



---

**Original Article: ANALISI DELLE COMPLICAZIONI ABORTO ARTIFICIALE**

**Citation**

Pichushkina E.M., Tjurina N. A., Paramonova T. K., Radynova S.B. Analisi delle complicazioni aborto artificiale. *Italian Science Review*. 2014; 1(10). PP. 312-315.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/january/Pichushkina-Tjurina-Paramonova.pdf>

**Authors**

Ekaterina M. Pichushkina, I intern year of study, "Mordovia State University N.P. Ogareva", Russia.

Natalja A. Tjurina, Cand. Med. Sci., Ogarev Mordovia State University, Russia.

Tatjana K. Paramonova, Cand. Med. Sci., Docent, Ogarev Mordovia State University, Russia.

Svetlana B. Radynova, Cand. Med. Sci., Docent, Ogarev Mordovia State University, Russia.

Submitted: January 14, 2014; Accepted: January 20, 2014; Published: January 30, 2014

Introduzione: Allo stato attuale il problema della salute riproduttiva in Russia ha acquisito particolare rilevanza sociale e sanitaria ed è diventato uno dei fattori di sicurezza nazionale [4], [8]. Fattori che influenzano il potenziale riproduttivo, sono condizioni socio- economiche della popolazione, la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili e servizi di aborto, quest'ultimo ha l'impatto più negativo sulla salute riproduttiva delle donne. [7]

Anche se negli ultimi anni il numero degli aborti in Russia è diminuito significativamente, il loro numero assoluto rimane ancora uno dei più alti in Europa e nel mondo. Secondo Rosstat, nel 2012 registrato 1.124.880 1.894.410 aborti per nati vivi.

Nonostante l'alto livello di sviluppo della medicina moderna e una vasta gamma di mezzi di contraccezione, il metodo principale di controllo delle nascite nel nostro paese è un aborto, e nella maggior parte dei casi - la chirurgia [6]. Di mortalità materna di circa il 30% delle donne che

muoiono prende complicazioni legate all'aborto e la loro [2], [9].

Attualmente, ci sono diversi metodi per l'aborto fino a 12 settimane. Il più restrittiva di questi è il metodo medico usando l'antiprogestagenic mifepristone farmaco (l'equivalente russo - penkrofton) in combinazione con un analogo della prostaglandina E1 - misoprostol [1], [5]. Inoltre, questo metodo può essere attribuito ad una valida alternativa alla classica chirurgia aborto e vuoto aspirazione eseguita nelle fasi iniziali [3]. In Russia, questo metodo viene utilizzato poco più di dieci anni, ma seri studi clinici di efficacia e l'impatto del suo utilizzo in letteratura non tanto. Pertanto, gli obiettivi di questo studio sono di identificare il metodo più sicuro dell'aborto, così come l'analisi della frequenza e la gravità delle complicazioni di aborto medico, aspirazione a vuoto e classico aborto chirurgico.

**Materiali e metodi:**

Sulla base del primo ginecologica (abortnogo) che separa GBUZ "Republican Clinical Hospital № 5" Saransk, abbiamo studiato 98 donne che interrompono una

gravidanza fino a 12 settimane. Secondo il metodo di aborto pazienti sono stati divisi in 3 gruppi. Il primo gruppo - l'aborto fino a 42 giorni di metodo amenorrea utilizzando farmaci penkroftona e misoprostol (32 donne), il secondo gruppo - l'aborto per aspirazione di vuoto (31 donne) per 5 settimane di amenorrea, il terzo gruppo - il metodo di aborto della simultaneo ovulo strumento di rimozione e curettage utero (35 donne). Prima di aborto per tutte le donne condotto visita ginecologica (esame del collo dell'utero negli specchi, l'esame bimanuale), striscio sulla purezza delle secrezioni vaginali, tampone per GC dal canale cervicale e l'uretra, emocromo, esame urine, esame del sangue per l'HIV e RW, analisi del tempo di coagulazione e sanguinamento, genitali studio Ultrasound.

Tutte le donne sono state analizzate decorso clinico dell'aborto per identificare complicanze precoci. Al fine di identificare le complicanze a lungo termine nel periodo postabortion, condotto sorveglianza degli intervistati entro tre mesi dopo l'aborto. Durante il periodo di monitoraggio, hanno misurato la temperatura basale con tramando i suoi cambiamenti sono stati menogrammu dove indicato durata del sanguinamento dopo l'aborto, la data del menarca, il suo personaggio (durata, profusione, dolore, regolarità). Al termine del periodo di osservazione che abbiamo ricevuto un genitali ginecologiche e di controllo standard di studio ultrasuoni.

Risultati e discussione:

L'analisi della distribuzione degli intervistati per età ha evidenziato che ogni 7 ragazza interrotta farmaco la gravidanza, era sotto l'età di 18 anni. L'età media delle donne: Gruppo aborto farmacologico 21,7±0,32, nel gruppo di aspirazione a vuoto 26,7±0,41 e curettage tagliente 27,03±0,26 Età media di inizio dell'attività sessuale nel primo gruppo era di 16, 6±0,96, il secondo - 18,28±1,02 e 17,5±0,94 anni nel terzo parità gruppah. Raspredelenie donne ha mostrato che il 75% delle donne che interrompono una gravidanza farmacologicamente erano primigravida,

nel secondo gruppo - 6 5% e il 2,9% nel terzo. 28,2% delle donne con aborto medico è del 54,8% con l'aborto chirurgico ha avuto una storia di più di un aborto, raggiungendo una media di 0,3±0,24 aborto per le donne a aborto farmacologico, 2,4±0,22 aborto - da gruppo di mini - aborto, 3,1±0,25 aborto - da un gruppo di raschiamento acuta. 18,8% delle donne del primo gruppo di aziende per fermare il farmaco la gravidanza.

Nel valutare l'efficacia dell'aborto farmacologico è stato trovato che l'espulsione dell'ovulo sullo sfondo isolato penkroftona ricevere nessuno dei casi sono stati registrati. L'espulsione è verificato durante la ricezione penkroftona 600mg e sostegno droga misoprostol 400mcg - 90,3% dei casi. Al 6,2% dei pazienti che - dopo aver ricevuto 600 mg di misoprostol, e il 3,1% - ha preso tenere aspirazione a vuoto per rimuovere i residui dell'ovulo. L'efficacia di questo metodo è stato 96,9%, e la sua durata media - 49,36±1,14 ore

Durata mini aborto simultanea e curettage media 15±1,2 minuti e 25±1,3 min, la perdita di sangue era di 92±3,6 ml e 110±3,2 ml, rispettivamente. L'efficienza di entrambe le tecniche - 100%.

La durata media del sanguinamento dopo aborto medico è 9,1±0,95 giorni dopo l'aspirazione vacuum 6±1,1 giorni e 7,6±1,3 giorni dopo il classico raschiamento. Inoltre, dopo un mini- aborto, una donna (3,2%) e quattro donne dopo curettage simultanea (11,6%) sono stati diagnosticati hemometra durante i primi giorni dopo l'aborto, su cui deve essere ripetuto raschiamento. Disfunzione mestruale è stata osservata nel 21,7% (7 risposte) dal primo gruppo, 32% (10 rispondenti) del secondo gruppo e 46,4% (16 rispondenti) del terzo gruppo.

Malattie infiammatorie degli organi genitali femminili sono stati registrati nel 15,5% (5 partecipanti) dal gruppo di aborto farmacologico, il 35, % (11 intervistati) il gruppo di aspirazione a vuoto e il 49,3% (17 intervistati) dal gruppo di raschiamento classica.

Quando si confrontano i parametri delle ovaie, si è riscontrato che nel 15,6% dei casi con l'aborto medico sono stati cambiamenti dei parametri credibili a causa di cisti ovariche sono imaging funzionale. Tre donne della seconda e terza di quattro gruppi di donne aumentano l'utero era dovuto a cambiamenti infiammatori che sono esacerbazione clinicamente evidente di adneksita cronica.

Come risultato, le complicanze ritardato periodo postabortion erano presenti nel 34,1% (11 intervistati), del gruppo farmacologico dell'aborto, il 51,2% (16 intervistati) il gruppo di aspirazione sottovuoto e 81,2% (28 intervistati) dal gruppo di raschiamento classico.

conclusioni:

La percentuale maggiore di complicanze (81,2%) è stata osservata nei pazienti del terzo gruppo (curettaggio tradizionali), e la più bassa - nei pazienti del primo gruppo (aborto farmacologico) (34,1%). Le complicanze più frequenti di aborto chirurgico (pazienti secondo e terzo gruppo) sono malattie infiammatorie degli organi genitali femminili.

In conclusione, vale la pena notare che i nostri risultati suggeriscono che ad oggi non esistono metodi assolutamente sicuri di aborto e ciò che non sarebbe il metodo risparmiante, ma comporta necessariamente

una serie di complicazioni per il corpo della donna.

**References:**

1. Abramchenko V.V., Gusev E.N., 2005. Medical abortion. St.Petersburg.
2. Ailamzyan E.K., Repin M.A., 2003. Medical and social aspects of maternal mortality in the regions of North - West Russia. The book Materials V Russian forum "Mother and Child". Moscow. pp. 559-560.
3. Baev O.R., Kalinina E.M., 2004. Mifepristone in obstetric practice. Obstetrics, Gynecology and perinatologii.3 (4), pp. 80-85.
4. Dicke G.B., 2008. Clinical aspects of penkroftona medical abortion: a guide for physicians. Moscow.
5. Krasnopol'skii V.K., Miller T.N., Serova O., 2009. Safe abortion. Moscow. Geotar - Media.
6. Kulakov V.I., 2005. Abortion in Russia: changing the past 20 years. In Proceedings of the International Workshop book "Access to safe abortion and contraception: a public health problem." Moscow. pp. 8-11.
7. Petrosyan A., Kuznetsova T., 2003. Application "mifepristone" for abortion in early pregnancy. The book Materials Medical Women's Center of Obstetrics and Gynecology of MMA. Sechenov. Moscow.
8. Radzinsky V.E., 2008. Medical abortion: present and future. Farmateka. pp. 12 - 14.
9. Volgin V.F., Zharova I.A., Frolova O.G., 2003. Abortion (medico-social and clinical aspects). Moscow. Triada H.

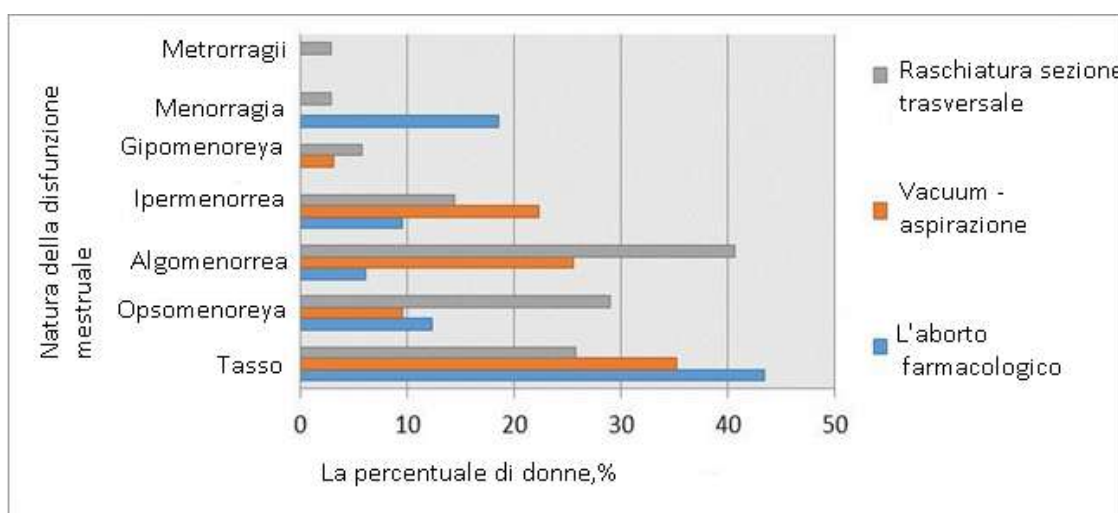


Fig. 1. Struttura di disfunzione mestruale dopo l'aborto

Tabella 1

## Struttura di complicazioni infiammatorie

	Farmacologiche aborto,%	Aspirazione a vuoto,%	Sharp curettage,%
Candida vaginite	9,3	12,8	11,6
Vaginosi batterica	3,1	12,8	14,5
Infiammazione acuta di utero e annessi uterini	3,1	16	17,1
Vaginiti aspecifiche	-	3,2	8,2