

© Ф.Ф. Бадретдинова, Ш.Х. Ганцев, В.Б. Трубин

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

г. Уфа, Россия

ФОНОВЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН, РАЗВИВШИЕСЯ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ

Аннотация. Разработан комплекс профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при первом медицинском аборте и ведении последующей наступившей беременности и родов для улучшения репродуктивного здоровья и качества жизни будущей матери. Исследование проводилось в сравнительном аспекте у 204 первородящих женщин: первая группа (101) – перенесшие медицинский аборт и лазерохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки и вторая группа (103) – не имеющиеотягощенного акушерского анамнеза. Прерывание первой беременности медицинским абортом в I триместре приводит к травмированию шейки матки и возникновению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Наступившая в последующем беременность и роды имеют высокий удельный вес осложнений.

Ключевые слова: фоновые и предраковые заболевания шейки матки, беременность, медицинский аборт, лазерохирургическое лечение.

© F. Badretdinova, S. Gantsev, V. Trubin

Bashkir State University of Medicine

Ufa, Russia

BACKGROUND AND PRECANCEROUS CERVICAL DISEASES DEVELOPED IN ANTENATAL WOMEN AFTER THE FIRST PREGNANCY MEDICAL ABORTION

Abstract. We elaborated a set of preventive, therapeutic and rehabilitation measures in case of the first medical abortion, subsequent pregnancies and births to improve the reproductive health and quality of life of an expectant mother. The study was conducted in a comparative aspect in 204 Primiparous women: first group (101) – who have had medical abortion and laser – surgical treatment of background cervix diseases and the second group (103) – having no aggravated obstetric history. The medical abortion of the first pregnancy in the first trimester leads to cervix injury and background and precancerous cervical disease predisposition. A subsequent pregnancy and childbirth have a high proportion of complications.

Key words: background and precancerous cervical diseases, pregnancy, medical abortion, laser – surgical treatment.

Введение. Современная демографическая ситуация в России является одной из актуальных проблем, имеет четко выраженную направленность – низкий уровень рождаемости [2, 5]. Неоспоримо, что основная

демографическая проблема связана с социальными условиями. Репродуктивные потери являются конечным результатом влияния социальных и биологических факторов на исход беременности для матери и плода [7, 8].

В настоящее время репродуктивное здоровье женщин характеризуется низким уровнем рождаемости, высоким уровнем патологии беременности и родов, экстрагенитальной патологии, перинатальных потерь, заболеваемости и смертности новорожденных. Роды с различными осложнениями имеют постоянную тенденцию к увеличению и составляют 78,5 % от общего числа проходящих через акушерский стационар. Имеет место стабильный рост анемии, болезней мочеполовой и сердечно-сосудистой системы, увеличение числа гестозов [2]. Остается высоко значимой проблема восстановления репродуктивной функции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, имеющим в анамнезе медицинские аборт, особенно протекающие с осложнениями [4, 9].

Большое число исследований свидетельствует о том, что аборт таит в себе большую опасность для репродуктивной системы в перспективе [2, 5]. Особую опасность представляет прерывание первой беременности медицинским абортом. Проблема абортов и их осложнений, несмотря на установившуюся тенденцию к снижению, по-прежнему остается актуальной и требует углубленного изучения. Одним из часто встречающихся осложнений первого медицинского аборта являются фоновые заболевания шейки матки [1]. При последующей наступившей после медицинского аборта беременности и родах возрастает число осложнений [3, 6].

У женщин с репродуктивными потерями в анамнезе кроме различных патологических состояний половой системы имеются аффективные и личностные нарушения, невротизация, тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, депрессия, раздражительность.

Цель исследования – изучение влияния первого медицинского аборта

в I триместре на развитие фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и оценка особенностей течения последующей пролонгированной беременности и родов.

Материалы и методы. Изучены особенности течения беременности и родов у 204 первородящих, представленных двумя группами: первой (101) – с медицинским абортom в анамнезе и второй (103) – не имеющейотягощенного акушерского анамнеза. Методы исследования: клинические, лабораторные (бактериоскопические, бактериологические, цитологические, гистоморфологические), инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические – кольпоскопия), проведено анонимное анкетирование.

Результаты исследования. Наибольшее число женщин первой и второй групп находилось в возрасте от 18 до 30 лет (89,3 %). Большинство женщин той и другой группы по социальному положению были работающими (65,3 % и 68,2 %). Наличие вредных привычек (курение) было отмечено у 28,3 % и 26,2 % соответственно в первой и второй группе. Средний возраст начала половой жизни составил $16,7 \pm 1,2$ года. Методы контрацепции использовали 57,3 % и 62,5 % соответственно в первой и второй группе. Хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии на момент обследования имели 75,6 % в первой и 67,5 % во второй группе. Заболевания желудочно-кишечного тракта в первой группе встречаются у 32,8 % женщин, во второй – у 19,3 %; заболевания эндокринной системы (диффузное увеличение щитовидной железы, ожирение, мастопатия) – соответственно у 35,8 % и 36,2 %; органов зрения (миопия, астигматизм) – у 32,5 % и 30,4 %; расстройства вегетативной нервной системы, пролапс митрального клапана – у 31,3 % и 28,5 %; железодефицитная анемия – у 37,3 % и 26,8 %. В целом на каждую женщину первой и второй группы приходилось 2,1 и 1,6 заболевания соответственно.

При изучении результатов первого медицинского аборта в первой группе отмечается высокий удельный вес юных женщин до 20 лет (48,6 %).

Половина из них представлена учащимися общеобразовательных школ, средних специальных учебных заведений и вузов. При анонимном анкетировании выявлено, что при медицинском аборте все юные пациентки не состояли в браке, имели хорошие материально-бытовые условия 45,3 % пациенток, в 47,5 % имело место раннее начало половой жизни (от 13 до 15 лет). Методом контрацепции пользовались только 27,6 %. В 48,5 % прерывание первой беременности проводилось на фоне эрозии шейки матки и в 12,8 % – на фоне хронического сальпингоофорита.

Осознание наступления первой внебрачной беременности у 70,5 % юных женщин сопровождалось беспокойством и страхом. Сожаление о необходимости сделать аборт имели 22,8 % респонденток. Безразличное отношение к беременности испытывали 3,8 % женщин, крайне отрицательно относились к наступлению беременности 2,9 %. Отношение полового партнера к беременности было неоднозначным: положительное (29,8 %), настаивали на аборте (32,6 %), не знали о беременности (17,1 %), нейтральную позицию занимали 22,3 % партнеров. По данным анкетирования 53,2 % пациенток приняли решение о прерывании беременности самостоятельно. При обследовании перед медицинским абортом диагностированы экстрагенитальные заболевания (хронические гастриты, холециститы, пиелонефриты, железодефицитная анемия) в фазе ремиссии (1,7 заболевания на каждую женщину).

Прерывание беременности в сроки 8–10 недель проводилось методом кюретажа после предварительной дилатации шейки матки с использованием обезболивания (внутривенный наркоз). В течение месяца после первого аборта у 14,1 % женщин диагностированы воспалительные заболевания матки и придатков (лечение проводилось стационарно, комплексно). Осложнения воспалительного характера матки и придатков наблюдались у женщин, имевших ранее данную патологию в фазе ремиссии.

В отдаленном периоде (через 2–3 месяца) произведено комплексное

обследование репродуктивной системы женщин, прервавших первую беременность абортom. При этом были диагностированы фоновые заболевания шейки матки во всех наблюдениях: незаконченная зона трансформации с кистозно-расширенными железами (89,3 %), простая лейкоплакия (9,6 %), цервикальная интраэпителиальная неоплазия легкой степени (CIN I) (1,1 %). Проведено лазерохирургическое лечение диагностированных фоновых заболеваний шейки матки с эффективностью лечения 95,6 %. У женщин, перенесших прерывание первой беременности медицинским абортom и последующее лазерохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки, в сроки через 2–3 года наступила желанная беременность, которая закончилась родами.

При проведении сравнительной оценки течения беременности и родов у женщин первой (101) и второй (103) групп отмечено, что все женщины наблюдались в женской консультации. Беременность протекала в той и другой группе на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний в фазе ремиссии. Течение беременности осложнилось поздним гестозом у 38,5 % и 35,6 % женщин первой и второй группы соответственно. Многоводие чаще ($p < 0,05$) наблюдалось в первой группе – 6,9 % и 2,1 % соответственно. Высокий процент железодефицитной анемии диагностирован, как в первой, так и во второй группе. В обеих группах имел место высокий удельный вес вагинитов (79,2 % и 68,3 %). Более чем в половине наблюдений острую респираторную инфекцию во время беременности перенесли женщины, как первой (59,8 %), так и второй группы (56,3 %). Гестационный пиелонефрит перенесли 19,3 % женщин первой группы и 2,9 % второй (разница статистически достоверна – $p < 0,05$). Беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 81,3 % в первой группе, и у 94,5 % – во второй группе. Осложнения в родах в первой и второй группе: несвоевременное излитие околоплодных вод – 52,4 % и 38,5 %, аномалии родовой деятельности (слабость) – 21,5 % и 12,5 %, травмы мягких родовых путей

32,4 % и 24,5 % соответственно. Кесарево сечение произведено в 18,7 % и 5,5 % в первой и второй группе соответственно. Из показаний для операции кесарево сечения одна треть падает на экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени, приобретенные пороки сердца, грыжа межпозвоночного диска), две трети – на акушерские показания (гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, симфизиопатия, узкий таз, тазовое предлежание, разгибательные вставления головки плода, гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, отягощенный акушерский анамнез, ригидность шейки матки).

Кроме операции кесарево сечения оперативные вмешательства в родах представлены амниотомией (15,3 % и 9,5 %), ручным вхождением в полость матки в третьем периоде родов в связи с плотным прикреплением плаценты (18,7 % и 10,6 %), эпизио- и перинеотомией (19,5 % и 16,8 %) соответственно в первой и второй группе. Кровотечения в раннем послеродовом периоде диагностированы в 6,3 % и 4,2 % соответственно (остановлены консервативными методами). Преждевременными родами через естественные родовые пути беременность закончилась у 6,7 % первой и 3,2 % второй группы. В состоянии асфиксии родились 23,3 % и 21,5 % новорожденных соответственно в первой и второй группе. Перенашивание имело место в 1,2 % в первой группе. Первичная гипогалактия встречалась у 6,5 % и 3,6 % соответственно в первой и второй группе (при преждевременных родах, при кесаревом сечении, при асфиксии плода). В отделение патологии новорожденных переведены 6,3 % детей первой и 5,4 % второй группы (незрелость, внутриутробное инфицирование плода). Представленные данные свидетельствуют о существенной разнице течения беременности и родов у женщин, перенесших аборт и лазерохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки и не имеющих отягощенного акушерского анамнеза.

Можно утверждать, что ряд осложнений, развившихся во время

беременности и родов у женщин первой группы, связаны с ранее перенесенной операцией медицинского аборта и проведенным лазерохирургическим лечением фоновых заболеваний шейки матки (угроза прерывания, аномалии родовой деятельности, плотное прикрепление плаценты, ригидность шейки матки, травмы мягких родовых путей, внутриутробное инфицирование плода).

Для снижения неблагоприятных последствий первого медицинского аборта в первом триместре нами разработан комплекс лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, включающий три этапа.

I этап – женская консультация, где в доброжелательной обстановке производится комплексное обследование женщин соответственно общепринятым стандартам и дополнительно – на инфекции, передающиеся половым путем, консультация психотерапевта.

II этап – гинекологический стационар – операция медицинского аборта производится в день поступления высококвалифицированным гинекологом под обезболиванием и одновременно вводится один из антибактериальных препаратов. В послеабортном периоде с профилактической целью антибактериальные препараты продолжают в течение 5 дней у женщин групп риска (с хроническими соматическими и гинекологическими заболеваниями воспалительного генеза в анамнезе). Через сутки проводится УЗИ для контроля сокращения матки, отсутствия остатков плодного яйца. С первого дня после аборта назначаются монофазные комбинированные гормональные контрацептивы, иммуномодуляторы.

III этап – назначается посещение женской консультации через 1 месяц после аборта, проводится комплексное обследование с использованием кольпоскопии. Проводится лечение выявленной патологии (в частности, фоновых заболеваний шейки матки, сальпингоофоритов). При наступившей желанной беременности, которая пролонгируется, составляется

индивидуальный план ведения с проведением профилактики невынашивания, фетоплацентарной недостаточности, гестозов, консультации психотерапевта. По показаниям осуществляется госпитализация в родильный дом в сроки 38–39 недель с составлением индивидуального плана ведения родов и метода родоразрешения.

Выводы

1. Нерожавшие женщины, прервавшие первую беременность медицинским абортom – группа риска по развитию фоновых и предраковых заболеваний шейки матки в связи с тем, что травма шейки матки при инвазивном аборте ведет к нарушению иннервации, рецепции и трофики органа.

2. Последующая пролонгированная беременность и роды, наступившая после перенесенного первого медицинского аборта и лазерохирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки протекает с высоким удельным весом осложнений (поздний гестоз, аномалии родовой деятельности, травмы мягких тканей родовых путей, высокий процент асфиксии новорожденных).

3. Для женщин, перенесших первый медицинский аборт, является обоснованным разработка и применение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в целях улучшения их репродуктивного здоровья.

Список литературы:

1. Волков В.Г., Захарова Т.В. Опыт применения СО₂-лазерной хирургии в комплексном лечении шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека // Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – Т. VII, № 1. – С. 95–97.

2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.

3. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. – М.: Аэрограф-Медиа, 2001. – 112 с.

4. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции.

– М.: Мед-пресс, 2008. – 383 с.

5. Трубина Т.Б., Трубин В.Б. Инфекционные осложнения медицинского аборта // Журн. Акушерства и женских болезней. – 1998. – Спец. вып. – С. 38–39.

6. Фролова И.И. Аспекты этиологии и патогенеза цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 78–86.

7. Хеффнер Л. Половая система в норме и патологии // Пер. с англ. Гунина А.Г. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 128 с.

8. Siddiqui G., Kurzel R.B. et al. Cervical dysplasia in pregnancy: progression versus regression postpartum // Obstet. Gynecol. – 2001. – № 97. – P. 13.

9. Singh K., Fong Y.E., Dong F. A viable alternative to surgical vacuum aspiration: repeated doses of intravaginal misoprostol over 9 hours for medical termination of pregnancies up to eight weekst // BJOG. – 2003. – Vol. 110. – P. 175–180.

Бадретдинова Фларида Фуатовна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, 450078, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, тел. 8-917-74-40-953; e-mail: fbadretdinova@mail.ru

Ганцев Шамиль Ханафиевич – заведующий кафедрой хирургии и онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ, директор клиники онкологии, академик АН РБ, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, 450075, Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, тел. 8(347) 248-40-58; e-mail: prfg@mail.ru

Трубин Владимир Борисович – профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 БГМУ, доктор медицинских наук, 450000, Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, тел.8 (347) 264-96-50.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 450000, г.Уфа, ул. Ленина, д.3.