

ЗАРИПОВ ТИМУР ШАМИЛЕВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ
ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА ВО ВТОРОМ
ТРИМЕСТРЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ ЮНОЙ ЖЕНЩИНЫ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Трубин Владимир Борисович

Официальные оппоненты: **Медведев Борис Иванович** доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии;
Афанасьев Александр Александрович кандидат медицинских наук, доцент, Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, заместитель министра.

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита состоится 03 декабря 2012 г. в 10-00 часов на заседании диссертационного совета Д208.006.06 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: РБ, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Автореферат разослан 12 сентября 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Валеев Марат Мазгарович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Проблема медицинского аборта в России остается актуальной, особенно на фоне низкой рождаемости. В настоящее время уровень абортот в стране остается ещё высоким. По данным официальной статистики из десяти беременностей только три завершаются родами, а семь – абортами. Кроме того каждый десятый аборт производится у подростков до 19 лет и выше 1000 абортот ежегодно – у подростков до 14 лет. Данные научных исследований свидетельствуют о сохранившемся высоком уровне числа осложнений после аборта (Петров Ю.А., 2011, Радзинский В.Е., 2012; Уварова Е.В., 2011).

Особую значимость в последнее время приобрела проблема медицинского аборта во втором триместре. При прерывании беременности во втором триместре риск для здоровья женщины возрастает в три-четыре раза по сравнению с прерыванием беременности в первом триместре. Медико-социальное значение абортот определяется в значительной степени их удельным весом в структуре материнской смертности. Ведущими причинами в структуре материнской смертности от абортот являются септические осложнения и кровотечения, что связано, как правило, с прерыванием беременности поздних сроков (Ипатова Д.Р., 2010; Николаева Л.Б., 2010). Прерывание беременности во втором триместре таит в себе возможность развития как ближайших, так и отдаленных осложнений. Число ближайших осложнений абортот достигает от 12,5 до 25,1% (Сиряцкая Л.В., 2007; Серов В.Н., 2010). Аборт наносит не только физическую, но и грубую психическую травму. Патологические психологические симптомы, возникающие у женщин после прерывания беременности, в зарубежной литературе объединены в специфический «постабортный синдром». Он развивается в течение нескольких месяцев после прерывания беременности и может беспокоить женщину на протяжении 5–10 лет, обостряясь при возникновении жизненных трудностей. Этот комплекс психоэмоциональных нарушений может фиксироваться при возникновении осложнений аборта (Дударь О.А. и соавт. 2007; Катасонова Т.А., 2007). Воспалительные заболевания половых органов, бесплодие, угроза прерывания последующей беременности, возникающие после первого медицинского аборта во втором триместре, приобретают характер

особо значимой психической травмы и способствуют развитию депрессии с идеями самообвинения. На протяжении многих лет основное внимание уделялось технике выполнения медицинского аборта, профилактике осложнений; особенности же психического реагирования пациенток, прерывающих беременность во втором триместре, отходили на второй план. В целях сохранения репродуктивного здоровья, в связи с высоким процентом медицинских абортотворений во втором триместре у молодых нерожавших женщин особую важность приобретает вопрос реабилитации этой группы пациенток. Единая комплексная система диагностики и лечения психоэмоциональных нарушений, возникающих на фоне заболеваний шейки матки отсутствует, что подтверждает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования. Снижение осложнений при прерывании первой беременности медицинским абортом во втором триместре у юных женщин путем разработки и реализации программы оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Задачи исследования:

1. Дать медико-социальную характеристику юных женщин в возрастной группе 15–24 лет при прерывании первой беременности медицинским абортом во втором триместре.
2. Изучить влияние первого медицинского аборта во втором триместре на репродуктивное здоровье и психоэмоциональное состояние юных женщин в возрастной группе 15–24 лет.
3. Изучить особенности течения последующей беременности, родов, состояние новорожденных после ранее перенесенного первого медицинского аборта во втором триместре у юных женщин.
4. Разработать критерии определения степени тяжести развития психоэмоциональных нарушений у юных женщин, прерывающих первую беременность медицинским абортом во втором триместре.
5. Разработать и оценить эффективность применения программы оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при прерывании первой беременности медицинским абортом во втором триместре у юных женщин.

Научная новизна исследования. Дана оценка влияния искусственного прерывания первой беременности во втором триместре на формирование патологии репродуктивной системы и психоэмоциональных нарушений у юных женщин.

Представлены результаты изучения разностороннего неблагоприятного влияния первого медицинского аборта во втором триместре у юных женщин на особенности течения последующей пролонгированной беременности, родов и состояние новорожденного.

Разработана и применена программа оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при искусственном прерывании первой беременности во втором триместре у юных женщин с дифференцированным подходом в зависимости от развившейся патологии репродуктивной системы и степени тяжести психоэмоциональных нарушений.

Практическая значимость работы. Оценка влияния первого медицинского аборта во втором триместре беременности на формирование патологии репродуктивной системы и психоэмоциональных нарушений у юных женщин позволяет своевременно принимать действенные меры, направленные на улучшение репродуктивного здоровья юных женщин и прогнозировать осложнения последующей пролонгированной беременности и родов.

Применение в акушерско-гинекологической практике разработанной программы диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при прерывании первой беременности медицинским абортom во втором триместре у юных женщин позволит улучшить их репродуктивное здоровье, психоэмоциональное состояние и социальную адаптацию.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При комплексном обследовании репродуктивной системы у юных женщин, перенесших прерывание первой беременности во втором триместре, установлен высокий удельный вес ранних осложнений преимущественно воспалительного генеза, в отдаленном периоде – высокий процент патологии репродуктивной системы и наличие психоэмоциональных нарушений различной степени тяжести.

2. Изучение течения последующей после перенесенного первого аборта во втором триместре пролонгированной беременности показало более высокие

цифры, чем в популяции таких осложнений как угроза прерывания, поздние гестозы, железодефицитные анемии, в родах – аномалии родовой деятельности, акушерский травматизм мягких родовых путей, асфиксия новорожденных.

3. Применение программы оптимизации лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий при искусственном прерывании первой беременности во втором триместре у юных женщин позволило улучшить репродуктивное здоровье и психоэмоциональное состояние юных женщин.

Апробация результатов исследования и публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 3 в журналах, рекомендуемы ВАК.

Основные положения диссертации обсуждены на следующих форумах, конференциях и конгрессах: III Международном конгрессе по репродуктивной медицине (Москва, 2009); 74-й республиканской научной конференции студентов и молодых ученых БГМУ (Уфа, 2009); III региональном научном форуме «Мать и дитя» (Москва, 2009); X юбилейном всероссийском научном форуме «Мать и дитя» (Москва, 2009).

Внедрение в практику. Результаты проведенного исследования внедрены в работу женской консультации МБУЗ городской клинической больницы № 5 г. Уфы, гинекологического отделения МБУЗ городской клинической больницы № 18 г. Уфы, ООО «Клиника «Евромед» г. Уфы, ООО «Евромед» г. Уфы, ООО «Медсервис» г. Салавата в форме разработанного алгоритма оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при первом медицинском аборте во втором триместре у юных женщин.

Структура и объем диссертации. Работа состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, материалов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 104 отечественных и 47 зарубежных источников. Диссертация изложена на 130 страницах машинописного текста, иллюстрирована 14 таблицами, 10 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования проведено комплексное обследование юных женщин в возрастной

группе 15–24 лет при прерывании первой беременности во втором триместре, представленных тремя группами. В сравнительную группу вошли 130 пациенток, результаты обследования которых явились основанием для разработки программы оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при первом медицинском аборте во втором триместре у юных женщин.

У 50 пациенток основной группы при прерывании первой беременности во втором триместре применялась система диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, представленных в разработанной автором программе. В контрольную группу вошли 50 юных беременных женщин аналогичного срока женщинам сравнительной группы, вынашивающих желанную беременность, у которых проведена оценка психоэмоционального статуса. Изучены особенности последующей пролонгированной беременности, родов и состояния новорожденного у 70 женщин, прервавших первую беременность во втором триместре абортom.

Для получения медико-социальной характеристики юных женщин при искусственном прерывании первой беременности во втором триместре проведено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете. При клиническом обследовании изучался анамнез, выяснялись перенесенные экстрагенитальные и гинекологические заболевания и имеющиеся в момент производства аборта. Для изучения состояния репродуктивной системы применяли бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследование мазков из цервикального канала шейки матки, кольпоскопический метод, гистоморфологическое исследование последа, соскобов из полости матки, ультразвуковое исследование с целью уточнения срока беременности.

Экспериментально-психологическое обследование пациенток до прерывания беременности и через год после прерывания проводилось с использованием следующих методик: теста дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), цветового теста Люшера, шкалы депрессии Цунга, теста Спилбергера-Ханина, Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант).

Статистическую обработку данных производили с использованием программы «Статист» на ПК Intel Pentium V в системе Microsoft Word 2007, Microsoft Excel-2007, в среде Windows 7.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты анонимного анкетирования 130 юных женщин сравнительной группы представлены следующими данными: более трети (39,2%) пациенток являются учащимися общеобразовательных школ и студентками ССУЗов и ВУЗов. Воспитывались в неполных семьях 25%, в детском доме – 3,3%, в полных семьях – 71,7% юных женщин. Больше половины (69,4%) респонденток проживали в отдельных благоустроенных квартирах. Неблагоприятные жилищные условия имели 13,8%. Средний доход на одного члена семьи соответствующий среднему прожиточному минимуму имели 72%, менее прожиточного минимума имели 18%, выше – 10% юных женщин. Отмечен высокий удельный вес вредных привычек: табакокурение – 76,2%, периодически употребляют спиртные напитки 63,4%, пробовали употреблять наркотики, но в последующем прекратили – 21,2%. Осознание наступившей беременности у большинства пациенток сопровождалось беспокойством и страхом (75,8%). Сожаление о необходимости аборта имели 86,6%. Отношение родителей к наступившей внебрачной беременности у дочери было неоднозначным: у 60,6% юных женщин родители не знали о беременности, положительно отнеслись только 17,4% оповещенных родителей. Средний возраст начала половой жизни составил $15,3 \pm 0,7$ года. Средний возраст, при прерывании первой беременности медицинским абортom во II триместре составил $18,49 \pm 0,4$ года.

В сравнительной группе 130 пациенток перенесли 417 экстрагенитальных заболеваний (3,2 на одну юную женщину). На первом месте среди диагностированных перед абортom неинфекционных экстрагенитальных заболеваний стоит железодефицитная анемия (16,2%), на втором – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (10,8%), на третьем – заболевания мочевой системы (9,2%). Гинекологические заболевания, перенесенные юными женщинами до прерывания первой беременности, представлены следующей структурой: неспецифические вагиниты (19,2%), сальпингоофориты (8,5%), эрозия шейки матки (23,1%), кисты яичников (0,8%), гонорея (0,8%), цервицит (20,8%), дисфункциональные маточные кровотечения (3,8%).

Гинекологические заболевания, диагностированные перед медицинским абортom: эрозия шейки матки (23,1%), хронический сальпингоофорит в фазе ремиссии (8,5%), неспецифический вульвовагинит (18,5%), цервицит (21,5%). Ги-

некологические заболевания, диагностированные перед медицинским абортom, представлены на рисунке 1.

У женщин сравнительной группы было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, консультации смежными специалистами (терапевт, ЛОР, окулист, стоматолог, психотерапевт).

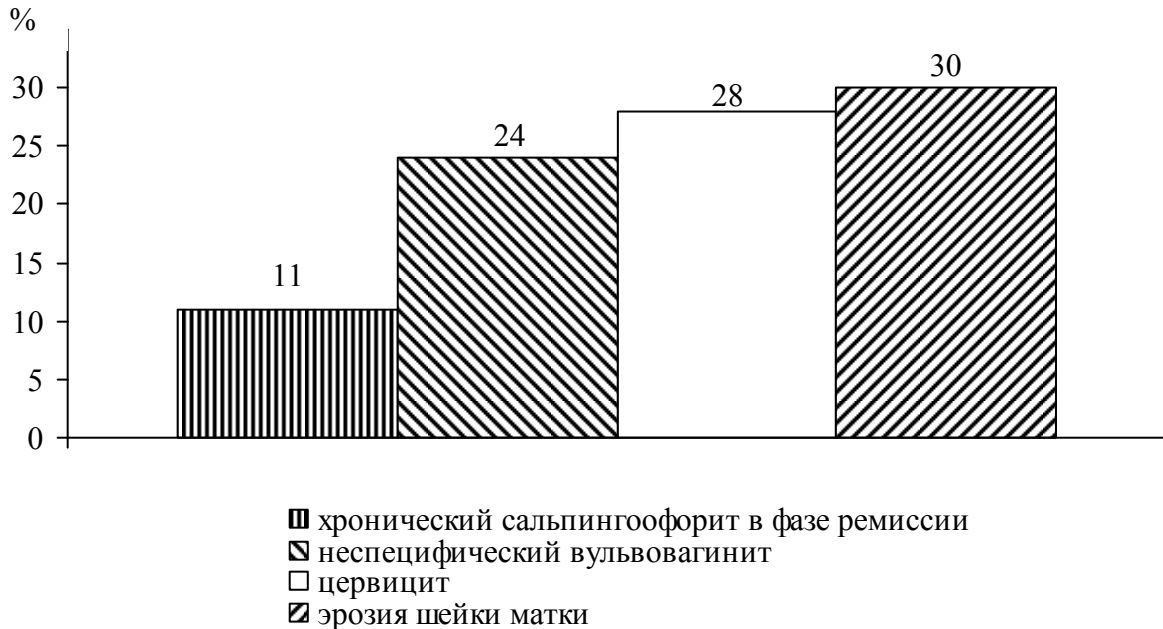


Рис. 1. Гинекологические заболевания, диагностированные перед медицинским абортom во втором триместре

При обследовании был установлен срок беременности от 19 до 22 недель, подтвержденный УЗИ. При кольпоскопическом исследовании у 30 (23,1%) диагностированы фоновые заболевания шейки матки. Дисбактериоз влагалища был выявлен у 35 (26%) пациенток. По медицинским показаниям прерывание беременности проводилось у 123, по социальным у 7 женщин (изнасилование). Операция медицинского аборта во II триместре выполнялась комбинированным методом с использованием амниоцентеза, простагландинов, препаратов, усиливающих сократительную деятельность матки. Послед и соскобы были подвергнуты гистологическому исследованию. Воспалительные изменения плаценты диагностированы в 75,0 % наблюдений. Ранние осложнения медицинского аборта во II триместре диагностированы в 16,2% и были представлены: разрывами шейки матки I степени – 7 (5,4%), ранним послеабортным кровотечением – 3 (2,2%), эндометритом – 11 (8,6%). Эндометрит развился у юных жен-

щин, имевших в анамнезе сальпингоофориты, вагиниты. Лечение эндометрита проводилось соответственно современным установкам, все пациентки выписаны с выздоровлением.

Через год после прерывания беременности проведена оценка репродуктивной системы и психоэмоционального состояния 130 юных женщин. Не сожалели о произведенном прерывании беременности 10 школьниц и 8 неработающих женщин. Студентки ССУЗов (10) и ВУЗов (5) заключили брак. Прекратили половую жизнь после прерывания беременности 10 юных женщин (учащиеся общеобразовательных школ). Имели пролонгированные отрицательные эмоции 87,0% юных женщин, прервавших беременность.

Прерывание повторных нежелательных беременностей в сроках гестации от 4 до 12 недель было произведено у 12 юных женщин, не применявших контрацепцию. Методами прерывания явились: медикаментозный аборт (3); мини-аборт (3); инвазивный аборт с дилатацией шейки матки и кюретажем (6). У одной пациентки послеабортный период осложнился обострением хронического эндометрита, проведено стационарное лечение.

Желанные беременности у женщин, вступивших в брак, в сроках гестации до 13 недель имели 5 пациенток. Из их числа 3 были госпитализированы в стационар с диагнозом «угрожающий аборт» в сроках беременности 5–12 недель.

При обследовании гениталий через год после аборта диагностированы следующие гинекологические заболевания: фоновые заболевания шейки матки (73,8%), хронические сальпингоофориты в фазе ремиссии (23,1%), хронические цервициты (51,5%), неспецифические вульвовагиниты (66,9%). Таким образом, имело место сочетание двух-трех заболеваний у одной пациентки. При расширенной кольпоскопии и цитологическом исследовании диагностирована следующая патология шейки матки: незаконченная зона трансформации с открытыми протоками желез, кистозно-расширенными железами (87,5%), простая лейкоплакия (10,4%), CIN I (2,1%). При патологии шейки матки проведено радиохирургическое и лазерохирургическое лечение с эффективностью 96,3%.

Изучено психоэмоциональное состояние 130 юных женщин сравнительной группы и 50 беременных женщин контрольной группы, не планирующих прерывание беременности, с использованием экспериментально-психологического тес-

тирования. Разработаны критерии оценки типа психоэмоционального реагирования на искусственное прерывание медицинским абортом первой беременности во втором триместре у юных женщин, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Критерии оценки типа психоэмоционального реагирования юных женщин на искусственное прерывание первой беременности во втором триместре

Психологический тест	Критерии оценки	Компенсированный тип реагирования	Субкомпенсированный тип реагирования	Декомпенсированный тип реагирования
САН	баллы	>5	5	<5
Метод Спилбергера-Ханина	РТ	<30	30–45	>45
	ЛТ	<30	30–45	>45
Тест Люшера	Уровень тревоги	Отсутствует (0 баллов)	Ситуационная тревога (1–2 балла)	Выраженная тревога (3–6 баллов)
	Коэффициент вегетативного баланса	<1	< или =1	>1
	Саморегуляция	Сохранена	Ослаблена	Резко снижена
	Контроль над эмоциями и поведением	Сохранен	Ослаблен	Утрачен
	Степень конфликта	Отсутствует	Минимальная или средняя	Средняя
	Эмоции	Положительные	Отрицательные или положительные	Отрицательные
	Способность оценить и повлиять на ситуацию	Сохранена	Ослаблена	Утрачена
Шкала для самооценки депрессии Цунга	Признаки депрессии	Отсутствуют	Отсутствуют	Легкая депрессия, субдепрессивное состояние
Миссисипская шкала для оценки ПТСР (гражданский вариант)	Признаки ПТСР	Отсутствуют	Отсутствуют	Выявлены признаки ПТСР

Тестирование проводилось дважды – первый раз в условиях женской консультации перед направлением в стационар на медицинский аборт, второй раз –

только в сравнительной группе, через 1 год после прерывания беременности. Изучение психоэмоционального состояния 130 юных женщин сравнительной группы с использованием методики САН выявило: усреднённые показатели самочувствия в сравнительной группе равнялись 4,68 баллам, настроения – 4,78 баллам, активности – 4,9 баллам, т. е. по всем показателям снижены.

Изучение психоэмоционального состояния юных женщин контрольной группы с использованием методики САН выявило: усреднённые показатели самочувствия в контрольной группе равнялись 6,98 баллам, настроения – 6,35 баллам, активности – 6,16 баллам, что статистически достоверно выше, чем в сравнительной группе ($p < 0,05$).

Исследование уровня личностной и реактивной тревожности методом Спилбергера-Ханина в сравнительной группе выявило: низкий уровень реактивной тревожности у 14 (10,8%) юных женщин, средний уровень реактивной тревожности у 45 (34,6%), высокий уровень реактивной тревожности у 71 (54,6%) юных женщин.

Уровень личностной тревожности в сравнительной группе представлен следующими данными: низкий уровень у 16 (12,3%) юных женщин, средний уровень 39 (30,0%), высокий уровень у 75 (57,7%) юных женщин. Исследование уровня личностной и реактивной тревожности методом Спилбергера-Ханина в контрольной группе выявило: низкий уровень реактивной тревожности у 21 (42,0%) юной женщины, средний уровень реактивной тревожности – 28 (56,0%), высокий уровень реактивной тревожности у 1 (2,0%) юной женщины. Уровень личностной тревожности в контрольной группе представлен следующими данными: низкий уровень у 14 (28,0%) юных женщин, средний уровень у 35 (70,0%), высокий уровень у 1 (2,0%) юной женщины. При исследовании уровня депрессии в сравнительной группе с использованием шкалы Цунга обнаружены у 94 (72,3%) пациенток – легкая депрессия ситуационного или невротического генеза, у 21 (16,2%) – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. У остальных 15 (11,5%) женщин по данным тестирования признаков депрессии не выявлено. При изучении уровня депрессии в контрольной группе с использованием шкалы Цунга обнаружены у 2 (4,0%) – легкая депрессия ситуационного или невротического генеза, у 3 (6,0%) – субдепрессив-

ное состояние или маскированная депрессия. У остальных 45 (90,0%) женщин признаков депрессии не выявлено. Распределения юных женщин сравнительной группы, перед прерыванием первой беременности медицинским абортom во втором триместре и через 1 год после прерывания беременности по типу психоэмоционального реагирования представлены на рисунке 2.

Через год после прерывания первой беременности медицинским абортom во втором триместре было проведено исследование наличия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по Миссисипской шкале ПТСР (гражданский вариант). Отсутствие признаков ПТСР выявлено у 13,9% юных пациенток, наличие признаков ПТСР выявлено у 86,1% юных пациенток.

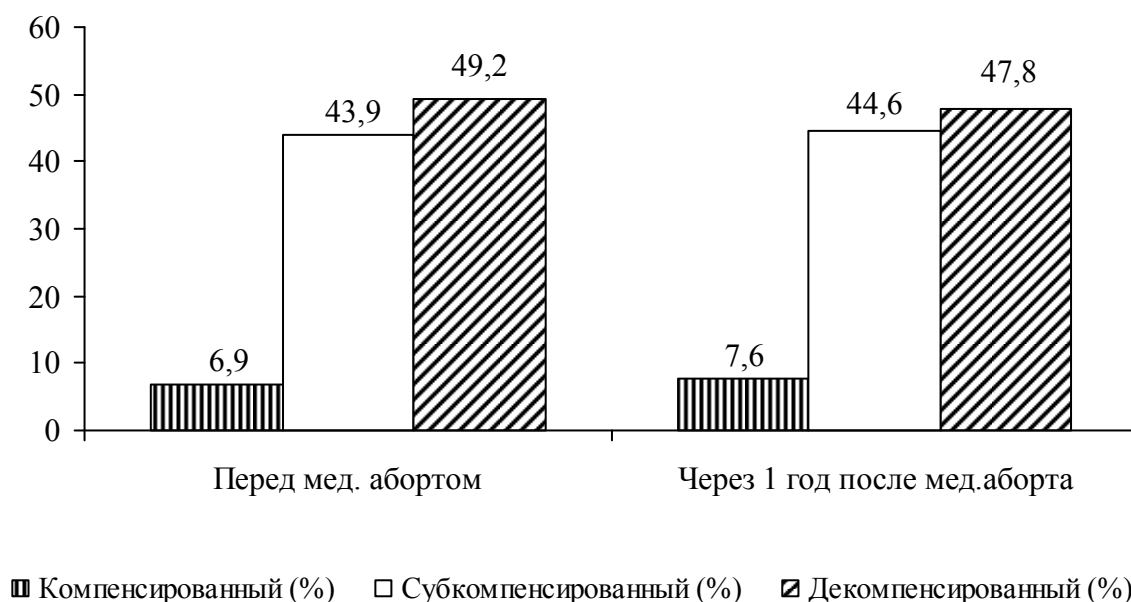


Рис. 2. Распределение юных женщин сравнительной группы, перед прерыванием первой беременности медицинским абортom во втором триместре и через 1 год после прерывания беременности по типу психоэмоционального реагирования

Влияние искусственного прерывания первой беременности во втором триместре в юном возрасте на течение последующей пролонгированной беременности, родов и состояние новорожденного было изучено у 70 женщин.

При этом были получены следующие данные: соматические заболевания были диагностированы у 57,1% юных женщин, наибольшее число из которых представлены анемиями (74,2%), ОРВИ (58,1%), гестационным пиелонефритом (13,1%).

Диагностированные во время пролонгированной беременности гинекологические заболевания представлены: вагинитами различной этиологии (82,2%), эрозиями шейки матки (41,1%), хроническими сальпингоофоритами (24,2%).

Беременность осложнилась токсикозом первой половины (39,1%), гестозом второй половины беременности (38,1%). Отмечен высокий процент (61,1%) угрозы прерывания. Отклонения в количестве околоплодных вод имели 12,2% женщин, в том числе – многоводие (7,1%), маловодие (5,1%). У 69 юных пациенток роды закончились через естественные родовые пути, кесарево сечение сделано у одной (1,4%). Преждевременные роды произошли у 3 (4,3%) женщин. Перенашивание беременности было в 5,1% наблюдений. Несвоевременное излитие околоплодных вод произошло у 53,3% юных женщин, в том числе раннее – у 27,1%, преждевременное – у 26,2%. Аномалии родовой деятельности наблюдались у 12,9% рожениц, в том числе чрезмерно сильная родовая деятельность – у 7,2%, слабость родовой деятельности (первичная и вторичная) имела место у 5,7% рожениц. Акушерские травмы мягких родовых путей наблюдались у 16,4% рожениц, в том числе разрывы шейки матки первой степени (5,7%), второй степени (3,6%), разрывы промежности первой степени (5,7%), поверхностный разрыв влагалища (1,4%), эпизиотомия произведена у 25,7% рожениц. Амниотомия проведена у 24,3% рожениц, ручное вхождение в полость матки – у 8,6%. Роды осложнились частичной отслойкой нормально расположенной плаценты в одном наблюдении, закончились через естественные родовые пути. Ранний послеродовый период у одной родильницы осложнился гипотоническим кровотечением (кровопотеря 550,0 мл). В состоянии асфиксии разной степени тяжести родилось 22,9% новорожденных, внутриутробное инфицирование плода (пневмония, пиодермия, конъюнктивит, ринит) имело место у 16,0% новорожденных. Клинические симптомы постгипоксического поражения центральной нервной системы диагностированы у 22,9% новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии. В 12,9% имела место гипотрофия плода, морфофункциональная незрелость, внутриутробная задержка развития плода. Приведенные данные позволяют заключить, что юные женщины, перенесшие искусственное прерывание первой беременности во втором триместре, являются группой риска по развитию осложнений при последующей пролонгированной беременности.

Для снижения неблагоприятных последствий искусственного прерывания первой беременности во II триместре у юных женщин, нами разработана и реализована программа оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Программа представлена 3 этапами.

I этап. При обращении юной женщины в женскую консультацию по поводу прерывания первой беременности во II триместре, должны строго соблюдаться этические нормы поведения врача по отношению к юной пациентке. Проводится комплексное клиничко-лабораторное обследование. При нарушении биоценоза влагалища и наличии вагинитов проводится санация с учетом этиологии. Пациентка консультируется со смежными специалистами (терапевт, стоматолог, ЛОР, окулист, психотерапевт). В задачу психотерапевта входит формирование на основании тестирования трех основных категорий (с компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным типом реагирования), которым проводятся лечебнопрофилактические мероприятия с индивидуальным подходом. После комплексного обследования и проведенной психологической подготовки юная женщина с соответствующим заключением направляется в гинекологический стационар.

II этап. В гинекологическом стационаре для искусственного прерывания первой беременности во втором триместре согласно современным установкам применяется неинвазивный управляемый аборт. При наличии противопоказаний применяется один из комбинированных методов.

После рождения плода и последа производится ревизия полости матки большой кюреткой, родовые пути осматриваются в зеркалах. При наличии разрывов производится их восстановление. В послеабортном периоде у юных женщин группы риска (гинекологические заболевания воспалительного генеза в анамнезе или очаги экстрагенитальной хронической инфекции) назначаются антибактериальные препараты соответственно чувствительности к антибиотикам в течение 5–7 дней, курс лазеротерапии. Обязательным является ультразвуковое исследование на первые и 4–5 сутки после медицинского аборта для контроля сокращения матки и состояния её полости.

В послеабортном периоде рекомендуется применять иммуномодулятор Миелоид, комплексный иммуноглобулиновый препарат, обладающий высокой иммуномодулирующей активностью. С первых суток послеабортного периода назначают комбинированные оральные контрацептивы. Выписка из стационара производится через 5–6 суток. Перед выпиской производится бимануальное исследование. Дается справка – рекомендация об обязательной явке в женскую консультацию через 1 месяц после аборта.

III этап. В женской консультации через месяц после первого медицинского аборта во втором триместре проводится комплексное обследование. Оптимальными методами лечения диагностированных фоновых заболеваний шейки матки у юных женщин является лазерохирургический или радиохирургический с использованием аппарата «Сургитрон». При ведении юных женщин с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий, рекомендуется после получения курса антибиотикотерапии, либо параллельно с ним (3–5 день) применение фитотерапии (лекарственный сбор «Аднектин»), препарата «Ацилакт» с 7-го дня интравагинально с целью восстановления биоценоза влагалища. Разработанная нами программа оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий применена у 50 юных женщин основной группы.

Женщины основной группы подвергались комплексному клинико-лабораторному обследованию. По экспериментальному психологическому тестированию в основной группе перед абортом получены следующие результаты. По тесту САН усредненные показатели самочувствия равнялись 4,8 баллам, настроения – 4,76 баллам, активности – 4,87 баллам, что ниже нормальных показателей. Исследование уровня личностной и реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину выявило высокий уровень реактивной тревожности у 58,0% и личностной тревожности у 56,0% юных женщин, что свидетельствовало о высоком риске развития невротоподобных нервно-психических расстройств. При исследовании личностных особенностей с использованием теста Люшера у 88,0% женщин выявлены признаки эмоциональной напряженности, что является предпосылкой для развития аффективных нарушений различной степени глубины. При изучении уровня депрессивных расстройств по шкале Цунга выявлена легкая депрессия ситуационного или невротического генеза у 74,0% обследованных.

Перед производством медицинского аборта во II триместре у юных женщин диагностированы следующие соматические заболевания: желудочно-кишечного тракта – 3 (6%); мочевой системы – 4 (8%); железодефицитная анемия – 15 (30%); ЛОР-болезни – 1 (2%); дыхательной системы – 1 (2%); сердечно-сосудистой системы – 4 (8%); органов зрения – 5 (10%); кожные заболевания (нейродермит) – 1 (2%); эпилепсия – 1 (2%).

Гинекологические заболевания, диагностированные при обследовании перед прерыванием первой беременности во втором триместре: неспецифические вульвовагиниты – 12 (24%); хронические сальпингоофориты в стадии ремиссии – 7 (14%); эрозии шейки матки – 14 (28%); хронический цервицит – 13 (26%).

Для прерывания беременности у женщин основной группы был применен комбинированный метод с использованием акупунктуры, простагландинов, препаратов, усиливающих сократительную способность матки, спазмолитиков.

При осмотре шейки матки в зеркалах после рождения последа во всех наблюдениях констатирована ее целостность. Последы и соскобы были подвергнуты гистоморфологическому исследованию. Воспалительные изменения были диагностированы в 23 (46%) наблюдениях.

У двух юных женщин имели место осложнения на 12- и 15-й день после прерывания беременности – эндомиометрит. Проводилось комплексное лечение в гинекологическом стационаре соответственно современным установкам, выписаны с выздоровлением.

Через один месяц в женской консультации при проведении расширенной кольпоскопии выявлены у 15 юных женщин следующие патологические состояния шейки матки: эктопия цилиндрического эпителия с незаконченной зоной трансформации, открытыми протоками желез и кистозно-расширенными железами – 12 (24%), простая лейкоплакия – 3 (6%). При цитологическом исследовании мазков с влагалищной части шейки матки атипии не выявлено. Через 2 месяца после аборта проведено радиохирургическое лечение выявленной патологии шейки матки. Благоприятные результаты констатированы в 96,6% наблюдений.

Через год после первого медицинского аборта во втором триместре проведено комплексное обследование женщин основной группы с использованием анкетирования, тестирования с участием психотерапевта.

Прерывание повторных нежелательных беременностей в сроках гестации 5–10 недель было произведено у 4 юных женщин. При обследовании гениталий диагностированы гинекологические заболевания: фоновые заболевания шейки матки – 4 (8,0%), сальпингофориты в фазе ремиссии – 7 (14,0%), неспецифические вульвовагиниты – 16 (32,0%).

При проведении расширенной кольпоскопии получены следующие данные: эктопия цилиндрического эпителия с незаконченной зоной трансформации, открытыми протоками желез и кистозно-расширенными железами – 4 (8%), хронический экзоцервицит – 14 (28%). По поводу диагностированной патологии шейки матки у 4 женщин было проведено радиохирургическое лечение с благоприятными результатами. При диагностированных хронических сальпингофоритах проведено комплексное противовоспалительное лечение по схеме разработанной в программе. Исход лечения – выздоровление.

Применение экспериментально-психологических тестов у 50 юных женщин основной группы через год после прерывания первой беременности медицинским абортom во втором триместре выявило следующее: изучение психоэмоционального состояния с использованием методики САН (в баллах): самочувствие – $6,23 \pm 0,14$; настроение – $6,86 \pm 0,22$; активность $6,45 \pm 0,19$. Исследование уровня личностной и реактивной тревожности методом Спилбергера-Ханина показало снижение доли пациенток с высоким уровнем личностной тревожности с 58,0 до 44%, с высоким уровнем реактивной тревожности с 56,0 до 42,0%. Анализ изменений психоэмоционального статуса юных женщин по методу Цунга показал достоверное снижение доли пациенток с признаками легкой депрессии ситуационного или невротического генеза с 74,0 до 14,0%, доля пациенток без признаков депрессии в основной группе увеличилась с 10,0 до 44,0%. Исследование личностных особенностей юных женщин по методике Люшера в основной группе установило, что у 5 (10,0%) юных женщин были выявлены признаки эмоциональной напряженности: 3 (6,0%) юных пациентки испытывали ситуационную тревогу, 2 (4,0%) находились в состоянии стресса различной выраженности. У остальных 45 (90,0%) признаки тревоги отсутствовали.

Данные сравнительного анализа распределения юных женщин основной и сравнительной групп, прервавших первую беременность медицинским абортom

том во втором триместре, по типу психоэмоционального реагирования до прерывания беременности и через 1 год после аборта представлены в таблице 2.

Таблица 2

Тип психоэмоционального реагирования юных женщин основной и сравнительной групп перед первым медицинским абортom и через 1 год после медицинского абортa в сравнительном аспекте

Тип реагирования	Группы			
	основная, n=50		сравнительная, n=130	
	перед медицинским абортom	через 1 год после медицинского абортa	перед медицинским абортom	через 1 год после медицинского абортa
Компенсированный (%)	8,0	46,0*	6,9	7,6
Субкомпенсированный (%)	44,0	26,0*	43,8	44,6
Декомпенсированный (%)	48,0	28,0*	49,2	47,8

* Разница достоверна $p < 0,05$.

ВЫВОДЫ

1. Изучение медико-социальных данных и результатов комплексного обследования показало, что прерывание первой беременности во втором триместре у юных женщин производится на фоне социальной дезадаптации, наличия вредных привычек (табакокурение – 76,2%, употребление алкоголя – 63,4%, опыт употребления наркотических средств – 21,2%), высокого удельного веса хронических экстрагенитальных (57,6%) и гинекологических (71,6%) заболеваний, в связи с чем, эти женщины относятся к группе высокого риска по развитию осложнений абортa как в ближайшем, так и в отдаленном периоде.

2. При изучении результатов искусственного прерывания первой беременности во втором триместре у юных женщин установлен высокий процент (16,2%) ранних осложнений (преимущественно воспалительного генеза – 8,6%). При обследовании репродуктивной системы в отдаленном периоде выявлен высокий удельный вес гинекологической патологии: фоновые заболевания шейки матки (73,8%), хронические сальпингоофориты (23,1%), неспецифические вульвовагиниты (66,9%).

3. При комплексном обследовании с использованием экспериментально-психологических методов установлено неблагоприятное влияние прерывания пер-

вой беременности во втором триместре и развившихся в послеабортном периоде осложнений на психоэмоциональную сферу юной женщины: формирование аффективных нарушений различного уровня, включая развитие субдепрессивных состояний с сохранением через год признаков посттравматического стрессового расстройства.

4. Искусственное прерывание первой беременности во втором триместре у юных женщин формирует неблагоприятный фон для репродуктивной функции в перспективе, что подтверждается высоким удельным весом осложнений последующей пролонгированной беременности: хроническая фетоплацентарная недостаточность (65%), угроза прерывания беременности (61,1%), поздний гестоз (38,1%) и родов: несвоевременное излитие околоплодных вод (53,3%), аномалии родовой деятельности (12,9%), травмы мягких родовых путей (16,4%), асфиксии новорожденного разной степени тяжести (22,9%), внутриутробное инфицирование плода (16%).

5. Разработанная программа оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с включением изменений в стандарты обследования, технологию выполнения прерывания первой беременности во втором триместре и дальнейшее наблюдение в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде позволило снизить число осложнений аборта с 16,2 до 4,0% и уменьшить число пациенток с декомпенсированным типом психоэмоционального реагирования с 49,2 до 28,0%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В практическом здравоохранении рекомендуется использовать разработанную программу оптимизации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при искусственном прерывании первой беременности во втором триместре у юных женщин, представленную в текстовом варианте и в виде алгоритма, состоящую из трех этапов: на первом этапе проводится углубленное комплексное обследование юной женщины с участием смежных специалистов (терапевт, оториноларинголог, окулист, стоматолог, психотерапевт) с проведением лечебнопрофилактических мероприятий при диагностированной патологии гениталий и коррекции психоэмоциональных нарушений. На втором этапе

в гинекологическом стационаре выполняется прерывание беременности с использованием метода неинвазивного управляемого аборта. В послеабортном периоде назначаются антибактериальные препараты, фитосбор («Аднектин»), низкоинтенсивное лазерное излучение, иммуномодуляторы, таблетированные гормональные контрацептивы. При выписке дается справка – рекомендация, проводится доверительная беседа. На третьем этапе, через месяц после прерывания беременности, в женской консультации проводится комплексное обследование юной женщины, лечение выявленной гинекологической патологии. В отдаленном периоде в индивидуальном порядке осуществляется планирование этапов дальнейшего диспансерного наблюдения юной женщины.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Зарипов, Т.Ш. Влияние первого медицинского аборта во втором триместре на психоэмоциональное состояние девушки-подростка / Т.Ш. Зарипов, В.Б. Трубин, Н.Н. Глебова // Материалы. X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – Москва, 2009. – С. 305.

2. Зарипов, Т.Ш. Оптимизация оказания медицинской помощи юным женщинам, прерывающим первую беременность медицинским абортом во втором триместре. / Т.Ш. Зарипов, Н.А. Озерчук, А.Р. Трубин // Вопросы теоретической и практической медицины: матер. 74-й Респуб. науч. конф. студентов и молодых ученых. БГМУ. – Уфа, 2009. – Т. 1. – С. 186–187.

3. Зарипов, Т.Ш. Оптимизация предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода при искусственном прерывании первой беременности медицинским абортом во II триместре у девушек-подростков / Т.Ш. Зарипов, В.Б. Трубин, А.Н. Додонов // Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья: сб. тез. Всерос. науч.-практич. конф. – М., 2009. – С. 128.

4. Зарипов, Т.Ш. Особенности течения и ведения пролонгированной беременности после первого медицинского аборта во втором триместре, произведенного в подростковом возрасте / Т.Ш. Зарипов, Н.А. Озерчук, А.Р. Трубин // Вопросы теоретической и практической медицины: матер. 74-й Респуб. науч. конф. студентов и молодых ученых. БГМУ. – Уфа, 2009. – Т. 1. – С. 188–189.

5. Трубин, В.Б. Дифференцированный подход к лечению фоновых забо-

леваний шейки матки у юных женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom в I и II триместрах / В.Б. Трубин, Т.Ш. Зарипов, А.Р. Трубин // Проблемы репродукции. – 2009. – Спец. вып. – С. 205–206.

6. Трубин, В.Б. Оптимизация предоперационной подготовки, техники выполнения операции, ведения послеоперационного периода при первом медицинском аборте во втором триместре у юных женщин / В.Б. Трубин, Т.Ш. Зарипов, Н.Н. Глебова // Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 304.

7. Трубин, В.Б. Осложнения пролонгированной беременности и родов у юных женщин, перенесших первый медицинский аборт во II триместре в подростковом возрасте / В.Б. Трубин, Т.Ш. Зарипов, А.Р. Трубин // Материалы III регионального научного форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 279–280.

8. Зарипов, Т.Ш. Клинико-функциональная характеристика женщин возрастной группы 15–24 лет при искусственном прерывании первой беременности во втором триместре / Т.Ш. Зарипов, В.Б. Трубин, В.Л. Юлдашев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 108–111.

9. Зарипов, Т.Ш. Оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий при первом медицинском аборте во втором триместре / Т.Ш. Зарипов, В.Б. Трубин, В.Л. Юлдашев // Медицинская наука и образование Урала. – 2010. – № 1. – С. 13–15.

10. Зарипов, Т.Ш. Современные подходы к оценке влияния первого медицинского аборта во втором триместре на психоэмоциональное состояние юных женщин / Т.Ш. Зарипов, В.Б. Трубин, В.Л. Юлдашев // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – № 3. – С. 27–29.

ЗАРИПОВ ТИМУР ШАМИЛЕВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ
ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА ВО ВТОРОМ
ТРИМЕСТРЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ ЮНОЙ ЖЕНЩИНЫ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел.: (347) 250-81-20;
тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 07.09.2012 г.
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,0.
Тираж 100. Заказ № 708.

