

Преимущества медикаментозного аборта сегодня в практике акушера-гинеколога

А.А. Железная, К.В. Чайка, С.А. Ласачко, А.А. Трегубенко, С.М. Корниенко
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

На вопрос, можно ли полностью ликвидировать такое явление, как аборт, врачи однозначно отвечают: «Нет. Это такое же неизбежное проявление жизнедеятельности человека, как войны, преступность и загрязнение окружающей среды». В современном мире право женщины самостоятельно принимать решение о сохранении или же прерывании беременности рассматривается как неотъемлемая составляющая понятия репродуктивных прав. Сейчас уже практически все врачи и ученые единодушны во мнении: женщина должна сама планировать, сколько детей иметь, и в случае наступления нежелательной беременности самостоятельно принимать решение, как поступить. Как известно, в странах, где аборт узаконен, гораздо реже отмечаются их осложнения, и, напротив, там, где легальное проведение абортов недоступно, женщины часто прибегают к небезопасным методам прерывания беременности, сопряженным с высоким риском развития серьезных осложнений и даже смерти.

С 1995 г. в Украине отмечается прогрессивное снижение частоты аборт. Во многом это связано с эффективной реализацией национальных программ «Репродуктивное здоровье 2001–2005» и «Планирование семьи». Положительная динамика отмечается и в отношении показателя частоты аборт у девочек-подростков. Следует отметить, что в структуре методов, используемых для искусственного прерывания беременности, основным по-прежнему остается кюретаж, выполнение которого, как известно, достаточно часто сопряжено с развитием тех или иных осложнений. По данным, приведенным Н.Я. Жилкой, осложнения после проведения аборт возникают у 69,7% украинских женщин – это весьма высокий показатель, не отвечающий «концепции безопасного аборт», предложенной ВОЗ.

Безусловно, приоритетный путь снижения частоты аборт заключается в улучшении качества мероприятий по планированию семьи и широком использовании населением современных методов контрацепции. Но поскольку в настоящее время количество аборт в Украине остается высоким по сравнению с показателями в развитых странах, потребность в выполнении пусть даже гораздо меньшего количества аборт по желанию женщины будет оставаться; не менее приоритетной задачей для отечественного здравоохранения является внедрение предложенной ВОЗ «концепции безопасного аборт».

Проблема безопасности искусственного прерывания беременности нашла свое отражение в рекомендациях Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO, 2000), суть которых заключается в том, что после соответствующего консультирования женщине должно быть предоставлено право на проведение медикаментозного или хирургического (инструментального) искусственного аборт, и что система здравоохранения обязана оказывать ей такие услуги, стараясь обеспечить при этом максимальную безопасность.

Появление в распоряжении врачей такой сравнительно новой технологии, как медикаментозный аборт, расширило возможности выбора метода прерывания беременности как для специалистов акушеров-гинекологов, так и для самих женщин. Медикаментозный аборт обеспечивает женщинам возможность нового выбора для прерывания беременности

как альтернативы хирургическому аборт. Залогом успеха при медикаментозном аборт во многом является качественное консультирование пациентки: объяснение ей сути метода, механизма действия препаратов, особенностей течения процесса прерывания беременности, а также алгоритма действий при возможном возникновении осложнений. Зарубежные социолого-медицинские исследования показали, что многие женщины предпочитают медикаментозный аборт хирургическому. Женщины выбирают медикаментозный аборт потому, что, как они говорят, он лучше, чем хирургический, обеспечивает тайну его проведения, является более щадящим для организма и лучше психологически переносится.

Сегодня медикаментозные аборт проводятся и в Украине, однако следует признать, что информированность практикующих врачей о данном методе еще недостаточна, а доступ к нему женщин в силу целого ряда причин весьма ограничен. Проведение в Украине исследований эффективности и безопасности медикаментозного аборт на сегодня служит важнейшим путем для изучения специалистами доказательной базы, существующей в мировой практике по данному методу, и внедрения его в Украине.

Целью данной работы было изучение эффективности и безопасности медикаментозного аборт (применения препаратов Мифепристон и Миролот производства компании ООО «МИР-ФАРМ», Россия), проведение сравнительной оценки психоэмоционального и эндокринного статуса женщины, подвергшихся прерыванию беременности, и оценки преимуществ медикаментозного аборт.

Проведение искусственного прерывания беременности в Украине юридически регламентировано 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 аборт УЗИ. С помощью УЗИ устанавливается факт наличия плодного яйца в полости матки и уточняется срок гестации; после проведения процедуры искусственного прерывания беременности с помощью этого метода производится оценка полноты завершения аборт и диагностика возможных осложнений. Таким образом, УЗИ позволяет провести раннюю диагностику эктопической беременности, уменьшает риск необоснованных хирургических вмешательств, доказывая отсутствие пролонгации беременности, или же диагностирует наличие в матке фрагментов плодного яйца.

Проведение медикаментозного аборт в Украине разрешено при сроке гестации до 49 дней с первого дня последней менструации. При планировании искусственного прерывания беременности акушер-гинеколог должен провести с женщиной беседу относительно предлагаемого метода вы-

Таблица 1

Возраст беременных в основной группе

Возраст, лет	Количество наблюдений			
	Абсолютное число		%	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
15-19	5	11	14,3±1,71	23,4±1,73
20-29	23	24	65,7±2,84	51,1±2,86
30-43	7	12	20±2,72	25,5±2,72

Таблица 2

Характеристики сравниваемых групп

Рассматриваемые показатели	Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=47
Уровень образования		
неполное среднее	3	9
среднее	7	10
среднее специальное	5	14
неполное высшее	2	8
высшее	18	6
Количество детей		
нет детей	9	5
один ребенок	23	16
два ребенка	2	18
три и более детей	1	8
Семейное положение		
замужем	5	14
незамужем	16	10
разведена	5	7
гражданский брак	9	16
Доверительность при принятии решения об аборте		
совместное решение с партнером	27	11
партнер поставлен в известность о решении	3	19
партнер не поставлен в известность о решении	5	17
Оценка психоэмоционального состояния женщин		
активность снижена	11	21
настроение подавленное	10	27
напряжение эмоциональное	11	22
тревожность повышена	7	17
неуверенность в себе	12	24
эмоциональное возбуждение	5	11
Причины прерывания		
Социальные показания	17	23
Изнасилование	2	1
Медицинские показания (прием антибиотиков в ранний срок гестации)	4	6
Нежелание сохранения беременности	12	17

полнения аборта, его особенностей и последствий. При медикаментозном аборте 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.

Нами обследованы 35 беременных, которым были введены Мифепристон и Миролют (основная группа). Группу сравнения составили 47 беременных с мини-абортом путем вакуум-аспирации. Основная и группа сравнения были сопоставимы по возрасту, сроку беременности. Проводились ультразвуковые исследования в динамике у всех женщин до прерывания беременности, и на 10-14 день после прерывания беременности. При этом оценивалось содержимое полости матки на наличие остатков плодного яйца, крови и толщины эндометрия. Проведен анализ особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, проанализированы результаты ультразвукового исследования (до прерывания беременности, на 10-14 день после прерывания беременности).

Распределение беременных в основной группе по возрасту представлено в табл. 1.

У 90% женщин первые менструации наблюдались в возрасте от 11 до 15 лет. Позднее начало менструаций (16 лет и старше) отмечено лишь у 3% женщин.

Продолжительность менструации 7–8 дней установлена лишь у 4 пациенток, что составило (11,4±0,65)%. В то же время болезненные менструации отмечены у каждой десятой – (8,6±1,66)%. В равной степени это относится и к количеству теряемой во время менструации крови. Так, обильные и скудные менструации наблюдались у 12 женщин (34,3%), при этом преобладали обильные менструации у 7 (20%). Нерегулярные менструации отмечены у 15 пациенток, что составило (42,8%). Таким образом, характер менструальной функции не отличался от группы сравнения. Представляет существенный интерес, с учетом современных тенденций, время начала половой жизни.

Раннее начало половой жизни (в возрасте от 15 до 17 лет) отмечено у 11 женщин (31,4%). Паритет родов в группах сопоставим и составляет ≈ 1:3.

Для изучения социально-психологических особенностей женщин и мотивов их предпочтения хирургического или медикаментозного аборта нами проведено анкетирование. Участвовавшие в исследовании женщины выбирали наиболее подходящие, по их мнению, ответы и ставили «галочку» в соответствующей графе. При анализе ответов на вопросы анкеты условно была выделена основная группа – женщины, выбравшие медикаментозный аборт, и группа сравнения – женщины, отдавшие предпочтение хирургическому аборту. Анализ данных показывает, что все женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, относятся к возрастной группе от 20 до 29 лет. Причинами такого распределения являются, возможно, не только возрастные противопоказания, но и большая восприимчивость молодых людей к новым технологиям (табл. 2).

Сравнивая уровень образованности женщин, прерывавших беременность в обеих группах, установлено, что среди пациенток, выбравших медикаментозный аборт, он был выше, что предполагает адекватное восприятие и критическую оценку получаемой информации. Женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному аборту, не имеют детей или имеют одного ребенка. Возможно, эти женщины в будущем планируют иметь детей и выбирают метод прерывания нежелательной беременности более бережный. Далее видно, что большинство женщин, выбравших медикаментозный аборт, не состоят в браке, что связано, возможно, с их молодым возрастом. Все

Частота гинекологических заболеваний

Таблица 3

Гинекологическое заболевание	Количество		%	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Без особенностей	2	1	5,7	2,1
Эктопия шейки матки	11	23	31,4	48,9
Фолликулярная киста яичника	2	7	5,7	14,9
Аномалия матки (двууголая)	1	3	2,9	6,4
Интерстициальная миома матки малых размеров	1	2	2,9	4,3
Вульвовагинит	10	16	28,6	21,3

Уровень ПРЛ (МЕ/мл) через 2 нед и 2 мес после искусственного прерывания беременности в сравниваемых группах (верхняя граница нормы – 610)

Таблица 4

Уровень ПРЛ	Основная группа	Группа сравнения
2 нед	1050,7±103,3	1127,0±115,8
2 мес	534,6±44,5	675,2±52,4*

Время появления кровянистых выделений после применения Мифепрестона

Таблица 5

Появление кровянистых выделений после применения Мифепрестона, сутки	Количество	%
1-е	23	65,7±2,35%
2-е	7	20,0±1,37%
3-и	3	8,5±2,00%
Более 3 сут	2	5,7±0,75%

Время начала изгнания продуктов зачатия после применения препарата

Таблица 6

Часы после введения простагландина	Количество	%
От 1 до 3	5	14,3
От 4 до 7	11	31,4
От 8 до 12	9	25,6
От 12 до 16	5	14,3
От 17 до 24	2	5,7
От 25 до 32	0	
От 33 до 40	1	2,9
От 35 до 48	1	2,9
> 48	1	2,9

женщины, выбравшие медикаментозное прерывание беременности, приняли решение совместно с партнером о таком abortе, как наиболее надежном и безопасном методе. При сравнении уровня образованности установлено, что у женщин, выбравших медикаментозный abort, он был выше. Для женщин, отдавших предпочтение медикаментозному abortу, самым важным оказалось стремление избежать осложнений, связанных с хирургическим вмешательством.

Анализ психоэмоционального состояния показал, что уровень самочувствия в группах женщин, выбравших медикаментозный или хирургический abort, распределен примерно одинаково. У пациенток, выбравших хирургический abort, перед процедурой прерывания беременности чаще наблюдается пониженное настроение. Женщины, отдавшие предпочтение медикаментозному abortу, реже испытывают высокий уровень напряжения. Кроме того, у них перед процедурой прерывания беременности реже наблюдается повышенная ситуативная тревожность и они реже испытывают сильное эмоциональное возбуждение. Частота выявления гинекологических заболеваний в группах наблюдения приведена в табл. 3.

Функциональная состоятельность репродуктивной системы проявляется, прежде всего, в стабильности менструального цикла, а его нарушения чаще всего свидетельствуют о разбалансированности нейроэндокринной регуляции менструальной функции. Прерванная беременность является временной или постоянной причиной функциональной неспособности репродуктивной системы. Молочная и щитовидная железы являются органами-мишенями и находятся в прямой зависимости от функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы, которая страдает при прерывании беременности. Отсюда следует, что в результате нарушения регуляторной деятельности ЦНС, функционального состояния гипоталамо-гипофизарной и гонадной систем, функции щитовидной железы могут возникнуть или усугубиться уже существующие дисгормональные заболевания молочных желез (ДЗМЖ).

Множество исследований доказывают отрицательное влияние прерывания беременности на состояние молочных желез (МЖ). Искусственный abort является признанным фактором риска развития таких ДЗМЖ, как различные формы дисплазии (мастопатии), галакторея, мастодиния. Прерывание первой беременности, количество abortов больше 3 и abort в возрасте старше 35 лет являются статистически доказанными факторами риска развития рака МЖ. Учитывая, что ДЗМЖ, в свою очередь, повышают риск РМЖ, прерывание беременности на фоне уже существующей дисплазии МЖ повышает онкориск многократно.

В многочисленных исследованиях, посвященных влиянию искусственного abortа на репродуктивное здоровье женщины, указывается на возможное формирование гиперпролактинемии как результата искусственного abortа и связанного с ним стресса.

По данным другого нашего исследования, при наблюдении за здоровыми пациентками после искусственного abortа ДЗМЖ развиваются до 6% женщин уже через 6 мес и до 16% – через 2 года. Представляют интерес изменения МЖ в период до 2 мес, т.е. непосредственно после прерывания беременности, при использовании различных методов искусственного abortа.

Помимо самого факта прерывания беременности в развитии последующей дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС) и дисгормональных заболеваний МЖ как органа-мишени половых, гипофизарных, тиреоидных и стрессовых гормонов немалую роль играют возникшие в результате abortа осложнения и психоэмоциональное состояние женщины.

Таблица 7

Длительность кровянистых выделений после медикаментозного и хирургического прерывания беременности (сутки)

Длительность выведения кровянистых выделений, сутки	Основная группа		Группа сравнения	
	Количество	%	Количество	%
1-3	11	31,4	22	46,8
4-5	9	25,6	12	25,5
6-7	7	20	4	8,5
8-10	4	11,6	2	4,3
11-14	2	5,7	4	8,5
Более 14	2	5,7	3	6,4

Исходно в основной группе и группе сравнения отсутствие заболеваний МЖ установлено примерно у 2/3 пациенток. Диффузная дисплазия МЖ, более привычная нам по термину «мастопатия», была у 10 женщин основной группы и у 13 – в группе сравнения. Степень выраженности процесса по шкале Сидоренко исходно была примерно одинакова: $3,3 \pm 0,7$ и $3,2 \pm 0,5$ соответственно.

Через 2 нед было отмечено появление различных клинических симптомов со стороны МЖ (боль, нагрубание, выделения из сосков серозного и молозивного характера, уплотнение паренхимы при пальпаторном исследовании, увеличение подмышечных лимфоузлов) у 1/4 изначально здоровых женщин после медикаментозного аборта (6 человек) и 1/2 после хирургического аборта (13 человек). Средняя выраженность боли была примерно одинакова: $4,5 \pm 0,4$ и $4,7 \pm 0,8$ соответственно. При наличии исходной дисплазии МЖ через 2 нед наблюдалась следующая динамика: ухудшение субъективного и объективного состояния МЖ отмечено у 1/2 (5 женщин) после медикаментозного аборта и 2/3 (8 женщин) – после хирургического аборта.

При оценке состояния МЖ через 2 мес после искусственного аборта получены следующие данные: в группе медикаментозного аборта дисплазия МЖ констатирована у 12 женщин, галакторея – у 1 и мастодиния – у 2. В группе сравнения: дисплазия – у 18, галакторея – у 6, мастодиния – у 8. Таким образом, количество ДЗМЖ увеличилось на 17% в группе женщин после медикаментозного аборта и на 43% – в группе после хирургического аборта.

Среди пациенток, у которых исходно диагностирована дисплазия МЖ, через 2 мес после искусственного аборта наблюдалась такая динамика: средний балл по шкале Сидоренко составил $4 \pm 0,4$ в группе после медикаментозного аборта и $4,9 \pm 0,3$ – в группе хирургического аборта. Таким образом, в группе после хирургического аборта через 2 мес отмечено достоверное ухудшение состояния МЖ у пациенток с исходной дисплазией (табл. 4).

При применении Мифепристона основное внимание обращалось на время появления кровянистых выделений, а также на их длительность. Согласно данным литературы, у $\approx 70\%$ пациентов кровянистые выделения появляются до применения простагландинов. Учитывая особую важность этого симптома при прерывании ранних сроков беременности, нами проведен детальный анализ времени появления кровянистых выделений после назначения Мифепристона (табл. 5).

Как видно из данных табл. 5, у основного количества обследованных – у 23 ($65,7 \pm 2,35\%$) – кровянистые выделения появились в 1-е сутки, у 7 ($20,0 \pm 1,37\%$) – на 2-е сутки до применения простагландина, у 3 ($8,5 \pm 2\%$) – на 3-и сутки после введения простагландина и лишь у 2 ($5,7 \pm 0,75\%$) – на

4-е сутки. Учитывая отсутствие данных в литературе о времени появления кровянистых выделений по суткам с момента введения Мифепристона, наши данные имеют важное практическое значение, так как у 84% обследованных нами женщин время их появления приходится на 1-е и 2-е сутки после применения данного препарата.

Данные о времени начала изгнания продуктов зачатия после применения Мифепристона представлены в табл. 6.

Как видно из табл. 6, у 5 пациенток (14,3%) начало изгнания продуктов зачатия происходит в течение первых двух часов и у каждой третьей (31,4%) – в течение первых 4–7 ч. Среднее время начала изгнания составляет ($9,21 \pm 0,93$) ч.

При анализе времени выведения кровянистых выделений (табл. 7) более 14 сут достоверного различия между обеими группами не выявлено. При медикаментозном прерывании беременности не выявлено изменения уровня гемоглобина (г/л) до и после прерывания беременности ($p < 0,5$).

Таким образом, в ходе исследования подтвердилась наша гипотеза о том, что выбор женщиной медикаментозного или хирургического способа прерывания беременности зависит от социально-психологических характеристик, особенностей мотивации и эмоциональной сферы, а также от приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей.

Данные исследования имеют практическую значимость для врача, помогающего женщине принять решение о способе искусственного прерывания беременности, и специалиста, оказывающего психологическую помощь женщине на всех этапах осуществления медикаментозного аборта.

Наиболее часто упоминаемыми недостатками медикаментозного аборта являются болезненные сокращения матки после приема сокращающих препаратов (простагландинов), кровяные выделения из половых путей в течение длительного времени, частое посещение клиники, а также необходимость ожидания завершения процесса аборта. Практически все женщины, у которых выполнен медикаментозный аборт, удовлетворены этим методом, намерены рекомендовать его другим и предпочли бы его вновь, если возникнет необходимость в новом abortе.

Использование препарата Мифепристон является эффективным и сравнительно безопасным методом прерывания беременности малого срока (до 49 дней с первого дня последней менструации). Хорошая переносимость препарата Мифепристон и отсутствие отрицательного влияния на репродуктивную функцию позволяют рекомендовать преимущественное использование данного ЛС для прерывания беременности малого срока, в особенности у нерожавших женщин.

В целом медикаментозное прерывание беременности может являться альтернативой хирургическому abortу, так как позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией. Такой способ прерывания беременности исключает механическое повреждение эндометрия, восхождение инфекции в верхние отделы полового тракта, а также психогенной травмы для пациентки. Применение препарата Мифепристон не вызывает нарушений менструальной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашин В.Г., Кузнецова Т.В., Петросян А.С. и др. Прерывание беременности в I триместре препаратом мифегин // Акуш. и гин. – 2000, № 6. – С. 40–41.
2. Abortы в России. Региональные особенности: Информ. письмо Минздрава России. – М., 2001. – 12 с.
3. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. – Петрозаводск: ИнтелТэк, 2003. – 208 с.
4. Айламазян Э.К., Репина М.А. Медицинские и социальные аспекты материнской смертности в регионах Северо-Запада Российской Федерации //

- Мать и дитя: Материалы V Рос. форума. — М., 2003. — С. 559–560.
5. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета / Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. — Пер. с англ. М.: Практика, 1999. — 704 с.
6. Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И. и др. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. — Казань, 2001. — С. 247.
7. Баласанян В.Г. Роль гигиенической культуры и практики в формировании и сохранении репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков // Мать и дитя: Материалы IV Рос. форума. — М., 2002. — С. 10-12.
8. Баринов С.В., Безнощенко Г.Б. Материнская смертность и нелегальные аборт // Журн. акуш. и женск. болезней. — 2000. — № 1. — С. 79–80.
9. Безрукова О.Н. Репродуктивные мотивации женщин // Социологические исследования. — 2000. — 12 с.
10. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери: Клинические и медико-социальные аспекты. — М., 1997.
11. Взросление. Репродуктивное здоровье и здоровый образ жизни / Под общ. ред. И.И. Гребешевой, 2-е изд. — М., 2002. — 142 с.
12. Волгина В.Ф. Этические и психологические аспекты аборта // Мать и дитя: Материалы V Рос. форума. М., 2003. — С. 566.
13. Володина Н.А., Жиленко М.И., Александрова А.В. и др. Подготовка шейки матки препаратом мифегин в комплексе с простагландинами перед операцией медицинского аборта // Мать и дитя: Материалы III Рос. форума. — М., 2001. — С. 79–80.
14. Гарден А.С. Медицинские аспекты беременности у подростков // Детская и подростковая гинекология: Пер. с англ. / Под ред. А.С. Гарден. — М.: Медицина, 2001. — С. 391–400.
15. Долженко И.С., Волгина В.Ф. Аборты у подростков // Мать и дитя: Материалы III Рос. форума. — М., 2001. — С. 606.
16. Егорова А.Т. Аборт — основная причина материнской смертности в Красноярском регионе (1999–2001) // Мать и дитя: Материалы IV Рос. форума. — М., 2002. — С. 32–33.
17. Искусственный аборт во втором триместре беременности (в помощь практическому врачу) / Под ред. В.И. Кулакова // НЦ АГиП РАМН. — М.: Радуга, 2001. — 20 с.
18. Кудьмухамедова Н.Г., Шарафудинов Н.Х. Медико-социальные аспекты фертильности и репродуктивное поведение женщин в условиях крупного города // Мать и дитя: Материалы IV Рос. форума. — М., 2002. — С. 54–55.
19. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. — / Л: Медицина, 1991. — С. 264.
20. Сольский С.Я. Первые результаты применения мифолиана в комбинации с мизоньювелом для медикаментозного прерывания беременности в малом сроке // Репродуктивное здоровье женщины. — 2002. — № 2. — С. 39–40.
21. Фролова О.Г. Проблемы аборта и контрацепции у женщин групп социального риска // Планирование семьи. — 1995. — № 4. — С. 33-35.
22. Хаджиева Э.Д., Корнюшко В.Г., Горбова В.А. Опыт применения мифегина в сочетании с сайнотексом с целью прерывания беременности раннего срока // Современные проблемы детской и подростковой гинекологии: Мат. V Всероссийской научно-практической конференции. — СПб.: Изд-во СПбПМА, 2003. — С. 230–232.
23. Чайка В.К., Ласачко С.А., Квашенко В.П. Профилактика дисгормональных захворювань молочних залоз у жінок після спонтанного аборту в першому триместрі вагітності // Репродуктивное здоровье женщины. — 2008. — №3(37). — С. 134–138.
24. Lasachko S., Chaika V., Kvashenko V. Breast cancer, mastopathy and peculiarities of the reproductive anamnesis. Problems and interrelations // XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics: Book of Abstracts. — Washington, 2000. — P1.03.02.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ВЫЯВЛЕН ГЕН "ПЕРВОГО ВДОХА" МЛАДЕНЦЕВ

Американским ученым удалось обнаружить ген, отвечающий на первый самостоятельный вдох, который делает младенец после рождения. Ген *Foxa2* отвечает за развитие легких плода во время беременности и за начало их функционирования сразу же после рождения.

Исследователи из Медицинского центра детского госпиталя Цинциннати (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) считают, что их открытие позволит найти новые, более эффективные методы лечения дыхательных расстройств у недоношенных детей. Проблемы с дыхательной

системой у недоношенных связаны с тем, что наиболее интенсивно легкие развиваются в последний триместр беременности. Именно в последние недели происходит накопление достаточного количества сурфактанта — вещества, которое предотвращает спадение легочных альвеол. При отсутствии или недостатке сурфактанта на выдохе легкие спадаются, и ребёнку приходится при каждом вдохе их заново раздувать. Это требует больших затрат энергии, в результате силы новорожденного истощаются и развивается тяжёлая дыхательная недостаточность. Так развивается

респираторный дистресс-синдром (РДС), состояние с очень высокой летальностью. Ген *Foxa2* контролирует целую группу генов, отвечающих за стабильный синтез сурфактанта, являясь, таким образом, ключевым. Подопытные мыши с "выключенным" *Foxa2* погибали в ближайшие часы после рождения, вся симптоматика указывала на развитие респираторного дистресс-синдрома. Ученые надеются, что открытие этого гена поможет значительно снизить летальность от РДС у недоношенных новорожденных.

<http://nebolei.com.ua>