

Л. Ф. Можейко, У. Ф. Рунец

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
УЗ «1-я городская клиническая больница»*

Профилактика медицинского аборта – важнейшая составляющая комплекса задач по охране репродуктивного здоровья женщин. Из ежегодно наступающих 210 млн. беременностей в мире 56 млн. заканчиваются медицинским абортом [5]. На долю девочек подросткового возраста приходится до 10 %, при этом большинство абортов проводится методом кюретажа полости матки [4]. В нашей стране проблема абортов особенно актуальна, поскольку по статистике в Республике Беларусь на каждые 100 беременностей приходится примерно 26,6 абортов, в мировом рейтинге Беларусь занимает 5 место по количеству абортов [1].

Искусственное прерывание нежелательной беременности нередко приводит к серьезным, иногда необратимым последствиям для девочек-подростков, таким как бесплодие, невынашивание, нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания женских половых органов. Доказано, что дети от матерей с искусственным прерыванием беременности в анамнезе, чаще рождаются в состоянии асфиксии, с нарушениями мозгового кровообращения и другой патологией, что приводит к увеличению детской заболеваемости и смертности [4].

Особенно велика частота осложнений (55,8 %) после прерывания первой беременности у юных женщин. Кроме того, осложнения медицинского аборта в структуре материнской заболеваемости и смертности достигают 15–30 %. Экономический ущерб от абортов и связанной с ними гинекологической патологии, ежегодно составляет 24 трлн бел. рублей [1, 5].

Ключевые слова: *девушки-подростки, прерывание беременности, реабилитация.*

L. F. Mozheiko, U. F. Runets

MEDICAL REHABILITATION OF ADOLESCENT GIRLS AFTER EARLY TERMINATION OF PREGNANCY

Prevention of medical abortion is the most important component of the set of tasks for protecting women's reproductive health. Of the 210 million pregnancies that occur annually in the world, 56 million end in medical abortion [5]. Teenage girls account for up to 10 %, with the majority of abortions being performed by curettage of the uterine cavity [4]. In our country, the problem of abortion is especially relevant, because according to statistics in the Republic of Belarus, there are about 26,6 abortions for every 100 pregnancies, in the world ranking Belarus ranks 5th in the number of abortions [1].

Artificial termination of an unwanted pregnancy often leads to serious, sometimes irreversible consequences for adolescent girls, such as infertility, miscarriage, menstrual irregularities, and inflammatory diseases of the female genital organs. It has been proven that children from mothers with a history of artificial termination of pregnancy are more often born in a state of asphyxia, with impaired cerebral circulation and other pathologies, which leads to an increase in child morbidity and mortality [4].

Especially high is the frequency of complications (55,8 %) after the termination of the first pregnancy in young women. In addition, complications of medical abortion in the structure of maternal morbidity and mortality reach 15–30 %. The economic damage from abortions and related gynecological pathologies annually amounts to 24 trillion rubles. white rubles [1, 5].

Key words: *teenage girls, abortion, rehabilitation.*

Общеизвестно, что здоровье нации определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, состояние которого во многом зависит от условий роста и развития организма в подростковом возрасте. В настоящее время в условиях социально-экономической нестабильности установились негативные тенденции в молодежной среде – получили широкое распространение такие факторы риска, как курение, употребление алкоголя, наркомания, ранняя половая жизнь, приемлемость для большинства юношей и девушек добрачных половых контактов, возрастание значимости сексуальной удовлетворенности, наличие непостоянных или нескольких половых партнеров, случайные половые связи, ухудшающие состояние здоровья подростков. 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. В этот ответственный период жизни немаловажное значение отводится семье, с ее моральными установками и психологическим климатом, а также взаимопониманию с родными и близкими [2].

Материалы и методы

Нами обследовано 52 девушки подросткового возраста (14–17 лет) после медицинского аборта, не имевших ранее нарушений менструальной функции, согласившихся на участие в исследовании. В основную группу включены 32 юные женщины, которым выполнялся медикаментозный аборт (12), мини-аборт (9) и аборт методом кюретажа полости матки (11). Все девушки-подростки после искусственного прерывания беременности получали реабилитационную терапию: НПВС ацеклофенак 100 мг 2 раза в сутки в течение 5–10 дней, в дальнейшем, в течение 6 месяцев – комбинированный оральная контрацептив (КОК) регулон, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Группу сравнения составили 20 девушек после медикаментозного аборта (8), мини-аборта (7) и аборта методом кюретажа полости матки (5) без реабилитационного лечения.

Проводили расчет показателей частоты клинических симптомов, статистическую достоверность различий распределения частот основной и контрольной групп оценивали с помощью критерия χ^2 , отдельных показателей – с помощью выборочного t-критерия.

Критерии включения пациенток в исследование: первобеременные девушки в возрасте от 14 до 17 лет после неосложненного прерывания беременности путем медицинского аборта в сроке 5–12 недель беременности; отсутствие гинекологической и соматической патологии, инфекционных заболеваний.

Исключались из исследования пациентки с психическими и онкологическими заболеваниями; получавшие другое лечение (витамины, фитопрепараты, гомеопатические средства).

Все девушки вели «менструальный календарь», в котором оценивали общее состояние: наличие клинических проявлений и выраженность синдрома предменструального напряжения (ПМС), характер менструального цикла, объем менструальной кровопотери, боль в молочных железах.

Результаты и обсуждение

Общеизвестно, что наступление нежелательной беременности у девушек-подростков в большинстве случаев заканчивается ее прерыванием. Несмотря на тот факт, что в последние годы отмечается тенденция к снижению общего количества аборт, их число остается по-прежнему высоким, что неблагоприятно сказывается на репродуктивном здоровье женщины. Осложнения после медицинского аборта часто обусловлены механическим повреждением эндометрия с последующей воспалительной реакцией, гормональными сдвигами, обусловленными физиологическими изменениями, вызванными развивающейся беременностью с последующим искусственным ее прерыванием. Наиболее частыми осложнениями являются нарушения менструальной функции, обострение воспалительных заболеваний органов малого таза, развитие и прогрессирование эндометриоза, дисгормональных заболеваний молочных желез, лейомиомы матки, бесплодия, а также прогрессирование психовегетативного синдрома.

ма, метаболических расстройств, депрессии [4]. Для реабилитации таких пациенток чаще всего применяются комбинированные оральные контрацептивы [3].

Сравнительный анализ частоты послеабортных осложнений и особенностей восстановления функции органов репродуктивной системы у обследованных пациенток явилось основанием для разработки реабилитационных мероприятий, предполагающих профилактику воспалительных осложнений, нарушений менструального цикла, направленных на сохранение фертильной функции в будущем. Клинические наблюдения и результаты исследований позволили предложить метод профилактики нарушений репродуктивной системы после аборта. Учитывая, что после любого прерывания беременности возникает стрессовое состояние с возбуждением гипоталамо-гипофизарной системы и повышенной выработкой стероидных гормонов – глюкокортикоидов и эстрогенов, появляется необходимость в снижении возбудимости гипоталамуса и, соответственно, в предотвращении развития осложнений в органах репродуктивной системы, в первую очередь, в яичниках и эндометрии. В данном случае рекомендовано использование эстроген-гестагенных оральных контрацептивов, которые способствуют адекватной реабилитации функции гипоталамо-гипофизарной системы и восстановлению репродуктивной функции после аборта. Это особенно важно для подростков и молодых женщин, поскольку прерывание первой беременности, наступившей при недостаточно сформированной репродуктивной системе, часто приводит к бесплодию.

При этом, особое место в механизме действия КОК отводится гестагенному компоненту [3]. Для постабортной реабилитации наиболее приемлемо назначение дезогестрела, который является прогестагеном третьего поколения. Дезогестрел обладает высокой прогестагенной активностью при пероральном введении и высокой степенью селективности. Также следует учесть, что после прерывания беременности доза этинилэстрадиола должна быть не менее 30 мкг для достижения наилучшего терапевтического эффекта. Таким требованиям соответствует препарат регулон, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Регулон является монофазным гормональным средством, обладающим свойством регуляции функции гипоталамо-гипофизарной системы, снижая гонадотропную активность. Кроме того, прием КОК, содержащих 30 мкг этинилэстра-

диола и 150 мкг дезогестрела после аборта обеспечивает эффективную контрацепцию, поскольку способность к зачатию может восстановиться уже через неделю после аборта. Немаловажной особенностью регулона является его противовоспалительное действие и способность содействовать регенерации эндометрия. Лекарственное средство регулон следует принимать с первого дня после аборта в течение 6 месяцев, что важно для полноценного восстановления эндометрия и менструального цикла.

Таким образом, использование гормонального контрацептива содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела после аборта преследует три цели: предупреждение развития постабортных осложнений, возникновения повторной нежелательной беременности на фоне постабортного стресса и регуляцию менструальной функции.

Как свидетельствуют результаты проведенных нами исследований использование комбинированного орального контрацептива регулон оказывает положительный эффект при дисменорее и предменструальном синдроме. Кроме того, прием регулона в течение 6 месяцев способствует увеличению продукции белков, связывающих половые стероиды, в частности, тестостерона, в результате чего наблюдается выраженный антиандрогенный эффект. Поэтому он особенно рекомендуется молодым женщинам с андрогензависимыми изменениями кожи (акне, себорея, гипертрихоз). Лекарственное средство регулон хорошо переносится, не вызывает побочных реакций, эффективно регулирует менструальную функцию, надежно предупреждает наступление нежелательной беременности.

Одним из важных этапов реабилитации после прерываний беременности является диспансеризация молодых женщин с нереализованной фертильной функцией. Учитывая минимальное влияние на организм пациенток медикаментозного аборта в сроке от 63 дней после последней менструации до первых девяти недель беременности рекомендовали использование комбинированного лекарственного средства для медикаментозного аборта медабон. Никаких осложнений, непосредственно связанных с перенесенным вмешательством среди обследованных нами девушек не было отмечено. Дальнейшее динамическое наблюдение в течение 6-ти месяцев не выявило каких-либо нарушений состояния их здоровья.

Пациенты, перенесшие мини-аборт и аборт методом кюретажа полости матки также находились под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев после прерывания беременности. Следует отметить, что всем женщинам основной группы после медицинского аборта с профилактической целью назначалось нестероидное противовоспалительное средство ацеклофенак в дозе 100 мг 2 раза в день в течение 5–10 дней, в дальнейшем в течение 6-ти месяцев комбинированный оральная контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела (регулон).

При обследовании девушек через 1 месяц после медицинского аборта различные жалобы предъявляли все пациенты. Наиболее часто на боли в молочных железах указывали 93,75 % женщин основной группы и 95 % женщин группы сравнения, на усталость – 62,5 и 75 % соответственно, повышенный аппетит выявлен у 78,1 и 55 % пациентов обеих групп, боли в пояснице наблюдались у 25 и 55 % девушек соответствующих групп, боли в нижней части живота – у 18,75 и 43,75 % соответственно, акне – у 18,75 и 25 % девушек, отеки век и лица – у 15,63 и 30 % обследованных подростков, головные боли – у 12,5 и 10 % юных женщин основной группы и группы сравнения. Число пациенток, предъявляющих жалобы на нарушения менструальной функции, гиперполименорею, раздражительность, вздутие живота, бессонницу, в обеих группах было минимальным и составило в среднем $2,5 \pm 1,9$ % случаев в основной группе и $3,5 \pm 2,3$ % – в группе сравнения.

При обследовании юных пациентов через 3 месяца существенно уменьшилось количество жалоб у пациентов основной группы. Так, жалобы на боли в молочных железах предъявляли 21,88 % женщин, в то время как в группе сравнения этот симптом отметили 60 % пациенток; на усталость жаловались 15,6 % пациенток основной группы и 40 % – группы сравнения; повышенный аппетит отмечен у 15,6 и 25 % женщин соответствующих групп; боли внизу живота регистрировались у 3,12 и 15 % юных пациентов соответственно; акне – у 3,12 и 10 % девушек основной и группы сравнения; отеки лица – в 6,25 и 10 % случаев соответственно; головные боли – у 3,12 % и 15 % женщин соответственно основной группы и группы сравнения. Кроме того, часть симптомов полностью отсутствовала у пациенток основной группы (гиперполименорея, вздутие живота, бессонница), при их сохранении у части девушек, наблюдаемых в группе сравнения.

При обследовании через 6 месяцев после реабилитационной терапии обращало внимание практически полное отсутствие жалоб у юных женщин основной группы (лишь в 3-х случаях сохранялся повышенный аппетит), при достаточно высокой частоте в группе сравнения. Так, боли в молочных железах отмечены в 55 % случаев, раздражительность – в 45 %, повышенный аппетит отмечали 30 % девушек, головная боль наблюдалась у 10 % пациентов, акне и отеки лица отмечали по-прежнему 10 % женщин, наблюдавшихся в группе сравнения без реабилитационного лечения.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что через 6 месяцев после аборта у всех женщин, не прошедших реабилитацию, имелись те или иные жалобы. Кроме того, практически у всех обследованных частота жалоб и их интенсивность не изменялись за последние 3 мес наблюдения (в группе сравнения головная боль – в 15 и 10 % соответственно, мастодиния – в 62,5 и 55 % юных женщин, акне – у 9,38 и 10 % девушек обеих групп).

Следует отметить, что ни в одном случае не зарегистрировано осложнений или побочных реакций, связанных с приемом реабилитационной терапии, включающей НПВС ацеклофенак 100 мг 2 раза в день в течение 5–10 дней и комбинированный оральная контрацептив регулон, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела в течение 6 месяцев.

Как свидетельствуют результаты проведенного исследования, все женщины после медицинского аборта отмечали ухудшение здоровья, предъявляя значительное количество разнообразных жалоб. У большинства женщин, не получавших реабилитационного лечения, эти жалобы сохранялись в течение всего периода наблюдения. На фоне приема реабилитационной терапии, включающей ацеклофенак 100 мг и комбинированный оральная контрацептив регулон отмечалось существенное улучшение самочувствия уже к 3-му месяцу и практически полное отсутствие жалоб к 6-му месяцу наблюдения.

Несомненно, медицинский аборт ухудшает состояние здоровья женщин, вызывая множественные расстройства: нарушения менструальной функции, мастодинию, развитие абдоминального болевого синдрома, психовегетативные расстройства (раздражительность, головная боль, вздутие живота, усталость, бессонница) и обменные нарушения (повышенный аппетит). Указанные клини-

ческие симптомы выявлялись у всех обследованных женщин без реабилитационной терапии в течение полугода.

Считаем, что каким бы щадящим не был метод прерывания беременности, он является серьезной психологической и физической травмой, гормональным стрессом, нередко являясь фоном для развития серьезных осложнений. Поэтому реабилитационная терапия, особенно у первобеременных женщин с нереализованной репродуктивной функцией, перенесших искусственный аборт, является важной медицинской задачей, способствующей сохранению репродуктивного здоровья и улучшению качества жизни таких женщин.

Выводы

1. Демографическая ситуация в Республике Беларусь характеризуется ухудшением состояния здоровья населения, увеличением общей смертности, снижением рождаемости, отрицательным приростом населения. В тоже время отмечается довольно высокий процент искусственных абортов в молодежной среде, которые фактически являются основным методом регуляции рождаемости, приносящие невосполнимый вред для здоровья.

2. Следствием незащищенных сексуальных контактов девушек-подростков являются незапланированные беременности, исходы которых имеют негативный характер, как в социальном, так и в медицинском плане (аборты, раннее материнство, непрочные брачные отношения, отказы от детей), в связи с чем в молодежной среде следует более широко рекомендовать использование эффективных и безопасных методов контрацепции.

3. Гормональная контрацепция с использованием КОК регулон, содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела хорошо переносится молодыми женщинами, обладает высокой эффективностью, простотой приема, хорошим общим самочувствием и возможностью качественного контроля менструального цикла.

4. Все женщины после медицинского аборта отмечают ухудшение здоровья, предъявляя значительное количество разнообразных жалоб. У большинства женщин, не получавших реабилитационное лечение указанные жалобы сохранялись в течение продолжительного периода.

5. Правильная организация выполнения медицинского аборта с преимущественным проведением медикаментозного прерывания беременности и обязательной последующей реабилитационной терапией позволит врачам акушерам-гинекологам выполнять аборт максимально бережно, снижая число осложнений, сохраняя репродуктивное здоровье и фертильную функцию в будущем.

Литература

1. Занько, С. Н. Экономический ущерб репродуктивных потерь / С. Н. Занько, С. Д. Шилова // Охрана материнства и детства БГМУ. – 2008. – № 1. – С. 60.
2. Можейко, Л. Ф. Ранние и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности в период полового созревания / Л. Ф. Можейко, Е. В. Новикова // БГМУ. – 2010. – № 1. – С. 27.
3. Прилепская, В. Н. Современные принципы консультирования в контрацепции. Гормональная контрацепция / В. Н. Прилепская, П. Р. Абакарова, Е. А. Межевитинова, Э. Р. Довлетханова, Н. М. Назарова // Алгоритмы диагностики и лечения. – 2021. – Приложение № 3.
4. Сандакова, Е. А. Реабилитация женщин после медицинского аборта / Е. А. Сандакова, В. В. Скрябина, О. В. Рылова // ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. академика Е. А. Вагнера Росздрава. – 2010. – № 6.
5. Серова, О. Ф. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин. О. Ф. Серова, Т. Н. Мельник // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 17. – С. 1266.

References

1. Zan'ko, S. N. Ekonomicheskij ushcherb reproduktivnyh poter' / S. N. Zan'ko, S. D. Shilova // Ohrana materinstva i detstva BGMU. – 2008. – № 1. – С. 60.
2. Mozheiko, L. F. Rannie i otdalennye posledstviya iskusstvennogo preryvaniya beremennosti v period polovogo sozrevaniya / L. F. Mozheiko, E. V. Novikova // BGMU. – 2010. – № 1. – С. 27.
3. Prilepskaya, V. N. Sovremennye principy konsul'tirovaniya v kontratshepcii. Gormonal'naya kontratshepciya / V. N. Prilepskaya, P. R. Abakarova, E. A. Mezhevitinova, E. R. Dovlethanova, N. M. Nazarova // Algoritmy diagnostiki i lecheniya. – 2021. – Prilozhenie № 3.
4. Sandakova, E. A. Reabilitaciya zhenshchin posle medicinskogo aborta / E. A. Sandakova, V. V. Skryabina, O. V. Rylova // GOU VPO Permskaya gosudarstvennaya medicinskaya akademiya im. akademika E. A. Vagnera Roszdrava. – 2010. – № 6.
5. Serova, O. F. Reabilitaciya posle medicinskogo aborta – put' k sohranenyu reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin / O. F. Serova, T. N. Mel'nik // Russkij medicinskij zhurnal. – 2007. – № 17. – S. 1266.

Поступила 12.07.2022 г.