

ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕРЫВАНИЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ

Проблема охраны репродуктивного здоровья человека в России в настоящее время приобрела особую актуальность. Это обусловлено стечением особых социальных и экономических процессов на рубеже XX-XXI столетия.

Наиболее значительным фактором этих процессов является отрицательный естественный прирост населения. Несмотря на определенную тенденцию к снижению аборт, число их продолжает превышать число родов почти в 2 раза. В то же время, большое число исследований свидетельствует о том, что медицинский аборт таит в себе большую опасность для репродуктивной системы в перспективе [1].

При последующей наступившей желанной беременности и родах возрастает большое число осложнений [2]. У женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, кроме различных патологических состояний половой системы, имеются психические нарушения: повышенный уровень невротизации, наличие негативных переживаний, тревожность, напряженность, растерянность, депрессия, раздражительность.

В связи с изложенным, остается высокозначимой проблема восстановления репродуктивного здоровья у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, имеющих репродуктивные потери (медицинские аборты).

Единого решения проблемы реабилитации женщин с репродуктивными потерями в анамнезе (медицинские аборты), представленного в виде единой дифференцированной системы, определенной сроками применения и индивидуальным подходом, в доступной литературе мы не встретили [3].

Для обоснования, разработки и применения реабилитационных мероприятий нами изучены осложнения беременности и родов у женщин, перенесших операцию искусственного прерывания беременности в первом триместре перед наступлением данной протонгированной желанной беременности.

Целью настоящего исследования явилась разработка системы лечебно-реабилитационных меропри-

ятий при прерывании первой беременности медицинским абортом в первом триместре.

Для обоснования выполнения поставленной цели нами изучены особенности течения беременности и родов у 135 женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

При обследовании женщин во время желанной протонгированной беременности применялись современные информативные методы соответственно государственным стандартам, как в женской консультации, так и в акушерском стационаре.

Наблюдавшиеся женщины находились в возрасте от 17 до 40 лет. По социальному положению наибольшее число составили служащие (49,6 %). Состояли в браке 66,7 % женщин. В анамнезе имели соматические заболевания 91,9 % женщин, гинекологические заболевания — 84,4 % (фоновые заболевания шейки матки — 48,9 %, вагиниты — 92,1 %, сальпингоофориты — 31,1 %). На момент обследования экстрагенитальные заболевания имели 91,1 % пациенток (наибольшее число составили беременные с нарушением вегетативной нервной системы — 32,6 %, хроническим пиелонефритом — 23 %, миопией — 30,4 %).

Осложнения после медицинского аборта имелись у 35,6 % женщин (воспалительные заболевания матки и придатков, нарушение менструальной функции, бесплодие).

Течение протонгированной беременности осложнилось угрозой прерывания беременности (62,2 %, в том числе до 12 недель беременности в 31,9 %), ранними токсикозами (34,8 %), поздними гестозами (55,6 %), железодефицитной анемией (72,6 %).

Во время беременности перенесли острое респираторное заболевание 57 % пациенток, вагиниты — 81,5 %, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний — 14,8 %. Во время родов были следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод (53,3 %), первичная слабость родовой деятельности (7,4 %), разрывы шейки матки (7,9 %), разрывы промежности 1 степени (11,9 %).

Оперативные вмешательства в родах: амниотомия (22,2 %), эпизио- и перинеотомия (26,7 %), ручное отделение и выделение последа (5,2 %), ручное обследование полости матки (2,2 %).

Родоразрешены операцией кесарева сечения 18,5 % беременных. Показания для кесарева сечения были преимущественно сочетанными (11,9 %). Высокий удельный вес среди показаний для кесарева сечения занимают экстрагенитальные заболевания (6,7 % из 18,5 %). В 52 % операция кесарева сечения выполнена в плановом порядке.

Всего родились 135 новорожденных, из них 1,5 % — недоношенными. Выписаны в удовлетворительном состоянии домой с живыми детьми 94,8 % женщин, в 5,2 % случаев новорожденные переведены в отделение патологии новорожденных (недоношенность, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ВУИ).

Для женщин, прервавших первую беременность медицинским абортom, разработана **система лечебно-реабилитационных мероприятий** с их поэтапным выполнением.

ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ

В женской консультации проводится комплексное обследование женщины, обратившейся по поводу первого медицинского аборта в первом триместре. В доброжелательной спокойной обстановке с соблюдением строгой конфиденциальности изучается анамнез: социальное, семейное положение, наличие хронических экстрагенитальных заболеваний, психических травм, взаимоотношения с партнером, его реакция на наступившую беременность, причины прерывания беременности.

Используются психотерапевтические воздействия — убеждение в благоприятном прогнозе, даются конкретные индивидуальные рекомендации.

Проводится более углубленное, чем при общепринятых стандартах, обследование: выявление ИППП, взятие мазков на АТК, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия, консультация психотерапевта. Проводится этиотропное лечение инфекционных заболеваний, выявленных при обследовании гениталий.

ВТОРОЙ РАЗДЕЛ

В гинекологическом стационаре операция аборта проводится в день поступления пациентки опытным акушером-гинекологом.

В сроке беременности до 9 недель аборт производится методом вакуум-эксколляции, в сроке 10-12 недель — методом кюретажа. Операция аборта производится под адекватным общим обезболиванием (калипсол, кеталар). За час до аборта назначается трихопол 0,5 г и повторяется через 8 часов после аборта. В послеабортном периоде, по показаниям, назначаются антибактериальные препараты, таблетированная оральная контрацепция, иммуномодуляторы. Через сутки после аборта проводится

контрольное УЗИ. Выписка — на вторые сутки после операции.

При выписке даются рекомендации — применение таблетированных контрацептивов в течение ближайшего месяца после аборта, явка в женскую консультацию после первых очередных месячных. Обследование гениталий, при выявлении патологии — назначение соответствующего лечения. Определение вида контрацепции и сроков наступления следующей желанной пролонгированной беременности.

Учитывая, что пациентка потеряла беременность, у нее имеется психологическая реакция, выраженная в той или иной степени. Поэтому проводится консультация психотерапевта, по показаниям назначается соответствующая терапия.

ТРЕТИЙ РАЗДЕЛ

Во время наступившей желанной пролонгированной беременности, после ранее перенесенного прерывания беременности медицинским абортom, проводится комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

При взятии на учет изучается анамнез по общепринятым стандартам, с акцентом на причину первого аборта, наличие осложнений после его производства, длительность их лечения. Изучается семейное положение при настоящей беременности и психоэмоциональное состояние женщины. По показаниям, назначается консультация психотерапевта. Задачами психотерапевта являются диагностика эмоциональных и личностных нарушений у беременных женщин с репродуктивными потерями в анамнезе и проведение лечебных мероприятий. В комплексном лечении осложнений беременности (невынашивания, гестоза), имеющих связь с эмоциональными и личностными нарушениями, используются психотерапевтические методы.

Для изучения психического состояния женщины, при сроках беременности 12, 20 недель и перед родами (за 1-2 недели) могут быть рекомендованы следующие психологические методики — оценка личностной и реактивной тревожности по Спилбергеру, оценка уровня депрессии по Цунгу.

Учитывая, что наиболее частыми осложнениями беременности, наступившей и пролонгированной после перенесенного первого медицинского аборта, являются угроза прерывания беременности, гестозы, анемия, целесообразна госпитализация пациенток этой группы в сроки беременности 12, 20, 32, 36 недель для проведения более углубленного обследования и назначения (по показаниям) соответствующего лечения.

При угрозе прерывания беременности назначаются дюфастон, иглорефлексотерапия и симптоматическое лечение с индивидуальным подходом.

При гестозах, кроме проведения лечебных мероприятий соответственно современным установкам, целесообразно назначение дезагрегантов (трентал), активатора тканевой биоэнергетики (рибоксин), актовегина для улучшения маточно-плацентарного кро-

вотока. В комплексную терапию входят антиоксиданты и мембраностабилизаторы (витамин Е, эссенциале-форте, липостабил), препараты, нормализующие сосудистую проницаемость (рутин, витамин С), метаболизм (метионин, фолиевая кислота).

Лечение железодефицитной анемии проводится комплексно в течение всей беременности и продолжается в период кормления грудью под контролем анализа крови и с участием гематолога.

При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, кроме акушера-гинеколога, должны участвовать анестезиолог, неонатолог, по показаниям — психолог.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение особенностей течения беременности и родов, наступивших у женщин после прерывания первой беременности медицинским абортом, пока-

ло развитие у них высокого удельного веса осложнений (поздние гестозы, угроза прерывания беременности, анемии, травматизм мягких родовых путей, аномалии родовой деятельности). Полученные данные явились обоснованием для разработки комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, имеющих целью снижение числа осложнений беременности и родов и улучшение репродуктивного здоровья данной группы женщин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Руководство по планированию семьи /В.И Кулаков, В.Н. Серов, Н.Н. Ваганова. — М., 1997. — 298 с.
2. Серов, В.Н. Осложнения и материнская смертность при абортах /В.Н. Серов, О.В. Мананникова //Матер. 3-й Росс. конф. по планированию семьи. — М., 1996. — С. 20-22.
3. Медико-консультативная помощь при искусственных абортах /В.И Кулаков, Е.М. Вихляева, И.С. Савельева и др. — М., 2005. — 110 с.



ИЗ РАЦИОНА ДОШКОЛЬНИКОВ ИСКЛЮЧАТ СОЛЕННЫЕ ОГУРЦЫ

С 1 апреля в дошкольных учреждениях Москвы вводится новое меню, более разнообразное и обогащенное витаминами, сообщает АМИ-ТАСС.

Согласно новым нормам, меню не должно повторяться в течение 20-дневного периода; сейчас же этот срок составляет 10 дней.

Многие продукты заменяют на более полезные, в частности, вместо соленых огурцов в винегрет будут добавлять морскую капусту. Питьевую воду будут отныне давать только из бутылок, а рацион разнообразят большим количеством фруктов, свежевыжатыми соками и витаминизированными напитками.

Предполагается, что смена рациона позволит справиться с растущим количеством заболеваний, связанных с неполноценностью пищи — анемией, эндокринными заболеваниями, избыточной массой тела, сообщили в городской администрации.

Утверждению новых норм питания предшествовал эксперимент, который проводился в тридцати дошкольных учреждениях столицы в течение двух месяцев. Результаты эксперимента оказались достаточно обнадеживающими, так как дети стали меньше болеть.

Недавно витаминная «политика» также была введена во всех московских школах.

Источник: Mednovosti.Ru