

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

К.Д. Бодашевська, А.А. Суханова

Порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах. Результати когортного дослідження

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 3(172): 29-35; doi: 10.15574/HW.2024.172.29

For citation: Bodashevska KD, Sukhanova AA. (2024). Comparative analysis of the clinical effectiveness and safety of modern methods of early artificial abortions. Cohort study results. Ukrainian Journal Health of Woman. 3(172): 29-35; doi: 10.15574/HW.2024.172.29.

Експертами ВООЗ визначено, що на сьогодні безпечними методами переривання небажаної вагітності в першому триместрі є медикаментозний аборт і вакуум-аспірація.

Мета — провести порівняльний аналіз клінічної ефективності і безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах.

Матеріали та методи. Проаналізовано ранні та пізні ускладнення артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах у 54 жінок із медикаментозним абортom із використанням міфепристону та мізопростолу (I група) та у 65 респонденток після переривання вагітності методом вакуум-аспірації (II група). Статистичну обробку даних проведено за допомогою програми «SPSS 21».

Результати. Встановлено, що частота затримки елементів плідного яйця, прогресування вагітності, аномальних маткових кровотеч, поліпів ендометрія була достовірно вищою після медикаментозного аборту, ендометриту — після вакуум-аспірації. Жінки, які перенесли медикаментозний аборт порівняно з перериванням вагітності шляхом вакуум-аспірації, мають у 2,3 і 3,6 рази менший ризик плацентарних ускладнень і загрози переривання майбутньої вагітності (співвідношення шансів (СШ): 0,28; 95% довірчий інтервал (95% ДІ): 0,12–0,64 та СШ: 0,24; 95% ДІ: 0,06–0,88), а також розродження шляхом кесаревого розтину (СШ: 0,34; 95% ДІ: 0,14–0,84).

Висновки. Ефективність медикаментозного методу переривання вагітності в ранніх термінах становила 90,7%, вакуум-аспірації — 98,5%, що є відносно безпечною альтернативою хірургічному абортu.

Це дослідження не передбачало проведення будь-яких експериментів на тваринах або людях.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: артіфіційний аборт, ускладнення, вагітність, жінки.

Comparative analysis of the clinical effectiveness and safety of modern methods of early artificial abortions. Cohort study results

K.D. Bodashevska, A.A. Sukhanova

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

WHO experts have determined that medical abortion and vacuum aspiration are currently safe methods of terminating an unintended pregnancy in the first trimester.

Aim — to conduct a comparative analysis of the clinical effectiveness and safety of modern methods of early artificial abortions.

Materials and methods. An analysis of early and late complications of early abortion was carried out in 54 women with medical abortion using mifepristone and misoprostol (group I) and 65 respondents after abortion by vacuum aspiration (group II). Statistical data processing was carried out using the SPSS 21 program.

Results. The frequency of fetal egg retention, pregnancy progression, abnormal uterine bleeding, and endometrial polyps was significantly higher after medical abortion, and endometritis — after vacuum aspiration. Women who underwent medical abortion compared to termination of pregnancy by vacuum aspiration have a 2.3 and 3.6 times lower risk of placental complications and the threat of termination of future pregnancy (odds ratio (OR): 0.28; 95% confidence interval (95% CI): 0.12–0.64 and OR: 0.24; 95% CI: 0.06–0.88), as well as cesarean delivery (OR: 0.34; 95% CI: 0.14–0.84).

Conclusions. The effectiveness of the medical method of early termination of pregnancy was 90.7%, vacuum aspiration — 98.5%, which is a relatively safe alternative to surgical abortion.

This study did not involve any experiments on animals or humans.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: artificial abortion, complications, pregnancy, women.

Актуальність проблеми переривання вагітності на ранніх термінах пов'язана як з її масштабами, так і з можливими негативними наслідками для репродуктивного здоров'я жінки, зокрема, з несприятливим прогнозом для подальших вагітностей, особливо за умов неадекватного та агресивного менеджменту. За даними світової статистики, у період за 2015–2019 рр. зареєстровано близько

121 млн незапланованих вагітностей, що становить 64 випадки на 1000 жінок репродуктивного віку [20]. З них 61% жінок перервали вагітність, як наслідок, глобальний рівень абортів становить 39 процедур на 1000 жінок репродуктивного віку.

За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я, в Україні кількість абортів знизилася з 164 767 у 2010 р.

до 61 048 у 2020 р., зокрема в підлітків, але щорічний показник абортів залишається вищим за середній показник у країнах Євросоюзу [18]. При цьому в Україні, як і в усьому світі, близько 60% небажаних вагітностей і 30% усіх вагітностей закінчуються штучним перериванням [20].

За глобальними оцінками, 45% усіх абортів є небезпечними [20]. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик, призводять до різних порушень репродуктивного здоров'я жінок, зокрема, фертильності жінки, перебігу наступних вагітностей, пологів і завдають значних економічних збитків [14,20]. Тому впровадження концепції безпечного абортів є пріоритетною стратегією в усьому світі, що здатне суттєво вплинути на зниження рівня ускладнень. Застосування нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності дають змогу забезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я.

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я визначено, що безпечними методами переривання вагітності є медикаментозний аборт і вакуум-аспірація [20]. Жінки, для яких важливим є уникнення хірургічного втручання або анестезії, прийнятним є більший дискомфорт і усвідомлення ймовірності незавершеного абортів, можуть обрати медикаментозне переривання вагітності.

Термін «медикаментозний аборт» означає переривання вагітності за допомогою лікарських препаратів, що є альтернативою хірургічному втручання, оскільки дає змогу уникнути виникнення ризику, пов'язаного з оперативним втручанням та анестезією [13], а також виключити вірогідність інфекційних ускладнень, зокрема гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції, зменшити антибіотиконавантаження [7].

Частка медикаментозного переривання вагітності в різних регіонах в Україні становить від 0,8% до 1,5% від загальної кількості абортів [18]. Цей метод переривання вагітності вважається менш травматичним із мінімальним негативним впливом на репродуктивну функцію порівняно з хірургічними методами [19]. Інші автори в когортному дослідженні за участі понад 100 000 пацієнток, які перенесли переривання вагітності в першому триместрі, показують достовірно вищу частоту серйозних побічних реакцій протягом 42 днів після медикаментозного абортів (3,3 випадку на 1000 процедур проти 1,8 на 1000 після вакуум-аспірації;

відносний ризик (ВР): 1,9; 95% довірчий інтервал (ДІ): 1,4–2,4) [9].

Аналіз літератури показує суперечливість даних щодо ефективності та частоти ускладнень після медикаментозного та інструментального абортів, що, на наш погляд, потребує подальшого поглибленого дослідження. Ще більш контраверсивними є дані щодо зв'язку артіфіційного переривання вагітності та подальших несприятливих результатів вагітності (наприклад, передчасні пологи, низька маса тіла при народженні) [10,15].

Мета дослідження — провести порівняльний аналіз клінічної ефективності та безпечності сучасних методів артіфіційного переривання вагітності в ранніх термінах.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективне когортне дослідження серед 549 послідовно набраних жінок фертильного віку (119 — зі штучними абортами в анамнезі, 430 — без анамнестичного штучного переривання вагітності), які звернулися по медичну допомогу до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини в період із грудня 2020 року по січень 2022 року. Наведено підгруповий аналіз ранніх і пізніх ускладнень артіфіційних абортів у ранніх термінах залежно від обраного методу переривання вагітності. Для цього 54/119 жінок із медикаментозним абортів із використанням міфепристону в комбінації з мізопростволом становили І групу, 65/119 жінок після переривання вагітності методом вакуум-аспірації — ІІ групу.

Під час аналізу медичної документації вивчено наявність ранніх (протягом 10–30 днів після абортів) і пізніх (через 1 місяць і більше після процедури) ускладнень артіфіційного переривання вагітності.

Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою статистичного пакету для медичних і біологічних досліджень («SPSS», версія 20, «IBM»). Дані наведено у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення \pm середнє квадратичне відхилення) або $Me (P_{25}-P_{75})$ — медіана та інтерквартильні розмахи (25-й та 75-й проценти). Для порівняння кількісних даних (після перевірки на нормальний розподіл) у незв'язаних вибірках застосовано двобічний t -критерій Стьюдента або критерій Манна–Вітні для двох сукупностей. Для знаходження відмінностей частот використано метод визначення χ^2 (Пірсона), визначено співвідношення шан-

Таблиця 1

Клініко-демографічні показники жінок у досліджуваних групах

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)
Вік, роки	30,43±6,24	28,97±5,89
Проживання в сільській місцевості, абс. (%)	28 (51,9)	31 (47,7)
Одружена, абс. (%)	36 (66,7)	51 (78,5)
Термін гестації на момент проведення артифіційного абортів, тиж.	7,37±2,28	8,58±3,73*
Вагітність	2,0 (1–3)	3,0 (3–4)*
Паритет	0 (0–1)	2,0 (0–3)*
Вага, кг	73,27±10,24	73,83±10,92
Індекс маси тіла, кг/м ²	28,78±3,76	28,72±3,48

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

Таблиця 2

Відмінності груп за частотою післяабортних ускладнень

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)	Співвідношення шансів та 95% довірчий інтервал
	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 ендометрія	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)

сів (СШ) та 95% ДІ. Статистично значущими прийнято відмінності при $p < 0,05$ (95-відсотковий рівень значущості).

Це дослідження не передбачало проведення будь-яких експериментів на тваринах або людях.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок, залучених до дослідження, становив 29,63±6,07 року (30,43±6,24 і 28,97±5,89 року в I та II групах, відповідно; $p > 0,05$). Жінки обох груп не мали відмінностей щодо місця проживання, сімейного статусу, результатів антропометричного дослідження. Але жінки II групи мали статистично значуще більший термін гестації на момент артифіційного переривання вагітності ($p = 0,041$) та більшу кількість вагітностей і пологів ($p < 0,001$) (табл. 1). Першу вагітність переривала достовірно більша кількість жінок у I групі — 20/54 (37%), ніж у II групі — 8/65 (12,3%) (СШ: 4,19; 95% ДІ: 1,67–10,55; $p = 0,002$).

Під час аналізу ранніх ускладнень переривання вагітності в ранніх термінах встановлено, що в I групі були ускладнення, пов'язані із застосуванням препаратів для медикаментозного абортів: нудота — у 19 (35,2%) жінок, блювання — у 6 (11,1%) пацієнток. Інтраопераційних ускладнень та ускладнень анестезіологічного забезпечення в жінок II групи не виявлено.

Серед інших ранніх ускладнень у I групі зафіксовано 5 (9,3%) випадків прогресу-

ючої вагітності в термінах 6–8 тижнів протягом 7–10 діб після медикаментозного абортів, що потребувала хірургічної евакуації (вакуум-аспірація або кюретаж порожнини матки) в умовах гінекологічного стаціонару. Ще у 8 (14,8%) жінок I групи виявлено відомості в медичній документації щодо затримки елементів плодового яйця в порожнині матки протягом 1–2 тижнів індукованого абортів. У цих жінок повну евакуацію елементів плідного яйця досягнуто або проведенням вакуум-аспірації у 2 (3,7%) жінок або шляхом повторного призначення мізопростолу — у 6 (11,1%) випадках. Кровотечу на тлі неповного абортів виявлено в 1 (1,9%) респондентки I групи.

У цілому, ранні ускладнення частіше спостерігалися в I групі жінок, ніж у II групі, що обумовлено вищою 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 тенденцією до вищої 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. 2).

Отже, успішність медикаментозного абортів в досліджуваній когорті жінок становила 90,7% (зокрема випадки, які потребували повторного введення мізопростолу або вакуум-аспірації для евакуації елементів плідного яйця). Натомість вакуум-аспірація була дещо ефективнішою за медикаментозний аборт, оскільки дала змо-

Таблиця 3

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

Показник	I група (n=54)	II група (n=65)	Співвідношення шансів та 95% довірчий інтервал
	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 $p < 0,05$.

гу перервати вагітність у 98,5% випадків. Проте відмінність між цими показниками не досягла рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Ендометрит як пізні ускладнення медикаментозного абортів діагностовано в 4 (7,4%) жінок I групи, що спостерігалось достовірно рідше, ніж у жінок II групи – 15 (23,1%), СШ: 0,27; 95% ДІ: 0,08–0,86; $p = 0,02$. Натомість аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрія та функціональними кістами яєчників, а також поліпи ендометрія достовірно частіше були причинами звернень по медичну допомогу жінок I групи – 6 (11,1%) та 10 (18,5%) проти 1 (1,5%) та 3 (4,6%) у 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; $p = 0,016$).

За результатами аналізу перебігу вагітності жінок I групи встановлено, що мимовільні викидні в ранньому та пізньому термінах були відповідно в 3 (5,6%) та 1 (1,9%) учасниць дослідження, позаматкова вагітність – у 9 (16,7%), загроза передчасних пологів – у 12 (22,2%), передчасний розрив плодових оболонок – у 13 (24,1%), що не відрізнялося від наслідків вакуум-аспірації. Частота плацентарних ускладнень і загрози переривання вагітності в I групі становила відповідно 11 (20,4%) і 3 (5,6%) випадків, що було в 2,3 та 3,6 рази 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 в 2,2 рази нижчою в I групі (8 (14,8%) проти 22 (33,8%) у II групі; СШ: 0,34; 95% ДІ: 0,14–0,84; $p = 0,017$) (табл. 3).

За даними літератури, загальна частота ускладнень артіфіційних абортів залежить від

типу процедури, терміну вагітності, особливостей пацієнта та досвіду клініциста. У цілому ризик серйозних ускладнень є низьким. Так, у ретроспективному дослідженні даних California Medicaid про 54 911 процедур абортів у ранніх термінах частота всіх ускладнень становила 2,1%, зокрема, серйозних (госпіталізація, хірургічне втручання, гемотрансфузія) і незначних ускладнень після вакуум-аспірації – відповідно 0,16% і 1,1%, після медикаментозного абортів – відповідно 0,31% і 4,88% [16]. Припускається, що частота ускладнень може бути вищою через різний рівень коморбідної захворюваності в різних когортах пацієнток. Дані щодо зв'язку переривання вагітності з подальшими несприятливими результатами вагітності (наприклад, передчасні пологи, низька маса тіла при народженні) є також суперечливими [10,15]. У зв'язку з чим нами проведено підгруповий аналіз даних попереднього ретроспективного когортного дослідження щодо ефективності та частоти ускладнень залежно від обраного методу переривання вагітності, а також їхнього впливу на перебіг наступних вагітностей і пологів. Переривання вагітності ранніх термінів проведено медикаментозно ($n = 54$) або шляхом вакуум-аспірації ($n = 65$).

За отриманими нами даними, у цілому ефективність медикаментозного методу переривання вагітності ранніх термінів у досліджуваній нами когорті жінок становила 90,7% (у т.ч. випадки, які потребували повторного введення мізопростолу або вакуум-аспірації для евакуації елементів плідного яйця), вакуум-аспірації – 98,5% випадків. У ряді досліджень повідомлялося про подібну успішність цих процедур, хоча існує думка про дещо вищу ефективність ва-

куум-аспірації — близько 99% проти 95–98% у разі медикаментозного абортів міфепрестоном і мізопростолом [5,12]. У разі останнього від 2% до 5% випадків потребують подальшого втручання з повторним введенням мізопростолу або хірургічного видалення (вакуум-аспірація, кюретаж) залишків плідного яйця або переривання прогресуючої вагітності [3].

Ускладнення в жінок, які перенесли артіфіційне переривання вагітності, можна поділити на дві основні групи: ранні та пізні. Ранні ускладнення розвиваються протягом 10–30 днів після процедури або безпосередньо пов'язані з процесом абортів: перфорація матки; ускладнення анестезії (алергічні реакції, серцеві аритмії), кровотеча під час операції або після абортів, запальні захворювання органів малого таза, сепсис, розрив шийки матки, гематометра, тромбоз. Ці ускладнення є рідкісними. Так, кровотеча після абортів спостерігається менш ніж у 1% випадків і є наслідком атонії матки, розриву шийки матки, перфорації матки або затримки тканин плідного яйця [8]. Ще більш рідкісним ускладненням є перфорація матки з частотою менш ніж 0,3% процедурних абортів у першому та другому триместрах [8].

Результати дослідження свідчать, що серед ранніх ускладнень переривання вагітності ранніх термінів найчастіше реєструються затримка елементів плідного яйця та подальше прогресування вагітності: при медикаментозному аборті — відповідно 14,8% і 9,3%, при вакуум-аспірації — 3,1% і 1,5%. Як і в нашому дослідженні, так і за даними літератури, ці ускладнення частіше трапляються при медикаментозному аборті, ніж при вакуум-аспірації, що обумовлено переважно необхідністю аспірації збережених тканин плідного яйця або переривання поточної вагітності [5,16]. У зв'язку з потенційним тератогенним ризиком застосування простагландинів, неповні або невдалі абортів лікували додатковими дозами мізопростолу або проводили вакуум-аспірацію залишків тканин плідного яйця із порожнини матки.

До пізніх ускладнень артіфіційних абортів, що виявляються через 1 і більше місяців після процедури, належать: порушення менструального циклу — олігоменорея, мено- та метрорагії через нейроендокринні порушення центрального генезу; аменорея, що виникає у відповідь на порушення регенеративної здатності ендометрія з подальшим пригніченням функції яєчників; хронічне запалення матки та придат-

ків, позаматкова вагітність, поліп ендометрія, ускладнення під час наступних вагітностей і пологів, збільшення ризику реус-конфлікту за наступної вагітності та ін.

У досліджуваній нами когорті жінок пізні ускладнення у вигляді ендометриту виявлено в 7,4% випадків медикаментозного абортів та у 23,1% після вакуум-аспірації, поліпу ендометрія — відповідно у 11,1% і 1,5%, аномальних маткових кровотеч — відповідно у 18,5% і 4,6%. З'ясовано, що ендометрит частіше розвивається як ускладнення абортів методом вакуум-аспірації (СШ: 0,27; 95% ДІ: 0,08–0,86) та характеризується легким перебігом в усіх випадках. Водночас аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрія та функціональними кістами яєчників, а також поліпи ендометрія достовірно частіше є причинами звернень по медичну допомогу жінок після медикаментозних абортів (СШ: 8,0; 95% ДІ: 1,1–68,66 та СШ: 4,7; 95% ДІ: 1,22–18,06, відповідно).

Як зазначено вище, вплив артіфіційних абортів на перебіг і наслідки майбутніх вагітностей є надзвичайно контраверсивним. За даними відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», у жінок штучні абортів призводять у подальшому до самовільних абортів у 26% випадків, завмерлих вагітностей — у 14%, ектопічних вагітностей — у 18% [18]. У метааналізі, що включає 31 дослідження (>900 000 пацієнток), G. Saccone та співавт. повідомляють про збільшення абсолютного ризику, хоча і невелике, передчасних пологів, народження дітей низької маси тіла та малих для гестаційного віку немовлят, хоча абсолютний ризик залишається невеликим [15]. Тоді як інші дослідження не показують цього зв'язку [6].

За отриманими нами даними, жінки, які перенесли медикаментозний аборт у ранніх термінах порівняно з перериванням вагітності шляхом вакуум-аспірації, мають у 2,3 і 3,6 рази нижчий ризик плацентарних ускладнень і загрози переривання майбутньої вагітності (СШ: 0,28; 95% ДІ: 0,12–0,64 та СШ: 0,24; 95% ДІ: 0,06–0,88), а також розродження шляхом кесаревого розтину (СШ: 0,34; 95% ДІ: 0,14–0,84). Отже, вірогідно найменш небезпечним для жіночого репродуктивного здоров'я є медикаментозний аборт. Хоча повідомлення щодо його ролі в ро-

звитку ускладнень при подальших вагітностях також істотно варіюються — від заперечення причетності до зростання ризику мимовільного викидня, позаматкової вагітності, невиношування вагітності або малої маси тіла немовлят при народженні [2] до констатації ризику вагінальної кровотечі після переривання вагітності та ускладнень, хірургічних втручань [17].

Одним із серйозних наслідків переривання вагітності є підвищення ризику онкологічних захворювань — раку молочної залози, шийки матки, щитоподібної залози, пухлини черевної порожнини. Так, наприклад, метааналіз 36 порівняльних досліджень у Китаї свідчить, що індукований аборт в анамнезі пов'язаний зі зростанням ризику раку молочної залози (ВР: 1,44, 95% ДІ: 1,29–1,59) [4]. Хоча інші опубліковані дослідження не підтверджують цього висновку [11].

Підсумовуючи результати аналізу впливу артіфіційного переривання вагітності ранніх термінів на стан репродуктивного здоров'я жінок, можна зробити висновок щодо надзвичайної актуальності впровадження державних програм, спрямованих на втілення практики безпечних абортів і сучасних методів контрацепції для збереження репродуктивного потенціалу України.

Висновки

У цілому ефективність медикаментозного методу переривання вагітності в ранніх термінах у досліджуваній когорті жінок становить 90,7% (у т.ч. випадки, які потребували повторного введення мізопростолу або вакуум-аспірації для евакуації елементів плідного яйця), вакуум-аспірації — 98,5% випадків ($p > 0,05$).

Встановлено, що серед ранніх ускладнень артіфіційних абортів найчастіше спостерігається затримка елементів плідного яйця та прогресування вагітності, частота яких достовірно вища після медикаментозного методу переривання вагітності (СШ: 5,48; 95% ДІ: 1,11–27,01 та СШ: 6,53; 95% ДІ: 0,74–57,71, відповідно).

Наявність в анамнезі абортів шляхом вакуум-аспірації асоціюється з вищою частотою ендометриту як пізнього ускладнення цієї процедури (СШ: 0,27; 95% ДІ: 0,08–0,86), тоді як аномальні маткові кровотечі, пов'язані з гіперпластичними процесами ендометрія та функціональними кістами яєчників, а також поліпи ендометрія достовірно частіше є причинами звернень по медичну допомогу жінок після медикаментозних абортів (СШ: 8,0; 95% ДІ: 1,1–68,66 та СШ: 4,7; 95% ДІ: 1,22–18,06, відповідно).

З'ясовано, що жінки, які перенесли медикаментозний аборт у ранніх термінах порівняно з перериванням вагітності шляхом вакуум-аспірації, мають відповідно у 2,3 і 3,6 рази нижчий ризик плацентарних ускладнень і загрози переривання майбутньої вагітності (СШ: 0,28; 95% ДІ: 0,12–0,64 та СШ: 0,24; 95% ДІ: 0,06–0,88), а також розродження шляхом кесаревого розтину (СШ: 0,34; 95% ДІ: 0,14–0,84).

Перспективою подальших досліджень є вивчення функціонального стану яєчників за рівнем стероїдних гормонів і зміни співвідношення метаболітів естрогену в жінок після медикаментозного та інструментального абортів у ранніх термінах.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 8(9): e1152–e1161.
2. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. (2019). Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contracept*. 59(2): 107–114.
3. Gatter M, Cleland K, Nucatola DL. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*. 91(4): 269–273.
4. Huang Y, Zhang X, Li W, Song F, Dai H, Wang J et al. (2014). A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes Control*. 25(2): 227–236.
5. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. (2015). Medical Compared With Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester. *Obstet Gynecol*. 126(1): 22–28.
6. Jackson JE, Grobman WA, Haney E, Casele H. (2007). Mid-trimester dilation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications. *Int J Gynaecol Obstet*. 96(1): 12–15.
7. Kaminsky V, Pryadko N, Bulgakova V. (2015). Osoblyvosti vedennia medykamentoznoho abortu. *Zdorovia zhinky*. 6(102): 32–34. [Камінський ВВ, Прядко НГ, Булгакова ВМ. (2015). Особливості ведення медикаментозного абортів. *Здоров'я жінки*. 6(102): 32–34].

8. Kerns J, Steinauer J. (2013). Management of postabortion hemorrhage: release date November 2012 SFP Guideline #20131. *Contraception*. 87(3): 331–342.
9. Liu N, Ray JG. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion: A Population-Based Propensity-Weighted Study. *Ann Intern Med*. 176(2): 145–153.
10. Männistö J, Mentula M, Bloigu A, Hemminki E, Gissler M, Heikinheimo O, Niinimäki M. (2013). Medical versus surgical termination of pregnancy in primigravid women – is the next delivery differently at risk? A population-based register study. *BJOG*. 120(3): 331–337.
11. Michels KB, Xue F, Colditz GA, Willett WC. (2007). Induced and spontaneous abortion and incidence of breast cancer among young women: a prospective cohort study. *Arch Intern Med*. 167(8): 814–820.
12. Ngo TD, Park MH, Free C. (2013). Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. *Int J Womens Health*. 5: 9–17.
13. Romanenko TG, Morozova OV. (2022). A modern view on the termination of an unwanted pregnancy by a non-surgical method. *Reproductive Health of Woman*. 1: 8–12. [Романенко ТГ, Морозова ОВ. (2022). Сучасний погляд на переривання небажаної вагітності нехірургічним методом. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 1: 8–12].
14. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Vaccaro LF, Carroli B, Mehrtash H, Randolino J et al. (2021). Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Glob Health*. 6(8): e005618.
15. Saccone G, Perriera L, Berghella V. (2016). Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 214 (5): 572–591.
16. Upadhyay UD, Desai S, Zliadar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, Taylor D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol*. 125(1): 175–183.
17. Virk J, Zhang J, Olsen J. (2021). Medically-induced abortion and risk of reproductive failures in subsequent pregnancy. *Ugeskr Laeger*. 179: 4363–4365.
18. Vovk IB, Tymchenko OI, Revenko OO, Revenko OM. (2014). Abort – predyktor porushen reproduktyvnoho zdorovia zhinky. *Zdorovia Ukrainy. Tematychnyi nomer. Berezen*. 44–47. [Вовк ІБ, Тимченко ОІ, Ревенко ОО, Ревенко ОМ. (2014). Аборт – предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Здоров'я України. Тематичний номер. Березень*. 44–47].
19. Wiegerinck MM, Jones HE, O'Connell K, Lichtenberg ES, Paul M, Westhoff CL. (2008). Medical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members in the United States. *Contraception*. 78 (6): 486–491.
20. World Health Organization. (2022). Abortion care guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization.

Відомості про авторів:

Бодашевська Катерина Дмитрівна — аспірант каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044) 205-49-46. <https://orcid.org/0000-0001-9181-8243>.

Суханова Ауріка Альбертівна — д.мед.н., проф. каф. акушерства, гінекології та репродуктології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044) 205-49-46. <https://orcid.org/0000-0001-7387-3994>.

Стаття надійшла до редакції 04.03.2024 р.; прийнята до друку 15.06.2024 р.