

# ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ



## В.А. БЕНЮК

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

## Ю.В. КУВИТА

кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

## В.Л. КОЛЕСНИК

кафедра акушерства и гинекологии № 3, Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

В Украине, как и в других странах постсоветского пространства, медико-социальная значимость аборта определяется высоким уровнем осложнений для здоровья женщин. Несмотря на организацию работы службы планирования семьи и доступность эффективных средств контрацепции, аборт остается самым распространенным способом предотвращения нежелательной беременности, сохраняя за собой ведущее место в нарушении репродуктивного здоровья женщин. Особенности репродуктивного поведения женщин (раннее начало половой жизни, пренебрежение методами контрацепции, безграмотность в вопросах планирования семьи) позволяют считать, что проблема безопасного прерывания беременности еще остается актуальной для населения нашей страны [1, 3, 6, 7].

В сентябре 2000 г. на Генеральной ассамблее Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO) был одобрен доклад, содержащий рекомендации о том, что «после соответствующего консультирования женщина должна иметь право на проведение медикаментозного или хирургического (инструментального) искусственного аборта и что службы здравоохранения обязаны предоставлять такие услуги». По определению ВОЗ, безопасный аборт – это процедура по прерыванию нежелательной беременности, выполненная квалифицированными медицинскими работниками, с использованием для этого адекватного оборудования, правильной методики и санитарно-гигиенических стандартов (ВОЗ, 1993).

Что же касается медикаментозного аборта, то можно выделить следующие его основные особенности:

- ❖ достаточно высокая эффективность метода (около 95%);
- ❖ простота реализации;
- ❖ возможность избежать риска, связанного с анестезией и оперативным вмешательством;
- ❖ более естественное течение процесса прерывания беременности;
- ❖ лучшее психологическое восприятие;
- ❖ сохранение конфиденциальности;
- ❖ комфортные гигиенические условия при амбулаторном применении метода;
- ❖ низкая частота осложнений, в том числе инфекционных.

Несмотря на все позитивные стороны современных способов прерывания беремен-

ности, для женщины в любом возрасте нежеланная беременность является стрессом. Женщины, имеющие детей, несколько легче переносят аборт, чем впервые беременные, но и у них глубоко в подсознании присутствует чувство вины, тревоги и сожаления. Только незначительная часть женщин после аборта чувствуют некоторое эмоциональное облегчение, но очень скоро и их настигает осознание произошедшего. Большинство пациенток, перенесших аборт, впадают в депрессию различной степени выраженности, которая может длиться годами. Такое состояние часто называют постабортным синдромом. Оправдания, которые подбирала для себя женщина, – плохие условия жизни, низкий доход, недостаточный социальный уровень и др. – после проведения процедуры воспринимаются пациентками как несущественные. Но повернуть время вспять уже невозможно. Все женщины одинаково подвержены постабортному синдрому: и выбирающие аборт добровольно, и те, кто делает аборт от безысходности, и принимающие аборт как вынужденную меру [3, 7].

**Постабортный синдром** – это посттравматическое стрессовое состояние, которое испытывают женщины после аборта. У таких пациенток проявляются сходные физические и эмоциональные последствия. Эти последствия могут проходить незаметно и исчезать самостоятельно или проявляться в долгосрочных психологических нарушениях, образующих группу симптомов, составляющих постабортный синдром. Основные характеристики постабортного синдрома: плаксивость, раздражительность, нервозность, резкая перемена настроения, быстрая утомляемость, нарушение сна (бессонница ночью, сонливость днем).

Симптомы могут проявиться сразу после аборта или позже, иногда спустя годы. Чувство вины – одно из характерных проявлений постабортного синдрома. Некоторые категории женщин связывают плохие события своей жизни с прерыванием беременности. Одним из опасных симптомов может быть психологическая отрешенность. Может развиваться психологическое отчуждение мыслей, мест, действий, связанных с абортом. Женщина начинает избегать всех моментов, напоминающих ей об аборте, что может быть первым признаком неспособности справиться с горем. Ей тяжело поддерживать или начинать

отношения, что неестественным образом изолирует ее от общества.

Молодая, сильная, жизнерадостная женщина после перенесенного аборта становится раздражительной и обидчивой, болезненно реагирует на пустячные замечания, часто плачет, становится замкнутой и подозрительной. Она быстро утомляется, большей частью пребывает в дурном настроении, у нее пропадает аппетит и расстраивается сон.

При прерывании беременности происходят гормональный шок, сбой в работе всех жизненно важных систем. Защитной реакцией организма на противоестественное вмешательство и являются различные осложнения, в том числе постабортный синдром [3, 6, 7].

Бытует мнение, что медикаментозный аборт психологически переносится легче, чем инструментальный, поскольку воспринимается женщинами как обычная менструация.

**Цель исследования:** определить уровни выраженности постабортного синдрома и психологической дезадаптации у женщин в зависимости от выбранного метода прерывания беременности.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для настоящего исследования послужили данные обследования 58 пациенток репродуктивного возраста с нежеланной беременностью на малом сроке, которые обратились в гинекологическое отделение для прерывания беременности, а также 26 небеременных женщин контрольной группы. Средний возраст обследуемых составил  $20 \pm 1,5$  года.

Юридически проведение искусственного прерывания беременности в Украине регламентируется такими документами, как Постановление Кабинета Министров Украины № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного Кодексу України (Перелік підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів)», Приказом МЗ Украины от 20.07.2006 г. № 508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», а также утвержденным Приказом МЗ Украины от 29.12.2006 г. № 782 Клиническим протоколом «Медичний аборт».

Последний документ рекомендует обязательное проведение перед абортом УЗИ. Следует отметить очень важный момент в данной ситуации, когда с помощью УЗИ устанавливается факт наличия плодного яйца в полости матки и уточняется срок гестации, так как анамнестический срок не всегда соответствует истинному сроку гестации, что, в свою очередь, может компрометировать

методику. После проведения процедуры искусственного прерывания беременности с помощью УЗИ производится оценка полноты завершения аборта и диагностика возможных осложнений. УЗИ также позволяет провести раннюю диагностику эктопической беременности, уменьшает риск необоснованных хирургических вмешательств, доказывая отсутствие пролонгации беременности, или же диагностирует наличие в матке фрагментов плодного яйца. При проведении исследований мы руководствовались вышеуказанными нормативными документами.

Нами отобраны 2 группы пациенток в возрасте от 18 до 24 лет, у которых беременность была впервые и которыми принято решение прервать нежеланную беременность. Женщинам предложено на выбор проведение инструментального прерывания беременности и медикаментозное прерывание. Со всеми пациентками предварительно проводились беседы о вреде абортот и мотивационная поддержка для сохранения беременности. По принятии пациентками решения о прерывании беременности 29 женщин составили I группу, которой прерывание беременности было проведено медикаментозным путем, согласно рекомендациям Клинического протокола «Комплексная медицинская помощь при нежеланной беременности». Согласно действующей в настоящее время нормативной документации, после получения согласия пациентки, в условиях стационара проводится прием мифепристона в дозе 600 мг и через 48 ч – мизопростола в дозе 400 мкг. Через 2 нед после прерывания беременности проводится повторное обследование для подтверждения факта отсутствия плодного яйца в полости матки.

Для проведения медикаментозного аборта мы использовали Миропристон (мифепристон) – 19-норстероид, который специфически блокирует рецепторы прогестерона и глюкокортикостероидов [2, 3]. Он активен при пероральном введении, и его пиковые уровни содержания в плазме крови достигаются менее, чем через 2 ч после приема. Период полувыведения лекарственного средства из плазмы крови равен 26–48 ч, но в наномолярных концентрациях оно сохраняется в плазме в течение 12 ч после введения и его уровень достигает максимума приблизительно через 36 ч. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Изменения, происходящие в отпадающей оболочке, напоминают те, что



Большинство пациенток, делающих аборт, имеют дезадаптивные индивидуально-психологические черты: хроническую тревожность (80%), эмоциональную неустойчивость (72%), депрессию (54%)



Медикаментозный аборт психологически переносится женщинами легче, нежели хирургический

имеют место при воспалении, и сопровождаются дополнительным высвобождением простагландинов. Подобные изменения происходят также в шейке матки, но концентрации простагландина E не увеличиваются в тканях шейки матки и ее созревание не блокируется нестероидными противовоспалительными средствами. Это можно объяснить увеличением количества рецепторов простагландина в тканях шейки матки под влиянием мифепристона. Началу сокращению матки предшествуют размягчение и расширение шейки. Вышеперечисленные изменения имеют сложный характер и до конца не выяснены. Одна из проблем состоит в том, что существуют разные варианты реакции на мифепристон. Так, при введении лишь одного мифепристона до 56-го дня аменореи происходит прерывание только 60–65% беременностей даже в тех случаях, когда доза препарата значительно выше той, которая у большинства женщин вызывает кровотечение. Мифепристон примерно в 5 раз повышает чувствительность матки к аналогам простагландинов. Этот эффект развивается через 24–48 ч и лежит в основе схемы раннего медикаментозного аборта, при которой через 36–48 ч после перорального приема мифепристона вводят аналоги простагландинов. На этом этапе мы применяли Миролют (мизопростол) в дозе 400 мкг.

Вторую группу составили 29 пациенток, которым аборт был проведен инструментально.

Пациенткам исследуемых нами групп выполнено клиничко-лабораторное обследование, согласно требованиям приказа МЗ Украины от 20.07.2006 г. № 508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності».

Кроме обязательных обследований, проведено исследование психоэмоционального состояния с использованием: теста САН (самочувствие, активность, настроение), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HDS, или HAM-D), шкалы Монтгомери и Асберга (Montgomery-Asberg depression ratingscale, MADRS), шкалы тревоги Гамильтона (Hamilton anxiety scale, HAM-A), шкалы самооценки тревоги Цунга (Zung self-rating anxiety scale).

Контрольную группу составили небеременные студентки медицинского университета в количестве 26 человек в возрасте 20–24 лет, которым были проведены обследования в том же объеме, что и женщинам двух клинических групп.

Для чистоты исследования в обследуемые группы не включались женщины с признаками угрозы прерывания беременности как при инструментальном прерывании, так и при медикаментозном.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам проведения теста САН, до прерывания беременности у женщин обеих групп были получены результаты, свидетельствующие, что все они находились в состоянии астенической напряженности, проявляющейся признаками ухудшения настроения и соответственно имеющей балльную оценку, ниже 4 баллов. В контрольной группе, по результатам теста САН, состояние женщин оценивалось в 5,0–5,5 балла, что соответствует физиологической оценке состояния.

Результаты наших исследований показали, что у женщин обеих исследуемых групп первое место по степени выраженности занимала тревожность. Личностная тревожность характеризует склонность воспринимать ряд ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Она предполагает личностную особенность к появлению тревоги, сомнений и неуверенности в ситуациях оценки своей компетентности, действий и принимаемых решений. Шкала самооценки личностной тревожности определяет три степени тревоги: низкую, умеренную и высокую. Последняя прямо коррелирует с наличием психологических срывов, неадекватным поведением и психосоматическими заболеваниями, которые являются результатом высокой чувствительности к стрессу у лиц с этой личностной особенностью. Среди пациенток первой группы высокая тревожность была характерна для 66,2% женщин, умеренная – для 32,3% и низкая – для 1,5%. Во второй группе показатели отличались и соответственно составили 69,1; 30,4 и 0,5%. В контрольной группе были получены такие результаты: 23,7% – высокая тревожность; умеренная – 18,3%; низкая – 58%.

Второе место по степени выраженности у опрошенных женщин занимал нейротизм (для диагностики использовалась шкала Гамильтона для оценки интенсивности невротических тревожных расстройств), который также имеет три степени: низкую, умеренную и высокую. Человеку с высоким нейротизмом свойственны сверхчувствительные реакции, напряженность, тревожность, недовольство собой и окружающим миром. Среди женщин первой группы высокий уровень нейротизма был выявлен у 25%, умеренный – у 69,3% и низкий – у 5,7%. Результаты исследований пациенток второй группы по нейротизму существенно не отличались и составили соответственно: 24,8; 67,9 и 7,3%.

Согласно оценке состояний по шкале Гамильтона, в первой группе 53,2% женщин имели расстройство сна и 46,8% – тревожную реакцию. Во второй группе до прерывания беременности показатели были подобными таким в первой группе: 52,5 и 47,5% соответственно.

С помощью шкалы Монтгомери и Асберга для оценки депрессии мы получили в первой группе у 65% женщин результаты, соответствующие субклинически выраженной тревоге / депрессии, у 27% – клинически выраженной тревоге / депрессии и у остальных 8% отсутствовали достоверные признаки тревоги и депрессии. Во второй группе показатели были следующими – 64; 29 и 7% соответственно.

По результатам исследования с помощью шкалы Цунга для самооценки депрессии, самооценки тревоги Цунга (Zungself-rating depression scale) мы получили следующие данные: в первой группе чувство душевной опустошенности испытывали «большую часть времени или постоянно» 89% женщин, «часто» – 11%. Во второй группе соответственно 88,7 и 11,3% участниц. Расстройство настроения отмечали 97% пациенток первой группы и 98% – второй группы. Раздражительность и нерешительность были свойственны 100% женщин обеих групп.

Полученные результаты оценивали по индексу тревоги, который рассчитывается путем деления суммарного балла тревоги у больного при обследовании на максимально возможный суммарный балл по этой шкале (он составляет 80 баллов). Уровни тревожности по данной клинической шкале подразделяются следующим образом: 20–40 баллов – низкий, 41–60 баллов – средний, 61–80 баллов – высокий уровень тревожности. В первой группе низкий уровень тревожности был выявлен лишь у 1% женщин, средний – у 24% и высокий – у 75%. Во второй группе показатели соответственно составили 1,3; 25,7 и 73%.

В результате проведенного тестирования у женщин контрольной группы высокий уровень тревожности был выявлен лишь у одной пациентки, что составило 0,26%, остальные 99,7% имели низкий уровень тревожности. Также в контрольной группе отсутствовали признаки депрессии, расстройства настроения, индекс тревоги не превышал 30 баллов.

После процедуры прерывания беременности нами проведено повторное обследование через 10 дней после прерывания беременности и через месяц после процедуры в таком объеме: общеклиническое исследование, УЗИ, оценка психоэмоционального состояния.

В результате проведенных обследований мы установили, что постабортный синдром развился у 76% пациенток первой группы и лишь у 12% – второй. Согласно оценке по шкале САН, состояние астенической напряженности сохранялось у 65% женщин первой группы и у 9% – второй. Уровень тревожности оценен как высокий у 45% женщин первой группы и соответственно у 5% – второй. С помощью шкал Монтгомери и Асберга для оценки депрессии после прерывания беременности мы

получили в первой группе у 35% женщин результаты, соответствующие субклинически выраженной тревоге / депрессии, у 24% – клинически выраженной тревоге / депрессии, а у остальных 41% отсутствовали достоверные признаки тревоги и депрессии. Во второй группе показатели были седующими – 6; 19 и 75% соответственно.

Хотелось бы отметить, что благодаря проведению УЗИ в постабортном периоде нам удалось избежать осложнений в виде остатков плодного яйца при обоих методах прерывания беременности у пациенток данных обследуемых групп.

### ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что доля женщин с интенсивно выраженными психическими реакциями в категории пациенток, прерывающих беременность методом искусственного аборта, очень высока. Установлено, что большинство пациенток, делающих аборт, имеют дезадаптивные индивидуально-психологические черты: хроническую тревожность (80%), эмоциональную неустойчивость (72%), депрессию (54%). Для состояния этих женщин свойственны снижение жизненного статуса, невротизация, хроническое эмоциональное напряжение, дефицит позитивных эмоций, развитие астенизации, игнорирование проблем, связанных со здоровьем и предупреждением нежелательной беременности.

Медикаментозный аборт психологически переносится женщинами легче. Он воспринимается как естественный процесс – обильно протекающая менструация. Осуществление процедуры медикаментозного аборта в терапевтическом кабинете, отсутствие риска, связанного с анестезией, опасностью инфицирования, страха осложнений операционного вмешательства уменьшает психологическую травму, связанную с абортом. Прерывание нежеланной беременности в малых сроках с помощью медикаментозного аборта препаратами Миропристон и Миролют позволяет значительно снизить проявления постабортного синдрома у первобеременных женщин.

Следует отметить и тот факт, что общение с психологом перед предстоящим абортом позволяет значительно снизить последствия травмы, а следовательно, и постабортного синдрома. Вместе с тем, медикаментозный аборт, по сравнению с инструментальным, позволяет снять страхи пациенток, связанные с опасностями послеоперационных осложнений, негативной атмосферой абортария. Отмечено снижение психологического напряжения у пациенток, неоднозначно относящихся к аборту, появление у женщины ощущения возможности осознанно контролировать сам процесс прерывания беременности. ■



Прерывание беременности на малых сроках с помощью медикаментозного аборта препаратами Миропристон и Миролют позволяет значительно снизить проявления постабортного синдрома у первобеременных

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кувита Ю.В.  
Профилактика перинатальных осложнений при урогенитальной инфекции в супружеской паре // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3. – С. 224–227.  
Kuvita YV  
Prevention of perinatal complications in the urogenital infections in married couples // Reproductive Health. – 2005. – № 3. – P. 224–227.
2. Абрамченко В.В.  
Медикаментозный аборт / В.В. Абрамченко, Е.Н. Гусева. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 116 с.  
Abramchenko VV  
Medical abortion / VV Abramchenko, EN Guseva. – St. Petersburg, «ELBI-SPb», 2005. – 116 p.
3. Агаджанян А.Г.  
Эхогистерография в диагностике внутриматочной патологии // Материалы VIII Всероссийского форума «Мать и дитя». – М., 2006. – С. 311.  
Aghajanyan AG  
Echohysterography in the diagnosis of intrauterine pathology // Materials of the VIII All-Russian Forum «Mother and Child». – M., 2006. – P. 311.
4. Богатова И.К.  
Мини-аборт и репродуктивное здоровье женщин // Планирование семьи. – 1998. – № 133. – 34 с.  
Bogatova IK  
Mini-abortion and women's reproductive health // Family Planning. – 1998. – № 133. – 34 p.
5. Большакова Е.В.  
Влияние первого аборта на репродуктивное здоровье и психоэмоциональную сферу женщины // Здравоохр. Башкортостана. – 2000. – № 2. – С. 129–130.  
Bolshakova EV  
The influence of the first abortion to reproductive health and psycho-emotional sphere of women // Healthcare of Bashkortostan. – 2000. – № 2. – P. 129–130.
6. Пултавская В.  
Влияние прерывания беременности на психику женщины. – М., 2002.  
Pultavskaya V  
Effect of abortion on women's psyche. – M., 2002.
7. Ясулович А.  
Почему так много несчастных женщин // Выбери жизнь. – 1999. – № 3.  
Yasulovich A  
Why are so many unfortunate women // Choose a Life. – 1999. – № 3.

ОЦІНКА МЕТОДІВ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕБАЖАНІЙ ВАГІТНОСТІ  
В АСПЕКТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ

**В.А. Бенюк**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**Ю.В. Кувіта**, кафедра акушерства та гінекології № 3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**В.Л. Колесник**, кафедра акушерства та гінекології № 3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Проведені дослідження показали, що в жінок, які звернулися з приводу штучного переривання вагітності, спостерігаються інтенсивно виражені психічні реакції. Встановлено, що більшість пацієток, які роблять аборт, мають дезадаптивні індивідуально-психологічні риси. Спілкування з психологом перед проведенням абортів дає змогу значно знизити частоту постабортного синдрому, особливо вираженого при медикаментозному аборті, порівняно з оперативним. Вказано важливість і роль динамічного ультразвукового спостереження при проведенні переривання вагітності.

**Ключові слова:** медикаментозний аборт, постабортний синдром, Міропристон, Міролют.

EVALUATION METHODS OF ABORTION IN PREGNANCY IN TERMS OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS

**V.A. Benyuk**, MD, Professor, Head of the Obstetrics and Gynecology Department number 3, National Medical University named after A.A. Bogomolets

**J.V. Kuvita**, Obstetrics and Gynecology Department number 3, National Medical University named after A.A. Bogomolets

**V.L. Kolesnik**, Obstetrics and Gynecology Department number 3, National Medical University named after A.A. Bogomolets

The research showed that women who applied to artificial abortion observed with intensely expressed mental reaction. Found that most patients who undergo abortion are maladaptive individual psychological traits. Chat with a psychologist before the upcoming abortion can significantly reduce the incidence of post-procedural symptoms, especially pronounced with medical abortion, as compared with the operative. Stated the importance and the role of dynamic ultrasound monitoring.

**Keywords:** medical abortion, post-procedural syndrome, Miropriston, Mirolut.