

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Шулика В.Р., Воробьева Т.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи г. Гродно», Гродно*

В структуре материнской смертности прерывание беременности и его последствия (особенно септические осложнения) занимают первое место (26%). Хирургическое прерывание беременности, в последние десятилетия продолжает оставаться основным средством регуляции рождаемости, тем самым приводя к ухудшению репродуктивного здоровья. Понятие «репродуктивное здоровье» включает в себя нормальную менструальную, детородную функции, гармонию психосексуальных отношений, отсутствие заболеваний. Аборт и его последствия могут привести к нарушению каждой из составляющих репродуктивного здоровья населения (Кулаков В.Н. и др., 1998; Сидорова И.С. и др., 2003).

По мнению ряда авторов, прерывание беременности, проведенное технически идеально, часто приводит к развитию различных осложнений, которые неблагоприятно сказываются на здоровье женщины. А развитие таких осложнений связывают как с механическим повреждением эндометрия и последующей воспалительной реакцией, так и с выраженными гормональными сдвигами, обусловленными вначале физиологическими изменениями, вызванными развивающейся беременностью, а затем ее прерыванием (Радзинский В.Е. и др., 2003; Сидельникова В.М., 2005; Чернуха Е.А., 2006). К наиболее частым осложнениям относят нарушения менструального цикла, бесплодие смешанного генеза, развитие миомы матки, прогрессирование эндометриоза, дисгормональные заболевания молочных желез, формирование и прогрессирование психовегетативного синдрома, метаболических расстройств, депрессии (Герасимович Г.И., 2004; Carp H.J. et al., 2005; Серов В.Н., 2009).

Помимо этого, гинекологические заболевания возникают у 10-20% женщин, перенесших искусственное прерывание беременности. Хронические воспалительные процессы половой

сферы обостряются почти у половины из них. Наибольшую опасность представляет инфицированный аборт, когда при распространении септической инфекции могут развиваться сальпингоофорит, метроэндометрит, параметрит, метрит, тазовый перитонит, тромбофлебит вен матки (Дуда В.И. и др., 2002; Richani K., 2005; Katherine J. Gold, et al., 2010).

Вместе с тем, исключением не являются такие осложнения, как задержка частей плодного яйца, истмико-цервикальная недостаточность, нарушение менструального цикла. Перфорация матки встречается сравнительно редко. Она может привести к повреждению крупных сосудов матки, ранению сальника, петель кишечника, мочевого пузыря (Дуда В.И. и др., 2002; Сидельникова В.М., 2005; Серов В.Н., 2009).

Согласно современным представлениям, нарушения менструальной функции, такие как олигоменорея, мено- и метроррагии относятся к поздним осложнениям прерывания беременности. Как правило, причиной этих состояний являются нейроэндокринные нарушения центрального генеза, аменорея, возникающая вследствие нарушения регенеративной способности эндометрия (при прерывании беременности с помощью кюретки происходит не только удаление плодного яйца, но и травматизация базального слоя эндометрия, а также мышечного слоя матки) с последующим угнетением функции яичников, а также развитие спаечного процесса в области внутреннего зева цервикального канала вследствие его травматизации (Пересада О.А. и др., 2005; Сидельникова В.М., 2005; Saito I.L. et al., 2007).

Кроме того, прерывание беременности в I триместре вызывает изменение состояния вегетативной нервной системы, которое приводит к нарушению адаптивных возможностей организма и может повлечь за собой развитие или прогрессирование ранее существующей дистонии. Будучи психической травмой, прерывание беременности может вызывать ряд эмоциональных нарушений с развитием психастении, навязчивых состояний (Радзинский В.Е. и др., 2003; Сидельникова В.М. и др., 2005).

По мнению большинства исследователей, вторичное бесплодие, трубная беременность, угрожающий выкидыш, самопроизвольные аборты, привычное невынашивание являются отдаленными последствиями прерванной беременности

(Радзинский В.Е. и др., 2003; Ярилин А.А. и др., 2005; Katherine J. Gold, et al., 2010).

В настоящее время основными направлениями современной медицины остаются пропаганда надежных и безопасных методов планирования семьи. Не вызывает сомнения тот факт, что в случае наступления незапланированной беременности прерывание должно производиться в оптимальные сроки, обязательно в медицинском учреждении высококвалифицированным врачом при адекватном обезболивании и с обязательным последующим назначением реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление и сохранение репродуктивного здоровья женщины (Сидельникова В.М. и др., 2005; Gallo M.F. et al., 2006; Lunghi L. et al., 2007).

По нашему мнению, реабилитационные мероприятия после прерывания гестации должны включать в себя профилактику осложнений и отдаленных последствий, и предполагать применение комбинированных эстроген-гестагенных контрацептивов, антибактериальных препаратов коротким курсом, витаминотерапии, седативных препаратов, физиотерапевтическое лечение (ультразвук на низ живота, электрофорез с медью, лазеромагнитотерапия).

Согласно данным ряда авторов (Сидельникова В.М. и др., 2005; Мустафин Ч.К. и др., 2009; Подзолкова Н.М. и др., 2009; Katherine J. et al., 2010), после прерывания беременности в организме происходит нарушение регуляции овариально-менструальной функции. Напряжение всех систем адаптации способствует тому, что множество клеток паравентрикулярных ядер гипоталамуса находятся в состоянии возбуждения, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ЛГ). Наблюдается монотонное повышенное выделение ЛГ вместо его почасового выброса, яичники увеличиваются, они выделяют эстрогены, надпочечники - глюкокортикостероиды. Описанные выше изменения носят функциональный характер и обратимы (Агеева М.И., 2000; Бубнова Н.И. и др., 2001; Радзинский А.А. и др., 2009).

Исследователи показали, что в последующем развивается анатомическая фаза нарушения овариально-менструальной функции. Как вариант предболезни, рассматривается гипертекозный яичник

(вследствие стимуляции его ЛГ). При отсутствии коррекции данного состояния в дальнейшем возможны следующие варианты патологии: недостаточность лютеиновой фазы, вторичные поликистозные яичники, гиперплазия эндометрия, миома матки, текоматоз в яичниках, текома в зрелом возрасте, пролактинома, синдром Иценко – Кушинга, болезнь Иценко – Кушинга (Lee C.K. et al., 1999; Bjontorp P. et al., 2000 Gujrati V.R. et al., 2000).

Принимая во внимание различные звенья патогенеза осложнений и последствий прерывания гестации, в комплекс реабилитационных мероприятий рекомендуется включать комбинированные эстроген-гестагенные гормональные средства, которые угнетают выработку гонадотропных релизинг-гормонов и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме искусственный менструальный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона, что напоминает гормональный фон ранних сроков беременности (Шорников А.И. и др., 1997; Прилепская В.Н., 2010). Таким образом, на фоне использования гормональных контрацептивов организм женщины легче переносит послеабортный «гормональный» стресс.

По нашему мнению, применение оральной контрацепции, помимо профилактики нейроэндокринных нарушений, значительно уменьшает риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов после прерывания гестации и, что немаловажно, является методом контрацепции. Учитывая тот факт, что у здоровых рожавших женщин функциональные нейроэндокринные нарушения после прерывания беременности нормализуются в течение 3-4 месяцев, комбинированные оральные контрацептивы следует принимать на протяжении не менее трех менструальных циклов. При необходимости дальнейшей контрацепции, хорошей переносимости препарата и желании женщины гормональные средства можно назначать и далее.

Мы считаем целесообразным после прерывания гестации назначение антибактериальной терапии коротким курсом (не более 7 дней - антибиотики широкого спектра действия) с целью профилактики гнойно-септических осложнений. В комплекс послеабортной реабилитации необходимо также включать антистрессовые витамины (в течение 1-3 месяцев), пищевые

добавки. При этом, по нашему мнению, оптимальным является выбор витаминов, содержащих антиоксиданты, которые корректируют изменения гемостаза, наблюдающиеся после прерывания гестации.

Кроме того, для восстановления репродуктивного здоровья необходимо широко использовать такие методы, как иглоукалывание, массаж, лазеро- и магнитотерапия, а также психотерапевтические методы реабилитации (Carrasco G. et al., 1998; Кулаков В.И. и др., 2000; Сидельникова В.М. и др., 2005).

Таким образом, мы считаем, что комплекс реабилитационных мероприятий после прерывания беременности должен включать:

1. Антибактериальную терапию в течение 7 дней (антибиотики широкого спектра действия).
2. Прием комбинированных оральных контрацептивов в течение 3-6 месяцев. При наличии противопоказаний к приему гормональных средств показан прием негормональных фитопрепаратов, обладающих способностью оптимизировать работу репродуктивной системы.
3. Витаминотерапию в течение 3 месяцев.
4. Физиотерапевтическое лечение (ультразвук на низ живота, электрофорез с медью, лазеромагнитотерапия).
5. Иглоукалывание.
6. Консультацию психотерапевта.
7. Планирование следующей беременности с обязательным проведением прегравидарной подготовки.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АППАРАТУРА ИНСТИТУТА ФИЗИКИ НАНБ И ПК «ЛЮЗАР» И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ

Ляндрес И.Г., Мостовников А.В.

НТЦ «Лэмт» БелОМО, Минск;

БелМАПО, Минск

Институт физики НАНБ им. Б.И. Степанова, Минск

ПК «Люзар», Минск

Общепризнано, что лазерное излучение является одним из наиболее эффективных физических факторов, используемых в