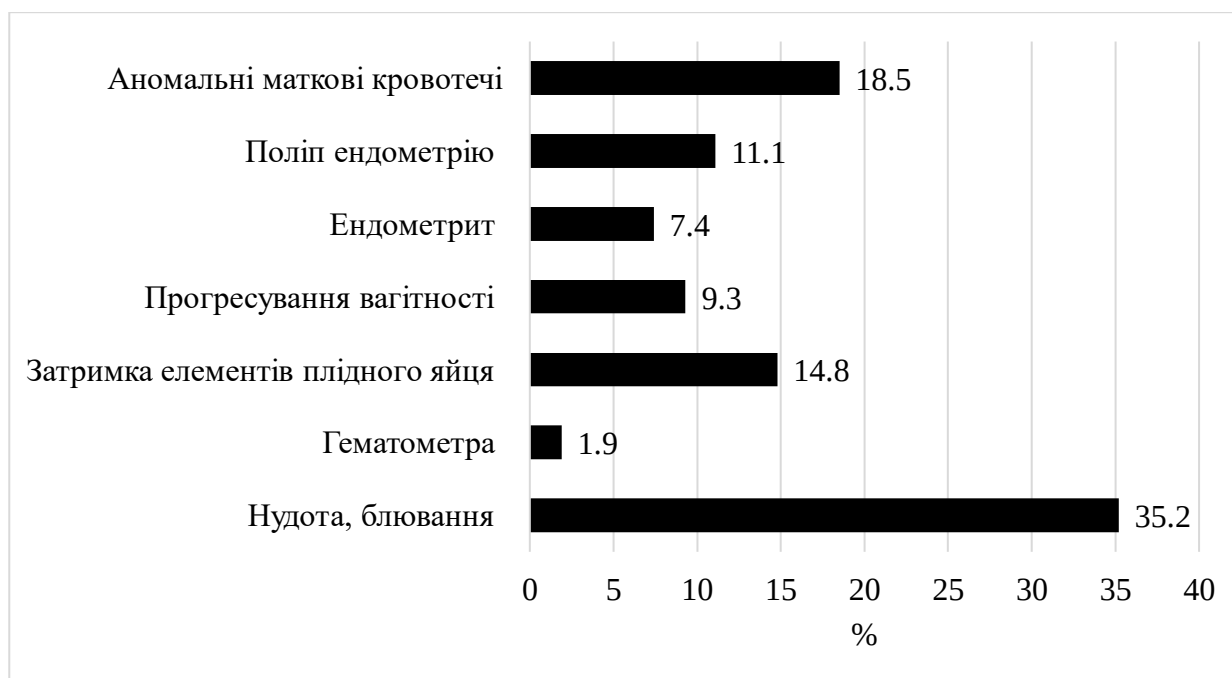


Рис. 3.1. Ранні післяабортні ускладнення в пацієнток I (n=54) групи.

Загалом, в I групі жінок ранні ускладнення зустрічалися частіше, ніж у II групі, що обумовлено більшою частотою затримки частин плідного яйця – 8 (14,8%) проти 2 (3,1%) відповідно (СШ 5,48; 95% ДІ [1,11-27,01], $p=0,022$), а також схильністю до більшої частоти прогресування вагітності – 5 (9,3%) проти 1 (1,5%) відповідно (СШ 6,53; 95% ДІ [0,74-57,71], $p=0,055$). Частота гематометри в групах достовірно не відрізнялася (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Відмінності груп за частотою післяабортних ускладнень

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)	Співвідношення шансів та довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Гематометра	1 (1,9%)	1 (1,5%)	1,21 [0,07-19,77]
Затримка елементів плідного яйця	8 (14,8%)	2 (3,1%)*	5,48 [1,11-27,01]
Прогресування вагітності	5 (9,3%)	1 (1,5%)	6,53 [0,74-57,71]

Ендометрит	4 (7,4%)	15 (23,1%)*	0,27 [0,08-0,86]
Поліп ендометрію	6 (11,1%)	1 (1,5%)*	8,0 [1,1-68,66]
Аномальні маткові кровотечі	10 (18,5%)	3 (4,6%)*	4,7 [1,22-18,06]

Примітки: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Як видно з таблиці 3.8, достовірно рідше у 4 (7,4%) жінок I групи зустрічалося таке пізнє ускладнення медикаментозного аборт, як ендометрит, ніж у жінок II групи – 15 (23,1%), СШ 0,27; 95% ДІ [0,08-0,86], $p=0,02$. В свою чергу, аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрію, поліпами ендометрію, та функціональні кисти яєчників достовірно частіше зустрічалися в жінок I групи - 6 (11,1%) та 10 (18,5%) проти 1 (1,5%) та 3 (4,6%) в II групі відповідно (СШ 8,0; 95% ДІ [1,1-68,66], $p=0,027$ та СШ 4,7; 95% ДІ [1,22-18,06], $p=0,016$), що стало причиною звернення по допомогу в медичні заклади.

Було проаналізовано особливості перебігу вагітності та пологів після перенесеного аборт. Мимовільні викидні в ранньому та пізньому термінах серед жінок I групи були в 3 (5,6%) та 1 (1,9%) випадках відповідно, позаматкова вагітність - у 9 (16,7%), загроза передчасних пологів - у 12 (22,2%), передчасний розрив плодових оболонок - у 13 (24,1%), що не мало достовірних відмінностей від наслідків вакуум-аспірації (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

Відмінності між групами за особливостями перебігу вагітностей та пологів після перенесеного аборт

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)	Співвідношення шансів та довірчий інтервал (95%)
	абс. (%)	абс. (%)	
Мимовільні викидні:			

у ранньому терміні	3 (5,6%)	4 (6,2%)	0,9 [0,19-4,19]
у пізньому терміні	1 (1,9%)	0	-
Позаматкова вагітність	9 (16,7%)	11 (16,9%)	0,9 [0,37-2,58]
Плацентарні ускладнення	11 (20,4%)	31 (47,7%)*	0,28 [0,12-0,64]
Загроза переривання вагітності	3 (5,6%)	13 (20,0%)*	0,24 [0,06-0,88]
Загроза передчасних пологів	12 (22,2%)	9 (13,8%)	1,78 [0,69-4,61]
Передчасний розрив плодових оболонок	13 (24,1%)	9 (13,8%)	1,97 [0,77-5,05]
Передчасні пологи	7 (13,0%)	4 (6,2%)	2,81 [0,77-10,25]
Вагінальна кровотеча	3 (5,6%)	1 (1,5%)	4,57 [0,46-45,43]
Вагінальне оперативне розродження	1 (1,9%)	5 (7,7%)	0,27 [0,03-2,42]
Абдомінальне оперативне розродження	8 (14,8%)	22 (33,8%)*	0,34 [0,14-0,84]

Примітки: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Наведені дані в таблиці 3.9 демонструють, що частота плацентарних ускладнень та загрози переривання вагітності в I групі складає 11 (20,4%) та 3 (5,6%) випадки відповідно, що в 2,3 та 3,6 разів рідше, ніж у жінок II групи (СШ 0,28; 95% ДІ [0,12-0,64], $p=0,002$ та СШ 0,24; 95% ДІ [0,06-0,88], $p=0,021$). Частота абдомінального оперативного розродження також була значущо меншою в 2,2 рази

в I групі - 8 (14,8%) у порівнянні з 22 (33,8%) у II групі (СШ 0,34; 95% ДІ [0,14-0,84], $p=0,017$).

3.3. Прогнозування успішності та можливих ускладнень переривання вагітності залежно від обраного методу

Аналіз медичної документації виявив дані про наявність ранніх (протягом 10-30 днів після абортів) та пізніх (через 1 місяць і більше після процедури) ускладнень артіфіційного аборту, та інші анамнестичні характеристики.

Досліджуваним чинником (експозиційним фактором) обрано штучні абортів, що були виявлені в анамнезі у 119 (21,7%) із 549 жінок, з них: 54 жінки мали один або декілька медикаментозних переривань із використанням міфепристону в комбінації з мізопростолом і склали групу №1, 65 жінок – методом вакуум-аспірації (група №2).

Частота успішних абортів стала первинною кінцевою точкою визначалося, як повне видалення вмісту матки без потреби повторного хірургічного втручання та переривання поточної вагітності. При визначенні первинної кінцевої точки порівнювали скориговані та нескориговані показники частоти успішних абортів при застосуванні двох досліджуваних методів, так як вибір останнього здійснювався за бажанням жінки, через що існувала ймовірність спотворення показників через відмінності вихідних характеристик. Тому було змодельовано ймовірність успіху аборту з використанням коефіцієнта схильності. Визначення цього показника дозволило оцінити, як ймовірність успішного аборту варіює в залежності від застосованого методу переривання та терміну вагітності з урахуванням вихідних характеристик, які можуть вплинути на вибір методу. Вихідні показники включали: вік, індекс маси тіла (ІМТ), попередні абортів, викидні, пологи, термін гестації на момент проведення артіфіційного аборту.

Частота неефективності проведеного переривання, побічних ефектів у випадку медикаментозного аборту, ускладнень, вплив на перебіг майбутніх вагітностей та пологів стали вторинними кінцевими точками.

Неефективним проведений аборт визначався в разі необхідності хірургічної евакуації вмісту матки або як вагітність, що триває, діагностованої при наступному візиті.

До аналізованих побічних ефектів, застосованих для медикаментозного переривання вагітності препаратів, належали нудота, блювання, біль у животі, діарея, підвищення температури тіла, відчуття серцебиття, гіпотензія, брадикардія, тремор, судоми та ін.

З метою виявлення вірогідних факторів ризику розвитку хронічного ендометриту після штучного аборту була розроблена анкета обстеження жінок, яка включала основні анамнестичні дані про особливості стану здоров'я до та під час вагітності, умови праці та проживання, соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез, дані клінічного, лабораторного та ультразвукового обстеження. Через 6 місяців після переривання вагітності всім пацієнткам проводили пайпель-біопсію ендометрію на 7-10 день менструального циклу. Виконували гістологічне дослідження для визначення наявності запальних інфільтратів, дистрофічно-атрофічних змін ендометрію, гіпертрофічних змін. А також проводили імуногістохімічне дослідження біоптату ендометрію з дослідженням CD138 для констатації діагнозу хронічного ендометриту.

Для виявлення незалежних факторів ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах був проведений логістичний регресійний аналіз, який включав 119 жінок фертильного віку від 18 до 45 років (в середньому - $29,63 \pm 5,75$ років), які зверталися до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини для штучного переривання вагітності в ранніх термінах.

19 жінок, у яких після артіфіційного аборту розвинувся хронічний ендометрит, підтверджений результатом імуногістохімічного дослідження мікробіоптату ендометрію, склали I групу, контрольна II група включала 100 жінок із нормальним неускладненим перебігом післяабортного періоду.

За результатами дослідження, жінки I групи мали статистично значуще більший вік - $33,05 \pm 5,64$ років, ніж особи II групи - $28,99 \pm 5,57$ років ($p=0,004$).

При порівнянні антропометричних даних звертає на себе увагу достовірно більша частота ожиріння у жінок I групи (31,6% проти 10% в II групі, СШ: 4,15; 95% ДІ: [1,29-13,35], $p=0,011$), при цьому у жінок I та II групи індекс маси тіла (ІМТ) становив у середньому $30,69 \pm 3,83$ кг/м² та $27,29 \pm 3,26$ кг/м² відповідно ($p<0,001$).

Жінки обох груп не мали достовірних відмінностей за частотою супутніх екстрагенітальних захворювань, за виключенням більшої схильності I групи до анемії - 8 (42,1%) проти 18 (18%) у II групі відповідно; СШ: 3,31, 95% ДІ 3,31 [1,17-9,41], $p=0,019$.

З'ясовано, що пацієнтки I групи мали достовірно більшу кількість вагітностей в анамнезі (в середньому - $3,53 \pm 1,12$ проти $2,76 \pm 1,33$ у жінок II групи, $p=0,02$) та частоту оперативних вагінальних пологів - 15,8% та 3% відповідно (СШ: 6,06; 95% ДІ: [1,12-32,7], $p=0,02$). Спостерігалася тенденція до статистичної достовірності в частоті оперативного абдомінального розродження у жінок I групи – 42,1% проти 22% в II групі (СШ: 2,58; 95% ДІ: [0,92-7,2], $p=0,064$).

Особливої уваги заслуговує, згідно з даними гінекологічного анамнезу, статистично значуще частіше діагностований у доабортному періоді кольпіт в I групі - 36,8% проти 10% в II групі (СШ: 5,25; 95% ДІ: [1,68-16,39], $p=0,002$), наявність попередніх артифіційних абортів - 47,4% проти 22% в II групі (СШ: 3,19; 95% ДІ: [1,15-8,82], $p=0,021$) та III-IV ступінь чистоти вагінального вмісту на момент проведення артифіційного аборту - 26,3% проти 7% у II групі (СШ: 4,75; 95% ДІ: [1,32-17,03], $p=0,01$).

При порівнянні особливостей проведення поточного артифіційного аборту встановлено, що в I групі у переважної більшості жінок застосованим методом переривання вагітності була вакуум-аспірація - 78,9% проти 21,1% медикаментозного аборту, а в II групі – 50% та 50% відповідно (СШ: 3,75, ДІ [1,16-12,09], $p=0,02$). Обидві групи були співставимі по терміну переривання вагітності: в I групі було виконано в пізніших термінах вагітності, ніж у II групі ($10,36 \pm 2,71$ проти $7,25 \pm 2,9$ тижнів відповідно ($p<0,001$)). Також з'ясовано, що наявність частота ускладнень у вигляді залишків плідного яйця була статистично значущо вищою в I групі - 31,6% проти 4% в II групі (СШ: 11,08; 95% ДІ [2,76-44,53], $p<0,001$).

Зведені результати проведеного уніваріантного логістичного регресійного аналізу наведені в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Результати уніваріантного логістичного регресійного аналізу

Показник	I група (n=19)	II група (n=100)	СШ [95% ДІ]
Вік, роки	33,05±5,64	28,99±5,57**	-
ІМТ, кг/м ²	30,69±3,83	27,29±3,26**	-
Ожиріння, п (%)	6 (31,6%)	10 (10%)**	4,15 [1,29- 13,35]
Анемія, п (%)	8 (42,1%)	18 (18%)**	3,31 [1,17- 9,41]
Кількість вагітностей	3,53±1,12	2,76±1,33*	-
Оперативні вагінальні пологи, п (%)	3 (15,8%)	3 (3%)*	6,06 [1,12- 32,7]
Кесарів розтин, п (%)	8 (42,1%)	22 (22%)	2,58 [0,92- 7,2]
Попередній(і) аборт(и), п (%)	9 (47,4%)	22 (22%)*	3,19 [1,15- 8,82]
Кольпіт, п (%)	7 (36,8%)	10 (10%)**	5,25 [1,68- 16,39]
III-IV ступінь чистоти вагінального вмісту, п (%)	5 (26,3%)	7 (7%)*	4,75 [1,32- 17,03]
Переривання поточної вагітності шляхом вакуум-аспірації	15 (78,9%)	50 (50%)*	3,75 [1,16- 12,09]
Термін переривання поточної вагітності, тижні	10,36±2,71	7,25±2,9**	-
Затримка елементів плідного яйця після переривання поточної	6 (31,6%)	4 (4%)**	11,08 [2,76- 44,53]

вагітності			
------------	--	--	--

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$; ** – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,01$.

Таблиця 3.11

Результати мультиваріантного логістичного регресійного аналізу

Показник	Співвідношення шансів (СШ) та довірчий інтервал (ДІ) (95%)
Вік ≥ 30 років	17,75 [2,64-119,3]
Ожиріння	26,33 [2,1-330,1]
Анемія	18,63 [2,64-131,4]
Попередній аборт(и)	14,07 [2,08-95,2]
III-IV ступінь чистоти вагінального вмісту	70,1 [6,72-731,3]
Переривання поточної вагітності в термін > 9 тижнів	5,2 [1,16-23,19]
Затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності	18,07 [1,22-267,6]

Дані таблиці 3.11 свідчать, що досліджувані групи достовірно відрізнялися по кількості вагітностей і внутрішньоматкових маніпуляцій. Так, у порівнянні з жінками, які мали фізіологічний перебіг післяабортного періоду, ризик хронічного ендометриту збільшувався за наявності в анамнезі попередніх артифіційних абортів в 3,19 рази ($p=0,021$), оперативних вагінальні пологів - в 6,06 разів ($p=0,02$), кесаревого розтину - в 2,58 рази ($p=0,064$), а також переривання поточної вагітності шляхом вакуум-аспірації – в 3,75 рази ($p=0,02$), особливо в терміні гестації > 9 тижнів ($p < 0,001$).

Важливе значення у виникненні хронічного післяабортного ендометриту мають ускладнення даного втручання. З'ясовано, що затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності частіше зустрічалися в групі жінок із

післяабортним ендометритом (СШ: 11,08; 95% ДІ [2,76-44,53], $p < 0,001$). Його констатація на тлі залишків плацентарної тканини після артіфікаційного абортусягає 25,8%, мимовільного абортус - 28,3% [87].

Особливої уваги заслуговує, встановлення зв'язку між захворюваністю хронічним ендометритом та наявністю анемії, на що вказують результати мультіваріантного логістичного регресійного аналізу. У порівнянні з пацієнтками з фізіологічним перебігом післяабортного періоду, жінки з ендометритом мали значно вищу частоту анемії (СШ: 3,31, 95% ДІ 3,31 [1,17-9,41], $p = 0,019$).

Резюме

Встановлено переважання частоти непліддя, дисплазії шийки матки, сальпінгоофориту, запальних захворювань матки, звичного невиношування вагітності серед пацієнток з артіфіційними абортами в анамнезі.

З'ясовано, що жінки, які перенесли медикаментозний аборт в ранніх термінах порівняно з перериванням вагітності шляхом вакуум-аспірації, мають в 2,3 та 3,6 разів менший ризик плацентарних ускладнень та загрози переривання майбутньої вагітності, а також розродження шляхом кесаревого розтину.

Ефективність медикаментозного методу переривання вагітності в ранніх термінах у досліджуваній когорті жінок склала 90,7%, вакуум-аспірації - 98,5% випадків ($p > 0,05$).

Встановлено, що серед ранніх ускладнень артіфіційних абортів найчастіше зустрічалися затримка елементів плідного яйця та прогресування вагітності, частота яких була достовірно вищою після медикаментозного методу переривання вагітності.

Згідно з результатами мультіваріантного регресійного аналізу, незалежними факторами ризику хронічного ендометриту є вік ≥ 30 років, наявність ожиріння, анемії, попереднього абортусу(ів) в анамнезі, III-IV ступінь чистоти вагінального вмісту, термін виконання абортусу > 9 тижнів, затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності.

Матеріали даного розділу викладені в публікаціях [3, 4].

РОЗДІЛ 4

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ З НАСТУПНОЮ ВДОСКОНАЛЕНОЮ ПРОГРАМОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

4.1. Порівняльний аналіз груп на момент включення в дослідження

У проспективний етап дослідження було включено 160 жінок віком від 18 до 43 років (у середньому ($M \pm \sigma$) – $28,47 \pm 5,38$ років, медіана – 28,0 років, міжквартильний інтервал – 25,0-31,0 років). Основні демографічні характеристики цих жінок наведені у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Основні клініко-демографічні характеристики жінок, включені у проспективне клінічне дослідження (n=160)

Показник	Значення показника
Вік – роки	
$M \pm \sigma$	$28,47 \pm 5,38$
Me	28,0
$P_{25}-P_{75}$	25,0-31,0
Маса тіла – кг	
$M \pm \sigma$	$78,28 \pm 11,93$
Me	75,0
$P_{25}-P_{75}$	70,0-85,0
Зріст – см	
$M \pm \sigma$	$165,3 \pm 7,26$
Me	165,0
$P_{25}-P_{75}$	160,0-170,0
Індекс маси тіла – $\text{кг}/\text{м}^2$	$28,75 \pm 4,56$

M $\pm\sigma$	28,27
Me	25,63-31,17
P ₂₅ -P ₇₅	
Ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м ²) – n (%)	59 (36,9%)
Місце проживання – n (%)	
місто	79 (49,4%)
сільська місцевість	81 (54,6%)
Наявність коморбідної соматичної патології – n (%)	61 (38,1%)
Термін гестації на момент проведення артифіційного абортів, тижні	
M $\pm\sigma$	7,13 $\pm$ 2,39
Me	7,0
P ₂₅ -P ₇₅	6,0-8,0

Примітка: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); медіана (Me) та інтерквартильний розмах (P₂₅-P₇₅).

У таблиці 4.2. представлений розподіл досліджуваних пацієнток за віком: 1,9% жінок від 18 до 20 років, 61,3% - у віці 20-29 років, 33,1% - у віці 30-39 років та 3,8% жінок ≥ 40 років.

Таблиця 4.2

Розподіл жінок, включений у дослідження, за віком (n=160)

Вік – роки	Загальна кількість жінок	
	абс.	%
<20	3	1,9
20-29	98	61,3
30-39	53	33,1
≥ 40	6	3,8

Для оцінки ефективності алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я всі респондентки проспективної частини дослідження були розділені на 4 групи: ІА та ІА (основні) групи – по 40 жінок із медикаментозним абортom або вакуум-аспірацією, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася, ІА та ІБ (контрольні) групи – по 40 жінок із медикаментозним абортom або вакуум-аспірацією, у яких ведення периабортного періоду відбувалося за загальноприйнятими алгоритмами.

З метою перевірки однорідності сформованих груп на початковому етапі дослідження проведено оцінку демографічних й антропометричних параметрів, спадкових факторів, а також стану соматичного та репродуктивного здоров'я.

Середній вік жінок ІА групи (після медикаментозного аборту, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася) складав $28,38 \pm 5,83$ років, ІА групи (після вакуум-аспірації, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася) – $29,9 \pm 5,09$ років, ІБ групи (після медикаментозного аборту, у яких ведення післяабортного періоду відбувалося за загальноприйнятими принципами) – $26,65 \pm 4,23$ років, ІБ групи (після вакуум-аспірації, у яких ведення післяабортного періоду відбувалося за загальноприйнятими принципами) - $28,95 \pm 5,87$.

Вікову структуру груп наведено в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Деякі клініко-демографічні характеристики пацієнток у досліджуваних групах

Показник	ІА група (n=40)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІБ група (n=40)
Вік – n (%)				
<20 років	2 (5%)	0	0	1 (2,5%)
20-29 років	23 (57,5%)	21 (52,5%)	31 (77,5%)	23 (57,5%)
30-39 років	14 (35%)	17 (42,5%)	9 (22,5%)	13 (32,5%)
≥40 років	1 (2,5%)	2 (5%)	0	3 (7,5%)
$M \pm \sigma$ – років	$28,38 \pm 5,83$	$29,9 \pm 5,09$	$26,65 \pm 4,23$	$28,95 \pm 5,87$

Місце проживання – п (%)				
місто	18 (45,0%)	23 (57,5%)	21 (52,5%)	17 (42,5%)
сільська місцевість	22 (55,0%)	17 (42,5%)	19 (47,5%)	23 (57,5%)
Одружена – п (%)	30 (75,0%)	28 (70,0%)	32 (80,0%)	27 (67,5%)
Маса тіла – кг	79,2±9,32	77,53±13,04	77,2±12,67	79,18±12,63
Зріст – см	163,4±6,15	164,3±6,62	165,9±7,88	167,45±7,84
Індекс маси тіла – кг/м ²	29,66±3,06	28,78±4,72	28,13±4,69	28,38±5,01
Ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м ²) – п (%)	16 (10%)	17 (10,6%)	12 (7,5%)	14 (8,8%)
Наявність коморбідної соматичної патології – п (%)	13 (32,5%)	18 (45%)	16 (40%)	14 (35%)
Термін гестації на момент проведення артифіційного аборту, тижні	6,8±1,45	7,35±3,11	6,8±1,81	7,55±2,78

Примітка. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (М) і середні квадратичні відхилення (σ).

Сформовані групи пацієнток були співставними за основними клініко-демографічними характеристиками: віком, масою тіла, зростом, середніми значеннями ІМТ, терміном гестації на момент проведення артифіційного аборту, місцем проживання, сімейним статусом, частотою супутньої соматичної патології.

В усіх пацієнток, які були залучені в дослідження, була констатована внутрішньоматкова вагітність, середній термін згідно з даними гінекологічного дослідження та УЗД, складав 7,13±2,39 тижнів. Пацієнтки обох досліджуваних груп не мали достовірних відмінностей щодо терміну гестації на момент проведення артифіційного аборту ($p > 0,05$; критерій Краскела-Уолліса) (рис. 4.1).

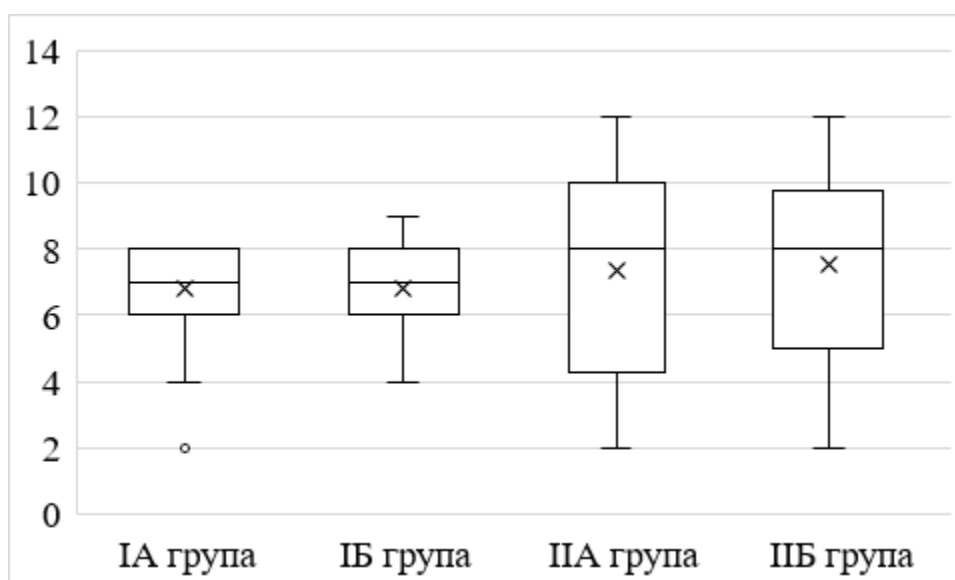


Рис. 4.1. Середні терміни гестації на момент проведення артифіційного абортів у жінок, включених у дослідження.

Примітка: Результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25-75-м квінтілів (коробка) і 10-90-м – квінтілів (вуса).

Порівняльний аналіз не продемонстрував достовірних розбіжностей в частоті шкідливих звичок (куріння, алкогольна залежність) серед учасниць рідних груп ($p > 0,05$).

При первинному огляді коморбідну соматичну патологію було виявлено в 61 (38,1%) із 160 жінок. У 26 (16,3%) випадках спостерігалось одночасно декілька коморбідних захворювань. Дані про супутні соматичні захворювання представлені в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Частота супутніх соматичних захворювань у жінок досліджуваних груп

Нозологічна одиниця	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Захворювання дихальної системи	2 (5,0%)	6 (15,0%)	4 (10,0%)	2 (5,0%)
Захворювання серця	2 (5,0%)	3 (7,5%)	2 (5,0%)	5 (12,5%)

Гіпертонічна хвороба	1 (2,5%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)
Варикозна хвороба	2 (5,0%)	6 (15,0%)	7 (17,5%)	4 (10,0%)
Патологія шлунково-кишкового тракту, печінки, жовчовивідних шляхів	2 (5,0%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	4 (10,0%)
Захворювання нирок	3 (7,5%)	6 (15,0%)	2 (5,0%)	4 (10,0%)
Цукровий діабет	0	1 (2,5%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)
Аутоімунні захворювання	2 (5,0%)	1 (2,5%)	0	2 (5,0%)
Неврологічні захворювання	0	1 (2,5%)	0	1 (2,5%)
Анемія	15 (37,5%)	16 (40%)	21 (52,5%)	15 (37,5%)

Дані, наведені в таблиці 2.5, дозволяють стверджувати, що частота соматичної патології статистично значуще в досліджуваних групах жінок не відрізнялася ($p>0,05$). Звертає увагу, що найчастішою патологією в аналізованих жінок на момент включення в дослідження була анемія – у ІА групі – 15 (37,5%), у ІБ групі – 16 (40%), у ІІА групі – 21 (52,5%), у ІІБ групі – 15 (37,5%), $p=0,162$ (χ^2 -критерій).

Під час аналізу репродуктивної функції встановлено, що середній вік менархе серед учасниць склав $13,13 \pm 1,45$ років (медіана – 13,0 років, міжквартильний інтервал – 12,0-14,0 років). Мінімальний вік дебюту менструацій становить 10 років, максимальний – 16. Статистично значущих відмінностей між групами за віком менархе виявлено не було ($p>0,05$; критерій Краскела-Уолліса) (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Вік настання менархе у пацієнток досліджуваних груп

Вік менархе	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)	Всього
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
10 років	1 (2,5%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	7 (4,4%)

11 років	3 (7,5%)	5 (12,5%)	6 (15,0%)	3 (7,5%)	17 (10,6%)
12 років	5 (12,5%)	6 (15,0%)	8 (20,0%)	5 (12,5%)	24 (15,0%)
13 років	11 (27,5%)	18 (45,0%)	8 (20,0%)	11 (27,5%)	48 (30,0%)
14 років	10 (25,0%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)	12 (30,0%)	34 (21,3%)
15 років	9 (22,5%)	4 (10,0%)	7 (17,5%)	4 (10,0%)	24 (15,0%)
16 років	1 (2,5%)	0	2 (5,0%)	3 (7,5%)	6 (3,8%)
Середні значення, роки	13,43±1,38	12,78±1,27	13,03±1,62	13,3±1,49	13,13±1,45

Примітка: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (М) і середні квадратичні відхилення (σ).

Згідно з даними з таблиці 4.5, у 106 (66,3%) з 160 жінок, включених у дослідження, перша менструація настала у віці 12-14 років, що корелює з середньостатистичними показниками в Україні.

Аналіз акушерського анамнезу виявив, що у включених у дослідження жінок в анамнезі було від 1 до 7 вагітностей (у середньому ($M \pm \sigma$) – 2,63±2,0, медіана – 2,0, міжквартильний інтервал – 2,0-3,0). Першу вагітність переривали 25 із 160 жінок, що становило 15,6%, з них: у ІА групі – 5 (12,5%), у ІБ групі – 7 (17,5%), у ІІА групі 5 (12,5%), у ІІБ групі – 8 (20%), $p=0,996$ (χ^2 -критерій). Одні пологи перед артіфіційним абортom мали 76 (47,5%), 2 пологів – 41 (25,6%) та 3 і більше – 18 (11,3%) (у середньому ($M \pm \sigma$) склала 1,38±0,99, медіана – 1,0, міжквартильний інтервал – 1,0-2,0). Достовірних відмінностей між аналізованими групами щодо кількості вагітностей і пологів, які передували штучному перериванню вагітності встановлено не було ($p>0,05$; критерій Крaskела-Уолліса) (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Акушерський анамнез у жінок досліджуваних груп

Показник	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
Вагітність				
М $\pm\sigma$	2,76 $\pm$ 1,32	2,78 $\pm$ 1,42	2,58 $\pm$ 1,13	2,48 $\pm$ 0,96
Ме	2,0	2,0	2,0	2,0
P ₂₅ -P ₇₅	2,0-3,0	2,0-3,0	2,0-3,0	2,0-3,0
Пологи:				
М $\pm\sigma$	1,43 $\pm$ 0,98	1,33 $\pm$ 0,99	1,45 $\pm$ 1,04	1,3 $\pm$ 0,97
Ме	1,0	1,0	1,0	1,0
P ₂₅ -P ₇₅	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0

Примітка: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (М) і середні квадратичні відхилення (σ); медіана (Ме) та інтерквартильний розмах (P₂₅-P₇₅).

100 із 160 пацієнток не мали супутніх гінекологічних захворювань, що становило (62,5%). Найбільш частою гінекологічною патологією у жінок усіх досліджуваних груп був кольпіт – 47 (29,4%) із 160 випадків, із них: у ІА групі – 15 (37,5%), у ІБ групі – 10 (25%), у ІІА групі – 11 (27,5%), у ІІБ групі – 11 (27,5%), $p=0,62$ (χ^2 -критерій). П'ять пацієнток в минулому перенесли хірургічні втручання з приводу позаматкової вагітності, з них: 2 (5,0%) жінки в ІБ групі та по 1 (2,5%) – у ІА, ІІА та ІІБ групах, ще 2 (5,0%) пацієнтки ІІА групи та одна жінка з ІІБ групи мали в анамнезі лапароскопічну цистектомію з приводу цистаденоми яєчника, а також 16 (10,0%) обстежуваних жінок мали післяопераційний рубець на матці після кесаревого розтину (у ІА групі – 3 (7,5%), у ІБ і ІІА групі – по 4 (10,0%), у ІІБ групі – 5 (12,5%), $p=0,907$ (χ^2 -критерій).

Рівень поширеності гінекологічних захворювань статистично не відрізнявся між досліджуваними групами (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Частота гінекологічних захворювань у жінок досліджуваних груп

Нозологічна одиниця	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Порушення оваріо-менструального циклу	2 (5,0%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)
Кольпіт	15 (37,5%)	10 (25,0%)	11 (27,5%)	11 (27,5%)
Аномальні маткові кровотечі	2 (5,0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Дисплазія шийки матки	2 (5,0%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)
Сальпінгоофорит	4 (10,0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0
Ендометріоз	0	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Синдром полікістозних яєчників	9 (22,5%)	7 (17,5%)	11 (27,5%)	10 (25,0%)
Лейоміома матки	2 (5,0%)	0	0	0

4.2. Порівняльний аналіз результатів обстеження та перебігу післяабортного періоду в досліджуваних групах

Результати детального вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів у жінок аналізованих груп під час включення в дослідження наведені в таблиці 4.8.

Таблиця 4.8

Стан мікробіоценозу піхви в жінок досліджуваних груп

Показник	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
<i>Lactobacillus</i>	37 (92,5%)	38 (95%)	36 (90%)	35 (87,5%)
<i>Bifidobacterium</i>	28 (70%)	27 (67,5%)	26 (65%)	29 (72,5%)
<i>Streptococcus lactis</i>	22 (55%)	24 (60%)	24 (60%)	23 (57,5%)
<i>Escherichia</i>	2 (5%)	-	3 (7,5%)	2 (5%)
<i>Proteus</i>	-	3 (7,5%)	-	2 (5%)
<i>Candida spp.</i>	4 (10%)	2 (5%)	3 (7,5%)	4 (10%)
<i>Staphylococcus</i>	11 (28%)	9 (23%)	12 (30%)	10 (25%)
<i>Mycoplasma</i>	2 (5%)	4 (10%)	3 (7,5%)	4 (10%)
<i>Ureaplasma</i>	2 (5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	2 (5%)
2 і більше патогена	14 (35%)	11 (27,5%)	13 (32,5%)	11 (27,5%)

Дані таблиці 4.8 свідчать, що в доабортному періоді стан мікробіоценозу статевих шляхів у досліджуваних жінок характеризувався зниженням кількості *Lactobacillus* (ІА група – 92,5%, ІБ група – 95%, ІА група – 90% та ІІБ група – 87,5%), *Bifidobacterium spp* (70%, 67,5%, 65% та 72,5% відповідно) та *Streptococcus lactis* (55%, 60%, 60% та 57,5% відповідно) на тлі збільшення таких патогенних мікроорганізмів, як *Escherichia* (ІА група – 5%, ІБ група – відсутні, ІА група – 7,5% та ІІБ група – 5%), *Proteus* (ІА група – відсутні, ІБ група – 7,5%, ІА група – відсутні та ІІБ група – 5%), гриби роду *Candida* (10%, 5%, 7,5% та 10% відповідно), *Staphylococcus* (28%, 23%, 30% та 25% відповідно), *Mycoplasma* (5%, 10%, 7,5% та 10% відповідно) та *Ureaplasma* (по 5% в ІА, ІА та ІІБ групах, 2,5% в ІБ групі).

Наявність двох варіантів бактеріальної інфекції виявлено в 14 (35%) жінок ІА групи, в 11 (27,5%) – ІБ групи, 13 (32,5%) – ІА групи та 11 (27,5%) ІІБ групи.

Таким чином, отримані дані свідчать, що жінки до переривання вагітності потребують особливої уваги щодо лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження післяабортного ендометриту та збереження репродуктивного здоров'я жінок цієї категорії.

Аналіз змін мікробіоценозу статевих шляхів через 1 місяць після артіфіційного аборту встановив наявність поодиноких видів патогенних організмів у пацієнток ІА та ІА груп, зокрема, достовірно нижчою була частота виявлення *Staphylococcus* у жінок ІА групи – 4 (10%) проти 12 (30%) в ІБ групі (СШ 0,26, 95% ДІ [0,08-0,89], $p=0,025$) та в жінок ІА групи – 4 (10%) проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$, а також частота реєстрації бактеріальної асоціації – 5 (12,5%) в ІА групі проти 13 (32,5%) в ІБ групі (СШ 0,3, 95% ДІ [0,09-0,93], $p=0,032$) та 4 (10%) в ІА групі проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$) (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Стан мікробіоценозу піхви в жінок досліджуваних груп через 1 місяць після переривання вагітності

Показник	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
<i>Lactobacillus</i>	38 (95%)	37 (92,5%)	37 (92,5%)	35 (87,5%)
<i>Bifidobacterium</i>	28 (70%)	27 (67,5%)	29 (72,5%)	30 (75%)
<i>Streptococcus lactis</i>	23 (57,5%)	25 (62,5%)	24 (60%)	23 (57,5%)
<i>Escherichia</i>	1 (2,5%)	-	2 (5%)	2 (5%)
<i>Proteus</i>	-	3 (7,5%)	-	2 (5%)
<i>Candida spp.</i>	1 (2,5%)	4 (10%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)
<i>Staphylococcus</i>	4 (10%)*	12 (30%)	4 (10%)*	11 (27,5%)
<i>Mycoplasma</i>	2 (5%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)
<i>Ureaplasma</i>	2 (5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	2 (5%)

2 і більше патогена	5 (12,5%)*	13 (32,5%)	4 (10%)*	11 (27,5%)
---------------------	------------	------------	----------	------------

Примітка. * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

Через 3 місяці після переривання вагітності зміни носили аналогічний характер (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Стан мікробіоценозу піхви в жінок досліджуваних груп через 3 місяці після переривання вагітності

Показник	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
<i>Lactobacillus</i>	38 (95%)	39 (97,5%)	37 (92,5%)	37 (92,5%)
<i>Bifidobacterium</i>	30 (75%)	27 (67,5%)	31 (77,5%)	29 (72,5%)
<i>Streptococcus lactis</i>	23 (57,5%)	24 (60%)	24 (60%)	25 (62,5%)
<i>Escherichia</i>	-	-	1 (2,5%)	2 (5%)
<i>Proteus</i>	-	3 (7,5%)	-	2 (5%)
<i>Candida spp.</i>	1 (2,5%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)
<i>Staphylococcus</i>	4 (10%)*	12 (30%)	4 (10%)*	11 (27,5%)
<i>Mycoplasma</i>	2 (5%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)
<i>Ureaplasma</i>	2 (5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)
2 і більше патогена	5 (12,5%)*	13 (32,5%)	4 (10%)*	11 (27,5%)

Примітка. * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

На початку дослідження жінки всіх аналізованих груп були порівнюваними за концентрацією гемоглобіну крові ($p > 0,05$) ($115,9 \pm 13,07$ та $116,3 \pm 13,24$ г/л у

пацієнток ІА та ІБ груп відповідно, $p=0,906$; $113,3 \pm 13,8$ і $117,9 \pm 12,67$ у осіб ПА та ІІБ груп відповідно, $p=0,123$) (рис. 4.2).

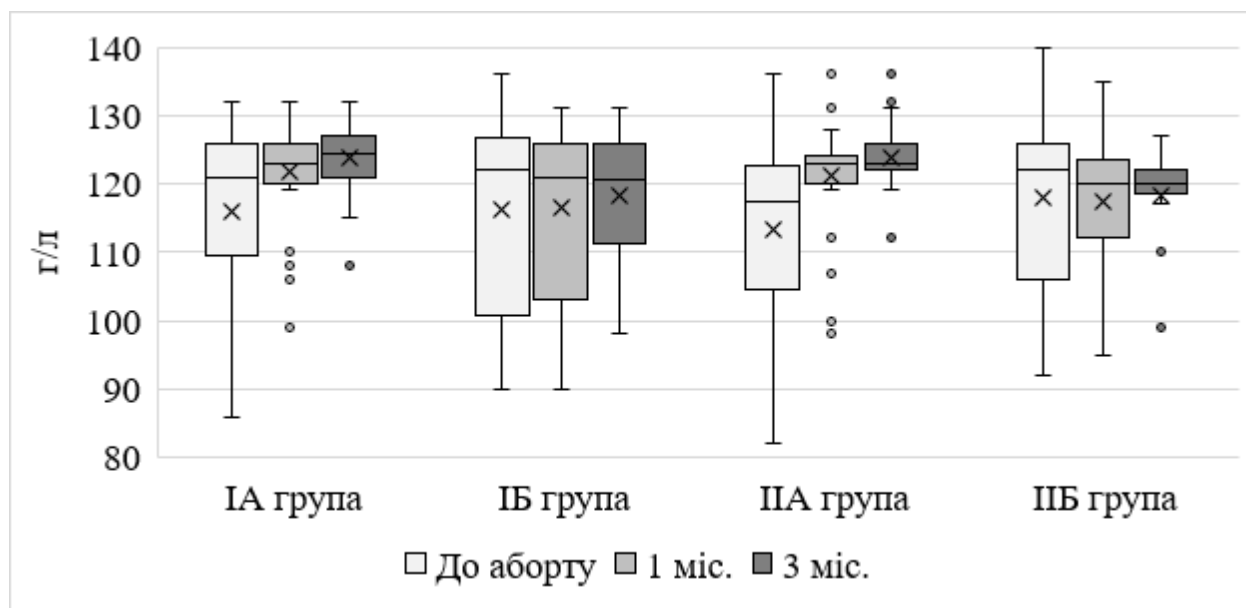


Рис. 4.2. Динаміка середніх рівнів гемоглобіну в жінок досліджуваних груп на етапах дослідження.

Примітка: Результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25-75-м квантилів (коробка) і 10-90-м – квантилів (вуса).

З'ясовано, що в передабортному періоді анемію мали 15 (37,5%) та 16 (40%) жінок у ІА та ІБ групах відповідно, $p=0,82$; 21 (52,5%) та 15 (37,5%) пацієнток у ПА та ІІБ групах відповідно, $p=0,18$) (рис. 4.3).

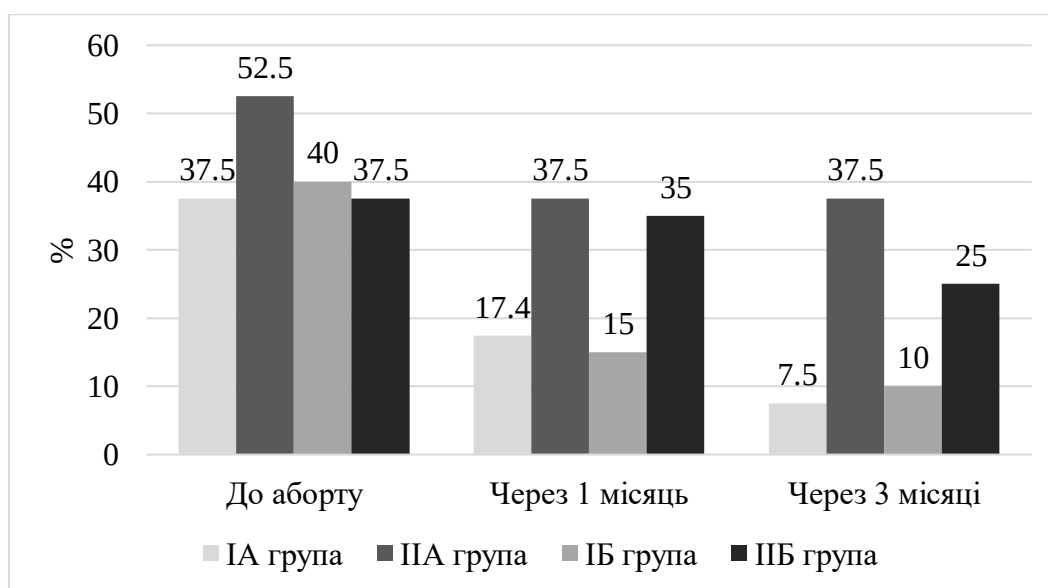


Рис. 4.3. Частота анемії в жінок досліджуваних груп на етапах дослідження.

В доабортному періоді легка анемія була діагностована в 5 (12,5%), 4 (10%), 5 (12,5%) і 3 (7,5%) жінок ІА, ІБ, ІІА та ІІБ груп відповідно, анемія середнього ступеня тяжкості – у 5 (12,5%), 9 (22,5%), 12 (30%) та 10 (25%) відповідно та тяжка анемія – у 1 (2,5%) пацієнтки ІІА групи (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Відмінності показників гемоглобіну крові в жінок досліджуваних груп на етапах дослідження

Гемоглобін	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІІА група (n=40)	ІІБ група (n=40)
Перед абортom				
≥120 г/л	25 (62,5%)	24 (60%)	19 (47,5%)	25 (62,5%)
110-119 г/л	5 (12,5%)	4 (10%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)
80-109 г/л	5 (12,5%)	9 (22,5%)	12 (30%)	10 (25%)
<80 г/л	0	0	1 (2,5%)	0
Через 1 місяць				
≥120 г/л	33 (82,5%)	25 (62,5%)	34 (85%)	26 (65%)
110-119 г/л	3 (7,5%)	4 (10%)	2 (5%)	7 (17,5%)
80-109 г/л	4 (10%)*	11 (27,5%)	4 (10%)	7 (17,5%)
<80 г/л	0	0	0	0
Через 3 місяці				
≥120 г/л	37 (92,5%)	25 (62,5%)	38 (95%)	30 (75%)
110-119 г/л	2 (5%)	8 (20%)	2 (5%)	6 (15%)
80-109 г/л	1 (2,5%)*	6 (15%)	0*	4 (10%)
<80 г/л	0	0	0	0

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

Як зазначалося в розділі 2, жінкам ІА та ІІА груп при анемії легкого ступеня були призначені таблетовані форми заліза, при анемії середнього та важкого ступеня – препарат трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу

внутрішньовенно до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза протягом 3 місяців. Пацієнткам із анемією в ІБ та ІІБ групах призначали таблетовані форми заліза в післяабортному періоді.

Під час подальшого спостереження між основними та контрольними групами фіксувалися значущі відмінності середніх концентрацій гемоглобіну ($p < 0,001$). Так, після переривання вагітності в ІА та ІІА групах спостерігали тенденцію до зростання його концентрації гемоглобіну під час другого обстеження через 1 місяць, коли середні рівні гемоглобіну в жінок ІА та ІІА ($121,7 \pm 7,52$ г/л та $121,4 \pm 8,01$ г/л відповідно) групах перевищували аналогічні показники пацієнток ІБ ($116,5 \pm 11,98$ г/л) та ІІБ ($115,6 \pm 11,01$ г/л) груп ($p = 0,025$ та $p = 0,009$ відповідно) (див. рис. 4.2). Як видно з рисунку 4.3, через 1 місяць після переривання вагітності анемію мали достовірно менша кількість жінок ІА групи – 7 (17,5%) проти 15 (37,5%) пацієнток ІБ групи (СШ 0,35, 95% ДІ [0,13-0,99], $p = 0,045$), а також значущо менше кількість осіб ІІА групи – 6 (15%) проти 14 (35%) пацієнток ІІБ групи (СШ 0,33, 95% ДІ [0,11-0,97], $p = 0,039$). При цьому легка анемія була діагностована в 3 (7,5%), 4 (10%), 2 (5%) і 7 (17,5%) жінок ІА, ІБ, ІІА та ІІБ груп відповідно, водночас анемія середнього ступеня тяжкості рідше виявлялася в жінок ІА та ІІА груп – по 4 (10%) випадків, ніж у пацієнток ІБ та ІІБ груп – 11 (27,5%) (СШ 0,29, 95% ДІ 95% ДІ [0,08-0,99], $p = 0,045$) і 7 (17,5%) (СШ 0,52, 95% ДІ 95% ДІ [0,14-1,95], $p = 0,33$) відповідно. Випадки тяжкої анемії через 1 місяць після аборту в жодній із аналізованих груп виявлено не було (див. табл. 4.11).

Нарешті, через 3 місяці після переривання вагітності зберігалася тенденція до більш високого рівня гемоглобіну крові в жінок ІА та ІІА групах – $123,8 \pm 4,47$ г/л і $123,8 \pm 4,2$ г/л відповідно проти $118,2 \pm 9,43$ г/л і $118,3 \pm 7,19$ г/л у жінок ІБ та ІІБ груп ($p = 0,001$ та $p < 0,001$ відповідно) (див. рис. 4.2). Анемія через 3 місяці після аборту зберігалася у достовірно меншій кількості жінок ІА групи – 3 (7,5%) проти 15 (37,5%) жінок ІБ групи (СШ 0,14, 95% ДІ 95% ДІ [0,04-0,52], $p = 0,001$) та меншій кількості жінок ІІА групи – 2 (10%) проти 10 (25%) жінок ІІБ групи (СШ 0,16, 95% ДІ 95% ДІ [0,03-0,78], $p = 0,012$) (див. рис. 4.3). При цьому легка анемія була виявлена в 2 (5%), 8 (20%), 2 (5%) і 6 (15%) пацієнток ІА, ІБ, ІІА та ІІБ груп

відповідно, тоді як анемія середнього ступеня тяжкості рідше виявлялася в жінок ІА групи – 1 (2,5%) і не виявлялася в ІА групі проти 6 (15%) жінок ІБ групи (СШ 0,15, 95% ДІ 95% ДІ [0,02-0,99], $p=0,048$) та 4 (10%) осіб ІБ групи ($p=0,04$) (див. табл. 4.11).

Не було встановлено значущих відмінностей щодо середніх рівнів інших показників загального аналізу крові між пацієнтками основних і контрольних груп.

Під час УЗД на 1-3 добу післяабортного періоду в усіх пацієнток візуалізувалася матка нормальних або дещо збільшених розмірів, М-ехо 2-3 мм, зниження ехогенності міометрію у вигляді вузької ехопозитивної смужки, порожнина матки заповнена неоднорідним вмістом зниженої ехогенності. При цьому встановлено, що у пацієнток ІА та ІБ груп товщина М-ехо – $2,93 \pm 0,8$ мм та $2,98 \pm 1,25$ мм була достовірно більшою порівняно з аналогічними показниками ІА та ІБ груп – $2,1 \pm 1,15$ мм і $2,23 \pm 0,58$ мм відповідно ($p < 0,001$; критерій Краскела-Уоліса), але статистично значущих відмінностей між відповідними основними та контрольними групами виявлено не було (рис. 4.4).

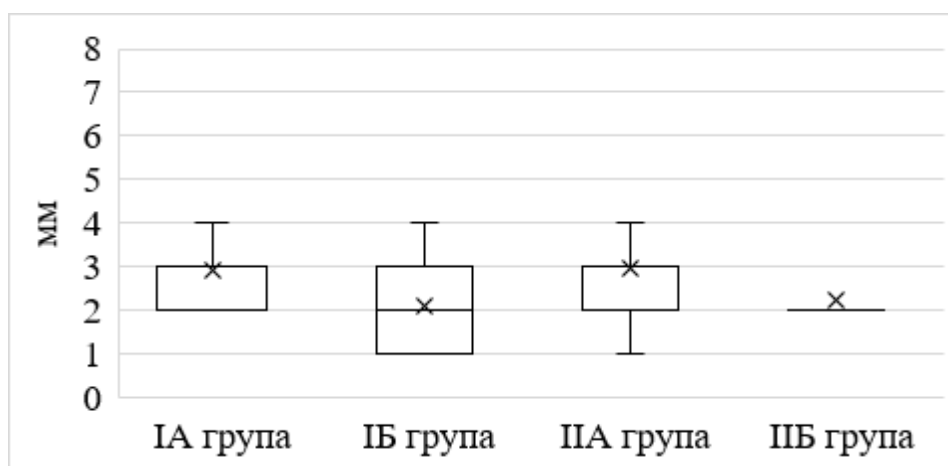


Рис. 4.4. Середня товщина ендометрію на 1-3 добу після проведення артифіційного аборт у жінок досліджуваних груп.

Примітка: Результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25-75-м кватилів (коробка) і 10-90-м – кватилів (вуса).

Аналіз контрольних ультрасонограм через 14 днів після переривання вагітності дозволив встановити нормальний стан ендометрію у 21 (52,5%) та 22

(55%) жінок ІА та ІБ група, а також у 19 (47,5%) пацієнток у ІА групі та 19 (47,5%) в ІБ групі ($p>0,05$) (табл. 4.12). З'ясовано, що середня товщина ендометрію на 14-ий день після медикаментозного абортів становила в ІА групі $5,7\pm 1,22$ мм, в ІБ групі $5,83\pm 1,26$ мм ($p>0,05$) та була достовірно більшою, ніж у групах вакуум-аспірації $4,28\pm 1,18$ мм у ІА групі та $4,43\pm 1,24$ мм у жінок ІБ групи ($p<0,001$; критерій Краскела-Уоліса) (рис. 4.5, табл. 4.12). Згідно з даними фолікулометрії наявність жовтого тіла на 14-ий день після переривання вагітності мали 66 (41,3%) із 160 жінок, зокрема, 21 (52,5%) та 25 (62,5%) пацієнток ІА та ІБ груп, що було достовірно більше, ніж у ІА та ІБ групах – 9 (22,5%) (СШ 3,8; 95% ДІ [1,45-10,02], $p=0,006$) та 11 (27,5%) (СШ 4,39; 95% ДІ [1,71-11,29], $p=0,002$) відповідно. Відсутність жовтого тіла встановлено в 19 (47,5%) жінок у ІА групі, 15 (37,5%) – в ІБ групі, 31 (77,5%) та 29 (72,5%) у осіб ІА та ІБ груп відповідно.

У 1 пацієнтки ІБ групи та у 2 пацієнток ІА групи візуалізувалися інтерстиціальні міоматозні вузли, розміри та локалізація котрих відповідали ультразвуковій картині до переривання вагітності.

Хірургічного спорожнення порожнини матки потребували 1 (2,5%) жінка з ІА групи та 2 (5%) пацієнток ІБ групи, показаннями до чого було виявлення залишків плодового яйця після прийому мізопростолу через щільне прикріпленням хоріону.

Таблиця 4.12

Відмінності результатів ультразвукового дослідження в жінок обстежених груп на 12-14 добу після штучного переривання вагітності

Показник	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)
Розширення порожнини матки, n (%)	11 (27,5%)	12 (30%)	11 (27,5%)	9 (22,5%)
Гіперехогенні включення, n (%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)
Неоднорідний ендометрій, n (%)	8 (20%)	7 (17,5%)	9 (22,5%)	11 (27,5%)

Однорідний ендометрій, n (%)	21 (52,5%)	22 (55%)	19 (47,5%)	19 (47,5%)
Залишки плодового яйця, n (%)	1 (2,5%)	2 (5%)	0	0
Товщина ендометрію, $M \pm \sigma$ (мм)	$5,7 \pm 1,22$	$5,83 \pm 1,26$	$4,28 \pm 1,18$	$4,43 \pm 1,24$

Примітка. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ).

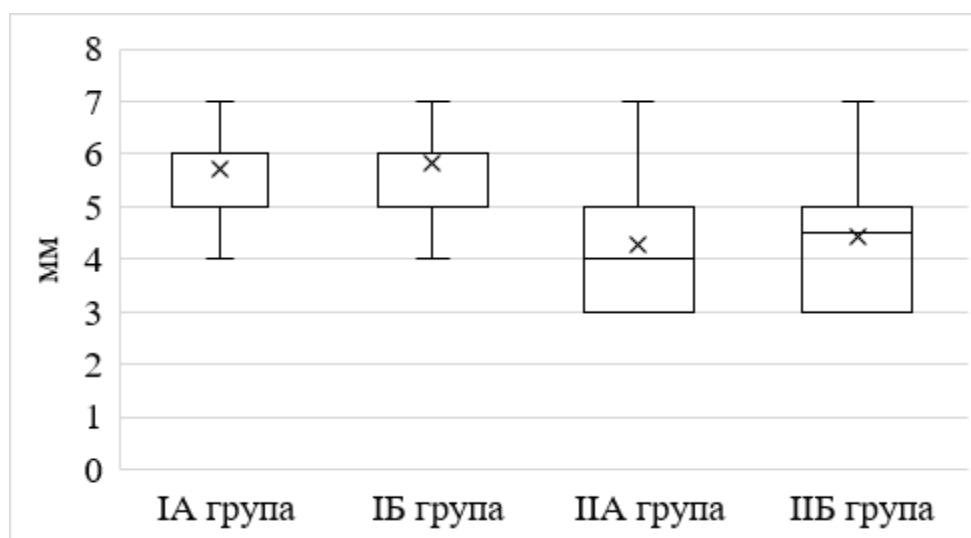


Рис. 4.5. Середня товщина ендометрію на 14 добу після проведення артифіційного аборту в жінок досліджуваних груп.

Примітка: Результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25-75-м квантилів (коробка) і 10-90-м – квантилів (вуса).

У всіх пацієнток на контрольному ультразвуковому дослідженні, проведеному на 20-24 день від початку чергової менструації, мала місце нормальна структура ендометрію. Проте товщина ендометрію за даними УЗД була достовірно вищою в жінок після застосування медикаментозного аборту та в пацієнток після переривання вагітності шляхом вакуум-аспірації, яким було призначено реабілітаційну терапію за розробленою схемою, зокрема, інфламафертин – $10,4 \pm 2,27$ мм у ІА групі, $9,98 \pm 2,03$ мм у ІБ групі та $9,47 \pm 2,12$ мм у ПА групі проти $6,48 \pm 1,3$ мм у пацієнток ПБ групи ($p < 0,001$; критерій Краскела-Уоліса) (рис. 4.6).

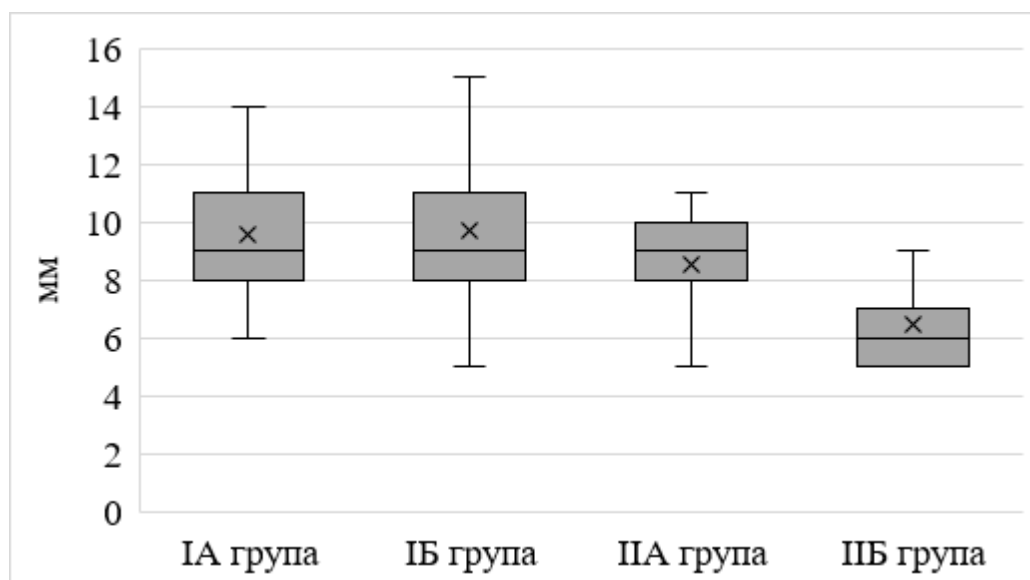


Рис. 4.6. Середня товщина ендометрію на 20-24 день від початку чергової менструації в жінок досліджуваних груп.

Примітка: Результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25-75-м квантилів (коробка) і 10-90-м – квантилів (вуса).

Аналіз сонографічних показників на 20-24 день від початку чергової менструації показав, що товщину ендометрію менше 7 мм мали достовірна менша кількість жінок IA групи – 1 (2,5%) проти 8 (20%) пацієнок IB групи (СШ 0,1; 95% ДІ [0,01-0,86], $p=0,013$) та IIA групи – 7 (17,5%) проти 23 (57,5%) респонденток IIB групи (СШ 0,16; 95% ДІ [0,06-0,44], $p<0,001$) (рис. 4.7).

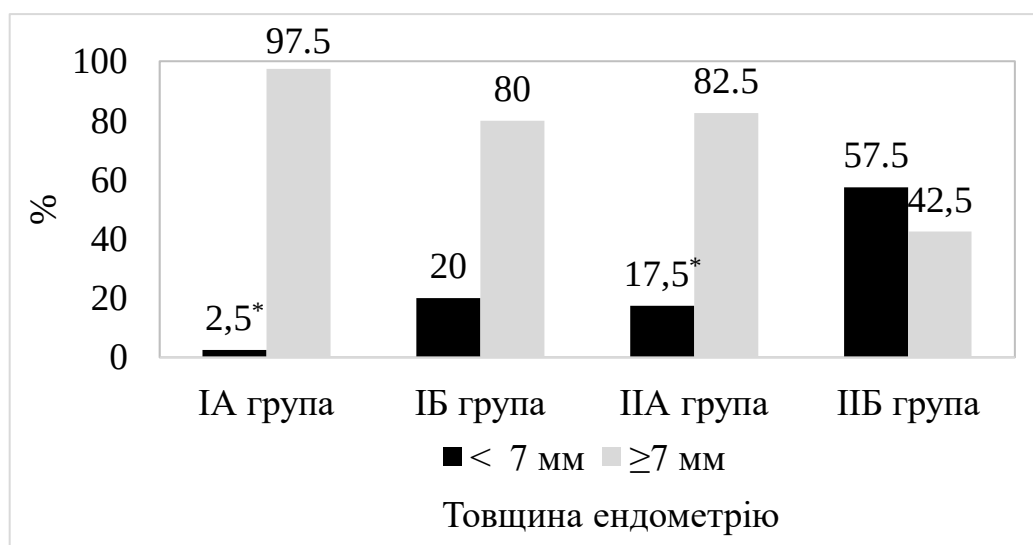


Рис. 4.7. Частота виявлення «тонкого» ендометрію на 20-24 день від початку чергової менструації в жінок досліджуваних груп.

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

CD138 (Clone MI15, Leica Biosystems) – позитивна мембранна реакція у 5 плазматичних клітинах в стромі ендометрія на 10 полів зору великого збільшення та морфологічні зміни тканини ендометрія за проліферативним типом із нерівномірно розташованими в компактній та вогнищево ущільненій стромі залозами, що свідчить про розвиток хронічного ендометриту, були виявлені в 1 (2,5%) пацієнтки ІБ групи, якій було проведено хірургічне спорожнення порожнини матки для видалення залишків плодового яйця після прийому мізопростолу, а також 7 (17,5%) жінок із груп переривання вагітності шляхом вакуум-аспірації. При цьому встановлено, що в ПА групи було достовірно менше випадків хронічного ендометриту, ніж в ІБ групі – 1 (2,5%) проти 6 (15%), СШ 0,14; 95% ДІ [0,02-0,99], $p = 0,047$.

Згідно з даними гормального обстеження, УЗД та фолікулометрії, після переривання вагітності з 160 досліджуваних жінок овуляторний цикл мали лише 66 (41,3%), з них: у більшості жінок ІА та ІБ груп – 21 (52,5%) та 25 (62,5%), що було достовірно більше, ніж у відповідних підгрупах ІІ групи – 9 (22,5%) у ПА групі (СШ 3,8; 95% ДІ [1,45-10,02], $p = 0,006$) та 11 (27,5%) у ІБ групі (СШ 4,39; 95% ДІ [1,71-11,29], $p = 0,002$) відповідно. Із них: овуляторний цикл із недостатністю лютеїнової фази спостерігався в 45 (28,1%), зокрема, в 12 (30%) та 11 (27,5%) пацієнток ІА та ІБ груп відповідно, 13 (32,5%) та 9 (22,5%) – ПА та ІБ груп. Достовірних відмінностей між відповідними підгрупами І та ІІ досліджуваних груп встановлено не було ($p > 0,05$). Ановуляторний цикл встановлено в половини жінок ПА та ІБ груп – 19 (47,5%) та 15 (37,5%) жінок відповідно проти переважної більшості осіб ПА та ІБ груп – 31 (77,5%) та 29 (72,5%) відповідно (рис. 4.8).

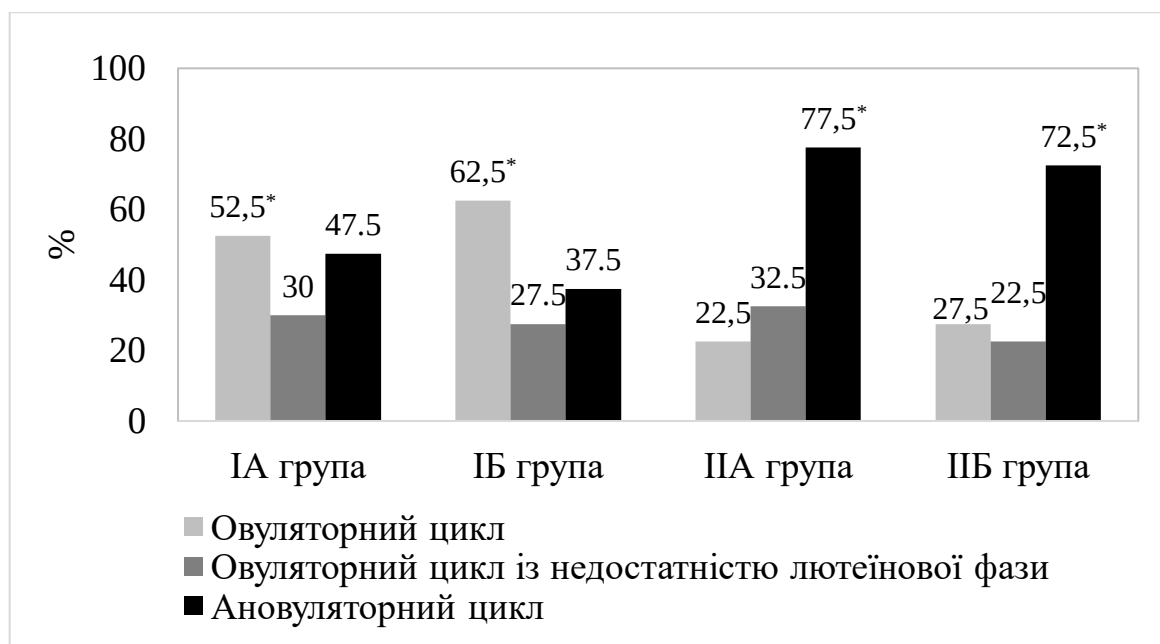


Рис. 4.8. Характеристика менструального циклу в жінок досліджуваних груп.

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з ІБ групою $p < 0,05$.

Аналіз показників секреції гонадотропних гормонів в крові жінок протягом першого спонтанного менструального циклу після артіфіційного переривання вагітності виявив підвищені рівні ФСГ (референтні значення: в середині фолікулінової фази – 3,85-8,7 Од/л, в середині лютеїнової фази – 1,79-5,12 Од/л) у всіх досліджуваних групах: на 5-ий день МЦ – $8,95 \pm 1,22$ Од/л в ІА групі, $8,87 \pm 1,27$ Од/л в ІБ групі, $8,68 \pm 3,71$ Од/л в ІІА групі, $8,56 \pm 4,3$ Од/л в ІІБ групі (критерій Краскела-Уоліса, $p = 0,144$); на 24-ий день МЦ – $6,43 \pm 2,34$, $6,03 \pm 2,64$, $6,38 \pm 1,27$ та $6,6 \pm 1,33$ Од/л відповідно (критерій Краскела-Уоліса, $p = 0,109$); що в вдвічі перевищувало аналогічні показники жінок групи порівняння – на 5-ий день МЦ – $4,62 \pm 0,63$ Од/л і в 2,5 рази на 24-ий день МЦ – $2,54 \pm 0,4$ Од/л ($p < 0,001$) (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

**Відмінності показників секреції гонадотропних гормонів у крові жінок
обстежених груп**

Показник	Група порів- няння (n=15)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
ФСГ на 5-ий день МЦ, Од/л	4,62±0,63	8,95±1,22*	8,87±1,27*	8,68±3,71*	8,56±4,3*
ФСГ на 24-ий день МЦ, Од/л	2,54±0,4	6,43±2,34*	6,03±2,64*	6,38±1,27*	6,6±1,33*
ЛГ на 5-ий день МЦ, Од/л	2,95±0,25	5,37±1,29*	5,62±0,89*	5,58±0,89*	5,28±0,81*
ЛГ на 24-ий день МЦ, Од/л	3,48±0,87	8,43±2,34*	8,03±2,64*	8,38±1,56*	8,6±1,33*

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з здоровими жінками $p < 0,05$.

Як видно з таблиці 4.13, аналогічну тенденцію з перевищенням показників у жінок групи порівняння продемонстрували й середні рівні ЛГ (референтні значення: в середині фолікулінової фази – 2,12-10,89 Од/л, в середині лютеїнової фази – 1,2-12,86 Од/л): на 5-ий день МЦ – 5,37±1,29 Од/л у ІА групі, 5,62±0,89 Од/л у ІБ групі, 5,58±0,89 Од/л і 5,28±0,81 Од/л у ІА та ІБ групі відповідно (критерій Краскела-Уоліса, $p=0,072$); на 24-ий день МЦ – 8,43±2,34, 8,03±2,64, 8,38±1,56 та 8,6±1,33 Од/л відповідно (критерій Краскела-Уоліса, $p=0,109$); що в середньому 1,8 та 2,4 рази перевищувало аналогічні показники жінок групи порівняння – на 5-ий день МЦ – 2,95±0,25 Од/л, на 24-ий день МЦ – 3,48±0,87 Од/л ($p < 0,001$).

Визначення рівня пролактину в крові виявило, що цей показник після вакуум-екстракції в першому МЦ був достовірно вдвічі вищим, ніж у жінок групи

порівняння – $31,16 \pm 4,11$ нг/мл у ІА групі, $31,21 \pm 4,44$ нг/мл ІБ групі відповідно проти $15,99 \pm 6,32$ нг/мл ($p < 0,001$), тоді як середні показники пролактину між групами медикаментозного аборту достовірно не відрізнялися від показників осіб у групі порівняння – $16,19 \pm 1,76$ нг/мл у ІА групі та $15,99 \pm 3,18$ нг/мл у ІБ групі (рис. 4.9).

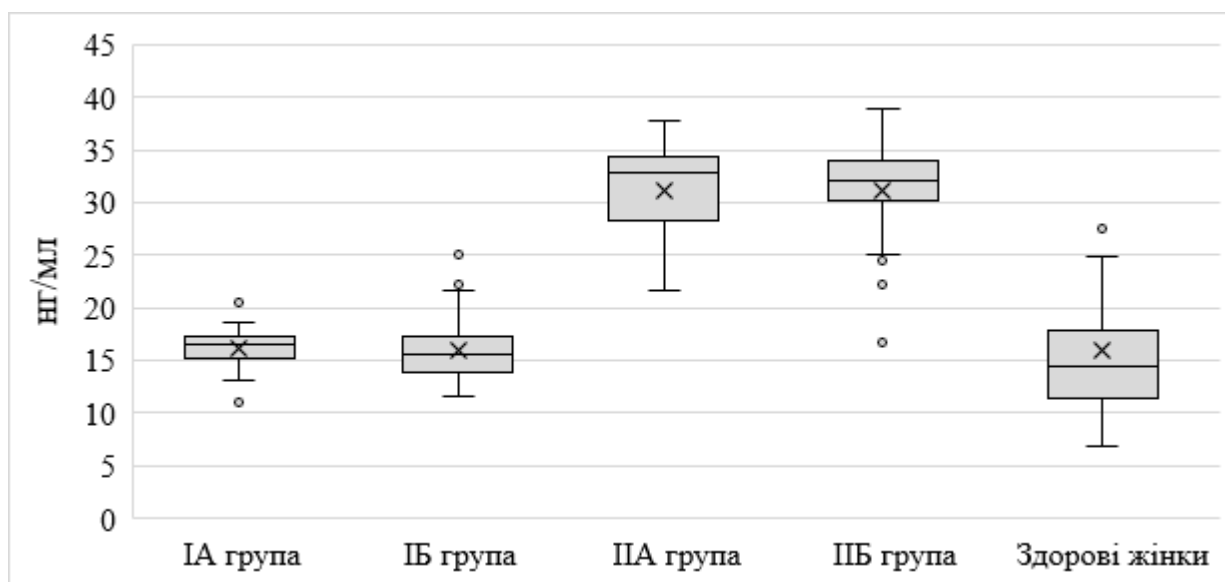


Рис. 4.9. Середні рівні пролактину в крові (нг/мл) у пацієток досліджуваних груп в порівнянні з показником здорових жінок.

Аналіз показників секреції статевих гормонів в крові жінок протягом першого спонтанного менструального циклу після артифіційного аборту з'ясував, що після вакуум-аспірації середні рівні естрадіолу (референтні значення: в середині фолікулінової фази – 22,4-115,0 пг/мл, в середині лютеїнової фази – 36,5-246 пг/мл) на 5-ий день МЦ були достовірно нижчими – $81,98 \pm 3,65$ пг/мл у ІА групі, $80,25 \pm 3,88$ пг/мл у ІБ групі, ніж у жінок групи порівняння – $86,47 \pm 6,94$ пг/мл ($p = 0,029$ та $p = 0,004$ відповідно); на 24-ий день МЦ достовірних відмінностей між групами та порівняно з здоровими жінками виявлено не було ($p > 0,05$) (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

Відмінності показників секреції естрадіолу у крові жінок обстежених груп

Показник	Група порівняння (n=15)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)	ІА група (n=40)	ІБ група (n=40)
	М±σ	М±σ	М±σ	М±σ	М±σ
Естрадіол на 5-ий день МЦ, пг/мл	86,47±6,94	76,6±19,58	81,0±42,9	81,98±3,65*	80,25±3,88*
Естрадіол на 24-ий день МЦ, пг/мл	135,4±73,76	140,4±80,17	129,5±47,29	110,9±50,52	98,83±54,61

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з здоровими жінками $p < 0,05$.

Враховуючи загальний і фізикальний огляд, ознаки гіперандрогенії (наявність акне, зміна характеру оволосіння та ін.) спостерігалися в 9 (22,5%) жінок ІА групи, у 7 (17,5%) – ІБ групи, 11 (27,5%) – ІА групи та 10 (25,0%) – ІБ групи ($p > 0,05$).

Встановлено, що протягом першого спонтанного менструального циклу після переривання вагітності середні рівні прогестерону крові (референтне значення в середині лютеїнової фази – 5,16-18,56 нг/мл) в другу фазу МЦ були достовірно нижчими, ніж у здорових жінок – 5,34±2,32 нг/мл в ІА групі, 5,13±1,9 нг/мл в ІБ групі, 4,08±1,96 нг/мл в ІА групі, 4,51±2,51 нг/мл в ІБ групі проти 7,04±2,94 нг/мл у здорових осіб ($p = 0,029$, $p = 0,031$, $p < 0,001$ та $p = 0,002$ відповідно). При цьому середні концентрації цього гормону в крові пацієнток після медикаментозного абортів були достовірно вищими, ніж після вакуум-аспірації (критерій Краскела-Уоліса, $p < 0,001$) (рис. 4.10).

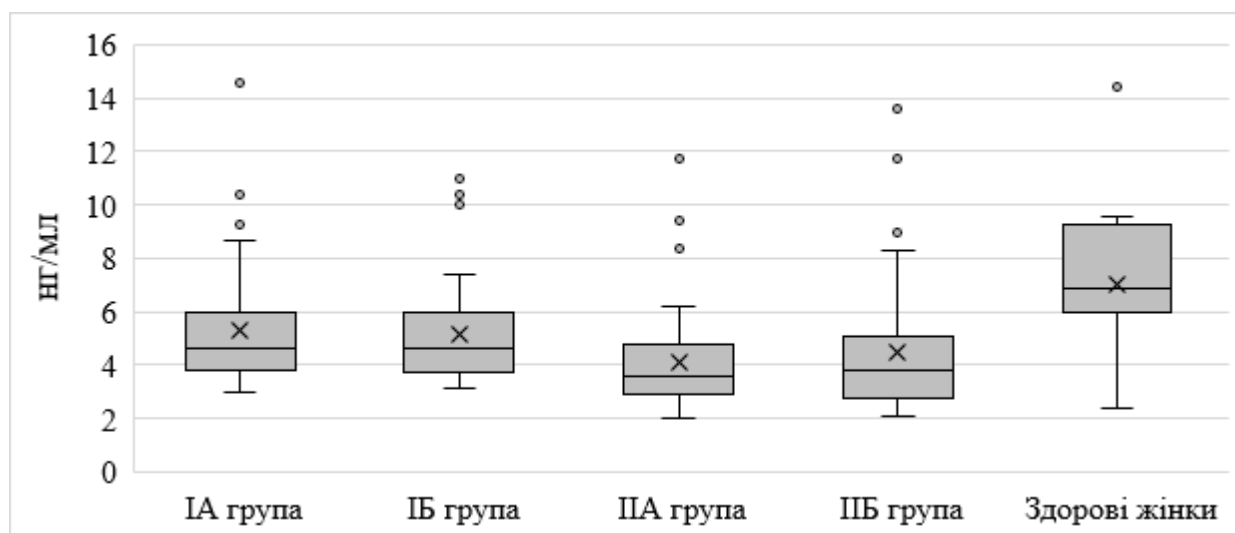


Рис. 4.10. Середні рівні прогестерону в крові (нг/мл) у пацієток досліджуваних груп в порівнянні з показником здорових жінок.

З урахуванням змін гормонального спектру пацієнткам призначали комбіновані оральні контрацептиви, прийом котрих пацієнтки ІА та ІБ груп здійснювали протягом щонайменше 12 місяців після абортів. Так, пацієнткам із недостатністю лютеїнової фази призначали препарат етинілестрадіолу 0,02 мг та гестодену 0,075 мг або етинілестрадіолу 0,03 мг та гестодену 0,075 мг; при наявності аномальних маткових кровотеч, порушень циклу – препарат дезогестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при гіперандрогенії - препарат (хлормадинону ацетату 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при аденоміозі, ендометріозі – комбінацію дієногесту 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; жінкам без гінекологічної патології – препарат гестодену (мікронізованого) 0,06 мг і 0,015 мг етинілестрадіолу (мікронізованого).

У доабортному періоді середні оцінки вираженості тривоги за підшкалою тривоги HADS-T достовірно не відрізнялися між аналізованими групами ($p=0,156$, критерій Крассела-Уоліса). Виявлено, що переважна більшість жінок – 116 (72,5%) мали тривожні розлади перед перериванням небажаної вагітності, з них: 30 (75%) в ІА групі, 25 (62,5%) в ІБ групі, 32 (80%) в ПА групі та 29 (72,5%) в ПБ групі ($p=0,049$). Аналіз ступеня вираженості тривожних розладів показав, що субклінічно виражену тривогу з оцінкою з від 8 до 10 балів мали третина досліджуваних

пацієнток – 55 (34,4%). Частота субклінічно виражених тривожних розладів статистично значуще не відрізнялася між ІА та ІБ групами – 14 (35%) та 12 (30%) відповідно ($p=0,633$) та між ІА та ІБ групами – 13 (32,5%) та 16 (40%) відповідно ($p=0,485$). Клінічно виражену тривогу з оцінкою 11 і більше балів діагностували в 61 (38,1%) жінок. Частота клінічно виражених тривожних порушень також достовірно не відрізнялася між ІА та ІБ групами – 16 (40%) та 13 (32,5%) відповідно ($p=0,485$) та між ІА та ІБ групами – 19 (47,5%) та 13 (32,5%) відповідно ($p=0,171$) (рис. 4.11).

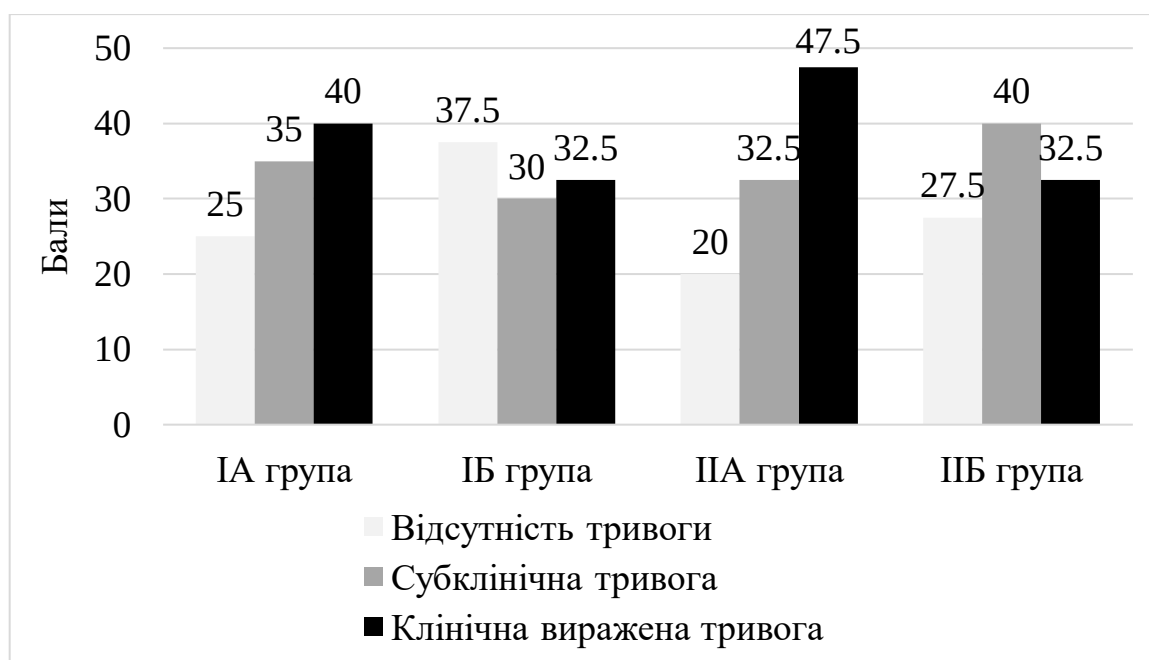


Рис. 4.11. Ступені тяжкості тривожних розладів згідно з оцінками за підшкалою тривоги HADS-T у жінок досліджуваних груп.

У пацієнток усіх аналізованих груп зареєстровано зниження середніх рівнів тривожності: в ІА групі через 1 місяць після переривання вагітності – на 30,3% з $10,73 \pm 5,01$ до $7,48 \pm 2,84$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 24,1% з $7,48 \pm 2,84$ до $5,68 \pm 2,99$ балів ($p < 0,001$); в ІБ групі через 1 місяць – на 10,4% з $9,10 \pm 4,36$ до $8,15 \pm 3,63$ балів ($p = 0,236$) та через 3 місяці – на 9,8% з $8,15 \pm 3,63$ до $7,35 \pm 3,82$ балів ($p = 0,036$); в ІІА групі через 1 місяць – у 1,8 разів з $10,43 \pm 2,58$ до $5,85 \pm 4,37$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 22,6% з $5,85 \pm 4,37$ до $4,53 \pm 3,41$ балів ($p = 0,009$); в ІІБ групі через 1 місяць – у 1,8 разів з $10,18 \pm 2,12$ до $5,55 \pm 4,76$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 2,3% з $5,55 \pm 4,76$ до $5,43 \pm 4,78$ балів ($p = 0,778$) (рис. 4.12).

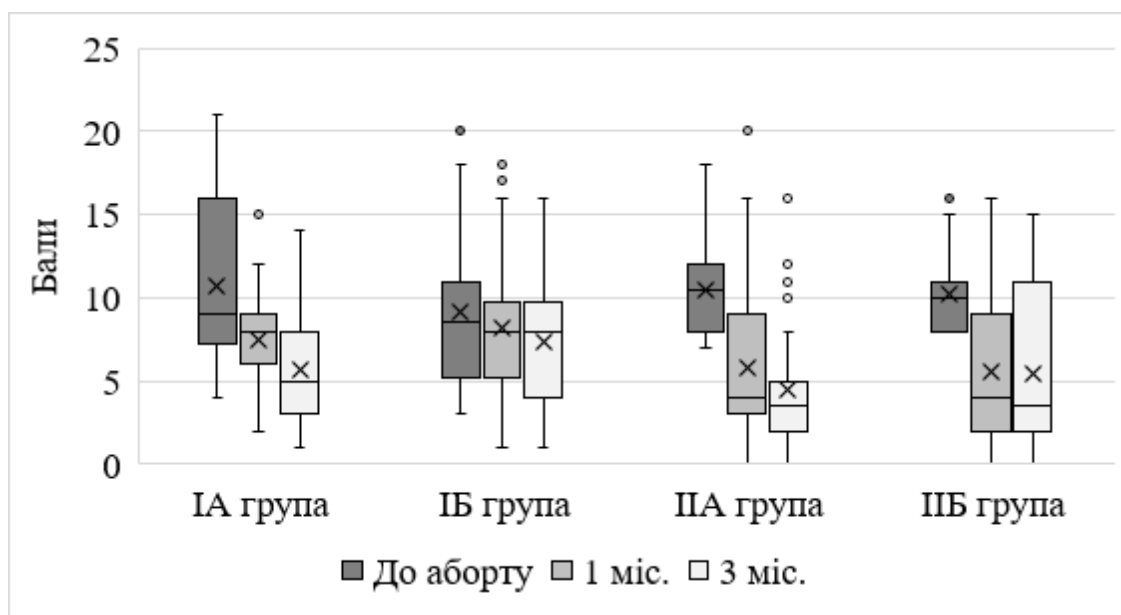


Рис. 4.12. Середні показники оцінки тривожних розладів згідно з підшкалою тривоги HADS-T у жінок досліджуваних груп на етапах спостереження.

Як видно з рисунку 4.12, пацієнтки після медикаментозного абортів мали вищі середні рівні тривожних розладів: через 1 місяць після переривання вагітності – $7,48 \pm 2,84$ балів і $8,15 \pm 3,63$ балів в ІА та ІБ групах проти $5,85 \pm 4,37$ та $4,53 \pm 3,41$ балів в ПА та ІІБ групах відповідно ($p=0,001$; критерій Краскела-Уоліса) та через 3 місяці – $5,68 \pm 2,99$ та $7,35 \pm 3,82$ балів проти $4,53 \pm 3,41$ та $5,43 \pm 4,78$ балів відповідно ($p=0,005$; критерій Краскела-Уоліса). А порівняння цих показників між основними та контрольними групами виявило, що через 3 місяці після переривання вагітності в ІА групі цей показник і кількість пацієнток із наявністю тривожності (32,5% проти 55%) були достовірно нижчими, ніж у ІБ групі ($p=0,032$ та СШ 0,39, 95% ДІ [0,16-0,98], $p=0,043$), тоді як достовірних відмінностей між у ПА та ІІБ групами виявлено не було (рис. 4.13).

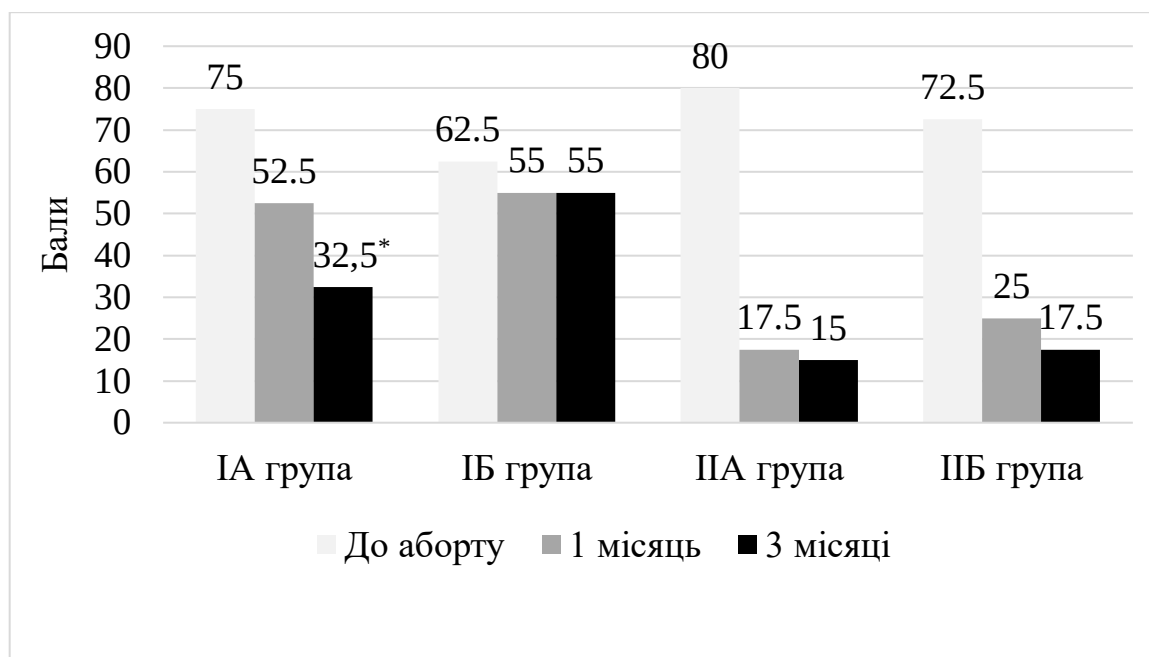


Рис. 4.13. Частота виявлення тривожних розладів (HADS-T ≥ 8 балів) у жінок досліджуваних груп на етапах дослідження.

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

Аналіз середніх показників оцінки вираженості депресивних порушень за підшкалою депресії HADS-D також не виявив статистично значущих відмінностей між аналізованими групами у доабортному періоді ($p = 0,057$, критерій Красскела-Уоліса). З'ясовано, що перед проведенням артифіційного аборту депресивні порушення мали 35 із 160 включених у дослідження жінок, що становило 12,9%, з них: 6 (15%) в ІА групі, 7 (17,5%) в ІБ групі, 10 (25%) в ІІА групі та 12 (30%) в ІІБ групі ($p > 0,05$).

Аналіз ступеня вираженості емоційних розладів показав, що субклінічно виражену депресію з оцінкою з від 8 до 10 балів мали 30 (37,5%) із 160 жінок.

Частота субклінічно виражених депресивних порушень достовірно не відрізнялася між ІА та ІБ групами – 5 (12,5%) та 6 (15%) відповідно ($p = 0,75$) та між ІІА та ІІБ групами – 9 (23%) та 10 (25%) відповідно ($p = 0,793$). Клінічно виражену депресію з оцінкою 11 і більше балів виявили в 5 (12,5%) жінок. Частота клінічно виражених депресивних розладів також достовірно не відрізнялася між ІА та ІБ

групами – по 1 (2,5%) випадку та між ІА та ІБ групами – 1 (2,5%) та 2 (5%) відповідно ($p=0,556$) (рис. 4.14).

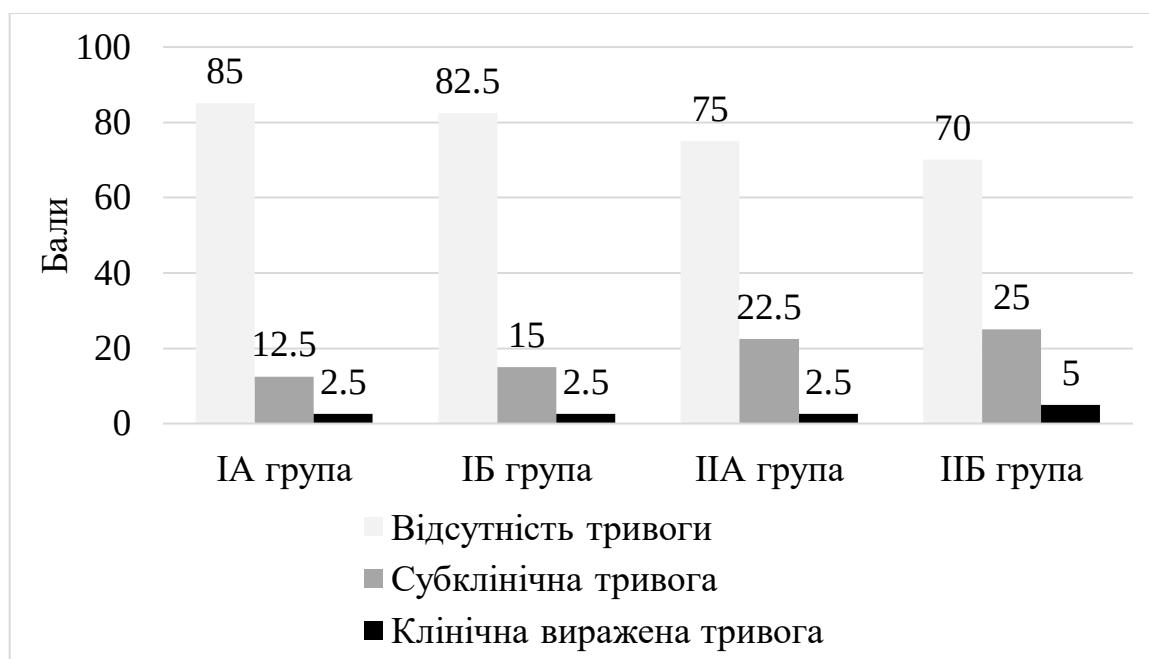


Рис. 4.14. Ступені тяжкості депресії згідно з оцінками за підшкалою тривоги HADS-D у жінок досліджуваних груп.

Встановлено достовірне збільшення середніх рівнів депресії в пацієнок контрольних груп у післяабортному періоді: в ІБ групі через 1 місяць після переривання вагітності – на 23,9% з $4,6 \pm 2,73$ до $6,05 \pm 4,45$ балів ($p=0,027$) та через 3 місяці – на 7,8% з $6,05 \pm 4,45$ до $6,58 \pm 3,07$ балів ($p=0,301$) та ІБ групі через 1 місяць – у 1,3 рази з $5,4 \pm 3,09$ до $6,8 \pm 3,79$ балів ($p=0,036$) та через 3 місяці – на 20% з $6,8 \pm 3,79$ до $8,5 \pm 4,84$ балів ($p=0,03$) (рис. 4.15).

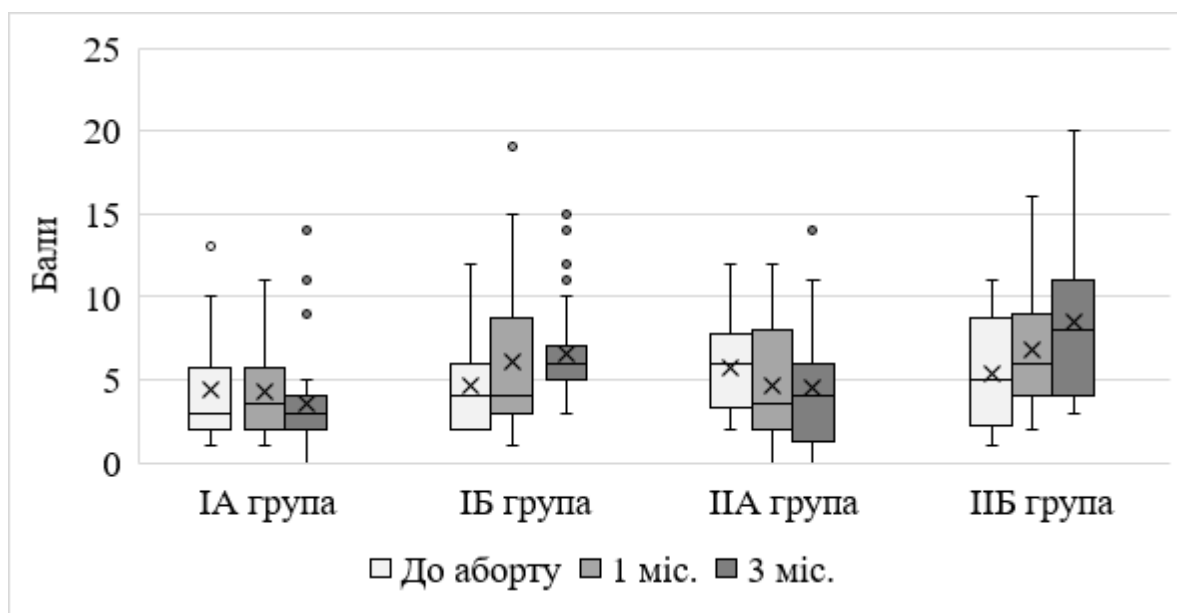


Рис. 4.15. Середні показники оцінки депресивних порушень згідно з підшкалою тривоги HADS-D у жінок досліджуваних груп на етапах спостереження.

Як видно з рисунку 4.15, пацієнтки контрольних груп мали достовірно вищі середні рівні депресивних порушень: через 1 місяць після медикаментозного аборту – $6,05 \pm 4,45$ балів у ІБ групі проти $4,23 \pm 2,64$ балів у жінок ІА групи ($p=0,029$), через 3 місяці – $6,58 \pm 3,07$ проти $3,53 \pm 2,53$ балів відповідно ($p<0,001$); через 1 місяць після вакуум-аспірації – $6,8 \pm 3,79$ балів у ІІБ групі проти $4,65 \pm 3,78$ балів у пацієнток ІІА групи ($p=0,013$), через 3 місяці – $7,9 \pm 4,71$ проти $4,45 \pm 3,56$ балів відповідно ($p<0,001$). Відмінностей між групами щодо частоти виявлення депресивних розладів ($\text{HADS-D} \geq 8$ балів) на етапах дослідження виявлено не було, за виключенням статистично значущої різниці між ІІА та ІІБ групами через 3 місяці після аборту – 4 (10%) проти 16 (40%) відповідно, СШ 0,17; 95% ДІ [0,05-0,56], $p=0,002$ (рис. 4.16).

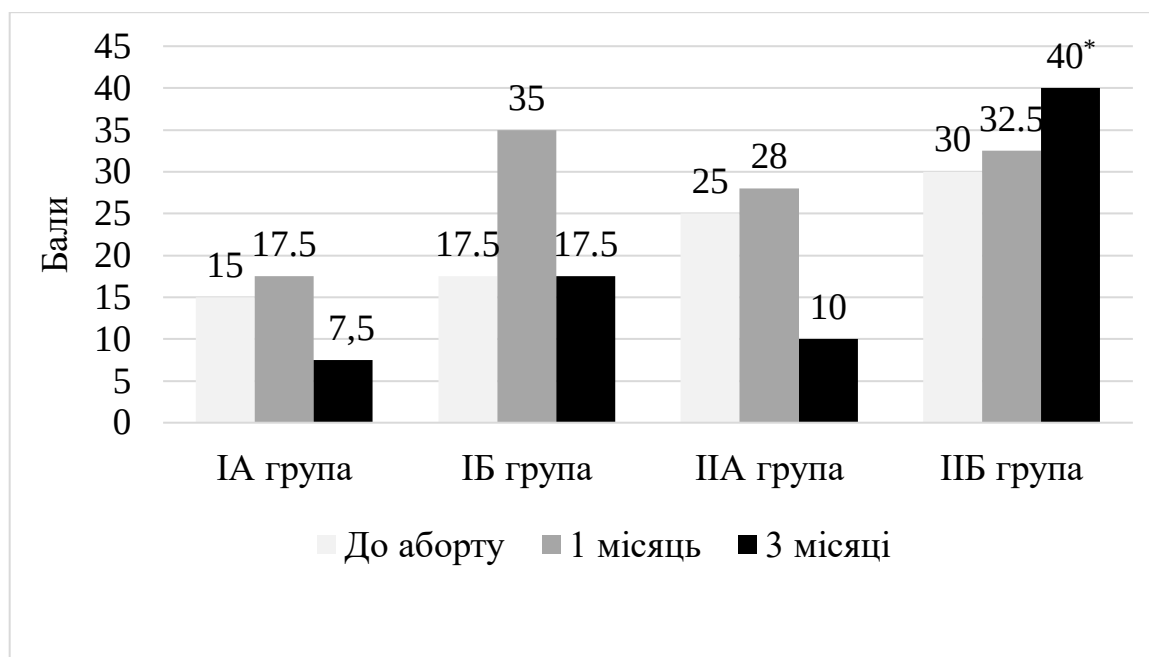


Рис. 4.16. Частота виявлення депресивних розладів (HADS-D ≥ 8 балів) у жінок досліджуваних груп на етапах дослідження.

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників, порівняно з відповідною групою контролю $p < 0,05$.

Резюме

Отримані нами дані продемонстрували, що застосування запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, котрий включав корекцію анемії та профілактику інфекційних ускладнень у доабортному періоді, призначення комбінованих оральних контрацептивів, інфламафертину та діадинамотерапію в післяабортному періоді, дозволив нормалізувати стан мікробіоценозу статевих шляхів і знизити частоту анемії. На тлі проведеної комплексної терапії спостерігалось статистично значуще збільшення товщини ендометрію та з'ясовано, що товщину ендометрію менше 7 мм мали достовірна менша кількість жінок ІА групи (СШ 0,1; 95% ДІ [0,01-0,86]) та ІІА групи (СШ 0,16; 95% ДІ [0,06-0,44]), порівняно з пацієнтками ІБ і ІІБ груп. Ці дані, а також достовірно менша частота хронічного ендометриту в ІІА, ніж в ІІБ групі (СШ 0,14; 95% ДІ [0,02-0,99]), свідчать про зниження частоти патологічних змін і збереження репродуктивної функції жінок після переривання вагітності в ранніх термінах.

Ефективність розробленого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів підтверджують результати аналізу емоційного стану жінок після переривання вагітності в ранніх термінах, котрі виявили достовірно меншу частоту тривожно-депресивних розладів в основних групах жінок, ніж у групах, котрі не отримували розроблену нами лікувально-профілактичну та реабілітаційну програму. Спільне ведення пацієнток разом з клінічним психологом/психотерапевтом, раннє виявлення тривожно-депресивних розладів у жінок, є важливою складовою тактики збереження репродуктивного здоров'я, особливо у період війни.

Отримані результати дозволяють рекомендувати розроблений алгоритм лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів для застосування в практичній медицині.

Результати даного розділу були представлені в такій публікації [5, 13].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Одним із ключових завдань сучасного акушерства і гінекології є збереження репродуктивного здоров'я жінок після артіфіційного переривання вагітності у ранніх термінах. У зв'язку з високою поширеністю штучного абортів як методу завершення небажаної вагітності та потенційними наслідками для репродуктивної системи, особливого значення набуває розробка тактики профілактики ускладнень та оптимізації подальшої роботи репродуктивної функції пацієнток.

У сучасній медичній практиці триває пошук найбільш ефективного клінічного підходу до ведення пацієнток зі штучними абортами в ранньому терміні, що потребує постійного дослідження та удосконалення методик та навичок для наступної актуалізації клінічних рекомендацій та протоколів [34, 78].

Результати дослідження розглядаються з позицій доказової медицини, з урахуванням статистичної достовірності та клінічної значущості виявлених ефектів. Це забезпечує наукову обґрунтованість розроблених практичних рекомендацій і дозволяє запропонувати ефективні стратегії збереження репродуктивного потенціалу жінок після абортів в ранніх термінах.

З метою встановлення взаємозв'язку між артіфіційними абортами в ранньому терміні вагітності в анамнезі та станом репродуктивної системи жінок, нами було проведено ретроспективне когортне дослідження. 549 послідовно набраних пацієнток, які лікувалися на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини протягом 2020-2022 років увійшли до масиву. Штучні аборти, що були виявлені в анамнезі 119 (21,7%) із жінок, було обрано як експозиційний фактор. Частота артіфіційного переривання вагітності у когорті склала 21,7% (119 випадків). Жінки, які мали один або декілька медикаментозних чи абортів, проведених методом вакуум-аспірації, склали досліджувану групу. Група порівняння включала групу жінок без анамнестичного штучного переривання вагітності, і складалася з 430 осіб.

Дослідна група зі штучним абортів в анамнезі відрізнялася на більшості етапів

дослідження.

Під час аналізу медичної документації досліджували: анамнез життя, вік, місце проживання, сімейний статус, антропометричні дані.

З'ясовано, що статистично старші жінки віком $29,63 \pm 6,07$ років мають в анамнезі штучний аборт, ніж особи групи порівняння, середній вік яких складає $27,92 \pm 5,47$ років ($p=0,003$).

Більша кількість респонденток 297 (54,1%) були з міст, що вказує на кращу доступність та можливість переривання вагітності, аніж в сільській місцевості.

Сімейний статус пацієнток не мав достовірних відмінностей у групах, хоча за даними американської літератури за 1973-2021рр., кількість легальних абортів на 100 новонароджених в 10 разів вища у незаміжніх, ніж у жінок, які перебувають у шлюбі [115].

Також вивчалася репродуктивна функція: вік менархе, гінекологічний анамнез з особливою увагою до непліддя та невиношування, вивчався акушерський анамнез, включаючи інформацію про вагітність, пологи та їх особливості.

Дослідження гінекологічного анамнезу показало переважання таких патологій, як безпліддя, порушення менструального циклу, кольпіт, аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперплазією ендометрію, функціональні кісти яєчників.

Ризик безпліддя у жінок з анамнестичним перериванням вагітності в ранніх термінах вищий в 1,96 рази ($p=0,024$) порівняно з жінками без абортів(ів) в анамнезі.

Серед жінок досліджуваної групи достовірно вищий показник частоти кольпітів 15,1% (СІШ 2,77; 95% ДІ [1,46-5,25], $p=0,001$) проти 6% у групі жінок без переривання вагітності в анамнезі. При порівнянні двох груп виявлено, що пацієнтки зі штучним абортom в анамнезі мали в 10,85 рази більше запальних захворювань матки на відміну від таких, що не переривали вагітність протягом життя ($p<0,001$). З'ясовано, що сальпінгофорити частіше зустрічалися в досліджуваній групі жінок (СІШ 2,98; 95% ДІ [1,4-6,33], $p=0,003$). Такі спостереження збігаються з даними літератури, у якій представлено зв'язок між частотою запальних захворювань малого тазу та їх впливу на функцію репродуктивної системи [170, 187].

Також в групі жінок з аборт(ами) в анамнезі достовірно в 3,56 рази частіше виявляли дисплазії епітелію шийки матки, ніж в групі порівняння ($p < 0,001$).

Частота вище зазначених патологій демонструє важливість даних показників у структурі порушень репродуктивного здоров'я у жінок, які мають в анамнезі перенесений аборт(и). Зважаючи на їх поширеність доцільною є розробка тактики профілактичних дій для покращення майбутніх репродуктивних результатів.

Важливим аспектом є частота звичного невиношування вагітності, яка статистично вища у 3,75 рази в групі жінок з перериванням вагітності в анамнезі, ніж в групі жінок без нього (СШ 3,75; 95% ДІ [1,19-11,85], $p = 0,016$). Це цілком узгоджується з актуальними даними літератури [175] і підкреслює значущу роль цього показника у формуванні подальшої можливості завагітніти, виносити та народити здорове бажане потомство.

Аналіз репродуктивної функції показав, що досліджувані групи не відрізнялися за середнім віком менархе, а саме $13,73 \pm 1,09$ років та $13,57 \pm 0,88$ років відповідно.

При дослідженні даних акушерського анамнезу виявлено значущі відмінності в середній кількості вагітностей: в досліджуваній групі жінок було в 1,5 рази більша, ніж у групі порівняння ($2,88 \pm 1,32$ проти $1,87 \pm 1,16$ відповідно, $p < 0,001$), що визначає кореляцію між кількістю перенесених абортів та перебігом майбутніх вагітностей і пологів.

Варто зауважити, що у групі жінок з перенесеним аборт(ами) в 3,48 разів частіше зустрічалися мимовільні викидні у ранньому терміні ($p = 0,02$), в 4,62 рази більше загроза переривання вагітності ($p < 0,001$), в 2,2 рази - передчасні пологи ($p = 0,040$), в 1,62 рази - абдомінальне оперативне розродження ($p = 0,048$). Частота плацентарних ускладнень загалом (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, різні варіанти аномальної плацентації) була значуще вищою в досліджуваній групі, ніж у контрольній (35,3% проти 25,3% відповідно (СШ 1,61; 95% ДІ [1,04-2,48], $p = 0,032$).

З метою встановлення відмінностей клінічної ефективності та безпечності сучасних методів проведення переривання вагітності в ранніх термінах виконано

підгруповий аналіз ранніх і пізніх ускладнень в залежності від обраного методу переривання вагітності.

У дослідженні з 549 послідовно набраних жінок фертильного віку протягом 2020-2022 років виділили 119 (21,7%) пацієнток зі штучними абортами в анамнезі та розділили на дві групи: I групу - 54 жінки із медикаментозним абортom із використанням міфепристону та мізопростолу та II групу - 65 жінок після переривання вагітності методом вакуум-аспірації. Групу порівняння склали 430 жінок без анамнестичного штучного переривання вагітності. За клініко-демографічними характеристиками пацієнтки II групи мали статистично значуще більший термін гестації на проведення штучного аборту $8,58 \pm 3,73$ проти $7,37 \pm 2,28$ ($p=0,041$) I групи та більшу кількість вагітностей і пологів в анамнезі ($p<0,001$). Також достовірно більша кількість жінок (37%) в I групі проти 12,3% в II групі переривала саме першу вагітність ($p=0,002$), що підтверджує усвідомлене бажання обрати менш травматичний спосіб переривання (медикаметозний) та уникнути ускладнень, пов'язаних з майбутньою бажаною вагітністю.

Штучні аборти було обрано як досліджуваний чинник (експозиційний фактор). Первинною кінцевою точкою ретроспективного дослідження була частота успішних абортів, що визначалося як повне видалення вмісту матки без повторного хірургічного втручання та переривання поточної вагітності. При визначенні первинної кінцевої точки порівнювали скориговані та нескориговані показники частоти успішних абортів при застосуванні двох аналізованих методів, оскільки вибір останнього здійснювався згідно з бажанням жінки, через що існувала ймовірність спотворення показників за рахунок відмінностей вихідних характеристик. Тому було змодельовано ймовірність успіху аборту з використанням коефіцієнта схильності. Визначення цього показника дозволило оцінити, як ймовірність успішного аборту варіює в залежності від застосованого методу переривання вагітності та гестаційного терміну з урахуванням вихідних характеристик, які можуть вплинути на вибір методу. Вихідні показники включали: вік, індекс маси тіла (ІМТ), попередні аборти, викидні, пологи, термін гестації на момент проведення артіфіційного аборту. Необхідність хірургічної евакуації вмісту

матки або діагностована при наступному візиті вагітність, що триває, визначали проведений аборт, як неефективний.

Частота неефективності проведеного аборт, побічні ефекти у випадку медикаментозного аборт, ускладнення, вплив на перебіг майбутніх вагітностей та пологів були вторинними кінцевими точками.

У дослідженні порівнювалася ефективність медикаментозного аборт та вакуум-аспірації. Ефективність медикаментозного методу становила 90,7%, тоді як вакуум-аспірації — 98,5% випадків. Ці результати узгоджуються з даними міжнародних досліджень, які демонструють ефективність медикаментозного аборт на рівні 92–98% та вакуум-аспірації — понад 98% . Зокрема, дослідження, опубліковане в *Journal of Nepal Health Research Council* (2020), показало, що повне переривання вагітності досягалося в 85,14% випадків при медикаментозному аборті та в 93,15% — при ручній вакуум-аспірації [93]. Проте медикаментозний аборт асоціювався з вищою частотою затримки елементів плідного яйця (СШ 5,48; 95% ДІ [1,11–27,01]) та аномальних маткових кровотеч (СШ 8,0; 95% ДІ [1,1–68,66]). Ці дані співставні з результатами багатьох досліджень, де зазначено, що медикаментозний аборт у ранніх термінах є ефективним, але може супроводжуватися певними ускладненнями [86, 93, 138]. Наприклад, у дослідженні, опублікованому в *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, зазначено, що тривалість та об'єм кровотечі були більшими при медикаментозному аборті порівняно з вакуум-аспірацією [86].

Аналіз медичної документації виявив дані про наявність ранніх (протягом 10-30 днів після аборт) та пізніх (через 1 місяць і більше після процедури) ускладнень артіфіційного аборт, що підтверджують дослідження іноземних авторів [186] , та інші анамнестичні характеристики.

Серед ранніх ускладнень переривання вагітності виявлено 19 жінок (35,2%) І групи — зі скаргами на нудоту та блювання, що пов'язано із застосуванням препаратів для медикаментозного аборт. Також в І групі серед інших ранніх ускладнень було констатовано неефективність проведеного аборт, а саме 5 (9,3%) випадків прогресуючої вагітності у термінах 6-8 тижнів, які потребували вакуум-

аспірації або кюретажу порожнини матки в умовах стаціонару. 8 (14,8%) випадків затримки елементів плодового яйця у порожнині матки протягом 1-2 тижнів індукованого аборту було виявлено у жінок I групи, рішенням даного ускладнення було досягнуто у 6 (11,1%) випадках за допомогою повторного призначення мізопростолу, у 2 (3,7%) - шляхом вакуум-аспірації. В 1 (1,9%) пацієнтки I групи на тлі неповного аборту була кровотеча.

Підсумовуючи, в групі медикаментозного переривання ранні ускладнення зустрічалися частіше, ніж у групі вакуум-аспірації, що обумовлено в 5,48 рази більшою частотою затримки частин плідного яйця ($p=0,022$), а також схильністю до більшої частоти прогресування вагітності – 5 (9,3%) проти 1 (1,5%) відповідно (СШ 6,53; 95% ДІ [0,74-57,71], $p=0,055$).

При порівнянні двох груп з'ясовано, що достовірно рідше у жінок з медикаментозним перериванням зустрічався ендометрит, ніж у жінок з вакуум-аспірацією – у 4 (7,4%) проти 15 (23,1%), СШ 0,27; 95% ДІ [0,08-0,86], $p=0,02$. Натомість, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрію аномальні маткові кровотечі та функціональні кісти яєчників достовірно частіше зустрічалися в жінок I групи - 6 (11,1%) та 10 (18,5%) проти 1 (1,5%) та 3 (4,6%) в II групі відповідно (СШ 8,0; 95% ДІ [1,1-68,66], $p=0,027$ та СШ 4,7; 95% ДІ [1,22-18,06], $p=0,016$), що стало причиною звернення по допомогу в медичні заклади. Ці ускладнення можуть бути пов'язані з індивідуальними особливостями пацієнток, термінами вагітності та дотриманням протоколів лікування. З іншого боку, вакуум-аспірація, хоча й демонструє вищу ефективність, може призводити до хронічного ендометриту. Це ускладнення, ймовірно, пов'язане з інвазивністю процедури та можливими пошкодженнями ендометрію під час втручання. Згідно з даними літератури, штучний аборт та інші інвазивні маніпуляції в порожнині матки, а також перенесені оперативні втручання на органах малого тазу, є найважливішими факторами ризику розвитку хронічного ендометриту [18, 19, 87].

Серед проаналізованих особливостей перебігу вагітності та пологів після перенесеного аборту в I групі (медикаментозно) було 5,6% випадків мимовільних викиднів у ранньому терміні, 1,9% - в пізньому, 16,7% - позаматкова вагітність,

22,2% - загроза передчасних пологів та 24,1% - передчасний розрив плодових оболонок, без достовірних відмінностей від наслідків в II групі (вакуум-аспірації).

З'ясовано, що жінки, які перенесли медикаментозний аборт в ранніх термінах порівняно з перериванням вагітності шляхом вакуум-аспірації, мають в 2,3 та 3,6 разів менший ризик плацентарних ускладнень та загрози переривання майбутньої вагітності ($p=0,002$ та $p=0,021$ відповідно), а також в 2,2 рази менший ризик розродження шляхом кесарського розтину (СШ 0,34; 95% ДІ [0,14-0,84], $p=0,017$), що свідчить про прямий вплив обраного методу переривання вагітності на перебіг майбутніх бажаних, та доцільність індивідуальної тактики ведення периабортного періоду в кожному окремому випадку.

Дані дослідження узгоджуються з результатами інших наукових робіт. Зокрема, огляд Cochrane виявив, що вакуум-аспірація є безпечним і ефективним методом переривання вагітності в першому триместрі [44, 48, 141], з рідкісними ускладненнями. Також, дослідження, опубліковане в PubMed, показало, що ручна вакуум-аспірація є такою ж безпечною, як і електрична вакуум-аспірація, з низьким рівнем ускладнень [64, 148, 153].

Загалом, вибір методу переривання вагітності повинен базуватися на індивідуальних особливостях пацієнтки, терміні вагітності, наявності супутніх захворювань та бажанні самої пацієнтки. Обидва методи мають свої переваги та ризики, і їх ефективність та безпека підтверджені численними дослідженнями [44, 64, 86, 93, 141, 148, 153].

Що стосується таких серйозних наслідків переривання вагітності, як підвищення ризику онкологічних захворювань (раку молочної залози, шийки матки, щитовидної залози, пухлин черевної порожнини), найновіші дослідження та мета-аналіз за 2020р. стверджують про відсутність зв'язку між абортами та ризиком онкологічної патології [46, 120, 124, 194, 207].

Для виявлення вірогідних факторів ризику розвитку хронічного ендометриту після штучного аборту була розроблена анкета, де зазначалися основні анамнестичні дані про стан здоров'я до та під час вагітності, умови праці та проживання,

соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез, дані клінічного, лабораторного та ультразвукового обстеження.

З метою виявлення незалежних факторів ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах був проведений логістичний регресійний аналіз, який включав 119 жінок фертильного віку від 18 до 45 років (в середньому - $29,63 \pm 5,75$ років), які зверталися до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини для штучного переривання вагітності в ранніх термінах.

I групу склали 19 жінок, у яких після штучного абортів розвинувся хронічний ендометрит, підтверджений результатом імуногістохімічного дослідження мікробіоптату ендометрію, контрольна II група включала 100 жінок із нормальним неускладненим перебігом післяабортного періоду.

За результатами уніваріантного логістичного регресійного аналізу, пацієнтки I групи були статистично старшими $33,05 \pm 5,64$ років проти $28,99 \pm 5,57$ років ($p=0,004$), достовірно частіше мали ожиріння 31,6% проти 10% в II групі (СШ: 4,15; 95% ДІ: [1,29-13,35], $p=0,011$), мали достовірно більшу кількість вагітностей в анамнезі (в середньому - $3,53 \pm 1,12$ проти $2,76 \pm 1,33$ у жінок II групи, $p=0,02$) та частоту оперативних вагінальних пологів - 15,8% та 3% відповідно (СШ: 6,06; 95% ДІ: [1,12-32,7], $p=0,02$).

Серед супутніх екстрагенітальних захворювань, виявлено достовірно більшу схильність жінок I групи до анемії - 8 (42,1%) проти 18 (18%) у II групі відповідно; СШ: 3,31, 95% ДІ 3,31 [1,17-9,41], $p=0,019$.

Під час дослідження гінекологічного анамнезу отримано результати, які заслуговують уваги: серед жінок з хронічним ендометритом після штучного переривання виявлено наявність попередніх артіфіційних абортів - 47,4% проти 22% в II групі (СШ: 3,19; 95% ДІ: [1,15-8,82], $p=0,021$), достовірно частіше діагностований у доабортному періоді кольпіт - 36,8% проти 10% в II групі (СШ: 5,25; 95% ДІ: [1,68-16,39], $p=0,002$), та III-IV ступінь чистоти вагінального вмісту на момент проведення артіфіційного абортів - 26,3% проти 7% у II групі (СШ: 4,75; 95% ДІ: [1,32-17,03], $p=0,01$).

Проаналізовано проведення поточного артіфіційного аборту та встановлено, що в I групі у переважної більшості жінок застосованим методом переривання вагітності була вакуум-аспірація - 78,9% проти 21,1% медикаментозного аборту, а в II групі – 50% та 50% відповідно (СШ: 3,75, ДІ [1,16-12,09], $p=0,02$). Обидві групи були співставимі за терміном переривання вагітності: в I групі було виконано в пізніших термінах вагітності, ніж у II групі ($10,36 \pm 2,71$ проти $7,25 \pm 2,9$ тижнів відповідно ($p < 0,001$)).

Досліджувані групи достовірно відрізнялися по кількості вагітностей і внутрішньоматкових маніпуляцій. Ризик хронічного ендометриту збільшувався за наявності в анамнезі попередніх артіфіційних абортів в 3,19 рази ($p=0,021$), оперативних вагінальних пологів - в 6,06 разів ($p=0,02$), кесаревого розтину - в 2,58 рази ($p=0,064$), а також переривання поточної вагітності шляхом вакуум-аспірації – в 3,75 рази ($p=0,02$), особливо в терміні гестації > 9 тижнів ($p < 0,001$).

Ускладнення проведення даного аборту має важливе значення у виникненні хронічного ендометриту. З'ясовано, що затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності в 11,08 разів частіше зустрічалися в групі жінок із післяабортним ендометритом ($p < 0,001$).

На основі мультиваріантного логістичного регресійного аналізу, важливим є встановлення зв'язку між захворюваністю хронічного ендометриту та наявністю анемії. У порівнянні з пацієнтками з фізіологічним перебігом післяабортного періоду, жінки з ендометритом в 3,31 рази частіше мали анемії ($p=0,019$).

Ідентифіковано незалежні фактори ризику розвитку хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності, серед яких: вік ≥ 30 років, наявність ожиріння, анемії, попередніх абортів в анамнезі, III–IV ступені чистоти вагінального вмісту та термін виконання аборту > 9 тижнів. Ці фактори слід враховувати при плануванні профілактичних заходів для зниження ризику ускладнень. Цікавими виявилися дані щодо асоціації хронічного ендометриту з віком, ожирінням та анемією ($p < 0,05$). Можна припустити, що збільшення частоти даної патології зі збільшенням віку обстежених жінок пояснюється як віковими морфологічними змінами ендометрію, так і вірогідним накопиченням із віком в популяції

соматичних, гінекологічних захворювань, внутрішньоматкових маніпуляцій та ін [97, 124].

Для вивчення ефективності алгоритму диференційованого підходу до переривання вагітності в ранніх термінах з наступною вдосконаленою програмою збереження репродуктивного здоров'я жінок було проведене проспективне дослідження, в яке було включено 160 жінок віком від 18 до 43 років (у середньому ($M \pm \sigma$) – $28,47 \pm 5,38$ років, медіана – 28,0 років, міжквартильний інтервал – 25,0-31,0 років). всі респондентки проспективної частини дослідження були розділені на 4 групи: ІА та ІА (основні) групи – по 40 жінок із медикаментозним абортom або вакуум-аспірацією, які брали участь у програмі, розробленій на основі даних ретроспективного когортного дослідження, та ефективність якої перевірялася, ІА та ІБ (контрольні) групи – по 40 жінок із медикаментозним абортom або вакуум-аспірацією, у яких периабортний період відбувався за загальноприйнятими алгоритмами. Вдосконалена програма передбачала багатофакторний вплив на основні патогенетичні ланки післяабортних ускладнень, включаючи профілактику анемії, інфекцій, гормонального дисбалансу, запальних змін у ендометрії, а також поліпшення психоемоційного стану пацієнток.

Запропоновані заходи жінкам ІА та ІА груп, які брали участь у програмі, ефективність якої перевірялася, включали насамперед виявлення та корекцію анемії та профілактику інфекційних ускладнень в доабортному періоді, що є основною вимогою оптимізації стану пацієнта перед будь-якими процедурами та хірургічними втручаннями.

Сформовані групи були співставними за основними клініко-демографічними характеристиками. В усіх пацієнток, які були залучені в дослідження, була констатована внутрішньоматкова вагітність, середній термін згідно з даними гінекологічного дослідження та УЗД, складав $7,13 \pm 2,39$ тижнів.

При оцінці супутніх соматичних патологій в 61 (38,1%) із 160 жінок було виявлено коморбідні захворювання, у 26 (16,3%) випадках спостерігалось одночасно декілька. Варто зауважити, що найчастішою патологією серед аналізованих жінок на

момент включення в дослідження була анемія – у ІА групі – 15 (37,5%), у ІБ групі – 16 (40%), у ІА групі – 21 (52,5%), у ІБ групі – 15 (37,5%), $p=0,162$ (χ^2 -критерій).

Одним з основних пунктів периабортної програми була медикаментозна корекція середнього та важкого ступеня анемії за допомогою трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу внутрішньовенно до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза протягом 3 місяців, який здатний швидко відновлювати залізо при залізодефіцитних станах, та легкої анемії таблетованими формами заліза.

На початку дослідження жінки всіх аналізованих груп були співставними за концентрацією гемоглобіну крові ($p>0,05$) ($115,9\pm13,07$ та $116,3\pm13,24$ г/л у пацієнток ІА та ІБ груп відповідно, $p=0,906$; $113,3\pm13,8$ і $117,9\pm12,67$ у осіб ІА та ІБ груп відповідно, $p=0,123$).

З'ясовано, що в переабортному періоді анемію мали 15 (37,5%) та 16 (40%) жінок у ІА та ІБ групах відповідно, $p=0,82$; 21 (52,5%) та 15 (37,5%) пацієнток у ІА та ІБ групах відповідно, $p=0,18$), легка анемія була діагностована в 5 (12,5%), 4 (10%), 5 (12,5%) і 3 (7,5%) жінок ІА, ІБ, ІА та ІБ груп відповідно, анемія середнього ступеня тяжкості – у 5 (12,5%), 9 (22,5%), 12 (30%) та 10 (25%) відповідно та тяжка анемія – у 1 (2,5%) пацієнтки ІА групи.

Під час подальшого спостереження між основними та контрольними групами фіксувалися значущі відмінності середніх концентрацій гемоглобіну ($p<0,001$). Так, через 1 місяць після переривання вагітності в ІА та ІА групах спостерігали тенденцію до зростання концентрації гемоглобіну: $121,7\pm7,52$ г/л та $121,4\pm8,01$ г/л відповідно достовірно перевищували аналогічні показники ІБ - $116,5\pm11,98$ г/л та ІБ - $115,6\pm11,01$ г/л груп ($p=0,025$ та $p=0,009$ відповідно). Через 1 місяць після переривання вагітності анемію мали достовірно менша кількість жінок ІА групи – 7 (17,5%) проти 15 (37,5%) пацієнток ІБ групи (СШ 0,35, 95% ДІ [0,13-0,99], $p=0,045$), а також значущо менше кількість осіб ІА групи – 6 (15%) проти 14 (35%) пацієнток ІБ групи (СШ 0,33, 95% ДІ [0,11-0,97], $p=0,039$). При цьому легка анемія була діагностована в 3 (7,5%), 4 (10%), 2 (5%) і 7 (17,5%) жінок ІА, ІБ, ІА та ІБ груп відповідно, водночас анемія середнього ступеня тяжкості рідше виявлялася в жінок

ІА та ІА груп – по 4 (10%) випадків, ніж у пацієнток ІБ та ІБ груп – 11 (27,5%) (СШ 0,29, 95% ДІ 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,045$) і 7 (17,5%) (СШ 0,52, 95% ДІ 95% ДІ [0,14-1,95], $p=0,33$) відповідно. Випадків тяжкої анемії через 1 місяць після абортів в жодній із аналізованих груп виявлено не було.

Через 3 місяці після переривання вагітності зберігалася тенденція до більш високого рівня гемоглобіну крові в жінок ІА та ІА групах – $123,8 \pm 4,47$ г/л і $123,8 \pm 4,2$ г/л відповідно проти $118,2 \pm 9,43$ г/л і $118,3 \pm 7,19$ г/л у жінок ІБ та ІБ груп ($p=0,001$ та $p<0,001$ відповідно). Анемія через 3 місяці після абортів зберігалася у достовірно меншій кількості жінок ІА групи – 3 (7,5%) проти 15 (37,5%) жінок ІБ групи (СШ 0,14, 95% ДІ 95% ДІ [0,04-0,52], $p=0,001$) та меншій кількості жінок ІА групи – 2 (10%) проти 10 (25%) жінок ІБ групи (СШ 0,16, 95% ДІ 95% ДІ [0,03-0,78], $p=0,012$). При цьому легка анемія була виявлена в 2 (5%), 8 (20%), 2 (5%) і 6 (15%) пацієнток ІА, ІБ, ІА та ІБ груп відповідно, тоді як анемія середнього ступеня тяжкості рідше виявлялася в жінок ІА групи – 1 (2,5%) і не виявлялася в ІА групі проти 6 (15%) жінок ІБ групи (СШ 0,15, 95% ДІ 95% ДІ [0,02-0,99], $p=0,048$) та 4 (10%) осіб ІБ групи ($p=0,04$).

Доабортна профілактика анемії шляхом парентерального введення трьохвалентного заліза (гідроксид сахарозного комплексу) дозволила попередити розвиток вираженого післяабортного залізодефіциту, що важливо для повноцінного відновлення ендометрію, овуляторної функції та загального соматичного стану. Це узгоджується з результатами досліджень, де підкреслюється, що анемія після абортів є предиктором тривалої реабілітації репродуктивної функції [31, 169, 225, 228].

100 із 160 пацієнток не мали супутніх гінекологічних захворювань, що становило (62,5%). Найбільш частою гінекологічною патологією у жінок усіх досліджуваних груп був кольпіт – 47 (29,4%) із 160 випадків, із них: у ІА групі – 15 (37,5%), у ІБ групі – 10 (25%), у ІА групі – 11 (27,5%), у ІБ групі – 11 (27,5%), $p=0,62$ (χ^2 -критерій). Під час детального вивчення стану мікробіоценозу статевих шляхів у жінок аналізованих груп виявлено, що в доабортному періоді стан мікробіоценозу статевих шляхів характеризувався зниженням кількості *Lactobacillus* (ІА група – 92,5%, ІБ група – 95%, ІА група – 90% та ІБ група – 87,5%), *Bifidobacterium spp* (70%, 67,5%, 65% та 72,5% відповідно) та *Streptococcus lactis*

(55%, 60%, 60% та 57,5% відповідно) на тлі збільшення таких патогенних мікроорганізмів, як *Escherichia* (ІА група – 5%, ІБ група – відсутні, ІА група – 7,5% та ІБ група – 5%), *Proteus* (ІА група – відсутні, ІБ група – 7,5%, ІА група – відсутні та ІБ група – 5%), гриби роду *Candida* (10%, 5%, 7,5% та 10% відповідно), *Staphylococcus* (28%, 23%, 30% та 25% відповідно), *Mycoplasma* (5%, 10%, 7,5% та 10% відповідно) та *Ureaplasma* (по 5% в ІА, ІА та ІБ групах, 2,5% в ІБ групі).

Безперечно, значну роль у виникненні запальних ускладнень штучного абортів відводиться стану мікробіоти піхви та цервікального каналу, що є в нормі одним із факторів неспецифічної резистентності [106, 165].

Перед процедурою абортів здійснювали санацію піхви деквалінієм хлориду 10мг вагінально, який має широку антимікробну активність проти багатьох грампозитивних та грамнегативних бактерій, грибків та найпростіших (*Trichomonas vaginalis*). За показами у випадку наявності мікроорганізмів за даними бактеріоскопічних та/або бактеріологічних методів дослідження виділень із піхви або розвитку в пацієнтки ускладнень під час та після процедури переривання вагітності призначали антибіотикотерапію згідно наказу про профілактику інфекційних ускладнень.

Через 1 місяць після артіфіційного абортів результати змін мікробіоценозу статевих шляхів показали наявність поодиноких видів патогенних організмів у пацієнток ІА та ІА груп, зокрема, достовірно нижчою була частота виявлення *Staphylococcus* у жінок ІА групи – 4 (10%) проти 12 (30%) в ІБ групі (СШ 0,26, 95% ДІ [0,08-0,89], $p=0,025$) та в жінок ІА групи – 4 (10%) проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$, а також нижча частота бактеріальної асоціації – 5 (12,5%) в ІА групі проти 13 (32,5%) в ІБ групі (СШ 0,3, 95% ДІ [0,09-0,93], $p=0,032$) та 4 (10%) в ІА групі проти 11 (27,5%) в ІБ групі (СШ 0,29, 95% ДІ [0,08-0,99], $p=0,044$). Через 3 місяці після переривання вагітності зміни вагінальної мікробіоти носили аналогічний характер, як і через 1 міс.

Таким чином, отримані дані свідчать, що жінки до переривання вагітності потребують особливої уваги щодо лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику порушень мікробіоценозу та попередження післяабортного

ендометриту та збереження репродуктивної функції. Крім того, багато досліджень наголошують на ролі імунних порушень та дефіциту лактобацил у складі мікробіоти піхви як додаткових чинників ризику [90, 99, 129, 147], а також вказують на важливість вчасної діагностики та лікування ІПСШ до проведення абортів, адже невилікувані інфекції часто спричиняють хронізацію запального процесу в ендометрії [25, 32, 43, 57, 118, 196, 231]. Результати численних досліджень продемонстрували певний зв'язок між хронічним ендометритом та мікроекологічними порушеннями у вагінальному біотопі в жінок, зокрема з бактеріальним вагінозом, дефіцитом домінантної мікрофлори (лактобацил) та наявністю асоціації мікроорганізмів з яскраво вираженими характеристиками стійкості [147, 194]. Застосування деквалінію хлориду як засобу санації піхви перед абортів зменшило ризик висхідної інфекції та формування хронічного ендометриту, що підтверджено зниженням частоти післяабортних запальних ускладнень. Цей підхід відповідає сучасним рекомендаціям FIGO щодо доабортної антибактеріальної профілактики.

До периабортної реабілітаційної схеми також увійшов інфламафертин – препарат для профілактики безпліддя на тлі можливих травматичних ушкоджень базального шару ендометрію, що має значну протизапальну та розсмоктувальну дію, зменшує інтенсивність деструктивних, інфільтративних та проліферативних процесів у вогнищі запалення, стимулює функціональну здатність фагоцитів слизових оболонок і крові, посилює синтез протизапальних цитокінів, впливає на регуляторну активність субпопуляцій лімфоцитів.

З метою нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на матку за відсутності протипоказань використовували діадинамотерапію.

Під час дослідження в сформованих групах було проведено УЗД та оцінено структуру та М-ехо ендометрію до проведення штучного аборту, на 1-3 добу, через 14 днів після переривання вагітності та на 20-24 день від початку самостійної менструації.

Товщина ендометрію за даними УЗД була достовірно вищою в жінок після медикаментозного аборту та в пацієнток після переривання вагітності шляхом

вакуум-аспірації, яким було призначено реабілітаційну терапію за розробленою схемою, на 20-24 день від початку чергової менструації показав, що товщину ендометрію менше 7 мм мали достовірна менша кількість жінок ІА групи – 1 (2,5%) проти 8 (20%) пацієнок ІБ групи (СШ 0,1; 95% ДІ [0,01-0,86], $p=0,013$) та ІА групи – 7 (17,5%) проти 23 (57,5%) респонденток ІБ групи (СШ 0,16; 95% ДІ [0,06-0,44], $p<0,001$). Товщина слизової оболонки матки в ІА групі достовірно вища $10,4\pm 2,27$ мм, ніж у ІБ групі $9,98\pm 2,03$ мм та $9,47\pm 2,12$ мм у ІА групі проти $6,48\pm 1,3$ мм у пацієнток ІБ групи ($p<0,001$; критерій Краскела-Уоліса).

Це підтверджує ефективність фізіотерапевтичного впливу на відновлення морфофункціонального стану слизової оболонки матки. Протизапальний, імуномодулювальний та репаративний ефекти інфламафертину, які реалізуються через активацію локальних факторів захисту, сприяли зниженню проявів хронічного запалення в ендометрії. Отримані результати підтверджують позитивний вплив цього препарату, про який також згадують сучасні клінічні спостереження [54, 131, 230, 232] особливо при комплексному лікуванні хронічного ендометриту в проекції на наступні бажані вагітності. Фізіотерапевтична підтримка у вигляді діадинамотерапії забезпечила покращення мікроциркуляції, стимуляцію скоротливої активності матки та регенерацію слизової оболонки. Застосування фізіотерапії після аборту досі залишається недостатньо висвітленим у клінічних рекомендаціях, однак з огляду на отримані результати, можна рекомендувати її до включення в індивідуальні плани післяабортної реабілітації.

Для констатації хронічного ендометриту було визначено CD138 в 1 (2,5%) пацієнтки ІБ групи, якій було проведено хірургічне спорожнення порожнини матки для видалення залишків плодового яйця після прийому мізопростолу, а також в 7 (17,5%) жінок із груп переривання вагітності шляхом вакуум-аспірації. При цьому встановлено, що в ІА групи з включеною периабортною програмою було достовірно менше випадків хронічного ендометриту, ніж в ІБ групі – 1 (2,5%) проти 6 (15%), СШ 0,14; 95% ДІ [0,02-0,99], $p=0,047$, що свідчить про зниження частоти патологічних змін і збереження репродуктивної функції жінок після переривання вагітності в ранніх термінах.

Це дозволяє стверджувати, що мультикомпонентний підхід, спрямований на попередження інфекційного процесу та стимуляцію відновлення функції ендометрію, є ефективним.

Іншою складовою медикаментозних заходів були комбіновані оральні контрацептиви, прийом котрих жінки ІА та ІА груп розпочинали за відсутності протипоказань після проведення УЗД та дослідження рівнів гормонів першої та другої фаз менструального циклу (МЦ) та продовжували протягом щонайменше 12 місяців після переривання вагітності. Вибір препарату залежав від медичних критеріїв прийнятності для використання контрацептивів Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2015p. [154] та від наявної супутньої гінекологічної патології.

Згідно з даними гормонального обстеження, УЗД та фолікулометрії, після переривання вагітності з 160 досліджуваних жінок овуляторний цикл мали лише 66 (41,3%), з них: у більшості жінок ІА та ІБ груп – 21 (52,5%) та 25 (62,5%), що було достовірно більше, ніж у відповідних підгрупах ІІ групи – 9 (22,5%) у ІА групі (СШ 3,8; 95% ДІ [1,45-10,02], $p=0,006$) та 11 (27,5%) у ІБ групі (СШ 4,39; 95% ДІ [1,71-11,29], $p=0,002$) відповідно. В 45 (28,1%) спостерігався овуляторний цикл із недостатністю лютеїнової фази, зокрема, в 12 (30%) та 11 (27,5%) пацієнток ІА та ІБ груп відповідно, 13 (32,5%) та 9 (22,5%) – ІА та ІБ груп. Достовірних відмінностей між відповідними підгрупами І та ІІ досліджуваних груп встановлено не було ($p>0,05$). Ановуляторний цикл встановлено в половини жінок ІА та ІБ груп – 19 (47,5%) та 15 (37,5%) жінок відповідно проти переважної більшості осіб ІА та ІБ груп – 31 (77,5%) та 29 (72,5%) відповідно.

Аналіз показників секреції гонадотропних гормонів в крові жінок протягом першого спонтанного менструального циклу після артифіційного переривання вагітності виявив підвищені рівні ФСГ (референтні значення: в середині фолікулінової фази – 3,85-8,7 Од/л, в середині лютеїнової фази – 1,79-5,12 Од/л) у всіх досліджуваних групах: на 5-ий день МЦ – $8,95\pm 1,22$ Од/л в ІА групі, $8,87\pm 1,27$ Од/л в ІБ групі, $8,68\pm 3,71$ Од/л в ІА групі, $8,56\pm 4,3$ Од/л в ІБ групі (критерій Краскела-Уоліса, $p=0,144$); на 24-ий день МЦ – $6,43\pm 2,34$, $6,03\pm 2,64$, $6,38\pm 1,27$ та $6,6\pm 1,33$ Од/л відповідно (критерій Краскела-Уоліса, $p=0,109$); що в вдвічі

перевищувало аналогічні показники жінок групи порівняння – на 5-ий день МЦ – $4,62 \pm 0,63$ Од/л і в 2,5 рази на 24-ий день МЦ – $2,54 \pm 0,4$ Од/л ($p < 0,001$).

Також спостерігалася тенденція з перевищенням показників середніх рівнів ЛГ у жінок групи порівняння (референтні значення: в середині фолікулінової фази – $2,12-10,89$ Од/л, в середині лютеїнової фази – $1,2-12,86$ Од/л): на 5-ий день МЦ – $5,37 \pm 1,29$ Од/л у ІА групі, $5,62 \pm 0,89$ Од/л у ІБ групі, $5,58 \pm 0,89$ Од/л і $5,28 \pm 0,81$ Од/л у ІА та ІБ групі відповідно (критерій Крассела-Уоліса, $p = 0,072$); на 24-ий день МЦ – $8,43 \pm 2,34$, $8,03 \pm 2,64$, $8,38 \pm 1,56$ та $8,6 \pm 1,33$ Од/л відповідно (критерій Крассела-Уоліса, $p = 0,109$); що в середньому 1,8 та 2,4 рази перевищувало аналогічні показники жінок групи порівняння – на 5-ий день МЦ – $2,95 \pm 0,25$ Од/л, на 24-ий день МЦ – $3,48 \pm 0,87$ Од/л ($p < 0,001$).

Визначення рівня пролактину в крові виявило, що цей показник після вакуум-екстракції в першому МЦ був достовірно вдвічі вищим, ніж у жінок групи порівняння – $31,16 \pm 4,11$ нг/мл у ІА групі, $31,21 \pm 4,44$ нг/мл ІБ групі відповідно проти $15,99 \pm 6,32$ нг/мл ($p < 0,001$), тоді як середні показники пролактину між групами медикаментозного абортів достовірно не відрізнялися від показників осіб у групі порівняння – $16,19 \pm 1,76$ нг/мл у ІА групі та $15,99 \pm 3,18$ нг/мл у ІБ групі.

Так, пацієнткам із овуляторним МЦ із недостатністю лютеїнової фази призначали препарат етинілестрадіолу $0,02$ мг та гестодену $0,075$ мг або етинілестрадіолу $0,03$ мг та гестодену $0,075$ мг; за наявності анормальних маткових кровотеч, порушень циклу – препарат дезогестрелу $0,15$ мг та етинілестрадіолу $0,03$ мг; при гіперандрогенії – комбінацію хлормадинону ацетату 2 мг та етинілестрадіолу $0,03$ мг; при аденоміозі – поєднання дієногесту 2 мг та етинілестрадіолу $0,03$ мг; жінкам без гінекологічної патології – препарат гестодену (мікронізованого) $0,06$ мг і $0,015$ мг етинілестрадіолу (мікронізованого).

Призначення комбінованих оральних контрацептивів після абортів з урахуванням індивідуальних гормональних порушень дозволило досягти в першу чергу контрацепційної мети, а також стабілізації менструального циклу, нормалізації рівнів естрадіолу, прогестерону, пролактину та андрогенів. Застосування різних схем КОК відповідно до типу гормонального порушення є

патогенетично обґрунтованим і продемонструвало високу ефективність у профілактиці дисгормональних порушень та гіперпластичних змін ендометрію [218].

Важливим етапом повторних комплексних обстежень через 1 та 3 місяці після абортів було дослідження психоемоційного стану пацієнток. Цікавим фактом є те, що гормональні зміни після абортів можуть також впливати на емоційний стан жінки, викликаючи симптоми депресії, тривоги та емоційної нестабільності, тобто посилювати симптоми та скарги, які уже були через сам факт вибору залишити небажану вагітність чи перервати її [144]. Ці зміни можуть бути пов'язані з різким зниженням рівнів прогестерону та естрадіолу, які мають нейропротективні та антидепресивні властивості [52, 77, 104, 164].

Для дослідження наявності та ступеня вираженості емоційних порушень застосовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Додаток А.1) [234]. Ця шкала складається з 2 частин по 7 питань з 4-ма варіантами відповіді: від 0 балів (немає) до 4 (максимально виражена ознака). Респонденти обирають той варіант, який найбільше характеризує їхній стан протягом останніх 7 днів.

З'ясовано, що в пацієнток усіх аналізованих груп зареєстровано зниження середніх рівнів тривожності: в ІА групі через 1 місяць після переривання вагітності – на 30,3% з $10,73 \pm 5,01$ до $7,48 \pm 2,84$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 24,1% з $7,48 \pm 2,84$ до $5,68 \pm 2,99$ балів ($p < 0,001$); в ІБ групі через 1 місяць – на 10,4% з $9,10 \pm 4,36$ до $8,15 \pm 3,63$ балів ($p = 0,236$) та через 3 місяці – на 9,8% з $8,15 \pm 3,63$ до $7,35 \pm 3,82$ балів ($p = 0,036$); в ІІА групі через 1 місяць – у 1,8 разів з $10,43 \pm 2,58$ до $5,85 \pm 4,37$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 22,6% з $5,85 \pm 4,37$ до $4,53 \pm 3,41$ балів ($p = 0,009$); в ІІБ групі через 1 місяць – у 1,8 разів з $10,18 \pm 2,12$ до $5,55 \pm 4,76$ балів ($p < 0,001$) та через 3 місяці – на 2,3% з $5,55 \pm 4,76$ до $5,43 \pm 4,78$ балів ($p = 0,778$).

Виявлено, що пацієнтки після медикаментозного аборту мали вищі середні рівні тривожних розладів: через 1 місяць після переривання вагітності – $7,48 \pm 2,84$ балів і $8,15 \pm 3,63$ балів в ІА та ІБ групах проти $5,85 \pm 4,37$ та $4,53 \pm 3,41$ балів в ІІА та ІІБ групах відповідно ($p = 0,001$; критерій Крассела-Уоліса) та через 3 місяці –

5,68±2,99 та 7,35±3,82 балів проти 4,53±3,41 та 5,43±4,78 балів відповідно ($p=0,005$; критерій Крассела-Уоліса). А порівняння цих показників між основними та контрольними групами виявило, що через 3 місяці після переривання вагітності в ІА групі цей показник і кількість пацієнток із наявністю тривожності (32,5% проти 55%) були достовірно нижчими, ніж у ІБ групі ($p=0,032$ та СШ 0,39, 95% ДІ [0,16-0,98], $p=0,043$), тоді як достовірних відмінностей між у ІІА та ІІБ групами виявлено не було

Встановлено достовірне збільшення середніх рівнів депресії в пацієнток контрольних груп у післяабортному періоді: в ІБ групі через 1 місяць після переривання вагітності – на 23,9% з 4,6±2,73 до 6,05±4,45 балів ($p=0,027$) та через 3 місяці – на 7,8% з 6,05±4,45 до 6,58±3,07 балів ($p=0,301$) та ІІБ групі через 1 місяць – у 1,3 рази з 5,4±3,09 до 6,8±3,79 балів ($p=0,036$) та через 3 місяці – на 20% з 6,8±3,79 до 8,5±4,84 балів ($p=0,03$). Комплексна робота з клінічними психологами чи психотерапевтами у периабортному веденні пацієнток, виявлення методом анкетування перших тривожних чи депресивних проявів та вчасне скерування до спеціалістів для подальшої терапії достовірно дають свої результати. Особливо цей етап в реабілітаційній програмі після переривання вагітності в ранніх термінах актуальний на сьогодні в період війни в Україні, коли рішення народжувати в такий період надскладне, а рівень депресивних чи тривожних станів і так на досить високому рівні у невагітних жінок репродуктивного віку [191].

Запропонований у межах нашого дослідження комплекс лікувально-профілактичних заходів, що включає медикаментозну корекцію анемії, санацію піхви, гормональну підтримку, протизапальну терапію та фізіотерапію, продемонстрував високу ефективність у зниженні частоти ключових ускладнень після переривання вагітності, стабілізації гормонального профілю, покращення стану ендометрію, зниженні частоти хронічного ендометриту та зменшенні ризику втрати репродуктивної функції. Отримані результати мають важливе практичне значення для формування сучасної стратегії збереження репродуктивного здоров'я жінок після переривання вагітності та можуть бути враховані при розробці клінічних протоколів.

Таким чином, результати дослідження акцентують увагу практикуючих фахівців на доцільності використання диференційованого підходу щодо індивідуального вибору тактики ведення пацієнток в периабортному періоді шляхом розробки нових підходів до вдосконалення методик збереження репродуктивної функції.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і дано нове рішення актуального наукового завдання сучасного акушерства та гінекології щодо збереження репродуктивного здоров'я у жінок із артифіційним абортom в ранніх термінах вагітності шляхом розробки нових підходів до вдосконалення методик збереження репродуктивної функції.

1. Встановлено, що наявність артифіційних абортів в анамнезі асоціюється із збільшенням частоти непліддя (СШ 1,96; 95% ДІ [1,08-3,55]), кольпіту (СШ 2,77; 95% ДІ [1,46-5,25]), дисплазії шийки матки (СШ 3,56; 95% ДІ [1,75-7,21]), сальпінгоофориту (СШ 2,98; 95% ДІ [1,4-6,33]), запальних захворювань матки (СШ 10,85; 95% ДІ [3,39-34,73]), звичного невиношування вагітності (СШ 3,75; 95% ДІ [1,19-11,85]), а також частоти акушерських ускладнень, зокрема: мимовільних викиднів у ранньому терміні (СШ 3,48; 95% ДІ [1,15-10,57]), загрози переривання вагітності (СШ 4,62; 95% ДІ [2,18-9,76]), передчасних пологів (СШ 2,2; 95% ДІ [1,02-4,77]), абдомінального оперативного розродження (СШ 1,62; 95% ДІ [1,03-2,63]), плацентарних ускладнень (хронічна фетоплацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, різні варіанти аномальної плацентації) (СШ 1,61; 95% ДІ [1,04-2,48]).

2. З'ясовано, що ефективність медикаментозного методу переривання вагітності в ранніх термінах у досліджуваній когорті жінок становила 90,7%, вакуум-аспірації – 98,5% випадків ($p > 0,05$). Медикаментозний аборт асоціюється з більшою частотою затримка елементів плідного яйця (СШ 5,48; 95% ДІ [1,11-27,01]), прогресування вагітності (СШ 6,53; 95% ДІ [0,74-57,71]), аномальних маткових кровотеч (СШ 8,0; 95% ДІ [1,1-68,66]), поліпів ендометрію (СШ 4,7; 95% ДІ [1,22-18,06]), а вакуум-аспірація - з більшою частотою хронічного ендометриту (СШ 0,27; 95% ДІ [0,08-0,86]).

3. Нормальний овуляторний цикл після медикаментозного аборту мала достовірно більша кількість жінок ІА та ІБ підгруп – 52,5% та 62,5% відповідно, ніж після вакуум-аспірації – 22,5% у ІА групі (СШ 3,8; 95% ДІ [1,45-10,02]) та 27,5% у

ІБ групі (СШ 4,39; 95% ДІ [1,71-11,29]) відповідно. У жінок, які переривають вагітність у ранніх термінах, має місце гормональний дисбаланс з боку як гонадотропних, так і статевих гормонів. Середні рівні пролактину крові в першому МЦ після аборту шляхом вакуум-екстракції були вдвічі вищим, ніж у здорових жінок ($p<0,001$), середні рівні естрадіолу на 5-ий день МЦ – достовірно нижчими ($p<0,05$), тоді як середні рівні тестостерону крові були достовірно нижчими в жінок після медикаментозного аборту порівняно із здорових жінок ($p<0,001$), а концентрації прогестерону в крові пацієток після медикаментозного аборту були достовірно вищими, ніж після вакуум-аспірації ($p<0,001$). Виявлено зменшення товщини ендометрію в післяабортному періоді, достовірно більш виражене в пацієток після вакуум-аспірації ($p<0,026$).

4. Незалежними факторами ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах є: вік ≥ 30 років, наявність ожиріння, анемії, попереднього аборту(ів) в анамнезі, III-IV ступені чистоти вагінального вмісту, термін виконання аборту >9 тижнів, затримка елементів плідного яйця після переривання поточної вагітності.

5. Використання розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту виявлення хронічного ендометриту (СШ 0,14; 95% ДІ [0,02-0,99]) та «тонкого» ендометрію з товщиною менше 7 мм на 20-24 день МЦ як після медикаментозного аборту (СШ 0,1; 95% ДІ [0,01-0,86]), так і після вакуум-аспірації (СШ 0,16; 95% ДІ [0,06-0,44]), при одночасній корекції анемії, порушень мікробіоценозу статевих шляхів, покращення психоемоційного статусу жінок.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності збереження репродуктивного здоров'я в жінок із артифіційним абортom в ранніх термінах вагітності рекомендується використовувати комплекс лікувально-профілактичних заходів, який включає корекцію анемії, профілактику інфекційних ускладнень у доабортному періоді та призначення комбінованих оральних контрацептивів, інфламафертину, діадинамотерапії, діагностики та лікування тривожно-депресивних розладів в периабортному періоді.

2. Медикаментозну корекцію анемії в доабортному періоді доцільно забезпечувати внутрішньовенним введенням трьохвалентного заліза гідроксид сахарозного комплексу дозою 10 мл (200 мг заліза) в 200 мл 0,9% розчину натрію хлорида до та через добу після процедури аборту з наступним переходом на таблетовані форми заліза протягом 3 місяців.

3. Для підвищення інфекційної безпеки штучного аборту необхідно застосовувати деквалінію хлориду 10 мг вагінально для санації піхви перед процедурою аборту курсом 6 днів.

4. В післяабортному періоді пацієнткам рекомендовано прийом комбінованих оральних контрацептивів залежно від результатів дослідження рівнів гормонів першої та другої фаз МЦ на період щонайменше 12 місяців після переривання вагітності. Пацієнткам із овуляторним МЦ із недостатністю лютеїнової фази перевагу слід віддавати препарату етинілестрадіолу 0,02 мг та гестодену 0,075 мг або етинілестрадіолу 0,03 мг та гестодену 0,075 мг; при наявності аномальних маткових кровотеч, порушень циклу – препарату дезогестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при гіперандрогенії – препарату хлормадинону ацетату 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; при аденоміозі – комбінацію дієногесту 2 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; жінкам без гінекологічної патології – препарату гестодену (мікронізованого) 0,06 мг і 0,015 мг етинілестрадіолу (мікронізованого).

5. Для забезпечення протизапальної та розсмоктувальної дії, зменшення інтенсивності деструктивних, інфільтративних та проліферативних процесів у

вогнищі запалення після аборту доцільно призначити інфламафертин за схемою 2мл (1ампула) внутрішньом'язово через день курсом 10 ін'єкцій.

6. З метою нейростимулюючого та міостимулюючого впливу на матку за відсутності протипоказань показаним є діадинамотерапію двома постійними імпульсними струмами напівсинусоїдальної форми частотою 50 і 100 Гц та низької напруги курсом від 3 до 10 процедур щоденно або через день.

7. Доцільно проводити скринінг тривожно-депресивних станів у пацієнток уже на етапі первинного консультування з лікарем з подальшим, за необхідності, залученням суміжних спеціалістів (психолога, психотерапевта), що сприятиме своєчасному наданню психоемоційної підтримки та швидшому відновленню після аборту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бакшеев С.М.. Вплив першого медичного абортів на репродуктивне здоров'я жінок. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | Perinatology and reproductology: from research to practice. 2021. №2. С. 5-9. doi: 10.52705/2788-6190-2021-2-1.
2. Безпечне переривання вагітності: рекомендації для систем охорони здоров'я з практичних та нормативних питань. Видання друге. Женева. ВООЗ, 2012.
3. Бодашевська К.Д. Вплив артіфіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Результати когортного дослідження. Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 2(171): 57-62. doi: 10.15574/HW.2024.171.57.
4. Бодашевська К.Д., Суханова А.А. Порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах. Результати когортного дослідження. Український журнал «Здоров'я жінки». 2024. №3(172). С.29-35. doi: 10.15574/HW.2024.172.29.
5. Бодашевська К.Д., Суханова А.А., Таран О.А., Ластовецька О.Б., Боднарчук О.В., Белінський А.В., Вознюк А.В. Оцінка факторів ризику хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2024. № 3 (99). С. 61-66. doi: 10.15574/PP.2024.3(99).6166.
6. Гордійчук А.Б. Комбіновані гормональні контрацептиви – досягнення сучасної контрацепції. Здоров'я України. 2008. № 18/1. Доступно на: <https://health-ua.com/article/16277-kombnovan-gormonalnkontratceptivi-dosyagnennya-suchasno-kontratceptc>.
7. Громова О.Л. Гормональна контрацепція та ризики тромбозів (За матеріалами конференції). Тематичний номер «Акушерство, Гінекологія, Репродуктологія». 2022. № 1-2 (47-48). С. 6.
8. Джуган В.О. Проблеми захисту праав жінок під час воєнних дій в Україні. Problems of protecting women's rights during military actions in Ukraine.

Юридичний науковий електронний журнал. 2022. № 9. С. 146-148. doi: 10.32782/2524-0374/2022-9/34.

9. Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю. Репродуктивне здоров'я як чинник фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 2 (6). С. 28-35.
10. Жилка Н.Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні: автореф. дис. канд. мед. наук. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Київ, 2005. 20 с.
11. Клінічний протокол «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності». Здоров'я жінки. 2011. №2 (58). С. 9-21.
12. Комбінована гормональна контрацепція та ризик виникнення венозної тромбоемболії. Медичні аспекти здоров'я жінки. Спецвипуск. ГТ і контрацепція. 2018. №1. С. 72-73.
13. Кравців М.І., Бодашевська К.Д., Дудченко В.М., Таран О.А., Бевз Г.В., Вознюк А.В. Оцінювання стану ендометрія залежно від методу переривання вагітності та особливостей ведення післяабортного періоду. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2024. № 4 (100). С. 76-83. doi: 10.15574/PP.2024.4(100).7683.
14. МЕДИЧНИЙ АБОРТ КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ. 2023. КН 2023-1401/170. Опубліковано 01.02.2024р. Доступно на: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/08/2023_kn_-ma.pdf.
15. Міщенко О.Я., Осташко В.Ф. Засоби оральної гормональної контрацепції: аналіз асортименту та економічної доступності. Сучасна фармація: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 20-й річн. заснування Дня фармацевт. працівника України: у 2 т. / ред.кол. А. А. Котвіцька та ін. Харків : НФаУ, 2019. Т. 2. С. 82–84.
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 04.08.2023р. № 1401 СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МЕДИЧНИЙ АБОРТ (I триместр вагітності).

17. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 Клінічний протокол «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».
18. Невгадовська П.М., Чечуга С.Б., Ночвіна О.А., Дзісь Н.П. Клінічна характеристика жінок із звичним невиношуванням вагітності та хронічним ендометритом. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020. Т. 24, №4, 629-633. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-12.
19. Невгадовська П.М., Чечуга С.Б. Діагностика хронічного ендометриту у жінок із звичним невиношуванням вагітності. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». 2023. 1(67). С. 57-60. doi: 10.32782/2415-8127.2023.67.10.
20. Перепелюк Т.Д. Аборти-психологічний стан жінки та вплив на наступну вагітність / Abortions are a woman's psychological state and impact on the next pregnancy. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: психологія. 2023. №3. С. 59-62.
21. Родіонова І.О. Як запобігти можливим ризикам венозних тромбоемболій у пацієнток із групи ризику по тромбофілії, які приймають комбіновані гормональні контрацептиви? / How to prevent the possible risks of venous thromboembolism in patients at risk for thrombophilia who take combined hormonal contraceptives? Терапевтика. 2022. ТОМ 3, № 1. С. 23-29. doi: 10.31793/2709-7404.2022.3-1.23.
22. Суханова А.А., Бодашевська К.Д. Сучасні погляди на менеджмент безпечного переривання вагітності в ранніх термінах та тактику збереження репродуктивного здоров'я. Збірник Асоціації акушерів-гінекологів України. 2022. №1 (49). С. 43-49. doi: 10.35278/2664-0767.1(49).2022.266327.
23. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» 2013 Наказ МОЗ України від 21 січня 2014 року №59.
24. Ференець А.В. Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях. Курсова робота. Житомир, 2009. 121 с.

25. Ярова І.В. Сучасне оцінювання стану ендометрія (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. №4. С. 57–64. doi: 10.30841/2708-8731.4.2022.262794.
26. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
27. Abortion care guideline: executive summary. Geneva, World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. Abou-Ismael MY, Citla Sridhar D, Nayak L. Estrogen and thrombosis: A bench to bedside review. *Thromb Res.* 2020. Aug;192. P. 40-51. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008.
29. Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2020. Jul 7;20(1):142. doi: 10.1186/s12905-020-01003-8.
30. Ahman E, Shaw IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet.* 2011. P. 115:121–6. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.027.
31. Alem A.Z., Efendi F., McKenna L. et al. Prevalence and factors associated with anemia in women of reproductive age across low- and middle-income countries based on national data. *Sci Rep.* 2023. №13, 20335. doi: 10.1038/s41598-023-46739-z.
32. Alfredo Maldonado-Barrueco, Esther Almazán-Garate, Onica Armijo-Suárez, Silvia Iniesta-Pérez, Claudia Sanz-González, Iker Falces-Romero, Covadonga Álvarez-López, Juana Cacho-Calvo, Inmaculada Quiles-Melero. Utility of sexually transmitted infection screening in diagnosing clinical gynaecological conditions using endometrial specimens. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, Volume 112, Issue 4, 2025, 116830.
33. Alireza Baratloo, Saeed Safari, Alaleh Rouhipour, Behrooz Hashemi, Farhad Rahmati, Maryam Motamedi, Mohammadmehdi Forouzanfar, Pauline Haroutunian. The Risk of Venous Thromboembolism with Different Generation of Oral

- Contraceptives; a Systematic Review and Meta-Analysis. *Emerg (Tehran)*. 2014. Winter;2(1):1-11.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Early pregnancy loss and induced abortion: Practice bulletin. *Obstetrics & Gynecology*. 2022. 140(3), e1–e16.
 35. American College of Obstetricians and Gynecologists. First Over-the-Counter Daily Contraceptive Pill Released. Practice Advisory. March 2024. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2024/03/first-over-the-counter-daily-contraceptive-pill-released>.
 36. Ann M Starrs, Alex C Ezech, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T Bertrand, Robert Blum, Awa M Coll-Seck etc. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*. 2018. Vol 391. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9
 37. Anne H Calhoun, Pelin Batur. Combined hormonal contraceptives and migraine: An update on the evidence. *Cleve Clin J Med*. 2017 Aug;84(8):631-638. doi: 10.3949/ccjm.84a.16033.
 38. Annie L. Glover, Jean-Claude Mulunda, Pierre Akilimali, Dynah Kayembe, Jane T. Bertrande. Expanding access to safe abortion in DRC: charting the path from decriminalisation to accessible care. *Sex Reprod Health Matters*. 2023; 31(1): 2273893. Published online 2023 Nov 13. doi: 10.1080/26410397.2023.2273893.
 39. Assifi A, Kang M, Sullivan E, Dawson A. Abortion care pathways and service provision for adolescents in high-income countries: a qualitative synthesis of the evidence. *PLoS One*. 2020;15(11): e0242015. doi: 10.1371/journal.pone.0242015
 40. Asthana S, Busa V, Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer-A systematic review & meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Apr;247:163-175. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.014.
 41. Bahamondes L., Bahamondes M. V., & Shulman L. P. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Human Reproduction Update*, 21(5), 2015, pages 640–651. doi: 10.1093/humupd/dmv023.

42. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020. №8(9): e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.
43. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliemoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009.
44. Bedewi, Mohamed. Manual vacuum aspiration: a safe and cost-effective substitute for dilatation and curettage on the surgical management of First-Trimester Abortion. *Journal of American Science*. 2013. №9. 581-585
45. Benjamin Stephens, Isihaka Jossey Mwandalima, Amani Samma, Jean Lyatuu, Kathryn Mimno, Joseph Komwihangiro. Reducing Barriers to Postabortion Contraception: The Role of Expanding Coverage of Postabortion Care in Dar es Salaam, Tanzania. *Glob Health Sci Pract*. 2019 Aug 27;7(Suppl2):S258-S270.doi: 10.9745/GHSP-D-19-00146.
46. Beral V., Bull D., Doll R., Peto R., Reeves G. Breast cancer and abortion: Collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83?000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet*. 2004;363:1007–1016.
47. Bernandine H Stegeman, Marcos de Bastos, Frits R Rosendaal, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. 2013 Sep 12;347:f5298. doi:10.1136/bmj.f5298.
48. Boersma A.A., Meyboom-de Jong B., Kleiverda G. Mifepristone and misoprostol versus vacuum aspiration for induced abortion in the first trimester: A comparative review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2021. №26(3), 181–188.
49. Bovo AC, Pedrão PG, Guimarães YM, Godoy LR, Resende JCP, Longatto-Filho A, Reis RD. Combined Oral Contraceptive Use and the Risk of Cervical Cancer:

- Literature Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023 Dec;45(12):e818-e824. doi: 10.1055/s-0043-1776403.
50. Caron Kim, Antoinette T. Nguyen, Erin Berry-Bibee, Yokabed Ermias, Mary E. Gaffield, and Nathalie Kapp. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception*. 2021 May; 103(5): 291–304. doi: 10.1016/j.contraception.2021.01.017.
 51. Chan MC, Gill RK, Kim CR. Rhesus isoimmunisation in unsensitised RhD-negative individuals seeking abortion at less than 12 weeks' gestation: a systematic review. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022 Jul;48(3):163-168. doi: 10.1136/bmjsexrh-2021-201225.
 52. Chen J, Zhou Y, Lai M, Zhang Y, Hu Y, Zhuang D, Zhou W, Zhang Y. Antidepressant effects of activation of infralimbic cortex via upregulation of BDNF and β -catenin in an estradiol withdrawal model. *Psychopharmacology (Berl)*. 2024 Sep;241(9):1923-1935. doi: 10.1007/s00213-024-06610-z.
 53. Chen M.J., Creinin M.D. Mifepristone with misoprostol versus misoprostol alone for medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception*. 2019. №99(4), 239–243.
 54. Chen X., Zhu Y., Lu C. Impact of immunomodulatory treatment on endometrial receptivity and implantation success in women with chronic endometritis. *Journal of Reproductive Immunology*. 2020. №142, 103199. doi: 10.1016/j.jri.2020.103199.
 55. Cheng ES, Velentzis LS, Weber M, Steinberg J, Canfell K, Yu XQ. Female reproductive and hormonal factors and lung cancer mortality among never smokers: A prospective cohort study of 287 408 Chinese women. *Int J Cancer*. 2023;152(12):2528-2540. doi:10.1002/ijc.34508.
 56. Cibula D., Gompel A., Mueck A.O., La Vecchia C., Hannaford P.C., Skouby S.O., Zikan M., Dusek L. Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update*, 2010. Volume 16, Issue 6. Pages 631–650. doi:10.1093/humupd/dmq022.
 57. Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Pinto V, Marinaccio M, Indraccolo U, De Ziegler D, Resta L. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women

with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment. *Reprod Sci.* 2014 May;21(5):640-7. doi: 10.1177/1933719113508817.

58. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol.* 2013. №121 (1): 166-171. doi: 10.1097/aog.0b013e3182755763.
59. Coast E, Lattof S, Meulen Rodgers Y, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. *PLoS One.* 2021;16(6):e0252005. doi: 10.1371/journal.pone.0252005.
60. Coelingh Bennink HJT, van Gennip FAM, Gerrits MGF, Egberts JFM, Gemzell-Danielsson K, Kopp-Kallner H. Health benefits of combined oral contraceptives - a narrative review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2024 Apr;29(2): 40-52. doi: 10.1080/13625187.2024.2317295.
61. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: An individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncology* 2015; 16(9):1061–1070.
62. COMBINED HORMONAL CONTRACEPTION AND THE RISK OF VENOUS THROMBOEMBOLISM: A GUIDELINE. 2016.
63. Cooper DB, Patel P. Oral Contraceptive Pills. [Updated 2024 Feb 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>.
64. Corcoran A, Hayes-Ryan D, O'Dwyer V, Cooley S, Ramphul M. Audit of Ireland's first manual vacuum aspiration service. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023 Oct;163(1):302-306. doi: 10.1002/ijgo.14836.
65. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65:1-66. doi: 10.15585/mmwr.rr6504a1.
66. Deborah Bateson, Mary Stewart, Philip Goldstone. Post-abortion contraception. *ABORTION.* 2018. Vol. 20 No 2.

67. Dustin Costescu, Edith Guilbert, Jeanne Bernardin, Amanda Black, Sheila Dunn and other. Medical abortion. Clinical Practice Guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2016 Apr;38(4):366-89. doi: 10.1016/j.jogc.2016.01.002.
68. E.F.W. van Vlijmen, S. Wiewel-Verschueren, T.B.M. Monster, K. Meijer. Combined oral contraceptives, thrombophilia and the risk of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2016. Volume 14, Issue 7. Pages 1393-1403. doi:10.1111/jth.13349.
69. Education 2030. International technical guidance on sexuality education. An evidenceinformed approach. 2018. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>.
70. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. The Lancet Oncology. 2015. Volume 16, Issue 9. Pages 1061-1070. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00212-0.
71. Eveline Mu, Jayashri Kulkarni. Hormonal contraception and mood disorders. Aust Prescr. 2022 Jun;45(3):75-79. doi: 10.18773/austprescr.2022.025.
72. Fact sheet: preventing unsafe abortion. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
73. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, RCOG. FSRH Guideline Contraception After Pregnancy. UK: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. 2017.
74. Fadi Abusal, Mohannad Aladwan, Yazan Alomari, Saja Obeidat, Salah Abuwardeh, Haya AlDahdouh, Qotada Al-shami, Qusai Odat. Oral contraceptives and colorectal cancer risk - A meta-analysis and systematic review. Annals of Medicine and Surgery. 2022 Nov: Volume 83, 104254. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104254.
75. Family Planning NSW, Family Planning Victoria, True Relationships and Reproductive Health. Contraception: An Australian clinical practice handbook – 4th edition. Ashfield NSW 2016.

76. Farnaz Amoozegar , Paul E Ronksley, Reg Sauve, Bijoy K Menon. Hormonal contraceptives and cerebral venous thrombosis risk: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2015 Feb 2;6:7. doi: 10.3389/fneur.2015.00007.
77. Fedotcheva TA, Shimanovsky NL. Neurosteroids Progesterone and Dehydroepiandrosterone: Molecular Mechanisms of Action in Neuroprotection and Neuroinflammation. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2025 Jun 23;18(7):945. doi: 10.3390/ph18070945.
78. Fernández H., Sentilhes L., Capmas P. Medical management of early pregnancy failure: Efficacy and limitations. *Obstetrics & Gynecology International*, 2021, Article ID 3450978.
79. Ferrando D. El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
80. Fink L, Stanhope K, RoCHAT R, Bernal O. “The fetus is my patient, too”: attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2021;42(2):71-80.
81. Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). Geneva: World Health Organization, 2021. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinicalservices-and-systems/service-organizations-and-integration>.
82. Frank Z. Stanczyk, David F. Archer, Bhagu R. Bhavnani. Ethinyl estradiol and 17 β -estradiol in combined oral contraceptives: pharmacokinetics, pharmacodynamics and risk assessment. *Contraception*. 2013. Volume 87, Issue 6. Pages 706-727. doi:10.1016/j.contraception.2012.12.011.
83. Frank Z. Stanczyk, Sharon A. Winer, Jean-Michel Foidart, David F. Archer. Comparison of estrogenic components used for hormonal contraception. *Contraception*. 2024 Feb: Vol 130, 110310. doi: 10.1016/j.contraception.2023.110310.
84. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Selfadministered versus provideradminis tered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; (3): CD013181.

85. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390:2372–81.
86. Garhwal P., Rajoria L., Sharma M. A comparison of manual vacuum aspiration with medical method of abortion in termination of pregnancy up to 9 weeks of gestational age. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017. №6(9), 3813–3817. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20173665.
87. Garry R, Hart R, Karthigasu KA, Burke C. Structural changes in endometrial basal glands during menstruation. *BJOG*. 2010. №117 (10): 1175-1185. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02630.x.
88. Gawronska Julia, Meads Catherine, Smith Lee, Cao Chao, Wang Nan, Walker Susan. Association of oral contraceptive pill use and depression among US women. *J Affect Disord*. 2024 Jan 1;344:132-140. doi: 10.1016/j.jad.2023.10.041.
89. Gemzell-Danielsson K, Kallner HK. Post Abortion Contraception. *Women's Health*. 2015;11(6):779-784. doi:10.2217/whe.15.72.
90. Gholiof M, Adamson-De Luca E, Wessels JM. The female reproductive tract microbiotas, inflammation, and gynecological conditions. *Front Reprod Health*. 2022 Aug 9;4:963752. doi: 10.3389/frph.2022.963752.
91. Gialeraki A, Valsami S, Pittaras T, Panayiotakopoulos G, Politou M. Oral Contraceptives and HRT Risk of Thrombosis. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2018;24(2):217-225. doi:10.1177/1076029616683802.
92. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: A systematic review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2013; 22(11):1931–1943. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0298.
93. Giri KP, Dangal G. Comparison of Medical Abortion with Manual Vacuum Aspiration in Termination of Pregnancy up to Nine Weeks. *J Nepal Health Res Counc*. 2020 Apr 20;18(1):116-119. doi: 10.33314/jnhrc.v18i1.1710.

94. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. *Lancet* 2016;388:1775-812.
95. Grace KT, Anderson JC. Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2018 Oct;19(4):371-390. doi: 10.1177/1524838016663935.
96. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
97. Hagner U., Wenzl R.. Postabortion endometrial pathology: Histological changes and clinical significance. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020. №148(3), 383–389.
98. Hajnalka Sz Makó. Psychological perspectives of abortion care - when, what and how can psychotherapeutic assistance help during pregnancy termination *Psychiatr Hung*. 2014;29(4):418-25.
99. Han Y, Liu Z and Chen T. Role of Vaginal Microbiota Dysbiosis in Gynecological Diseases and the Potential Interventions. *Front. Microbiol*. 2021. №12:643422. doi: 10.3389/fmicb.2021.643422.
100. Hannaford, P. C., Iversen, L. Contraception Cancer Risks and Benefits. In *Female and Male Contraception. Trends in Andrology and Sexual Medicine*. Springer. 2021. P. 161-194. doi:10.1007/978-3-030-70932-7_11.
101. He, Fei MD; Xie, Jing-xian MD; Liu, Chun-lan MD; Xiong, Wei-min MDa; Xu, Qiu-ping MDa; Liu, Zhi-qiang MDa; Lin, Tao MDa; Xiao, Ren-dong MDe; Li, Xu MDe; Cai, Lin MDa. The relationship of lung cancer with menstrual and reproductive factors may be influenced by passive smoking, cooking oil fumes, and tea intake: A case–control study in Chinese women. *Medicine* 2017 Nov: 96(46):p e8816. doi: 10.1097/MD.00000000000008816.
102. Heikinheimo O, Toffol E, Partonen T, But A, Latvala A, Haukka J. Systemic hormonal contraception and risk of venous thromboembolism. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022 Aug;101(8):846-855. doi: 10.1111/aogs.14384.
103. Helena Kilander. Contraceptive counselling in abortion care. Linköping University Medical Dissertations. Sweden 2018. No. 1631. 106p.

104. Hernández-Hernández OT, Martínez-Mota L, Herrera-Pérez JJ, Jiménez-Rubio G. Role of Estradiol in the Expression of Genes Involved in Serotonin Neurotransmission: Implications for Female Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(5):459-471. doi: 10.2174/1570159X16666180628165107.
105. Hogmark S, Lichtenstein Liljeblad K, Envall N, et al. Placement of an intrauterine device within 48 hours after early medical abortion—a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2023;228:53.e1-9
106. Holdcroft AM, Ireland DJ, Payne MS. The Vaginal Microbiome in Health and Disease-What Role Do Common Intimate Hygiene Practices Play? *Microorganisms*. 2023 Jan 23;11(2):298. doi: 10.3390/microorganisms11020298.
107. <https://www.slovoidilo.ua/2024/03/20/infografika/suspilstvo/skilky-abortiv-zrobyly-zhinky-ukrayini-uprodovzh-desyaty-rokiv>
108. <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/12511>
109. <http://www.unfpa.org/rh/index.htm>
110. <http://www.who.int/reproductivehealth/ua/index.html>
111. <https://phc.org.ua/news/scho-varto-znati-pro-reproduktivne-zdorovya>
112. <https://ukraine.unfpa.org/en/news/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended%E2%80%94global-crisis-says-new-unfpa-report-4>
113. <https://www.apa.org/monitor/2022/09/news-facts-abortion-mental-health>
114. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/02/1401_04082023_smd_.pdf
115. <https://www.statista.com/statistics/185325/number-of-legal-abortions-by-marital-status-in-the-us-since-1973/>
116. Huber D, et al. Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(3):481-494. doi:10.9745/GHSP-D-16-00052.
117. Huber J.C., Bentz E.K., Ott J., Tempfer C.B. Non-contraceptive benefits of oral contraceptives. *Expert Opin Pharmacother*. 2008 Sep;9(13):2317-25.
118. Hufstetler K, Llata E, Miele K, Quilter LAS. Clinical Updates in Sexually Transmitted Infections, 2024. *J Womens Health (Larchmt)*. 2024 Jun;33(6):827-837. doi: 10.1089/jwh.2024.0367.

119. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoulf Obermeyer C, ed. Cross-cultural perspectives on reproductive health. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
120. Husby A., Wohlfahrt J., Melbye M. Pregnancy duration and endometrial cancer risk: Nationwide cohort study. *BMJ*. 2019;366:l4693. doi: 10.1136/bmj.l4693.
121. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370(9599):1609–1621.
122. Ipas. Clinical Updates in Reproductive Health. Brahmi D, editor. Chapel Hill, NC: Ipas; 2017. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2025.116830.
123. Johansson T, Vinther Larsen S, Bui M, Ek W E, Karlsson T, Johansson Å. Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023 Jun 12;32:e39. doi: 10.1017/S2045796023000525.
124. Jordan S.J., Na R., Weiderpass E., Adami H.O., Anderson K.E., van den Brandt P.A., Brinton L.A., Chen C., Cook L.S., Doherty J.A., et al. Pregnancy outcomes and risk of endometrial cancer: A pooled analysis of individual participant data in the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Int. J. Cancer*. 2021;148:2068–2078. doi: 10.1002/ijc.33360.
125. Juanola van Keizerswaard L, de Vries I, Moran N, et al. The role of healthcare providers in expanding legal abortion: Qualitative insights from Argentina, Ireland, and South Korea. *Int J Gynecol Obstet*. 2024;164(Suppl. 1):21-30. doi:10.1002/ijgo.15333.
126. Justine Coulson, Vinit Sharma, Hua Wen. Understanding the global dynamics of continuing unmet need for family planning and unintended pregnancy. *China Popul Dev Stud*. 2023; 7(1): 1–14. Published online 2023 Apr 5. doi: 10.1007/s42379-023-00130-7.
127. Kaminsky V, Pryadko N, Bulgakova V. Osoblyvosti vedennia medykamentoznoho abortu. *Zdorovia zhinky*. 2015. №6 (102): 32-34. [Камінський В.В., Прядко Н.Г.,

Булгакова В.М. Особливості ведення медикаментозного аборту. Здоров'я жінки. 2015. №6 (102): 32-34].

128. Kara A. Michels, Ruth M. Pfeiffer, Louise A. Brinton, Britton Trabert. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA Oncology* 2018 Jan: 4(4). doi:10.1001/jamaoncol.2017.4942.
129. Karadbhajne P., More A., Dzoagbe H. Y. The Role of Endometrial Microbiota in Fertility and Reproductive Health: A Narrative Review. *Cureus* 2025 Feb: 17(2): e78982. doi:10.7759/cureus.78982.
130. Keyes KM, Cheslack-Postava K, Westhoff C, Heim CM, Haloossim M, Walsh K, Koenen K. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. *Am J Epidemiol.* 2013 Nov;178(9):1378-88.
131. Khan KN., Kitajima M., Hiraki K. Potential role of uterine therapy in patients with chronic endometritis: Update and future perspectives. *Frontiers in Reproductive Health.* 2021. 3, 690312. doi: 10.3389/frph.2021.690312.
132. Krause Diana N, Warfvinge Karin, Haanes Agmund Kristian, Edvinsson Lars. Hormonal influences in migraine - interactions of oestrogen, oxytocin and CGRP. *Nat Rev Neurol.* 2021 Oct;17(10):621-633. doi: 10.1038/s41582-021-00544-2.
133. Krishnan S, Kiley J. The lowest-dose, extended-cycle combined oral contraceptive pill with continuous ethinyl estradiol in the United States: a review of the literature on ethinyl estradiol 20 µg/levonorgestrel 100 µg + ethinyl estradiol 10 µg. *Int J Womens Health.* 2010 Aug 10;2:235-9. doi: 10.2147/ijwh.s6437.
134. L Lewis Wall, Awol Yemane. Infectious Complications of Abortion. *Open Forum Infect Dis.* 2022 Nov; 9(11): ofac553. doi: 10.1093/ofid/ofac553.
135. Lattot S, Coast E, Rodgers Y, Moore B, Poss C. The mesoeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the economic effects of abortion on health systems. *PLoS One.* 2020;15(11):e0237227. doi: 10.1371/journal.pone.0237227.

136. LaVasseur C, Neukam S, Kartika T, Samuelson Bannow B, Shatzel J, DeLoughery TG. Hormonal therapies and venous thrombosis: Considerations for prevention and management. *Res Pract Thromb Haemost*. 2022;6:e12763. doi: 10.1002/rth2.12763.
137. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020; 62:25-35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.002.
138. Leichombam R, Bawiskar D. Exploring the Safety and Efficacy of Medical Termination of Pregnancy: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2023 Oct 3;15(10):e46444. doi: 10.7759/cureus.46444.
139. Letters. Singh SS, Fisher WA. Psychological aftermath of abortion. *CMAJ*. 2019;173:467.
140. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, et al.. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization. *Reprod Health Matters* 2009; 17:120–32.
141. Lim, L. and Singh, K. Methods of Abortion in First and Second Trimester. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014. №4, 924-929. doi: 10.4236/ojog.2014.415130.
142. Lisa Iversen, Selvaraj Sivasubramaniam, Amanda J. Lee, Shona Fielding, Philip C. Hannaford. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, June 2017. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.002.
143. Liu N, Ray JG. Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone-Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion: A Population-Based Propensity-Weighted Study. *Ann Intern Med*. 2023. №176 (2): 145-153. doi: 10.7326/M22-2568.
144. Lok I. H., Neugebauer R. Psychological morbidity following abortion: A critical review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2020. №63, 22–38.
145. Louis Jacob, Karel Kostev, Christian Gerhard, Matthias Kalder. Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder,

- adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *J Psychiatr Res.* 2019 Jul;114:75-79. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.022.
146. Luan NN, Wu L, Gong TT, et al. Nonlinear reduction in risk for colorectal cancer by oral contraceptive use: A meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Causes and Control* 2015; 26(1):65–78.
 147. Lucan M, Sandor M, Bodog A, Mocuta D, Aur CD, Sachelarie L, Huniadi A. Chronic Endometritis: A Silent Contributor to Infertility and Reproductive Failure—A Comprehensive Review. *Reproductive Medicine.* 2025; 6(2):14. doi:10.3390/reprodmed6020014.
 148. Lui MW, Ho PC. First trimester termination of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Feb;63:13-23. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.004.
 149. Lyall M., de Oliveira B.R., Mody S.K. Considerations for Contraceptive Use Among Patients with Migraines. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2023. №12, 57–63. doi:10.1007/s13669-023-00349-8.
 150. Mahmoud F Fathalla. Safe abortion: The public health rationale. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Feb;63:2-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010.
 151. Mathilda Z Kraft, Philine Rojczyk, Thomas Weiss, Birgit Derntl, Zora Kikinis, Ilona Croy, Carina Heller. Symptoms of mental disorders and oral contraception use: A systematic review and meta-analysis. *Front Neuroendocrinol.* 2024 Jan;72:101111. doi: 10.1016/j.yfrne.2023.101111.
 152. Mayer SB, Graybill S, Raffa SD, Tracy C, Gaar E, Wisbach G, Goldstein MG, Sall J. Synopsis of the 2020 U.S. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Overweight and Obesity. *Mil Med.* 2021 Aug 28;186(9-10):884-896. doi: 10.1093/milmed/usab114.
 153. McLaren H, Hennessey C. First-trimester Procedural Abortion. *Clin Obstet Gynecol.* 2023 Dec 1;66(4):676-684. doi: 10.1097/GRF.0000000000000808.
 154. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. PMID: 26447268.
 155. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

156. Meenakshi Ahuja, Pramod Pujari. Ultra-low-dose oral contraceptive pill: a new approach to a conventional requirement. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017 Feb: Vol. 6 No. 2. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20170006.
157. Monica V Dragoman, Naomi K Tepper, Rongwei Fu, Kathryn M Curtis, Roger Chou, Mary E Gaffield. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*, 2018. Jun;141(3):287-294. doi: 10.1002/ijgo.12455.
158. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 2017; 377(23):2228–2239. doi: 10.1056/NEJMoa1700732.
159. Morimont L, Haguet H, Dogné JM, Gaspard U, Douxflis J. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Dec 9;12:769187. doi:10.3389/fendo.2021.769187.
160. Murphy N, Xu L, Zervoudakis A, et al. Reproductive and menstrual factors and colorectal cancer incidence in the Women's Health Initiative Observational Study. *British Journal of Cancer* 2017; 116(1):117–125. doi: 10.1038/bjc.2016.345.
161. Mustafa Kamani, Utku Akgor, and Murat Gültekin. Review of the literature on combined oral contraceptives and cancer. *Ecancermedicalscience*. 2022; 16: 1416. Published online 2022 Jun 23. doi: 10.3332/ecancer.2022.1416.
162. National Collaborating Centre for Mental Health. Induced Abortion and Mental Health: A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors. Royal College of Psychiatrists; London, UK, 2011.
163. Notman MT, Lester EP: Pregnancy: Theoretical considerations *Psychoanalytic Inquiry* 8:143, 2018. doi:10.1080/07351698809533715.
164. Nouri A, Hashemzadeh F, Soltani A, Saghaei E, Amini-Khoei H. Progesterone exerts antidepressant-like effect in a mouse model of maternal separation stress

through mitigation of neuroinflammatory response and oxidative stress. *Pharm Biol.* 2020 Jan 1;58(1):64-71. doi: 10.1080/13880209.2019.1702704.

165. O.A. Dyndar, V.O. Beniuk, T.V. Kovaliuk, T.R. Nykoniuk, O.S. Neymark. Features of biochemical parameters and non-specific resistance factors of vaginal contents in women with urogenital trichomoniasis and cervical intraepithelial neoplasia against the background of papillomavirus infection. *Репродуктивна ендокринологія. Науково-практичний медичний журнал.* № 1-2(63-64)/травень 2021. С. 78-84. doi:10.18370/2309-4117.2022.63.78-84.
166. Park J, et al. Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *IJGO.* 2016;133(2): 217–220. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.08.025.
167. Paula H Bednarek, MD, MPH. Contraception: Postabortion. Jun 2024. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-postabortion>.
168. Pertile R, Mazza R, Pedron M, Gurgone P, Piffer S. Post-abortion check-ups at Trento Family Planning Centre. Characteristics of those users who attended the check-up appointments and trends between 2003 and 2017. *Ann Ig.* Jan-Feb 2021;33(1):44-54. doi: 10.7416/ai.2021.2407.
169. Petraglia F, Dolmans MM. Iron deficiency anemia: Impact on women's reproductive health. *Fertil Steril.* 2022 Oct;118(4):605-606. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.08.850.
170. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: A committee opinion. *Fertil Steril* 2021;116(5):1255–65. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.038.
171. Prakasit Saengbanyang, Thanyarat Wongwananuruk, Naline Panichyawat, Natchara Sukapattitkul Powell, Nichamon Parkpinyo. Effectiveness and Safety of Medical Abortion with Mifepristone and Sublingual Misoprostol up to 63 Days of Gestation. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2024, 51(10), 218. doi:10.31083/j.ceog5110218.
172. Purcell C, et al. Contraceptive care at the time of medical abortion: experiences of women and health professionals in a hospital or community sexual and reproductive

health context. Contraception. 2016;93(2):170e7. doi: 10.1016/j.contraception.2015.09.016.

173. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, et al. Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medication abortion efficacy and repeat pregnancy random controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):739. doi: 10.1097/AOG.0000000000001627.
174. RCOG. The care of women requesting induced abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7): RCOG Press; 2011.
175. Regan L, Rai R, Saravelos S, Li T-C, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. *BJOG.* 2023;130(12):e9–e39. doi:10.1111/1471-0528.17515.
176. Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron ST. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation: A systematic review. *Contraception.* 2022 Dec;116:4-13. doi: 10.1016/j.contraception.2022.08.005.
177. Rodgers Y, Coast E, Lattof S, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS One.* 2021;16(5):e0250692. doi: 10.1371/journal.pone.0250692.
178. Rodrigues-Martins Diana, Lebre Andrea, Santos Joana, Braga Jorge. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care,* 2020. Aug;25(4):259-263. doi:10.1080/13625187.2020.1764527.
179. Roe A.H., Bartz D. Guideline. Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception.* 2019. №99. P. 2–9. doi: 10.1016/j.contraception.2018.08.016.
180. Romanenko TG, Morozova OV. A modern view on the termination of an unwanted pregnancy by a non-surgical method. *Reproductive Health of Woman.* 2022. №1: 8-12. [Романенко Т.Г., Морозова О.В. Сучасний погляд на переривання небажаної вагітності нехірургічним методом. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2022. №1: 8-12]. doi:10.30841/2708-8731.1.2022.258129.

181. Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Sandra Costa Fonseca, Maria do Carmo Leal, Estela M L Aquino, Greice M S Menezes. Unsafe abortion in Brazil: a systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad Saude Publica*. 2020 Feb 10;36Suppl 1(Suppl 1):e00190418. doi: 10.1590/0102-311X00190418.
182. Rosalind Ramsay, Sarah Welch, Elizabeth Youard. Needs of women patients with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2001. 7(2):85-92 7(2):85-92. doi:10.1192/apt.7.2.85.
183. Rosen C., Brown J., Heiman S., Leiblum C., Meston R., Shabsigh D., Ferguson R., D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-Report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex. Marital Ther.* 2000; 26:191–208. doi: 10.1080/009262300278597.
184. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortion care. Best Practice Paper no.2. June 2015. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practicepaper-2.pdf>
185. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.
186. Sajadi-Ernazarova KR, Martinez CL. Abortion Complications. [Updated 2023 May 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>
187. Sarah Hunt, Beverley Vollenhoven. Pelvic inflammatory disease and infertility. *The Royal Australian College of General*. 2023 April: Volume 52, Issue 4, 215-218. doi: 10.31128/AJGP-09-22-6576.
188. Sarah McKetta, Katherine M Keyes. Oral contraceptive use and depression among adolescents. *Ann Epidemiol*, 2019. Jan;29:46-51. doi:10.1016/j.annepidem.2018.10.002.
189. Satish S, Moore JF, Littlefield JM, Bishop IJ, Rojas KE. Re-Evaluating the Association Between Hormonal Contraception and Breast Cancer Risk. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2023;15:227-235. doi.org/10.2147/BCTT.S390664.

190. Say L, Chou D, Gemmeill A, et al.. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2:e323–33.
191. Shanshan Wang, Emily Barrett, Madelyn Hsiao-Rei Hicks, Dmytro Martsenkovskyi, Irina Holovanova, Olga Marchak, Liudmyla Ishchenko, Ubydul Haque, Nancy Fiedler. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*. 2024. Volume 339, 116056. ISSN 0165-1781. doi:10.1016/j.psychres.2024.116056.
192. Sharma SR. Efficacy and safety of ultralow dose oral contraceptive pills (ULDOCP) in rural Indian women – a prospective, open label study. *J Evid Based Med Healthc* 2021;8(11):618-622. doi: 10.18410/jebmh/2021/121.
193. Sharon Cameron. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. Version 1. *F1000Res*. 2018; 7: F1000 Faculty Rev-1881. Published online 2018 Dec 2. doi: 10.12688/f1000research.15441.1.
194. Shen CT, Tai SY, Tsao YH, Chen FM, Hsieh HM. Abortion and Female Cancer Risks among Women Aged 20 to 45 Years: A 10-Year Longitudinal Population-Based Cohort Study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 19;20(4):3682. doi: 10.3390/ijerph20043682.
195. Shokoufeh Dianat, Ilana A Silverstein, Kelsey Holt, Jody Steinauer, Christine Dehlendorf. Breaking the silence in the primary care office: patients' attitudes toward discussing abortion during contraceptive counseling. *Contraception: X*. 2020. Volume 2, 100029. doi:10.1016/j.conx.2020.100029.
196. Simón C., Valbuena D., García-Velasco J. Molecular markers of endometrial receptivity and strategies for endometrial preparation. *Fertility and Sterility*. 2021. №115(3), 574–585.
197. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368:1887–92.
198. Singh Susheela, Sedgh Gilda, Hussain Rubina. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann*. 2010 Dec;41(4):241-50. doi: 10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x.

199. Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. & Onda, T. Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access. Remez, 2018. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
200. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic. United Nations; 2021 (A/76/172).
201. State of World Population 2022 report, released today by UNFPA, the United Nations sexual and reproductive health agency. Available from: <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnanciesare-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report>.
202. Stifani BM, Gill R, Kim CR. Reducing the harms of unsafe abortion: a systematic review of the safety, effectiveness and acceptability of harm reduction counselling for pregnant persons seeking induced abortion. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022 Apr;48(2):137-145. doi: 10.1136/bmjsexrh-2021-201389.
203. STUDNICKI, James; SKOP, Ingrid. Is Induced Abortion Evidence-Based Medical Practice?. *Medical Research Archives*, [S.l.], v. 12, n. 6, june 2024. doi: 10.18103/mra.v12i6.5506.
204. Sustainable development: the 17 goals [website]. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2021. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>.
205. The Lancet Global Health. Headway and hindrances for sexual and reproductive health and rights. *Lancet Glob Health*. 2020. 8(8): e973. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30316-8.
206. The London Summit on Family Planning, 2012. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-07-2017-countries-need-to-do-what-worksto-improve-contraceptive-access--provision-andchoice-for-women-and-girls>.
207. Tong H., Wu Y., Yan Y., Dong Y., Guan X., Liu Y., Lu Z. No association between abortion and risk of breast cancer among nulliparous women: Evidence from a meta-analysis. *Medicine*. 2020;99:e20251. doi: 10.1097/MD.00000000000020251.

208. UHC compendium 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/universal-health-coverage/ compendium>.
209. Universal health coverage for sexual and reproductive health: evidence brief. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/financing-uhc-for-sexual-reproductive-health/evidence-brief/en/>.
210. Unsafe abortion incidence and mortality. WHO 2012. P.2-8
211. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
212. Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study. Islamabad, The Population Council, 2002.
213. Valeria Lo Faro, Therese Johansson, Åsa Johansson. The risk of venous thromboembolism in oral contraceptive users: the role of genetic factors—a prospective cohort study of 240,000 women in the UK Biobank. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2024. doi:10.1016/j.ajog.2023.09.012.
214. Vanetti A, Catarino R, Yaron M. Remote self-assessment follow-up for medical termination of pregnancy at Geneva University Hospitals: an insight into its acceptability, success rate and costs. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2021 Jul. 28 [cited 2024 Sep. 28];151(2930):w20531. Available from: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3039>
215. Vincenzo De Leo, Valeria Scolaro, Maria Concetta Musacchio, Alessandra Di Sabatino, Giuseppe Morgante, Antonio Cianci. Combined oral contraceptives in women with menstrual migraine without aura. *Fertility and Sterility*. 2011. Volume 96, Issue 4. Pages 917-920. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.07.1089.
216. Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. *Int Perspect Sexual Reprod Health* 2009; 35:114–21.
217. Vovk IB, Tymchenko OI, Revenko OO, Revenko OM. Abort - predyktor porushen reproduktyvnoho zdorovia zhinky. *Zdorovia Ukrainy. Tematychnyi nomer*. Berezen 2014. 44-47. [Вовк ІБ, Тимченко ОІ, Ревенко ОО, Ревенко ОМ. Аборт -

предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки. Здоров'я України. Тематичний номер. Березень 2014. С. 44-47].

218. Wang Y, Tang Z, Teng X. New advances in the treatment of thin endometrium. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024 Apr 30;15:1269382. doi: 10.3389/fendo.2024.1269382.
219. Warhurst Samantha, Rofe Christopher J, Brew Bruce J, et al. Effectiveness of the progestin-only pill for migraine treatment in women: A systematic review and meta-analysis. 2018 Apr;38(4):754-764. doi: 10.1177/0333102417710636.
220. Wei Wu, Zhi-Hua Yin, Peng Guan, Yang-Wu Ren, Bao-Sen Zhou. Association of Oral Contraceptives Use and Lung Cancer Risk among Women: an Updated Meta-analysis Based on Cohort and Case-control Studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014. 15 (3). P. 1205-1210. doi:10.7314/APJCP.2014.15.3.1205.
221. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: An analysis from the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *Journal of Clinical Oncology* 2016; 34(24):2888–2898.
222. Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contracept X*. 2020 Aug 20;2:100037. doi: 10.1016/j.conx.2020.100037.
223. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021/ Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909>.
224. Wiegerinck MM, Jones HE, O'Connell K, Lichtenberg ES, Paul M, Westhoff CL. Medical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members in the United States. *Contraception*. 2008. №78 (6): 486-491.
225. Wirth J. P. et al. Predictors of anemia in women of reproductive age: Biomarkers Reflecting Inflammation and Nutritional Determinants of Anemia (BRINDA) project. *Am. J. Clin. Nutr.* 2017, 106(suppl 1), 416S-427S.
226. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

227. World Health Organization . Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. World Health Organization; 2003.
228. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Anaemia policy brief (WHO/NMH/NHD/14.4). WHO.
229. World Health Organization. Abortion Fact Sheet. World Health Organization; 2021.
230. Younes G., Tulandi T. Chronic endometritis and reproductive outcome. *Fertility and Sterility*. 2017. 108(1), 69–73. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.006.
231. Zhang, C., Meng, S., Tu, X. et al. Analysis of the risk factors of chronic endometritis in infertile women. *BMC Women's Health* 25. 2025: №378. doi:10.1186/s12905-025-03868-z.
232. Zhou Y., Fu J., Zhang D. Effects of anti-inflammatory therapy on chronic endometritis and reproductive outcome: a systematic review. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2021. №19(1), 115. doi: 10.1186/s12958-021-00784-w.
233. Zhu H, Lei X, Feng J, Wang Y. Oral contraceptive use and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17:402-14.
234. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

ДОДАТКИ

Додаток А.1

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найбільш правильною.

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- 3 ○ Увесь час
- 2 ○ Часто
- 1 ○ Час від часу, іноді
- 0 ○ Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

- 0 ○ Це так
- 1 ○ Напевно, це так
- 2 ○ В дуже малій мірі це так
- 3 ○ Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

- 3 ○ Це так, та страх дуже сильний
- 2 ○ Да, це так, але страх не дуже сильний
- 1 ○ Іноді, але це мене не турбує
- 0 ○ Зовсім не відчуваю

Продовження додатку А.3

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 ○ Це так
- 1 ○ Напевно, це так
- 2 ○ В дуже малій мірі це так
- 3 ○ Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 ○ Постійно
- 2 ○ Більшу частину часу
- 1 ○ Час від часу і це не так часто
- 0 ○ Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

- 3 ○ Зовсім не відчуваю
- 2 ○ Дуже рідко
- 1 ○ Іноді
- 0 ○ Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 ○ Це так
- 1 ○ Напевно, це так
- 2 ○ Зрідка це так
- 3 ○ Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 ○ Практично весь час
- 2 ○ Часто
- 1 ○ Іноді
- 0 ○ Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 ○ Зовсім не відчуваю
- 1 ○ Іноді
- 2 ○ Часто
- 3 ○ Дуже часто

Д Я не стежу за своєю зовнішністю

- 3 ○ Це так
- 2 ○ Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 ○ Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
- 0 ○ Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

- 3 ○ Це так
- 2 ○ Напевно, це так
- 1 ○ В деякій мірі це так
- 0 ○ Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

- 0 ○ Точно так, як і звичайно
- 1 ○ Так, але не в тій мірі, як раніше
- 2 ○ Значно менше, ніж звичайно
- 3 ○ Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 ○ Дуже часто
- 2 ○ Досить часто

Продовження додатку А.3

- 1 ○ Не так і часто
- 0 ○ Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

- 0 ○ Часто
- 1 ○ Іноді
- 2 ○ Зрідка
- 3 ○ Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія

Список публікацій здобувача

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бодашевська К.Д. Вплив артифіційних абортів на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Результати когортного дослідження. *Український журнал «Здоров'я жінки»*, 2024. №2(171). С.57-62. doi: 10.15574/HW.2024.171.57. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/06/11.pdf>. Ключові слова: артифіційний аборт, репродуктивне здоров'я, жінки.

2. Бодашевська К.Д., Суханова А.А. Порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артифіційного переривання вагітності в ранніх термінах. Результати когортного дослідження. *Український журнал «Здоров'я жінки»*, 2024. №3(172). С.29-35. doi: 10.15574/HW.2024.172.29. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/09/07-1.pdf>. Ключові слова: артифіційний аборт, ускладнення, вагітність, жінки.

3. Бодашевська К. Д., Суханова А. А., Таран О. А., Ластовецька О. Б., Боднарчук О. В., Белінський А. В., Вознюк А. В. Оцінка факторів ризику хронічного ендометриту після артифіційного переривання вагітності в ранніх термінах. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2024: № 3 (99). С. 61-66. doi: 10.15574/PP.2024.3(99).6166. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2024/11/10.pdf>. Ключові слова: хронічний ендометрит, артифіційний аборт, фактори ризику.

4. Кравців М. І., Бодашевська К. Д., Дудченко В. М., Таран О. А., Бевз Г. В., Вознюк А. В. Оцінювання стану ендометрія залежно від методу переривання вагітності та особливостей ведення післяабортного періоду. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2024: № 4 (100). С. 76-83. doi: 10.15574/PP.2024.4(100).7683. <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2025/03/13.pdf>. Ключові слова: артифіційний аборт, репродуктивне здоров'я, товщина ендометрія, CD138, хронічний ендометрит.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Бодашевська К.Д. Аборти в ранньому терміні. Безпечний менеджмент. Сучасний підхід. Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: нові реалії», 27-28 жовтня 2022року, м. Київ.

2. K. Bodashevsk. *EARLY ABORTIONS. CURRENT TENDENCIES IN SAFE MANAGEMENT. XXIV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics*, taking place from 9 to 12 October 2023 at the Paris Convention Centre, Porte de Versailles in Paris, France.

3. Бодашевська К.Д. Визначення ризику та шляхи попередження інфекційних ускладнень при перериванні вагітності в ранніх термінах. Майстер-клас «Мультидисциплінарна фахова школа Збереження здоров'я жінки», 02-03 травня 2024року, м. Вінниця.

4. Бодашевська К.Д. Сучасні методи штучного переривання вагітності в ранніх термінах: клінічна ефективність та безпечність. Науково-практична конференція з міжнародною участю YOUNG SCIENCE 5.0 (для молодих вчених) 24.05.2024року, м. Київ.

5. Бодашевська К.Д., Суханова А.А. Визначення предикторів розвитку хронічного ендометриту після артіфіційного переривання вагітності. VIII Подільська всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю: «Організація та досягнення невідкладної допомоги, інтенсивної терапії та анестезіології в 2024році», 04-05 жовтня 2024 року, м.Вінниця.

6. Бодашевська К.Д. Стан ендометрію та його оцінка залежно від особливостей менеджменту постабортного періоду. Науково-практична конференція «YOUNG SCIENCE 6.0» (для молодих вчених) 15 травня 2025 року, м.Київ.

7. Бодашевська К.Д. Вплив вибору методу переривання вагітності та менеджменту післяабортного періоду на стан ендометрію. Майстер-клас «Мультидисциплінарна фахова школа: Збереження здоров'я жінки», 02-03 травня 2025 року, м. Вінниця.

Апробація результатів дисертації

- Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: нові реалії» (Київ, 2022) – стендова доповідь.
- XXIV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics (Paris, 2023) – постерна доповідь.
- Науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 5.0» (Київ, 2024) - стендова доповідь.
- Майстер-клас «Мультидисциплінарна школа: Збереження здоров'я жінки» (Вінниця, 2024) - стендова доповідь.
- VIII Подільська всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція з міжнародною участю: «Організація та досягнення невідкладної допомоги, інтенсивної терапії та анестезіології в 2024 році» (Вінниця, 2024) – стендова доповідь.
- Науково-практична конференція «YOUNG SCIENCE 6.0» (для молодих вчених) (Київ, 2025) - постерна доповідь.
- Майстер-клас «Мультидисциплінарна фахова школа збереження здоров'я жінки» (м. Вінниця, 2025) – усна доповідь.