

Ранние и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности в период полового созревания

Белорусский государственный медицинский университет

Ключевые слова: искусственный аборт, подростки, послеабортные осложнения, реабилитация после аборта.

В статье показана динамика показателя количества абортов у несовершеннолетних, очерчены особенности сексуального поведения молодежи. Представлены современные представления о патогенезе нарушений эндокринного и иммунного статуса, изменениях процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты, особенности психоэмоциональных реакций у девочек подросткового возраста после искусственного прерывания беременности, частота возникновения и характер осложнений абортов, а также направления реабилитации.

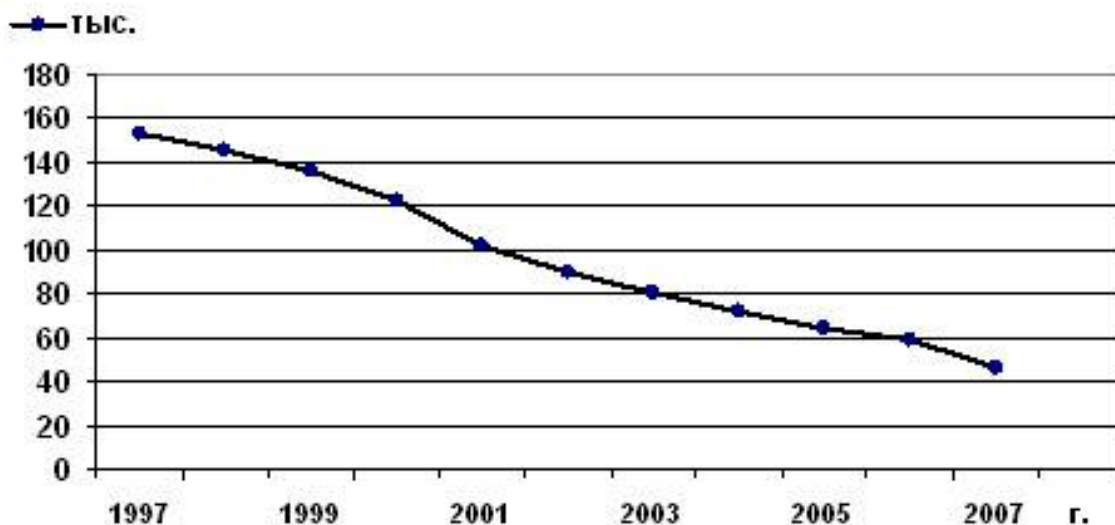
Общеизвестно, что здоровье нации определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, состояние которого во многом зависит от условий роста и развития организма подростков. В последние десятилетия в условиях социально-экономической нестабильности установились негативные тенденции в молодежной среде – получили широкое распространение такие факторы риска, как курение, употребление алкоголя, наркомания, ранняя и беспорядочная половая жизнь и др., ухудшающие состояние здоровья подростков. В настоящее время сексуальное поведение молодежи нередко обозначается, как рискованное и имеет ряд особенностей – ранний половой дебют, приемлемость для большинства юношей и девушек добрачных связей, возрастание значимости сексуальной удовлетворенности, наличие непостоянных или нескольких половых партнеров, случайные половые связи [3]. Некоторые исследователи полагают, что в формировании такого поведения в период полового созревания существенная роль принадлежит несоответствию между процессами физического развития, физиологического созревания и социально-нравственным развитием личности [1]. В этот ответственный период жизни немаловажное значение отводится семье, с ее моральными установками и психологическим климатом, а также взаимопониманию с родными и близкими.

Согласно Е.В. Уваровой (2001 г.), рост сексуальной активности подростков не сопровождается ростом грамотности в сфере предохранения от ИППП или нежелательной беременности, что, безусловно, ставит под угрозу их репродуктивное здоровье в будущем.

Ежегодно в мире беременеет более 200 миллионов женщин фертильного возраста, 46 миллионов из них прибегают к искусственному прерыванию беременности [27,8]. На долю девочек подросткового возраста приходится до 10%, при этом 56 % абортов проводится методом кюретажа полости матки [4,21,26]. В Республике Беларусь за последние годы отмечается тенденция к

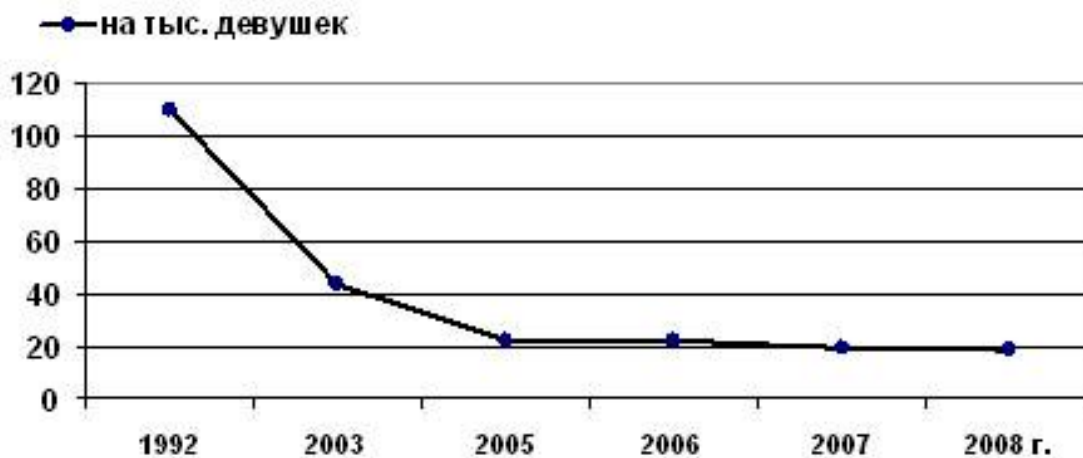
снижению количества искусственных абортов – так если в 1997 г. их было 152,7 тыс., то к 2007 г. этот показатель снизился почти в три раза и составлял 46,3 тыс. (диаграмма 1) [23].

Диаграмма 1. Количество абортов в Республике Беларусь (1997 по 2007 гг.)



Серьезной проблемой для обеспечения безопасного материнства является подростковая беременность. Показатель подростковой беременности в большинстве стран Западной Европы колеблется от 5 до 25 на 1000 девушек в возрасте 15 – 19 лет, в США он достигает 114 на 1000, в России – 70 – 90 на 1000 девушек-подростков [4]. В нашей стране наиболее высоким этот показатель был в 1992 году – 110 на 1000 девушек 15 – 19 лет. В дальнейшем наблюдалось его снижение, так, в 2005 г. число прерываний подростковых беременностей достигало 22 на 1000 девушек, в 2006 г. — 21,9, в 2007 г. — 19,6, а в 2008 г. — 18,8 на 1000 девочек-подростков (диаграмма 2) [5].

Диаграмма 2. Количество абортов у подростков.



Ранняя беременность более чем в половине случаев является незапланированной и нежеланной [7]. Согласно данным Д.М. Хамошиной с соавт. (2007г.), более 80% беременностей, наступивших в подростковом возрасте, заканчивается

искусственным её прерыванием. При этом почти в половине случаев юные женщины прерывают первую беременность, в 13 – 40% указывают на перенесенный аборт [4,6,9]. Почти у 19% девочек-подростков беременность наступает в результате первого в их жизни полового акта. У этой возрастной категории женщин отмечается самый высокий процент искусственного прерываний беременности в поздние сроки, с высокой частотой осложнений, которые в 2 – 2,5 раза отмечаются чаще, в сравнении с женщинами репродуктивного возраста [14]. В работах многих авторов указывается, что количество послеабортных осложнений у юных женщин колеблется от 5 до 59,4%, причем их частота возрастает пропорционально увеличению срока беременности [10,11,13]. Согласно данным ВОЗ, прерывание беременности составляют около от 13 до 50% в структуре причин материнской летальности [27,19].

Все осложнения искусственных абортов эксперты ВОЗ, подразделяются на 2 группы: ранние (возникшие интраоперационно) и отдаленные. К ним относятся гематометра, остатки плодного яйца, воспалительные заболевания матки и придатков, перфорация матки, гипотоническое кровотечение, нарушение менструальной функции, бесплодие и др. (таблица 1.) [18].

Таблица 1. Осложнения искусственного прерывания беременности

Ранние (интраоперационные)	Поздние (отдалённые)
Перфорация матки	Гематометра
Ранение смежных органов	Плацентарный полип
Кровотечение	Эндометрит
Разрыв шейки матки	Сальпингоофорит
Остатки плодного яйца	Дисменорея
	Бесплодие
	Невынашивание беременности
	Мастопатия и др.

В структуре осложнений следует особо отметить воспалительные процессы – эндометрит и аднексит, частота которых составляет 4,2 – 15,4% и 3,2 – 18% соответственно, а также травматическое повреждение шейки матки, которое возникает у 2,6 — 11% женщин и перфорацию матки — 0,6 – 2,8%. [15].

Нарушения менструального цикла, по данным некоторых авторов, превышают 50% и сохраняются длительное время [16,17]. Более того, прерывание беременности в значительной степени увеличивает риск развития фоновых и злокачественных заболеваний шейки и тела матки, а также молочных желез [12]. Через год после аборта нарушения репродуктивной функции отмечаются у 15,2%, а через 3 – 5 лет они диагностируются у 52,4% [22].

Искусственное прерывание беременности является стрессовым фактором для организма девочки-подростка. В ответ на стресс происходит возбуждение структур гипоталамуса, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение ЛГ/ФСГ и почасовой выброс ЛГ, что способствует гипертрофии яичников, повышенной выработке ими эстрогенов и глюкокортикостероидов надпочечниками. В дальнейшем функциональные нарушения сопровождаются анатомическими изменениями, в результате чего развивается недостаточность лютеиновой фазы, вторичные поликистозные яичники, гиперплазия эндометрия, нередко присоединяются миома матки, текоматоз яичников, пролактинома и др. [15,17,20]. Большое значение имеет наличие неблагоприятного преморбидного фона, сопутствующих заболеваний, психо-эмоциональные нарушения. У 52,3% женщин последствия аборта приводят к развитию нейроэндокринного синдрома с нарушением менструальной и репродуктивной функций, повышенной выработке АКТГ, кортизола и пролактина при некотором снижении эстрадиола (рисунок 1.)[16,17].

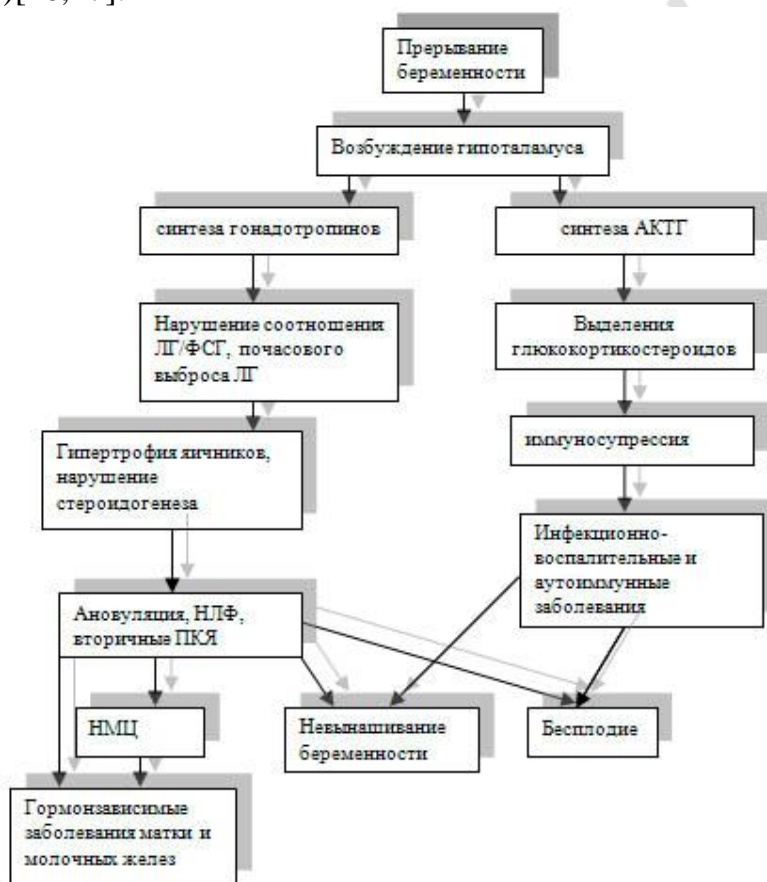


Рис. Патогенез нарушений при искусственном прерывании беременности
 В иммунной системе после прерывания беременности также происходят значительные изменения, которые характеризуются депрессией Т-клеточного звена иммунитета и активацией аутоиммунных реакций, причем изменения клеточного иммунитета по сравнению с гуморальным более выражены [10]. Согласно исследованиям Мартыновой О.В. (2003 г.) возникновение нежелательной беременности и её прерывание приводит к усилению синтеза

провоспалительных цитокинов (ИФН γ и ФНО α), происходит инициация воспалительных реакций и аутоиммунных процессов, причем указанные изменения сохраняются на протяжении нескольких месяцев после аборта. Процессы липопероксидации в послеабортном периоде активизируются, что сопровождается повышением уровня малонового диальдегида и снижением уровней жирорастворимых антиоксидантов в крови – β -каротина, ретинола, α -токоферола [2,24].

Немаловажным является психоэмоциональное состояние девочек после перенесенного прерывания беременности. Спектр реакций подростка на искусственное прерывание беременности очень широк: от позитивных чувств до чувства вины, эмоционального стресса, а в некоторых случаях, вплоть до самоубийства. В 50% случаев развивается т.н. "постабортный синдром", характеризующийся тяжелыми воспоминаниями, тревогой и депрессией, страшными снами и бессонницей, появлением сложностей во взаимоотношениях с окружающими, снижением самооценки и др. [22]. В результате воздействия перечисленных факторов на звенья репродуктивной системы формируются и прогрессируют нарушения менструального цикла [27].

Таким образом, аборт сопровождается целым рядом небезопасных последствий для растущего организма ввиду выраженных гормональных расстройств, психической и физической травмы, физиологической незрелости и несостоятельности систем адаптации, нарушающих становление репродуктивной системы, что указывает на необходимость своевременного и адекватного проведения им реабилитационных лечебно-профилактических мероприятий. Искусственное прерывание беременности всегда сопряжено с риском возникновения серьезных осложнений, поэтому разработка и внедрение патогенетически обоснованной схемы реабилитационной терапии, основанной на выявленных эндокринных и иммунных изменениях, нарушении соотношения перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты с учётом психоэмоциональных особенностях личности, будет способствовать профилактике ранних и отдаленных осложнений и в целом укреплению репродуктивного здоровья женского населения.

Литература

- 1 Лоркипанидзе, Б. А. Современная концепция подхода к проблеме репродуктивного здоровья и инфекций, передаваемых пол путем, у подростков и молодежи / Б. А. Лоркипанидзе, Е. В. Уварова, Л. Е. Сырцова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 1. С. 12–23.
- 2 Уварова, Е. В. Основные проблемы контрацепции у сексуально-активных подростков / Е. В. Уварова // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 9. № 6. С. 222–226.
- 3 Коколина, В. Ф. Гормональная контрацепция у подростков / В. Ф. Коколина // Фарматека. 2003. № 2. С. 58–61.
- 4 Серова, О. Ф. Профилактика нарушений репродуктивной функции у подростков после аборта / О. Ф. Серова // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 15. С. 984–986.

- 5 Жукова, Н. П. Современная подростковая контрацепция: учеб. пособие / Н. П. Жукова. Минск: «Асобны», 2008. 23 с.
- 6 Хамошина, М. Б. Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин / М. Б. Хамошина, Л. А. Кайгородова, Л. А. Несвяченая // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15. № 22.
- 7 Синчихин, С. П. Ювенильная беременность – как медико-социальная проблема / С. П. Синчихин, В. Ф. Коколина // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. № 2. С. 35–38.
- 8 Серова, О. Ф. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин / О. Ф. Серова, Т. Н. Мельник // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15. № 17.
- 9 Синчихин, С. П. Оценка эффективности алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации / С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев // Гинекология. 2008. Т. 10. № 1. С. 56–60.
- 10 Галин, А. П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации): автореф. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. П. Галин. Ижевск. 2001. 25 с.
- 11 Сидоренко, В. Н. Гормональный гомеостаз у девочек-подростков после прерывания беременности и методы его коррекции / В. Н. Сидоренко, В. А. Лозюк, Е. С. Гомон // Медицинские новости. 2006. № 2. С. 134–136.
- 12 Давыдов, А. И. Контрацепция после аборта / А. И. Давыдов // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 14. С. 897–1000.
- 13 Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология: рук. для врачей / Ю. А. Гуркин. М., 2009. 692 с.
- 14 Практическая гинекология / под ред. В. И. Кулакова, В.Н. Прилепской. М., 2002. 717 с.
- 15 Фролова, О. Г. Аборт: медико-социальные и клинические аспекты / О. Г. Фролова [и др.]. М.: Триада-Х, 2003. С. 23–59.
- 16 Сметник, В. П. Неоперативная гинекология / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. М., 1999. 592 с.
- 17 Кулаков, В. И. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии / В. И. Кулаков [и др.]. М., 2005. 1152 с.
- 18 Дуда, И. В. Изменения гормонального гомеостаза при прерывании беременности различными методами / И. В. Дуда, О. К. Кулага, В. И. Дуда // Рецепт. 1998. № 2. С. 72–79.
- 19 Куземин, А. А. Контрацепция после аборта / А. А. Куземин // Гинекология. 2008. Т. 10. № 4. С. 39–44.
- 20 Можейко, Л. Ф. Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений / Л. Ф. Можейко. Минск, 2002. 231 с.
- 21 Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшеничникова. М.: Медицина, 1988. 256 с.
- 22 Медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков: материалы городской конф. Минск, 1999. 81 с.

- 23 Статистический ежегодник 2008. Министерство статистики и анализа Республики Беларусь. Минск, 2008. 598 с.
- 24 Князева, В. О. Состояние гуморального иммунитета и перекисного окисления липидов у женщин после прерывания беременности в поздние сроки в условиях КВЧ-терапии: автореф. на соискание уч. степени канд. мед. наук / В. О. Князева. Новосибирск, 2007. 20 с.
- 25 Кулешов, В. М. Иммунобиохимические маркеры выраженности воспаления в организме женщин при искусственном прерывании беременности в поздние сроки / В. М. Кулешов [и др.] // Сибирский консилиум. 2006. № 6. С. 72–75.
- 26 Камбарашвили, А. О. Профилактика гнойно-воспалительных послеабортных заболеваний с применением Т-активина: автореф. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. О. Камбарашвили. Киев, 1990. 25 с.
- 27 Руководство по гинекологии детей и подростков / под ред. В. И. Кулакова, Е. А. Богданова. М., 2005. 330 с.
- 28 Semark, C. Design or accident & The natural History of teenage pregnancy / C. Semark // J.R. Soc.Med. 2001. Vol. 94, № 6. P. 282–287.
- 29 Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition. Geneva, World Health Organization, 2007.