

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УДК: 618.39 – 053.5 – 082

**Новикова
Елена Владимировна**

**ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЕВОЧКАМ-ПОДРОСТКАМ
ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01– акушерство и гинекология

Минск, 2011

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Можейко Людмила Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты: Жукова Наталья Петровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский ордена Дружбы народов государственный медицинский университет»
Егорова Татьяна Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Оппонирующая организация: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Защита состоится 27 апреля 2011г. в 12:00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет», по адресу 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, e-mail: www.bsmu.by, телефон 272-55-98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Автореферат разослан « ____ » марта 2011 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций
кандидат медицинских наук, доцент _____ О.Н.Волкова

ВВЕДЕНИЕ

Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков в Республике Беларусь приобретают особую актуальность вследствие резко обострившейся ситуации в отношении количественного и качественного воспроизводства населения, неуклонно ухудшающихся характеристик здоровья детей и матерей (Л.Ф. Можейко, 2002). Отмечающаяся в последние годы в молодежной среде сексуальная раскрепощенность и раннее начало половой жизни ведет к увеличению частоты нежелательных беременностей, которые возникают в каждом пятом случае в результате незащищенного полового акта (В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская 2002). Исследованиями Д.М. Хамошиной с соавт. (2007) установлено, что более 80% беременностей, наступивших в подростковом возрасте, заканчиваются искусственным прерыванием, причем почти в половине случаев подростки прерывают первую беременность, от 13 до 40% девочек указывают на перенесенный аборт или роды (С. Semark, 2001, D.S. Correia, 2009).

Согласно исследованиям О.Ф. Серовой (2005), в подростковом возрасте отмечается самый высокий процент искусственных прерываний беременности в поздние сроки, что оказывает негативное воздействие на репродуктивное здоровье женщин, часто сопровождается риском возникновения послеабортных осложнений. Так, по данным Н.В. Батуриной (2008), осложнения после абортов у девочек-подростков возникают в 2,5-3 раза чаще в сравнении с женщинами фертильного возраста, составляя от 5% до 59,4%, с преобладанием нарушений менструальной функции и воспалительных заболеваний половых органов (А.П. Галин, 2001, В.Н. Сидоренко с соавт., 2006, О.Ф. Серова, Т.Н. Мельник, 2007, Ю.А. Гуркин, 2009). Беременность в юном возрасте, как правило, прерывается на фоне хронического стресса, плохих социальных условий, физиологической незрелости и несостоятельности систем адаптации, что значительно ухудшает прогноз для репродуктивного здоровья. Некоторые исследователи полагают, что к возникновению беременности в подростковом возрасте предрасполагают такие социальные факторы, как социально неблагополучные семьи, плохие взаимоотношения в семье, неполные семьи, недостаточное внимание родителей к воспитанию детей, вопросам полового воспитания и многие другие, что указывает на необходимость изучения социальных аспектов с целью разработки медико-социальных мероприятий, направленных на профилактику абортов в молодежной среде (О.Г. Фролова, 2003, С.П. Синчихин с соавт., 2008, Н. А. Загоркина, И. А. Банушевич, 2009, P.L. East, L.J. Jacobson, 2001, M.M. Aruda et al., 2010).

До сих пор остаются малоизученными вопросы, касающиеся изменений эндокринной и иммунной систем, процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантного статуса, а также психологических особенностей личности девочек-подростков с нежелательной беременностью. Отсутствует единый подход к оказанию лечебно-профилактической помощи юным пациенткам в зависимости от

сроков и методов искусственного прерывания беременности. В связи с вышеизложенным, разработка и внедрение в медицинскую практику комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий при искусственном прерывании беременности в ранние и поздние сроки у девочек подросткового возраста является актуальным для практического здравоохранения и направлено на сохранение репродуктивного здоровья.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами. Работа выполнена в соответствии с тематикой научных исследований кафедры акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»: «Профилактика и лечение патологии течения беременности, родов, послеродового периода и гинекологической заболеваемости у женщин Республики Беларусь в современных условиях», утверждена Государственным Центром регистрации НИР и ОКР на 2003 – 2007 гг., государственная регистрация № 20031742. «Совершенствование органосохраняющих хирургических вмешательств в акушерстве и гинекологии. Преградиварная подготовка групп риска, профилактика осложнений гестации, реабилитация родильниц», утверждена Государственным Центром регистрации НИР и ОКР на 2008 – 2012 гг., государственная регистрация № 2008357. Тема диссертационной работы соответствует приоритетному направлению прикладных научных исследований – охране здоровья матери и ребенка.

Цель исследования – усовершенствовать лечебно-профилактическую помощь девочкам подросткового возраста при искусственном прерывании беременности в ранние и поздние сроки на основании исследования функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы, иммунологической реактивности, процессов перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты организма, медико-социальных аспектов и психологических особенностей личности.

Задачи исследования:

1. Оценить медико-социальные аспекты и психологические особенности личности у девочек-подростков при нежелательной беременности, а также характер психологических изменений в послеабортном периоде.
2. Выявить особенности изменений гормонального статуса у девочек-подростков после искусственного прерывания беременности в ранние и поздние сроки.
3. Изучить у юных пациенток в динамике после искусственного прерывания беременности некоторые иммунологические показатели, состояние процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты.
4. Разработать комплексную поэтапную схему оказания лечебно-профилактической помощи девочкам-подросткам при прерывании беременности в ранние и поздние сроки с оценкой клинической и экономической эффективности.

Объект исследования – 132 пациентки (девочки-подростки 14-17 лет и молодые женщины 18-21 года), прерывавших беременность в ранние (8-12 недель) и

поздние (18-22 недель) сроки гестации.

Предмет исследования – закономерности изменений функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы, показателей иммунологического статуса, процессов перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты организма, медико-социальные аспекты и психологические особенности личности.

Положения диссертации, выносимые на защиту

1. Большинство подростков, прерывающих нежелательную беременность, являются ученицами средних общеобразовательных школ, воспитываются в неполных семьях, испытывают недостаток общения с родителями, рано начинают половую жизнь без использования контрацепции и имеют психологические особенности личности в виде когнитивного дефицита. Послеабортный период у юных пациенток характеризуется изменениями психоэмоционального статуса с преобладанием тревожной симптоматики.
2. Искусственное прерывание беременности в подростковом возрасте сопровождается гормональной дисфункцией, изменением иммунологических показателей, активизацией процессов перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты организма.
3. Совершенствование лечебно-профилактической помощи девочкам подросткового возраста при искусственном прерывании беременности в ранние и поздние сроки гестации способствует профилактике осложнений, нормализации менструальной функции и сохранению репродуктивного здоровья.

Личный вклад соискателя. Соискателем самостоятельно выполнялся: подбор групп пациенток для исследования, анкетирование, клиническое обследование, обработка и анализ полученных результатов, искусственное прерывание беременности в ранние и поздние сроки. Забор крови выполнен лично автором. Исследование гормонов в сыворотке крови, иммунологических показателей, показателей интенсивности перекисного окисления липидов и антиоксидантных ферментов выполнялись при участии соискателя в ЦНИЛ УО «БГМУ». Совместно с сотрудниками отделения центра перинатальной диагностики УЗ «1-я ГКБ г. Минска» проводилась ультразвуковая диагностика. Исследование психологических особенностей личности проведены при участии сотрудников кафедры психиатрии УО «БГМУ». Под руководством научного руководителя доктора медицинских наук, профессора Л.Ф. Можейко определены тема, цель, задачи исследования, основные положения, выносимые на защиту, выводы работы, разработана комплексная поэтапная схема лечебно-профилактической помощи девочкам-подросткам при прерывании беременности в ранние и поздние сроки гестации. Оформление первичной документации на каждую обследованную пациентку, формирование компьютерной базы данных, статистическая обработка, интерпретация полученных результатов, написание и оформление диссертационной работы с использованием компьютерных технологий выполнены лично автором.

Апробация результатов диссертации. Основные научные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: республиканской конференции с международным участием «Новая стратегия в диагностике и лечении репродуктивных нарушений» (г. Минск, 2008); научных сессиях УО «БГМУ» (г. Минск 2009, 2010); областной итоговой конференции гинекологов и педиатров (г. Брест, 2009); республиканской конференции «Сохранение репродуктивного здоровья-основа национальной демографической безопасности» (г. Минск, 2010); заседании Белорусского научно-практического общественного объединения «Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов» (г. Минск, 2009); научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии физиотерапии в акушерстве и гинекологии» (г. Санкт-Петербург, 2010)

Опубликованность результатов диссертации. По материалам диссертационного исследования опубликовано 12 научных работ, из которых 8 – статьи в научных рецензируемых журналах, 3 – в сборниках научных работ, материалов конференций и съездов, 1 – инструкция на метод, утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В авторских листах: общий объём опубликованных материалов – 4,19 авторских листа (167621 знаков), без соавторов опубликовано 5 научных работ – 1,71 (68682 знаков). Публикаций, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь – 3,86 (154267 знаков), других публикаций – 0,33 авторских листа (13354).

Структура и объём диссертации. Материалы диссертации изложены на 134 страницах компьютерного текста. Работа состоит из введения, общей характеристики работы, аналитического обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, списка литературы, включающего 215 русскоязычных и 81 зарубежных источников, приложения. Работа иллюстрирована 24 рисунками и 15 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. С 2006 по 2010 гг. обследовано 132 пациенток, находившихся на стационарном лечении в гинекологических отделениях УЗ «1-ая ГКБ» г. Минска по поводу искусственного прерывания беременности методом медицинского аборта в сроке гестации 8-12 недель и методом интраамниального введения 10% раствора NaCl с энзапостом (10 мг) в сроке гестации 18-22 недель. В зависимости от возраста, все пациентки были распределены на две группы: I – основная, включающая 81 пациентку в возрасте 14-17 лет и II – группа сравнения, состояла из 51 женщины в возрасте 18-21 лет. В зависимости от метода прерывания беременности в группах были выделены 2 подгруппы. Среди пациенток основной группы к 1-й подгруппе отнесены 55 девочек, перенесших прерывание беременности в ранние сроки (ИПРС), ко 2-й – 26 несовершеннолетних, прерывавших беременность в поздние сроки гестации (ИППС). Среди женщин группы сравнения также были выделены 2 подгруппы – 1-я включала 29 женщин,

которым проводилось ИПРС, 2-ю подгруппу составили 22 пациентки при ИППС. Исследовали данные общего и гинекологического анамнезов, социальный статус, течение послеабортного периода, результаты антропометрических, клинико-лабораторных и специальных методов обследования. В периферической крови определяли концентрацию гормонов гипофиза – фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и тиреотропного (ТТГ) гормонов; половых стероидных гормонов – эстрадиола (E_2), прогестерона (П); гормонов щитовидной железы – трийодтиронина (T_3), свободной фракции тироксина (T_4 своб.) и гормона коры надпочечников – кортизола с использованием стандартных тест-систем УП ХОП ИБОХ НАН РБ, методом радиоиммунологического анализа. Иммунный статус оценивали путем определения общих сывороточных Ig A, M и G методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-систем УП ХОП ИБОХ НАН РБ абсолютного и процентного количества лимфоцитов, лейкоцитов, а также субпопуляций Т-лимфоцитов в крови – CD4+, CD8+, CD25+, CD71+ CD4+, CD8+ и иммунорегуляторного индекса (CD4+/ CD8+) – путем фенотипирования лимфоцитов с моноклональными антителами. Активность процессов липопероксидации (ПОЛ) оценивали путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в гемолизате венозной крови согласно методу, описанному в работах Т. Osacawa, S. Matsushita (1980). Для оценки состояния антиоксидантной (АО) системы определяли содержание супероксиддисмутазы (СОД), по модифицированному методу М. Никишими с соавт. (1972), и каталазы – по методу, описанному в работах Н.С. Мамонтовой с соавт. (1994). Для оценки медико-социальных аспектов проводили анкетирование пациенток с нежелательной беременностью по специально разработанной анкете совместно с доцентом кафедры психиатрии УО «БГМУ» Т.А. Емельянцева. Психологический статус оценивали путем определения показателей реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) с использованием шкалы Ч.Д. Спилбергера, а также уровня тревоги по шкале Гамильтона. Наличие когнитивного дефицита (КД) определяли согласно опроснику R.A. Barkley. Эхографическое исследование органов малого таза проводилось на 5 сутки послеабортного периода на аппарате Siemens Acuson X500 с использованием абдоминального датчика 3,5 МГц и трансвагинального датчика 5 МГц. Физиотерапевтическое воздействие проводили с первых суток послеабортного периода аппаратом «Фотоспок» (РБ) на область проекции придатков справа и слева по 5 минут 3 раза в день 6-10 процедур. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ «Статистика 6.0» и средств статистического анализа MS Excel. Критерием достоверности различий сравниваемых величин принят доверительный интервал менее 5%.

Клиническая характеристика пациенток. Средний возраст менархе у девочек и молодых женщин существенно не различался, составляя в среднем

12,8±1,1 и 13,2±0,9 лет соответственно. Большинство подростков (87,7%) прерывали первую беременность, в то время как среди женщин группы сравнения первобеременными были 41,2% обследованных. Экстрагенитальная патология отмечалась практически с одинаковой частотой у девочек и совершеннолетних пациенток – в 39,4% и 39,2% случаев соответственно. Перенесенные гинекологические заболевания наблюдались у 48,1% девочек-подростков и 47,1% женщин, наиболее распространенной гинекологической патологией, как среди юных, так и среди совершеннолетних пациенток была эктопия шейки матки – 38,3% и 35,3% соответственно. Нарушения менструальной функции чаще отмечались у девочек подросткового возраста – 4,9%, в то время как у женщин группы сравнения нерегулярные менструации отмечались в 2,5 раза реже. Из воспалительных заболеваний половых органов следует отметить сальпингоофорит и кольпит, причем у девочек-подростков в 2,5 раза реже в сравнении с молодыми женщинами. При ИПРС подростки впервые обращались к гинекологу в 9,1±0,3 недель, совершеннолетние пациентки – в 8,4±0,2 недель. Средний срок обращения к гинекологу девочек, которым проводилось ИППС, составил 16,8±0,2 недель, в то время как среди женщин старшей возрастной группы – 12,6±0,5 недель. Осложненное течение послеабортного периода после медицинского аборта отмечалось у 17 (30,9%) пациенток основной группы и у 5 (17,2%) молодых женщин. При ИППС осложненное течение послеабортного периода отмечено у 11 (42,3%) пациенток основной группы, что существенно не различалось с частотой возникновения осложнений у женщин группы сравнения (40,9%). При этом, наиболее часто у девочек подросткового возраста, как при ИПРС, так и при ИППС встречались нарушения менструальной функции, в основном в виде дисменореи (21,8% и 30,8% соответственно). У совершеннолетних пациенток нарушения менструальной функции отмечались в 2,5 раза реже как после ИПРС, так и после ИППС. Следует отметить, что эндометрит после искусственного прерывания беременности наблюдался только среди пациенток основной группы: в 1,8% случаев при ИПРС и в 3,8% случаев при ИППС.

Анализируя **социальный статус** обследованных нами подростков, было выявлено, что большинство из них являлись учащимися (85,2%), причем в общеобразовательных школах учились 43 (53,1%) девочки, 24 (29,6%) проходили обучение в средних специальных учебных учреждениях. Кроме того, 62,9% юных пациенток отмечали низкую успеваемость в школе, каждая третья девочка (34,6%) указала на трудности в общении со сверстниками. Среди совершеннолетних женщин работающими были 20 (39,2%), а 10 (19,6%) - учащимися высших учреждений образования являлись. При этом всего 3 (3,7%) пациентки основной группы и 5 (9,8%) женщин группы сравнения находились в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет. Следует также отметить, что 6 (7,4%) подростков и 14 (27,6%) женщин нигде не учились и не работали. В браке не состояли 98,8% юных

пациенток и 58,8% женщин группы сравнения. В неполной семье воспитывались 43 (53,1%) юных беременных, причем у 13,6% подростков один или оба родителя страдали алкогольной зависимостью. Во время наступления беременности 46,9% подростков проживали с родителями, 11,1% обследованных пациенток – с матерью и отчимом. В это же время 19,8% девочек проживали только с одной матерью, 4,9% – с отцом, 1,2% воспитывались в интернате. С половым партнером проживали 7,4% несовершеннолетних пациенток и лишь 1,2% – с мужем. Следует обратить внимание, что большинство девочек (62,9%) основной группы указывали на недостаточное общение с матерью вследствие её занятости. Среди женщин группы сравнения 21,6% воспитывались в неполной семье, алкогольную зависимость родителей все отрицали. На момент прерывания беременности состояли в зарегистрированном браке 41,2% совершеннолетних, с половым партнером проживали 25,5% женщин, 29,4% опрошенных проживали одни и лишь 3,9% женщин – с родителями.

В ходе исследования нами отмечено, что у большинства подростков (69,1%) возраст полового партнера был на 3-4 года старше, в то время, как 30,9% юных пациенток имели сексуальные отношения с ровесниками. Вероятно, этот факт можно объяснить тем, что девочки-подростки, как правило, стремятся к близким отношениям с молодыми людьми старшего возраста. Из вредных привычек курение отмечено у 39 (48,1%) девочек-подростков, употребление алкогольных напитков – у 6 (7,4%), при этом все подростки указали на наличие таких же вредных привычек у родителей. В старшей возрастной группе курят 20 (39,2%) женщин.

Впервые информацию о половой жизни девочки в 79% случаев получали в кругу сверстников, 12,3% – из средств массовой информации (телевидение, интернет) и только 8,6% подростков в результате бесед с родителями. В то же время, женщины старшей возрастной группы в качестве первого источника информации о половой жизни назвали беседу с родителями в 60,8% случаев. Средний возраст начала половой жизни у несовершеннолетних пациенток был $15,6 \pm 1,0$ лет, среди женщин группы сравнения – $16,8 \pm 1,3$ лет. При этом у 3,7% девочек сексуальный дебют состоялся в возрасте 13 лет, у 7,4% – в 14 лет. Наиболее часто девочки вступали в интимные отношения в возрасте 15 (34,6%) и 16 лет (33,3%). Несовершеннолетние пациентки в большинстве случаев (97,5%) не считают предосудительными добрачные сексуальные отношения, а 58% из них указали на наличие нескольких половых партнеров. В группе женщин старше 18 лет не считают предосудительными добрачные сексуальные отношения 31,4%, а 15,7% пациенток допускают возможность наличия нескольких половых партнеров.

Согласно нашим данным 57 (70,4%) юных пациенток не применяли никаких средств контрацепции, причем 15 (18,5%) из них вообще не знакомы с методами предохранения от нежелательной беременности. Кроме того, 12 (14,8%) девочек считают, что предупредить беременность невозможно никакими методами и

средствами контрацепции. Женщины репродуктивного возраста, в большинстве случаев (72,5%) о методах контрацепции были хорошо осведомлены и широко их использовали.

В настоящее время возникновение нежелательной беременности в подростковом возрасте можно рассматривать в рамках девиантного поведения у подростков, в формировании которого имеют значения не только социальные (отсутствие доверительных отношений в семье, «заброшенность» и незаинтересованность родителей в воспитании ребенка, неполные и неблагополучные семьи и др.), но и психологические факторы. Оценивая **клинико-психологические особенности** юных пациенток, нами было выявлено, что более чем у половины девочек-подростков (54,5%) при ИПРС и у 76,9% юных пациенток при ИППС отмечалось более 37 баллов по шкале Barkley, что соответствует наличию когнитивного дефицита (КД). В то же время, среди пациенток группы сравнения КД отмечался лишь у 6,9% женщин при ИПРС и у 13,6% при ИППС, что согласуется с мнением Л.С. Чутко с соавт. (2004), указывающих на исчезновение признаков КД в 70% случаев по мере взросления пациентов. Кроме того, было выявлено, что у несовершеннолетних пациенток в 8-12 недель гестации показатель личностной тревожности (ЛТ) был умеренным, составляя в среднем $37,3 \pm 1,2$ баллов, достоверно превышая ЛТ у пациенток старше 18 лет ($31,4 \pm 1,0$ баллов, $p < 0,05$). У девочек, при сроке беременности 18-22 недели, средний уровень ЛТ также был умеренным и достоверно превышал аналогичные данные у женщин группы сравнения, составляя $42,8 \pm 2,0$ и $35,6 \pm 2,8$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Показатель реактивной тревожности (РТ) был высоким у всех юных беременных независимо от срока гестации, в сравнении с беременными женщинами старшей возрастной группы. Так, показатель РТ, определяемый при беременности ранних сроков, был достоверно выше среди юных пациенток ($48,5 \pm 1,2$ баллов), в сравнении с аналогичными значениями у молодых женщин ($40,2 \pm 2,1$ баллов, $p < 0,05$). У беременных пациенток основной группы в 18-22 недели гестации, также отмечались достоверно более высокие значения показателя ситуационной тревожности ($49,2 \pm 2,0$ баллов), в сравнении с пациентками старшей возрастной группы ($43,8 \pm 2,3$ баллов, $p < 0,05$). Уровень тревоги у юных беременных, как в ранние, так и в поздние сроки гестации ($21,1 \pm 0,4$ баллов и $27 \pm 0,8$ баллов соответственно), достоверно превышал значения этого показателя среди женщин группы сравнения ($18,6 \pm 0,7$ и $20,8 \pm 0,4$ баллов, $p < 0,05$) и соответствовал клинически выраженному уровню. Повышенные уровни показателей РТ и тревоги сопровождалась чувством страха перед предстоящей процедурой прерывания беременности у большинства девочек (90,2% перед ИПРС и 88,5% перед ИППС), из них угнетенное состояние и подавленность отмечали 52,9% юных пациенток при беременности ранних сроков и 65,4% - поздних сроков гестации, а на раздражение по поводу возникшей проблемы, агрессивное настроение указали 25,5% и 26,9% при беременности ранних и поздних сроков соответственно,

21,6% в 8-12 недель гестации и 7,7% в 18-22 недели испытывали чувства опустошенности и равнодушия. В это время среди пациенток группы сравнения отмечались некоторые различия – так, 65,5% молодых женщин при беременности ранних сроков и 72,7% при поздних сроках гестации испытывали чувство вины, страх перед предстоящим прерыванием беременности отмечали 34,5% пациенток перед ИПРС и 27,3% перед ИППС. При этом 44,8% опрошенных при сроке беременности 8-12 недель и 45,5% при сроке гестации 18-22 недели указали на равнодушное отношение к случившемуся.

После прерывания беременности, на 2-е сутки пациентки в основном указывали на изменение настроения. Так, страх «наказания» родителями испытывали большинство юных пациенток (90,2% после ИПРС и 84,6% после ИППС), но в то же время 9,8% девочек после ИПРС и 15,4% после ИППС отмечали чувство облегчения. Среди молодых женщин преобладали чувства вины (у 58,6% после ИПРС и у 59,1% после ИППС) и обеспокоенности своим будущим здоровьем (41,4% и 40,9% соответственно). Кроме того, в основной группе на 2-е сутки после ИПРС и ИППС сохранялись высокие значения РТ (46,2±1,7 и 48,3±2,5 баллов соответственно), достоверно превышая аналогичные значения у молодых женщин (34,6±1,1 баллов после ИПРС и 40,4±2,7 баллов после ИППС, $p<0,05$). Через 1 и 3 месяцев динамического наблюдения у юных пациенток наблюдалось достоверное снижение РТ, причем на 3-м месяце послеабортного периода различий РТ среди пациенток основной и группы сравнения не отмечено. Уровень тревоги на 2-е сутки после ИПРС (20,7±0,3 баллов) и ИППС (26,3±0,5 баллов) у подростков был клинически выраженным и существенно не отличался от значений во время беременности, но достоверно превышал аналогичные значения у молодых женщин (15,0±0,8 и 21,1±0,7 баллов, $p<0,05$). Через 1 месяц у девочек было выявлено снижение уровней тревоги по шкале Гамильтона, однако нормализация указанных показателей отмечена лишь спустя 3 месяца динамического наблюдения. Полученные результаты, вероятно, свидетельствуют о психологической травме девочек в связи с нежелательной беременностью и её последующим прерыванием, что, согласно мнению А.П. Галина (2001), может оставлять глубокий след в подсознании подростка и указывает на необходимость оказания психологической помощи таким пациенткам.

При исследовании **изменений гипофизарно-яичниковой системы** было выявлено, что в основной группе пациенток на 2-е сутки после ИПРС отмечалось достоверное снижение среднего содержания ФСГ (1,5±0,3 мМЕ/мл) в сравнении с молодыми женщинами (3,9±0,8 мМЕ/мл, $p<0,05$). Содержание ЛГ у подростков в среднем составляло 3,8±1,1 мМЕ/мл, в то же время у молодых женщин отмечалась тенденция к более высоким средним значениям ЛГ (5,0±0,9 мМЕ/мл). Соотношение ЛГ/ФСГ было нарушенным у пациенток обеих групп, составляя 3,0±0,3 и 2,6±0,7 соответственно, при норме 1,5 – 2,0 для девочек 15-17 лет. После ИППС на 2-е сутки в основной группе также отмечалась тенденция к более низкому среднему значению

ФСГ ($1,7 \pm 0,4$ мМЕ/мл), в сравнении со значениями у женщин группы сравнения ($4,2 \pm 1,2$ мМЕ/мл), а среднее содержание ЛГ у пациенток обеих групп достоверно не различалось. Соотношение ЛГ/ФСГ после прерывания беременности в поздние сроки было увеличено как у юных пациенток, так и у женщин старше 18 лет, составляя в среднем $4,0 \pm 0,7$ и $3,8 \pm 1,2$ соответственно. Таким образом, можно предположить, что искусственное прерывание беременности как в ранние, так и в поздние сроки гестации у подростков сопровождается увеличением соотношения ЛГ/ФСГ, что, согласуется с данными О.В. Колушева (2004) и вероятно, обусловлено диссонансом гипоталамо-гипофизарно-яичниковых связей и является следствием неблагоприятного воздействия аборта на репродуктивную систему. Содержание прогестерона (П) на вторые сутки после искусственного прерывания беременности было высоким во всех группах пациенток, однако у девочек подросткового возраста, которым выполнялось ИПРС, уровень П был достоверно выше в сравнении со значениями у пациенток группы сравнения ($26,9 \pm 4,1$ нмоль/л и $14,2 \pm 4,6$ нмоль/л соответственно, $p < 0,05$). В это же время у пациенток, перенесших ИПРС, среднее содержание прогестерона в основной и группе сравнения было практически одинаковым ($35,1 \pm 8,5$ нмоль/л и $35,4 \pm 8,7$ нмоль/л). Средний уровень эстрадиола (E_2) на 2-е сутки был повышенным у всех обследованных, однако среди девочек-подростков отмечалась тенденция к более высоким его значениям. Так, при ИПРС в основной группе концентрация E_2 была в среднем $2,2 \pm 0,5$ нмоль/л, что превышало указанный показатель у пациенток группы сравнения в 2 раза ($1,1 \pm 0,4$ нмоль/л), а при ИПРС содержание E_2 соответствовало $2,3 \pm 0,8$ нмоль/л (при норме до 0,5 нмоль/л), что в 2,5 раза превышало аналогичный показатель у женщин группы сравнения ($0,9 \pm 0,5$ нмоль/л).

Спустя месяц динамического наблюдения у подростков наблюдалось повышение содержания ЛГ и ФСГ в сравнении со значениями на 2-е сутки. Так, уровень ФСГ в сыворотке крови у девочек-подростков, которым проводилось ИПРС, увеличивался в 2,8 раза в сравнении со значениями на 2-е сутки, а у юных пациенток после ИПРС – в 2,5 раза, составляя $4,2 \pm 0,4$ нмоль/л и $4,2 \pm 0,7$ нмоль/л соответственно. Средний уровень ЛГ в основной группе, которым выполнялось ИПРС достоверно увеличивался достигая $8,9 \pm 0,9$ мМЕ/мл ($p < 0,05$), что превышало аналогичный показатель у пациенток группы сравнения – $6,4 \pm 1,2$ мМЕ/мл ($p < 0,05$). Та же тенденция наблюдалась у подростков, перенесших ИПРС ($7,9 \pm 1,0$ мМЕ/мл), и у женщин группы сравнения при ИПРС ($10,9 \pm 3,7$ мМЕ/мл), при этом достоверных различий в средних значениях содержания ЛГ среди пациенток основной и группы сравнения не отмечалось. Следует отметить, что показатель ЛГ/ФСГ через месяц у юных пациенток после медицинского аборта не отличался от аналогичного показателя у женщин старшей возрастной группы, составляя $2,6 \pm 0,4$ и $2,8 \pm 0,5$ соответственно. Среди подростков через месяц после ИПРС отмечалась тенденция к более высоким значениям соотношения ЛГ/ФСГ ($3,2 \pm 1,0$) по сравнению со

значениями у молодых женщин ($2,5 \pm 0,6$). Содержание Э_2 через месяц наблюдения как у юных, так и у совершеннолетних пациенток снизилось до нормального уровня. В это же время, содержание П достоверно снижалось в 2,3 раза в сравнении с его концентрацией на 2-е сутки у пациенток основной группы и в 2,9 раза у пациенток группы сравнения, перенесших ИПРС ($15,2 \pm 3,5$ у девочек и $12,2 \pm 5,0$ нмоль/л у женщин, $p < 0,05$). После медицинского аборта у юных пациенток и молодых женщин отмечалась лишь тенденция к снижению П ($15,8 \pm 4,2$ нмоль/л и $7,8 \pm 1,6$ нмоль/л соответственно).

Спустя 3 месяца динамического наблюдения, как у несовершеннолетних, так и у женщин старше 18-летнего возраста, отмечалась тенденция к снижению среднего уровня ЛГ и ФСГ, что согласуется с мнением Волобуева Н.О. (2000) о нормализации секреторной функции гипофиза через 3 месяца после аборта. Так, среди пациенток основной группы, перенесших ИПРС, уровень ЛГ имел тенденцию к снижению в 1,3 раза в сравнении с содержанием ЛГ через месяц послеабортного периода, составляя в среднем $6,7 \pm 1,2$ мМЕ/мл. Такая же тенденция отмечена и у молодых женщин группы сравнения ($4,8 \pm 0,8$ мМЕ/мл). Аналогичные изменения содержания ЛГ отмечались и у пациенток, перенесших ИПРС, где средний уровень ЛГ имел тенденцию к снижению по сравнению со значениями через один месяц наблюдения в 1,4 раза в основной группе, достигая $5,7 \pm 0,9$ мМЕ/мл и в группе сравнения ($7,8 \pm 3,6$ мМЕ/мл). Содержание ФСГ через 3 месяца после медицинского аборта у юных пациенток составляло $3,4 \pm 0,4$ мМЕ/мл, достоверно не отличаясь от значений у женщин группы сравнения ($2,8 \pm 0,6$ мМЕ/мл). В то же время у женщин группы сравнения, которым проводилось ИПРС, отмечалась тенденция к более высокому уровню ФСГ по сравнению с его значениями в группе девочек-подростков, прерывавших беременность этим же методом ($4,9 \pm 1,3$ мМЕ/мл против $3,2 \pm 0,6$ мМЕ/мл). Концентрация Э_2 через 3 месяца послеабортного периода не различалась у девочек и молодых женщин независимо от метода прерывания беременности. В это же время отмечено снижение содержания П в сыворотке крови юных пациенток до нормальных значений, как после ИПРС ($8,1 \pm 3,6$ нмоль/л), так и после ИПРС ($5,4 \pm 1,7$ нмоль/л).

При анализе функционального состояния щитовидной железы было выявлено, что через 3 месяца наблюдения у девочек-подростков отмечалось увеличение концентрации $T_{4\text{своб}}$, как после ИПРС, так и после ИПРС ($18,6 \pm 0,6$ пмоль/л и $17,0 \pm 0,7$ пмоль/л соответственно, $p < 0,05$), а также уменьшение содержания ТТГ в 2,3 раза, после медицинского аборта ($p < 0,05$) и тенденция к снижению аналогичного показателя в 1,6 раза после ИПРС. Оценивая уровень кортизола в послеабортном периоде нами не отмечено существенных различий у пациенток основной группы и группы сравнения. При этом, у пациенток юного и старше 18-летнего возраста наблюдалось постепенное снижение содержания кортизола, которое сохранялось до трёх месяцев наблюдения. Полученные нами данные согласуются с результатами

исследований других авторов, которые указывают о нарушениях функционирования гипофизарно-яичниковой системы после искусственного прерывания беременности с постепенной нормализацией гормонального статуса спустя три месяца послеабортного периода (Т.С. Чердниченко, 2001, В.Н. Сидоренко с соавт., 2006).

Выявленные изменения в гормональном статусе и психоэмоциональном состоянии девочек-подростков явились основанием для изучения особенностей **иммунологической реактивности** у юных пациенток после искусственного прерывания беременности. При этом было выявлено, что на 2-е сутки после ИПРС показатели гуморального звена иммунитета у подростков не отличались от аналогичных показателей у молодых женщин. В это же время, у юных пациенток, перенесших ИПРС, значения Ig M были выше ($1,3 \pm 0,12$ мг/мл) в сравнении со значениями у пациенток старшей возрастной группы ($0,8 \pm 0,08$ мг/мл, $p < 0,05$), а содержание Ig A и G у подростков основной группы при ИПРС не отличалось от аналогичных значений у женщин группы сравнения. Через месяц наблюдения у юных пациенток отмечалось достоверное снижение концентрации Ig G в сыворотке крови в сравнении с аналогичными значениями на вторые сутки наблюдения в 1,4 раза после медицинского аборта ($8,1 \pm 0,67$ мг/мл против $11,5 \pm 1,24$ мг/мл) и в 1,7 раза после прерывания беременности в поздние сроки ($9,1 \pm 1,11$ против $15,7 \pm 1,35$ мг/мл, $p < 0,05$). В это же время у девочек, перенесших ИПРС, отмечено достоверное снижение концентрации Ig A в сыворотке крови в 1,9 раза ($0,8 \pm 0,10$ мг/мл) и Ig M в 1,4 раза ($0,9 \pm 0,05$ мг/мл) по сравнению с аналогичными показателями на вторые сутки наблюдения ($1,5 \pm 0,14$ мг/мл и $1,3 \pm 0,12$ соответственно, $p < 0,05$), при этом у подростков, перенесших ИПРС, изменений в содержании Ig A и M не было выявлено. Через 3 месяца как после ИПРС, так и ИППС, содержание Ig A у девочек существенно не изменялось в сравнении с показателями через месяц наблюдения. При этом, содержание Ig G у юных пациенток, спустя 3 месяца после ИППС ($p < 0,05$) снижалось в сравнении со значением через месяц наблюдения в 1,5 раза (достигая $5,9 \pm 0,52$ мг/мл), в то время как у подростков, перенесших медицинский аборт, средние значения Ig G практически не изменялись. Содержание Ig M у пациенток основной группы при ИППС достоверно увеличивалось в 1,4 раза ($1,3 \pm 0,18$ мг/мл) по сравнению со значениями через месяц наблюдения, а у девочек, перенесших медицинский аборт отмечена лишь тенденция к увеличению этого показателя. Дисбаланс показателей клеточного звена иммунитета у юных пациенток отмечен на 2-е сутки наблюдения в виде снижения CD4+/CD8+ до 1,0 при ИППС и до 1,1 – при ИПРС. Кроме того, у девочек после ИППС отмечались достоверное снижение CD25+лимфоцитов в сравнении с молодыми женщинами (20,85% [18,6;21,28] и 24,2% [23,9;26,7] соответственно, $U=20,0$, $p < 0,05$), а у подростков, перенесших медицинский аборт, относительное количество цитотоксических T-лимфоцитов (CD8+) было достоверно ниже (30,9% [28,75;33,50]) в сравнении со значениями у девочек после ИППС (34,5% [32,60;38,60], $p < 0,05$, $U=22,0$).

Согласно нашим исследованиям на 2-е сутки после ИППС отмечена **интенсификация ПОЛ**, что проявлялось достоверным повышением ($p < 0,05$) содержания МДА в крови юных пациенток на 29%, в то время как после ИПРС у девочек отмечалась лишь тенденция к увеличению МДА на 18%. Кроме того, было установлено достоверное снижение ($p < 0,05$) активности СОД в крови девочек-подростков на 24% при ИПРС и на 27% при ИППС. В то же время активность каталазы у девочек независимо от метода прерывания беременности достоверно превышала значения аналогичного показателя у пациенток группы сравнения. Через месяц после ИПРС и ИППС, содержание МДА у девочек и молодых женщин существенно не различалось. Также не было выявлено изменений интенсивности ПОЛ у юных пациенток в сравнении со значениями на 2-е сутки наблюдения. В это же время у девочек отмечалось достоверное снижение активности каталазы на 23% через месяц после ИПРС и на 21% после ИППС в сравнении с ее активностью на 2 сутки при тенденции к увеличению активности СОД (в сравнении со значениями 2 сутки наблюдения) на 21% в крови юных пациенток, которым проводился медицинский аборт и на 28% после прерывания беременности в поздние сроки гестации. У молодых женщин средний уровень МДА спустя месяц наблюдения достоверно повышался в сравнении со значением на вторые сутки – на 21% при ИПРС и на 33% при ИППС. Через 3 месяца в основной группе выявлено снижение интенсивности ПОЛ в сравнении с 1 месяцем наблюдения, при этом содержание МДА снижалось на 32% у девочек, перенесших медицинский аборт и на 35% у юных пациенток при ИППС. В это же время существенных изменений АО-ферментов в сравнении с аналогичными показателями спустя месяц послеабортного периода, у пациенток юного и старше 18-летнего возраста независимо от срока прерывания беременности не наблюдалось.

С учетом выявленных изменений в функциональном состоянии гипофизарно-яичниковой системы, иммунологической реактивности и прооксидантно-антиоксидантном статусе у обследованных пациенток, а также психологических особенностей личности, нами разработана **комплексная патогенетически обоснованная поэтапная схема оказания лечебно-профилактической помощи девочкам-подросткам при искусственном прерывании беременности**, которая представлена на рисунке 1. Особая роль отводилась проведению бесед с подростками и их родителями, направленных на поддержку доброжелательного психологического климата в семье, а также по вопросам полового воспитания, контрацепции, профилактики инфекций, передающихся половым путем и др. При необходимости проводились дополнительные занятия с психологом, включающие бихевиориальную терапию с акцентом на определенных поведенческих шаблонах, помогая юным пациенткам справиться с переживаниями ввиду перенесенного стресса и способствуя коррекции девиантных форм поведения.

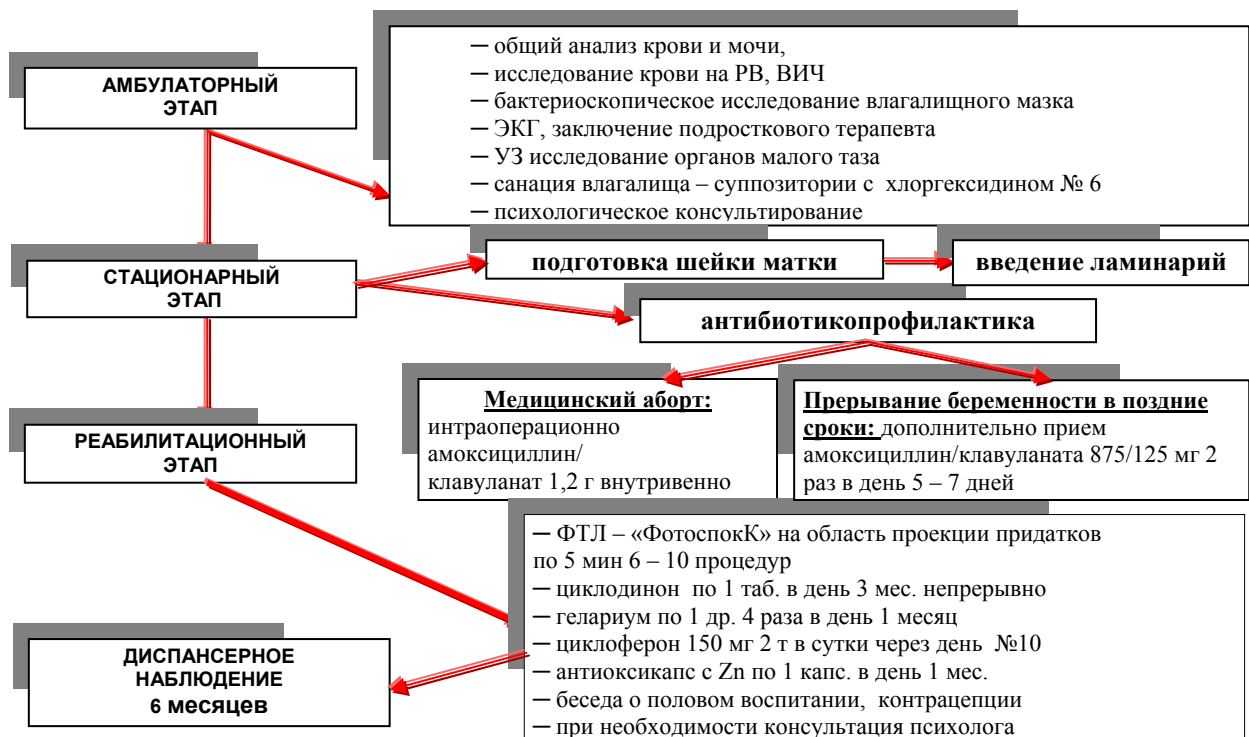


Рисунок 1 - Комплексная поэтапная схема лечебно-профилактических мероприятий у девочек-подростков при искусственном прерывании беременности

С учетом проводимых лечебно-профилактических мероприятий все подростки были распределены на 2 подгруппы: **подгруппа А** включала девочек после искусственного прерывания беременности в ранние и поздние сроки, которым назначалась разработанная нами комплексная поэтапная схема лечебно-профилактических мероприятий. В **подгруппу Б** вошли юные пациентки, которым проводилось традиционное лечение, включающее антибиотикотерапию после ИПРС (метронидазол 0,5 г по одной таблетке 3 раза в день в течение 5 дней), а после ИППС – цефазолин по 1 г внутримышечно 3-4 раза в день в течение 5-7 дней.

Как показали наши исследования, наиболее часто послеабортные осложнения наблюдались у пациенток на фоне традиционной терапии. Так, после ИПРС у 45,5% подростков отмечалось осложненное течение послеабортного периода. В то же время, при применении комплексной поэтапной схемы лечебно-профилактической помощи, послеабортные осложнения отмечались несколько реже – у 21,2% подростков. При ИППС, послеабортные осложнения у девочек подгруппы А встречались также несколько реже – у 26,7%, в сравнении с подростками подгруппы Б – 63,6%. Следует отметить, что на фоне применения традиционной терапии наиболее часто отмечалась гематометра, подострый аднексит и нарушения менструального цикла. У большинства пациенток при применении комплексной лечебно-профилактической помощи на 2-е сутки отмечалось достоверное уменьшением объема матки ($108,6 \pm 5,7 \text{ см}^3$ против $149,1 \pm 6,2 \text{ см}^3$ после ИПРС и $147,6 \pm 6,4 \text{ см}^3$ против $226,9 \pm 13,6 \text{ см}^3$ после ИППС), в сравнении с пациентками

подгруппы Б ($p < 0,05$).

Соотношение ЛГ/ФСГ у девочек-подростков подгруппы Б через месяц было увеличено, как после ИПРС ($2,6 \pm 0,4$ мМЕ/мл), так и после ИППС ($3,3 \pm 0,7$ мМЕ/мл). В то время как у пациенток подгруппы А показатель ЛГ/ФСГ после ИПРС соответствовал норме – $2,1 \pm 0,2$ мМЕ/мл, а после ИППС составлял $2,4 \pm 0,4$ мМЕ/мл. Через 3 месяца у подростков подгруппы А отмечалась нормализация показателя ЛГ/ФСГ ($2,1 \pm 0,6$ после ИПРС и $2,0 \pm 0,4$ после ИППС), а у пациенток подгруппы Б – ЛГ/ФСГ оставалось несколько увеличенным ($2,5 \pm 0,3$ и $2,4 \pm 0,5$ соответственно). На фоне применения традиционного лечения через месяц после медицинского аборта отмечалось достоверное повышение концентрации ФСГ в сравнении с пациентками, которым назначалась комплексная схема мероприятий ($5,1 \pm 0,7$ мМЕ/мл и $3,3 \pm 0,5$ мМЕ/мл, соответственно). В это же время, при ИППС, наблюдалась лишь тенденция к более высоким значениям ФСГ у девочек подгруппы Б ($4,5 \pm 0,9$ мМЕ/мл), в сравнении с подростками подгруппы А ($3,3 \pm 0,7$ мМЕ/мл). Через 3 месяца динамического наблюдения, нами не было выявлено достоверных различий в значениях ФСГ у девочек в зависимости от проводимой терапии. В то же время, оценивая уровень ЛГ после прерывания беременности в ранние и поздние сроки, была отмечена тенденция к более высоким значениям этого показателя у подростков при назначении традиционного лечения ($7,8 \pm 2,1$ мМЕ/мл и $7,4 \pm 1,5$ мМЕ/мл соответственно) в сравнении с девочками подгруппы А ($6,0 \pm 1,4$ мМЕ/мл после ИПРС и $5,0 \pm 0,5$ мМЕ/мл после ИППС).

Показатель РТ у пациенток подгруппы А через месяц после ИПРС и ИППС ($26,0 \pm 0,8$ баллов и $27,3 \pm 0,8$ баллов, соответственно) был достоверно ниже ($p < 0,05$), в сравнении со значениями у пациенток подгруппы Б ($36,0 \pm 1,2$ баллов при ИПРС и $37,6 \pm 0,6$ баллов при ИППС). Уровень тревоги, через месяц послеабортного периода, у девочек, которым проводилась традиционная терапия, независимо от срока и метода прерывания беременности был выше ($16,4 \pm 0,7$ баллов после ИПРС и $16,4 \pm 1,7$ после ИППС) в сравнении с пациентками, получавшими разработанную нами комплексную схему лечебно-профилактических мероприятий ($6,8 \pm 0,5$ и $10,7 \pm 0,5$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Через 3 месяца наблюдения уровни РТ и тревоги нормализовались во всех группах пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертационной работы

Рост сексуальной активности подростков и раннее начало половой жизни ведет к увеличению частоты нежелательных беременностей, которые более чем в половине случаев заканчиваются искусственным прерыванием. В данной возрастной категории отмечается самый высокий процент искусственного прерывания беременности в поздние сроки, а частота возникновения осложнений в 2,5-3 раза выше, чем у женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, ставит под угрозу их репродуктивное здоровье в будущем [2,3,7,12]. Результаты проведенных нами

исследований свидетельствуют, что возникновение нежеланной беременности и её последующее прерывание в подростковом возрасте сопровождается развитием психоэмоциональных расстройств. К ним присоединяются гормональные и иммунологические нарушения, усиление свободнорадикальных процессов и снижение антиоксидантной защиты организма. Полученные результаты указывают на необходимость использования комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий девочкам-подросткам на этапах оказания амбулаторной и стационарной помощи при прерывании беременности в ранние и поздние сроки, направленной на профилактику послеабортных осложнений, восстановление менструальной функции, коррекцию психоэмоциональных нарушений, что позволит сохранить репродуктивное здоровье будущих матерей.

1. Большинство девочек, перенесших прерывание беременности в ранние и поздние сроки гестации, были первобеременными (87,7%), учащимися средних школ (53,1%) и средних специальных учебных заведений (29,6%), не считали предосудительными добрачные сексуальные связи и наличие нескольких половых партнеров (58%), отмечали раннее начало половой жизни ($15,6 \pm 1,0$ лет), не применяя никаких методов контрацепции. Воспитывались в неполной семье 53,1% подростков, 62,9% указывали на недостаток общения с матерью, 13,6% – на алкогольную зависимость родителей, имели вредные привычки – курение (48,1%) и употребление алкоголя (7,4%) [5,7,8].

2. У девочек-подростков, прерывавших беременность, с высокой частотой (54,5% при прерывании беременности в ранние сроки и 76,9% при прерывании беременности в поздние сроки) отмечался когнитивный дефицит. При беременности и в течение месяца после аборта у юных пациенток отмечалась тревожная симптоматика в виде повышения показателей реактивной тревожности и уровня тревоги, что свидетельствует о необходимости оказания психологической помощи девочкам не только в раннем послеабортном периоде, но и при первом обращении к врачу [2,4].

3. Искусственное прерывание беременности в подростковом возрасте сопровождается нарушениями в гипофизарно-яичниковой системе, проявляющиеся повышением соотношения ЛГ/ФСГ ($3,0 \pm 0,3$ и $4,0 \pm 0,7$ на 2 сутки после ИПРС и ИППС соответственно), увеличением секреции фолликулостимулирующего гормона через месяц (в 2,5 раза после ИПРС и ИППС), гиперэстрогемией на 2 сутки ($2,2 \pm 0,5$ нмоль/л после медицинского аборта и $2,3 \pm 0,8$ нмоль/л после прерывания беременности в 18-22 недели гестации) и гиперпрогестеронемией в течение месяца послеабортного периода ($15,8 \pm 4,2$ нмоль/л после ИПРС и $15,2 \pm 3,5$ нмоль/л после ИППС). Нормализация показателей отмечалась через 3 месяца после прерывания беременности как в ранние, так и в поздние сроки гестации [4,12].

4. Гормональные сдвиги сопровождались иммунологической дисфункцией в виде снижения содержания Ig G через 1 месяц (в 1,4 раза после ИПРС и в 1,7 раза после

ИППС) в сыворотке крови девочек и низкими значениями иммунорегуляторного индекса (1,0 [1,05;1,18] при ИПРС и 1,0 [0,79;1,12] при ИППС). Кроме того, отмечалось увеличение интенсивности ПОЛ (по уровню МДА) – на 29 % после прерывания беременности в поздние сроки ($p < 0,05$) и на 18% после медицинского аборта, которое сопровождалось достоверным снижением активности антиоксидантного фермента – супероксиддисмутазы в раннем послеабортном периоде на 24% после прерывания беременности в ранние сроки и на 27% после прерывания беременности в 18-22 недели [1,6,12].

5. При применении разработанной комплексной поэтапной схемы лечебно-профилактических мероприятий у девочек-подростков после искусственного прерывания беременности в ранние и поздние сроки количество послеабортных осложнений снижалось в 2,5 раза в сравнении с юными пациентками, получавшими традиционное лечение. Применение поэтапной комплексной схемы лечебно-профилактической помощи подросткам при искусственном прерывании беременности способствовало достижению экономического эффекта в размере 99 132 бел. рублей на одну пациентку за счет сокращения сроков лечения в стационаре [10, 11,12].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Медико-социальные мероприятия по профилактике аборт у подростков включают проведение информирования подростков и их родителей в школах и медицинских учреждениях: об изменениях в организме девочек в период полового созревания; формирование гигиенических навыков; информирование по вопросам полового воспитания, вреде раннего начала половой жизни, беспорядочных половых связей; беседы о предохранении от нежелательных беременностей и ИППП, возможных осложнениях аборт; выявление групп риска по возникновению ювенильных беременностей, психологическое консультирование и коррекция.

2. Амбулаторный этап. Перед искусственным прерыванием беременности необходимо проводить семейное консультирование, доступное разъяснение методов искусственного прерывания беременности и возможных осложнений, оценку психологических особенностей личности девочки, информирование по вопросам полового воспитания, предохранения от нежелательной беременности и инфекций, передающихся половым путем. Обследования: общий анализ крови и мочи; исследование крови на сифилис, ВИЧ; бактериоскопическое исследование мазка из уретры и цервикального канала; электрокардиографическое исследование; заключение педиатра, при наличии соматической патологии – профильных специалистов; санация очагов инфекции; ультразвуковое исследование органов малого таза; санация влагалища – применение вагинальных суппозиторий с хлоргексидином 1 раз в сутки № 6.

3. Стационарный этап включает: перед прерыванием беременности – подготовка шейки матки – введение ламинарий за 12-24 часа до прерывания беременности;

антибиотикопрофилактика – интраоперационное введение амоксициллина/клавуланата 1,2 г внутривенно фракционно, которая при прерывании беременности в поздние сроки гестации дополняется пероральным приемом амоксициллина/клавуланата 875/125 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

4. Реабилитационный этап включает: физиотерапевтическое воздействие аппаратом «Фотоспок» с применением низкочастотной импульсной магнитотерапии (25 ± 5 м Тл) и фототерапии в сочетании видимой части спектра с длиной волны 610-680 нм (красный) и инфракрасного излучения с длиной волны 920-960 нм. Воздействие осуществляется на область проекции придатков справа и слева по 10 минут 3 раза в сутки № 6 после медицинского аборта и №10 после прерывания беременности в поздние сроки гестации; циклодинон по 1 таблетке в день в непрерывном режиме в течение 3 месяцев; гелариум по 1 драже 4 раза в день в течение 1 месяца; циклоферон 150 мг по 2 таблетки в сутки через день в течение 10 дней; антиоксикапс с цинком по 1 капсуле в день 1 месяц; на основании полученных результатов разработана и внедрена инструкция по применению «Профилактика осложнений после искусственного прерывания беременности у девочек-подростков» – утверждена Министерством здравоохранения РБ 26.03.2010, регистрационный № 004-0110.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

1. Можейко, Л.Ф. Изменения иммунного и прооксидантно-антиоксидантного статусов у девочек подростков после искусственного прерывания беременности / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Вестн. Витебск. гос. мед. ун-та. – 2010. – № 2. – С. 102 - 110.
2. Можейко, Л.Ф. Ранние и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности в период полового созревания / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Мед. журн. – 2010. – № 1 (31). – С. 11-14.
3. Можейко, Л.Ф. Современные методы искусственного прерывания беременности у подростков / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Мед. журн. – 2008. – № 2. – С. 61-64.
4. Новикова, Е.В. Изменения гормонального и психологического статуса девочек-подростков после искусственного прерывания беременности в ранние и поздние сроки гестации / Е.В. Новикова // Рецепт. – 2010. – № 3. – С. 133 – 146.
5. Можейко, Л.Ф. Клинические и социальные особенности девочек-подростков, прерывавших беременность в ранние и поздние сроки гестации / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 3. – С. 48 - 53.
6. Новикова, Е.В. Особенности иммунного статуса девочек-подростков после искусственного прерывания беременности / Е.В. Новикова // Мед. журн. – 2010. – № 2. – С. 84 - 86.
7. Новикова, Е.В. Проблема прерывания беременности у подростков / Е.В. Новикова, Л.Ф. Можейко // Рецепт. – 2008. – № 3. – С. 35-39.
8. Новикова, Е.В. Состояние здоровья девочек-подростков, прерывавших беременность в разные сроки гестации/ Е.В. Новикова // Мед. панорама. – 2008. – № 8. – С.56-57.

Статьи в научных сборниках, материалах конференций и съездов

9. Новикова, Е.В. Современный взгляд на вопросы подростковой контрацепции / Е.В. Новикова, А.В. Сорокопыт // Труды молодых ученых 2009 : сб. науч. работ / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. С.Л. Кабака. – Минск, 2009. – С. 126-129.
10. Новикова, Е.В. Клинические рекомендации при искусственном аборте у подростков / Е.В.Новикова // Акушерство и гинекология : справочник / под ред. Л.Ф. Можейко. – Минск, 2009. – Алгоритмы диагностики и лечения некоторых видов акушерско-гинекологической патологии. – С. 466.
11. Новикова, Е.В. Возможности магнитофототерапии в ранней послеабортной реабилитации девочек подростков / Е.В. Новикова // Нелекарственная медицина. – 2010. – № 1. Новые технологии физиотерапии в акушерстве и

гинекологии : материалы науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 22-23 апр. 2010 г. / ГОУ ДПО С.-Петерб. мед. академия последиплом. образования ; Комитет по здравоохранению Правительства С.-Петербурга, С.-Петерб. и Северо-Западная физиотерапевтич. ассоциация. – С. 62-63.

Инструкция по применению

12. Можейко, Л.Ф. Профилактика осложнений после искусственного прерывания беременности у девочек-подростков: инструкция по применению: утв. Министерством здравоохранения Респ. Беларусь. 26.03.2010, рег. № 004-0110 / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова. – Минск, 2010. – 7 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

РЭЗІЮМЭ

Новікава Алена Ўладзіміраўна

Лячэбна-прафілактычная дапамога дзяўчынкам-падлеткам пры штучным перарыванні цяжарнасці

Ключавыя словы: дзяўчынка-падлеткі, штучны аборт, медыка-сацыяльныя аспекты, псіхалагічныя асаблівасці асобы, гарманальны гомеостаз, імунны статус, перакіснае акісленне ліпідаў.

Аб'ект даследавання: дзяўчынка-падлеткі пры перыпыненні цяжарнасці у раннія і познія тэрміны.

Мэта даследавання: удасканаліць лячэбна-прафілактычную дапамогу дзяўчынкам падлеткавага ўзроста пры штучным перарыванні цяжарнасці на падставе даследавання функцыянальнага стану гіпофіза і яечнікаў, імуннай рэактыўнасці, працэсаў перакіснага акіслення ліпідаў, антыаксідантнай абароны арганізма, медыка-сацыяльных аспектаў і псіхалагічных асаблівасцяў.

Метады даследавання: сацыялагічны, псіхалагічны, клінічны, сонаграфічны, імуналагічны, радыёімуналагічны, імунаферментны, біяхімічны, статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: Было абследавана 132 пацыентак з непажаданай цяжарнасцю ранніх (8-12 тыдняў) і позніх (18-22 тыдняў) тэрмінаў. Асноўную групу склалі 81 дзяўчынка і ў веку 14-17 гадоў, групу параўнання - 51 жанчыны ў веку 18-21 гадоў. Усталяваныя структура і часцыня ўзнікнення ўскладненняў пасля штучнага перапынення цяжарнасці ранніх і позніх тэрмінаў. Паказаная вядучая роля медыка-сацыяльных аспектаў і псіхалагічных асаблівасцяў асобы (кагнітыўнага дэфіцыту) ва ўзнікненні падлеткавай цяжарнасці. Выяўлена, што перапыненне цяжарнасці ў падлеткавым веку суправаджаецца дысбалансам у функцыянаванні эндакрыннай сістэмы (гіпофіз-яечнікі, шчытападобная залоза, наднырачнікі), імуналагічнай рэактыўнасці, перакіснага акіслення ліпідаў і псіхалагічнага статусу. На падставе комплекснага даследавання распрацавана і ўкаранена ў практыку комплексная паэтапная схема лячэбна-прафілактычнай дапамогі дзяўчынкам-падлеткам пры штучным перапыненні цяжарнасці, што дазволіла знізіць колькасць пасляабортных ускладненняў у 2-2,5 разу і спрыяла дасягненню эканамічнага эфекту.

Вобласць ужывання: акушэрства і гінекалогія, падлеткавая гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Новикова Елена Владимировна

Лечебно-профилактическая помощь девочкам-подросткам при искусственном прерывании беременности

Ключевые слова: девочки-подростки, искусственный аборт, медико-социальные аспекты, психологические особенности личности, гормональный гомеостаз, иммунный статус, перекисное окисление липидов.

Объект исследования: девочки-подростки, прерывавшие беременность в ранние и поздние сроки.

Цель исследования: усовершенствовать лечебно-профилактическую помощь девочкам подросткового возраста при искусственном прерывании беременности на основании исследования функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы, иммунологической реактивности, процессов перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты организма, медико-социальных аспектов и психологических особенностей личности.

Методы исследования: социологический, психологический, клинический, сонографический, иммунологический, радиоиммунный, иммуноферментный, биохимический, статистический.

Полученные результаты и их новизна: Было обследовано 132 пациенток с нежелательной беременностью ранних (8-12 недель) и поздних (18-22 недели) сроков. Основную группу составили 81 девочка в возрасте 14-17 лет, группу сравнения - 51 женщина в возрасте 18-21 лет. Установлены структура и частота возникновения осложнений после искусственного прерывания беременности ранних и поздних сроков. Показана ведущая роль медико-социальных аспектов и психологических особенностей личности (когнитивного дефицита) в возникновении подростковых беременностей. Выявлено, что прерывание беременности в подростковом возрасте сопровождается дисбалансом в функционировании эндокринной системы (гипофиз-яичники, щитовидная железа, надпочечники), иммунологической реактивности, прооксидантно-антиоксидантного баланса и психологического статуса. На основании комплексного исследования разработана и внедрена в практическое здравоохранения комплексная поэтапная схема лечебно-профилактической помощи девочкам-подросткам при искусственном прерывании беременности, что позволило снизить количество послеабортных осложнений в 2-2,5 раза и способствовало достижению экономического эффекта.

Область применения: акушерство и гинекология, подростковая гинекология.

SUMMARY

Novikava Alena Vladimirovna

The Treatment-and-prophylactic helps in adolescents at artificial interruption of pregnancy

Keywords: adolescents, artificial abortion, medico-social aspects, psychological features, a hormone homeostasis, the immune status, lipoperoxidation.

Object of research: the girls-teenagers interrupting pregnancy in early and late terms.

Aim of research: to improve the treatment-and-prophylactic help to girls of teenage age at artificial interruption of pregnancy on the basis of research of a functional condition hypophysis-ovarial and immune systems, lipoperoxydation, medico-social aspects and psychological features of the person.

Research methods: sociological, psychological, clinical, sonographic, immunological, radioimmune, immunofermental, biochemical, statistical.

The received results and their novelty: 132 patients with undesirable pregnancy early (8-12 weeks) and late (18-22 weeks) terms have been surveyed. The basic group has made 81 girls at the age of 14-17 years, comparison group - 51 women at the age of 18-21 years. The structure and frequency of occurrence of complications after artificial interruption of pregnancy of early and late terms are established. The leading part of medico-social aspects and psychological features of the person (cognitive deficiency) in occurrence teenage pregnancy is shown. It is revealed, that pregnancy interruption at teenage age is accompanied disbalance in functioning endocrine systems (a hypophysis-ovary, a thyroid gland and adrenal glands), immune reactance, lipoperoxydation and the psychological status. On the basis of complex research the complex stage-by-stage scheme of the treatment-and-prophylactic help to girls-teenagers is developed and introduced in practical public health services at artificial interruption of pregnancy that has allowed to lower quantity postabortion complications in 2-2,5 times and promoted economic benefit achievement.

The field of application: obstetrics and gynecology, teenage gynecology.