

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Проведено исследование уровня гипофизарных и яичниковых гормонов у подростков после искусственного прерывания беременности, проводилась диагностика психовегетативного статуса. Полученные данные свидетельствуют о негативных изменениях в гормональном гомеостазе после аборта у подростков, психовегетативных нарушениях.

Ключевые слова: аборт, беременность, прерывание, девушки-подростки, психовегетативные нарушения.

Аборты – одна из самых актуальных медико-социальных проблем в нашей стране. Каждый десятый аборт в России производится в подростковом возрасте [3,1]. Аборт – является одной из основных причин нарушения репродуктивного здоровья женщины в будущем [4]. Частота осложнений после абортов у подростков в 2 – 2,5 раза больше, чем у женщин репродуктивного возраста. Очень сложным и малоизученным остается вопрос относительно психоэмоционального состояния девушек после искусственного прерывания беременности.

Цель исследования – снизить частоту осложнений и патологии репродуктивной системы у девушек-подростков после искусственного аборта на основе комплексного изучения особенностей психовегетативного статуса, менструальной функции и оптимизации восстановительного лечения.

Объект и методы исследования

Проведено обследование 104 девочек-подростков (15 – 18 лет), обратившихся для прерывания первой беременности в сроке 6 – 12 недель (основная группа). Для определения особенностей менструальной функции и психовегетативного статуса была обследована контрольная группа из 80 небеременных и не имеющих в анамнезе беременностей девочек-подростков. Группы сопоставимы по возрасту, по перенесенным и сопутствующим заболеваниям. В исследование не включались девушки, страдавшие острыми воспалительными заболеваниями, тяжелой и декомпенсированной экстрагенитальной патологией, манифестными формами гинекологических заболеваний, а также пациентки, которым за анализируемый период осуществлялись хирургические или гинекологические операции и вмешательства. Пациентки основной группы в зависимости от особенностей реабилитации после аборта были раз-

делены на две подгруппы. Первую подгруппу составили 40 девочек-подростков, реабилитация которых проводилась с использованием общепринятых мероприятий, направленных на профилактику и лечение эндокринных расстройств и воспалительных заболеваний гениталий (проведение профилактических курсов антибактериальной терапии, назначение комбинированных оральных контрацептивов). Вторую подгруппу составили 40 пациенток, в реабилитацию которых были включены также мероприятия, направленные на коррекцию психовегетативных нарушений. В процессе реабилитации использовали в течение 10 дней электрофорез лекарственных веществ на верхнешейный отдел позвоночника (при ваготонии – с кальцием, мезатоном, при симпатикотонии – 0,5% раствором эуфиллина, магнием, бромом), фитопрепараты антидепрессивного, антитревожного и седативного действия, фенибут – транквилизатор-ноотроп, обладающий вегетотропным, психокорректирующим эффектами. Проводилась психорелаксационная терапия с использованием метода прогрессивной мышечной релаксации (Jacobson E., 1938). Третья подгруппа – 24 девушки, которые не получили после аборта специальной реабилитационной терапии. Исследуемые основной группы наблюдались в течение полугода с контрольным обследованием через 1 и 6 месяцев.

Для оценки состояния репродуктивной системы применяли метод иммуноферментного анализа определения концентрации в крови гонадотропных гормонов (ЛГ, ФСГ, ПРЛ), яичников (прогестерон), стандартными наборами фирмы «Хоффман Ла Рош» (Франция). Помимо этого, всем включенным в исследование проводилось изучение психоэмоционального статуса с помощью психофизиологических тестов: тест Спилберга в модификации Ханина Ю.Л. (1976), шкала Цунга для оценки депрессии. Исследова-

ние функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось при помощи кардиоинтервалографии. Для исследования использовался аппарат для компьютерной кардиоинтервалографии «Валента», портативный электрокардиограф «Heart Monitor 1», с последующей обработкой данных по специальной программе анализа variability сердечного ритма. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Для анализа динамики изменений и сравнения показателей вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку (m), критерий Стьюдента (t). Различия между сравниваемыми величинами признавались достоверными при $p < 0,05$ ($t > 2,0$).

Результаты исследования

Анализ полученных данных выявил следующие особенности гормонального гомеостаза у обследованных девушек. Установлено, что в 1-й месяц после прерывания беременности в сроке 5-12 недель отмечается повышение ФСГ в разные фазы менструального цикла. Так в 1-й месяц после аборт уровень ФСГ на седьмой день менструального цикла составил $6,90 \pm 0,44$ МЕ / л, на 21 – й день цикла в группе $5,39 \pm 0,26$ МЕ / л, что превышает показатели в контрольной группе, которые составили соответственно $3,08 \pm 0,47$ МЕ / л и $1,90 \pm 0,15$ МЕ / л ($p < 0,05$). В VI менструальном цикле уровень ФСГ в 1-й фазе составил $1,99 \pm 0,18$ МЕ / л, (контрольная группа – $3,08 \pm 0,47$ МЕ / л), во 2-й фазе $2,84 \pm 0,46$ МЕ / л в то время как в контрольной группе – $1,90 \pm 0,15$ МЕ / л ($p < 0,05$).

Концентрация ЛГ у девушек после прерывания беременности была выше показателей контрольной группы. К VI менструальному циклу этот показатель на 7-й день цикла практически не отличался во всех группах, однако на 21-й день цикла уровень ЛГ превышал показатели контрольной группы.

Изучение уровня пролактина в крови девушек после искусственного аборта показало, что I менструальном цикле этот показатель был выше, чем в контрольной группе. Так в 1-й месяц после аборта уровень пролактина на седьмой день менструального цикла составил $602,6 \pm 13,6$ мМЕ / л, на 21 – й день цикла $613,1 \pm 13,0$ мМЕ / л, что превышает показатели в контрольной группе, которые составили соответственно $287,2 \pm 42,2$ мМЕ / л и $297,5 \pm 37,8$ мМЕ / л ($p < 0,05$). К VI менструальному циклу после аборта уровень пролактина оставался выше, чем в контрольной группе.

Исходные данные уровня прогестерона в крови обследованных девушек, были одинаково-

выми в I МЦ после аборта как в первую, так и во вторую фазу цикла и составляли $1,47 \pm 0,09$ нмоль / л и $3,87 \pm 0,18$ нмоль / л (в контрольной группе – $0,49 \pm 0,07$ нмоль / л и $7,78 \pm 0,04$ нмоль / л соответственно). К VI МЦ после аборта уровень прогестерона во вторую фазу цикла вырос ($6,24 \pm 0,29$ нмоль / л), но оставался ниже уровня контрольной группы.

Таким образом, после искусственного прерывания беременности концентрации ЛГ, ФСГ и пролактина остаются повышенными и нормализуются только к VI менструальному циклу, а уровень прогестерона у большинства девушек остается ниже нормы, как в первой, так и во второй его фазе.

Аборт является сильным стрессогенным фактором и может отрицательно повлиять на формирование девушки как личности в дальнейшем.

Шкалы в тесте Спилбергера – Ханина позволяют оценить реактивную тревожность, отражающую состояние в данный конкретный момент времени, и личностную тревожность, которая является относительно устойчивой индивидуальной характеристикой. Личностная тревожность соответствовала умеренному уровню и достоверно не различалась в обеих группах. В то же время у подростков, прервавших беременность, уровень реактивной тревожности был достоверно выше по сравнению с девушками контрольной группы.

Выявлено, что подростки основной и контрольной групп отличались по уровню депрессии. Так, депрессия различной степени выраженности у юных женщин, прервавших беременность, встречалась в 42,5% случаев, что в два раза чаще, чем у подростков группы сравнения.

Об исходном вегетативном тоне (ИВТ) судили по наиболее информативному показателю кардиоинтервалографии – индексу напряжения (ИН1). У обследованных подростков выявлены различия в направленности исходных вегетативных тонусов. У пациенток основной группы выявлены значительные изменения ИВТ, которые выражались в преобладании симпатического тонуса. У 61% юных женщин зарегистрирована симпатикотония и у каждой четвертой пациентки – гиперсимпатикотония – 25%, что свидетельствует о перенапряжении регуляторных систем. В контрольной группе преобладала эйтония – 61%, а симпатикотония и ваготония зарегистрированы в 24% и 15% случаев соответственно. Таким образом, даже у здоровых подростков процессы, обеспечивающие адаптацию организма к меняющимся условиям внутренней среды, не всегда оптимальны и могут устанавливаться на критической черте. В основной группе гиперсимпа-

тическая реактивность наблюдалась у 28% пациенток, что свидетельствует о выраженном напряжении адаптационно-компенсаторных механизмов у каждой третьей девушки, прерывающей беременность. В контрольной группе нормальная вегетативная реактивность преобладала (у 93%), и свидетельствовала о достаточных резервах адаптационных механизмов, поддерживающих вегетативный гомеостаз.

Полученные данные послужили основой для разработки нового способа комплексной реабилитации с использованием средств, направленных на коррекцию психовегетативных расстройств.

У подростков, получавших общепринятую реабилитационную терапию, достоверных изменений в состоянии исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности не наблюдалось. У них сохранялось выраженное напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов вегетативной регуляции. В то время как в подгруппе пациенток, получавших лечение комплексным методом, имелась тенденция к восстановлению состояния вегетативной нервной системы. Следовательно, метод комплексного лечения обладает более выраженным вегетостабилизирующим действием, в отличие от традиционной реабилитационной терапии.

Выводы

Таким образом, наши исследования показали, что искусственное прерывание беременности у подростков вызывает дисфункцию гипофизарно-яичниковой системы, происходит изменение концентрации яичниковых и гипофизарных гормонов. Функция гипофизарно-яичниковой системы восстанавливается постепенно и вызывает изменения характера менструального цикла и общего состояния девушки в целом. Прерывание беременности у девушек – подростков сопровождается как выраженными изменениями в психоэмоциональной сфере в виде: депрессии, снижения настроения, повышенного уровня тревожности, продолжающимися длительное время, так и вегетативными нарушениями, что диктует необходимость включения в комплекс реабилитации вегетотропных и психокорректирующих средств. Использование КОК и мероприятий, направленных на коррекцию психовегетативных нарушений у подростков после перенесенного аборта приводит к нормализации гормональных показателей и менструальной функции в целом, к снижению психовегетативной дисфункции, что имеет важное значение в дальнейшем формировании нормальной репродуктивной функции.

10.02.2011

Список литературы:

1. Брюхина Е.В. Беременность и роды у подростков. //ЕВ. Брюхина //Контрацепция и здоровье женщины – 2001. – №2 – 46–47.
- 2.Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2000. – 560 с.
- 3.Краснопольский В.И., Савельева И.С., Белохвостова Ю.Б., Соколова И.И., Ерофеева Л.В. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек – подростков и молодых женщин//Вестник Росс. Ассоциации акуш. – гинек. 1998г. №1, с. 87–89.
4. Jacobson E. Progressive relax. New York, 1976.

Сведения об авторе:

Батурина Наталья Владимировна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии
Оренбургской государственной медицинской академии
460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел. (3532) 724838, 266210, e-mail: prima7@bk.ru

UDC 618.39 – 053.71 – 08

Baturina N.V.

E-mail: prima7@bk.ru

WAYS TO IMPROVE EARLY REHABILITATION TREATMENT AFTER ARTIFICIAL INTERRUPTION OF THE FIRST PREGNANCY IN GIRLS

A study of the level of pituitary and ovarian hormones in adolescents after abortion was conducted psycho status. The findings suggest that negative changes in hormonal homeostasis after an abortion in adolescents, psycho-vegetative disorders.

Key words: abortion, pregnancy termination, adolescent girls, psycho-vegetative disorders.

Bibliography:

1. Bryuhina EV Pregnancy and childbirth among adolescents. / EB. Bryuhina / Contraception and women's health – 2001. – №2 – 46-47.
2. Gurkin YA Adolescent Gynecology: A Guide for Physicians. – St. Petersburg: Folio, 2000. – 560.
3. Krasnopolsky VI, Savel'ev IS, Belohvostova JB, Sokolova II, Erofeev, LV Family planning and reproductive health of girls – and young women, Vestnik Ross. Association of midwives. – Hynek. 1998. №1, pp. 87-89.
4. Jacobson E. Progressive relax. New York, 1976.