

Сохранение репродуктивного здоровья в постабортном периоде

МГМСУ

Профессор А.Л. Тихомиров, А.А. Леденкова

В последнее время все больше внимания уделяется репродуктивному здоровью женщины, под которым подразумевается:

1. Нормальная менструальная функция.
2. Нормальная детородная функция.
3. Гармония психосексуальных отношений.
4. Отсутствие функционально-морфологических отклонений.

Учитывая тот факт, что на сегодняшний день медицина стала более агрессивной, что возрос процент внутриматочных вмешательств, достичь этого уровня репродуктивного баланса становится все более сложно.

Первой и основной проблемой на данном этапе остается **проблема аборта**. Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а частота аборт в России остается достаточно высокой по сравнению с другими странами. Даже если сравнивать Россию только со странами, имеющими сходный уровень рождаемости, то все равно число аборт на 100 родов в России превышает соответствующий показатель других стран в несколько раз. Несмотря на то, что за последние 10 лет в России число аборт сократилось почти вдвое, искусственным прерыванием по-прежнему заканчивается большая часть беременностей в нашей стране. Аборт также продолжают составлять одну из основных причин смерти в структуре материнской смертности.

Соответственно, и осложнения после аборта остаются нашей глобальной проблемой. Необходимость проведения профилактической и реабилитационной работы определяется теми осложнениями, которые встречаются после аборта. Частота осложнений искусственного прерывания беременности, по данным российских авторов, колеблется в широких пределах: от 1,6 до 52,3%. Особенно значимы эти осложнения тем, что они влияют в последующем на генеративную функцию женщины.

В структуре постабортных осложнений 16,8% составляют воспалительные процессы. Нередко воспалительные процессы в органах малого таза принимают затяжное хроническое течение, являясь причиной выраженных анатомических изменений гениталий, приводящих нередко к бесплодию, невынашиванию беременности и возникновению внематочной беременности [1].

Все внутриматочные вмешательства (особенно аборт) – это стресс. А стресс рассматривается как иммуносупрессор. Иммунная система блокируется на фоне стресса. Стресс, как известно, подавляет клеточный иммунитет и усиливает гуморальный иммунитет. Это было доказано различными эффектами гормонов стресса (глюкокортикоидов и катехоламинов) на

Th1/Th2-клетки и продукцию цитокинов типа 1 и 2. Кроме этого, острый стресс может инициировать воспалительные реакции в некоторых тканях через нейронную активацию периферической цепи кортикотропин-рилизинг-гормон – тучная клетка – гистамин, а также повлиять на течение инфекционных, аутоиммунных и воспалительных процессов. Эти механизмы объясняют высокий процент воспалительных процессов в постабортном периоде [1].

В связи с увеличением частоты эндометриоза в популяции молодых нерожавших женщин, имевших в анамнезе прерывание первой беременности, высказываются предположения о **взаимосвязи возникновения эндометриоза и аборта**. Признаки формирующегося эндометриоза, подтвержденного гистероскопически, были выявлены нами при нарушениях менструального цикла после аборта у каждой второй женщины. У 52,3% женщин после аборта появляется нейроэндокринный синдром, включающий нарушение генеративной и менструальной функции в сочетании с вегетативно-обменными нарушениями, ведущим среди которых является прогрессирующее нарастание массы тела.

Учитывая, что аборт – это стресс, то, соответственно, это состояние предболезни. Каждый стресс вначале вызывает возбуждение гипоталамических структур. Затем фаза возбуждения сменяется фазой разрушения, то есть функциональные изменения, которые предстают на фоне стресса, заканчиваются тяжелым разрушением структур гипоталамуса. И далеко не всегда имеет место обратное развитие. Динамика данного процесса во многом зависит от наличия или отсутствия преморбидного фона. После прерывания беременности у здоровых женщин постепенно происходит нормализация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых взаимоотношений, восстанавливаются гонадотропная функция гипофиза и овуляторные циклы в яичниках. А у женщин с неблагоприятным преморбидным фоном или повторными абортами восстановления гипофизотропных функций гипоталамуса и нормализации метаболических сдвигов не происходит, и развивается клиническая картина нейроэндокринного синдрома.

По нашим данным, для нейроэндокринного синдрома характерны повышение выделения АКТГ и вследствие этого увеличение содержания кортизола; повышение выделения пролактина и уровня тестостерона в крови; незначительное снижение уровня эстрадиола и выраженное уменьшение уровня прогестерона (отсутствии овуляции). У них нарушен углеводный обмен: характерна гипергликемия – от четко выраженной тенденции до значительного снижения толерантности к глюкозе. Нарушен также и липидный обмен: увеличена концентрация в крови ЛПНП, ЛПОНП, холестерина, триглицеридов.

церидов и повышен коэффициент атерогенности. Основными клиническими симптомами **нейроэндокринного синдрома** являются ожирение (индекс массы тела обычно выше 30 кг/м²), ановуляторная гипофункция яичников, умеренный гипертрихоз, тенденция к гипертензии, гипергликемия. Характерны симптомы гипоталамических (диэнцефальных) нарушений: головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, полиурия, полидипсия, полифагия, гипертермия. Менструальная функция нарушается по гипоменструальному типу. У 15–20% женщин наблюдаются ациклические маточные кровотечения, которые редко бывают обильными. В основе нарушения менструального цикла лежит нарушение гипоталамической регуляции выброса ЛГ и ФСГ гипофизом, что приводит к нарушению фолликулогенеза, созревания яйцеклетки и овуляции. Несмотря на олигоменорею, в эндометрии женщин с нейроэндокринным синдромом часто обнаруживаются пролиферативные процессы.

В возникновении ожирения определенную роль играет изменение пищевого поведения, центры которого находятся в вентромедиальных и латеральных ядрах гипоталамуса. Также важным фактором развития гипоталамического ожирения является гиперинсулинемия [1].

Каждый стресс вызывает возбуждение в гипоталамусе и активирует антистрессовые факторы. Ряд признаков антистрессовых яичниковых и надпочечниковых факторов зарегистрирован нами при УЗИ и гормональных исследованиях. Во-первых, яичники меняют свою структуру: становятся как при гипертекозе. Они увеличены, с гладкой поверхностью, утолщенной белесоватой капсулой, через которую просвечивают множественные мелкие кисточки диаметром 2–4 мм. Яичник становится полностью интерстициальной железой, увеличивается в размерах, т.к. пытается затормозить гипоталамус, вернуть систему в равновесие. Все это свидетельствует о том, что постепенно формируются вторичные поликистозные яичники. Резко активизируются и надпочечники, выделяя большое количество глюкокортикоидов. В результате наступает иммуносупрессия, потому что зарегистрированное повышенное выделение глюкокортикоидов действует как иммуносупрессор эндогенного характера.

Обобщая все эти данные, можно выделить 2 варианта фазности нейроэндокринной патологии (как послеабортное осложнение).

I вариант: возбуждение гипоталамуса – вторичный поликистоз – гиперплазия эндо- и миометрия.

II вариант: угнетение гипоталамуса – гипофункция яичников – гипотрофия матки.

С этой точки зрения внимание специалистов к искусственному прерыванию беременности привлечено не только как к хирургическому методу планирования семьи и регулирования рождаемости, но и как к сложной медицинской проблеме, всестороннее изучение которой обусловлено в первую очередь возможностью тяжелых гинекологических и эндокринных осложнений в организме женщины, которые в результате поражения механизмов регуляции в этой системе вызывают выраженные патологические изменения.

Учитывая, что аборт – это стресс, применение ком-

бинированных оральных контрацептивов (КОК) сразу после аборта выполняет функцию гипоталамических блокаторов. Они блокируют фазу возбуждения, тем самым прерывая эту сложную цепь. Если даже полной блокады фазы возбуждения добиться и не удастся, то она на фоне применения эстроген–гестагенных препаратов протекает без последствий. С помощью данного механизма можно добиваться профилактики ряда послеабортных осложнений. Учитывая тот факт, что заболевание имеет фазность (сначала функциональная, затем анатомическая фаза), целесообразно начинать применение КОК сразу с 1–го дня после аборта, в период возможной функциональной фазы, предотвращая наступление анатомической фазы.

В настоящее время более 90% женщин, применяющих КОК, используют низко- и микродозированные КОК, в состав которых входят 20–30 мкг этинилэстрадиола (ЕЕ) и современные прогестагены. Среди них одним из эффективных для подавления гипоталамического стресса можно считать современный КОК **Регулон** (содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела), действующий по принципу «необходимо и достаточно» и с возможностью применения в пролонгированном режиме по схеме 63/7, в отличие от микродозированных (20 мкг ЕЕ) КОК, подчас не удерживающих цикл даже в стандартном режиме – 21/7. Благодаря высокой эффективности, а также минимальному биохимическому, метаболическому и иммунологическому воздействию на организм Регулон не оказывает клинически значимого влияния на метаболизм, характеризуется хорошей переносимостью и высокой безопасностью при длительном применении. Он является одним из низкодозированных КОК на российском рынке и помимо всех благоприятных непротивопоказательных свойств, присущих современному КОК, характеризуется высокой контрацептивной надежностью, хорошим контролем менструального цикла, низкой частотой побочных эффектов.

Помимо вышеперечисленного и, учитывая значимость названия препарата для женщины после прерывания беременности – Регулон, мы решили исследовать возможность низкодозированного КОК Регулон (Gedeon Richter) в ингибировании гипоталамического стресса и его последствий у женщин после аборта. В исследование были включены 88 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, которым сразу после проведения искусственного аборта был назначен низкодозированный КОК Регулон (Gedeon Richter). 58 пациенткам препарат назначался в стандартном режиме – 21/7, 30 – в пролонгированном – 63/7. Контрольную группу составили 88 женщин, которым после аборта Регулон не назначался. Длительность наблюдения составила 6 мес.

Для достижения цели в рамках исследования использовались следующие методики: определение индекса массы тела; измерение артериального давления; определение липидного спектра; показатели гемостаза; определение толерантности к глюкозе; определение АКТГ, пролактина, кортизола, тестостерона в крови; УЗИ органов малого таза.

В основной группе, по данным вышеупомянутых методик сразу после аборта, через 3 и 6 мес. не отмечалось существенных колебаний данных всех параметров

вне зависимости от режима использования. Все пациентки этой группы не только полностью выполнили назначенный курс, но 52 женщины решили продолжить использование Регулона для дальнейшей контрацепции. У 32 женщин контрольной группы были обнаружены изменения, характерные для нейроэндокринного синдрома.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что низкодозированный КОК **Регулон является эффективным средством для ингибирования гипоталамического стресса и его последствий после артифициального аборта**. По данным ряда других отечественных авторов, оценены детально эффекты Регулона и после медикаментозных абортов [1].

Таким образом, получив положительные результаты исследования, мы можем рекомендовать назначение низкодозированного КОК Регулон (Gedeon Richter) на период 6 мес. после аборта женщинам, не имеющим противопоказаний к гормональной контрацепции, с целью ингибирования гипоталамического стресса и надежной контрацепции в послеабортном периоде.

И все же не вызывает сомнений, что наиболее эффективным средством борьбы с абортами является использование современных противозачаточных средств. Во всем мире проблеме планирования семьи, составной частью которой является контрацепция, в настоящее время отводится большое значение. Особое внимание уделено вопросам контрацепции и в разработанной специальной программе ВОЗ по репродукции человека [2,3]. В ряде стран благодаря внедрению современных методов контрацепции уже к настоящему времени решены демографические, социальные и медицинские проблемы, связанные со снижением числа абортов, оказывающих пагубное влияние на женский организм.

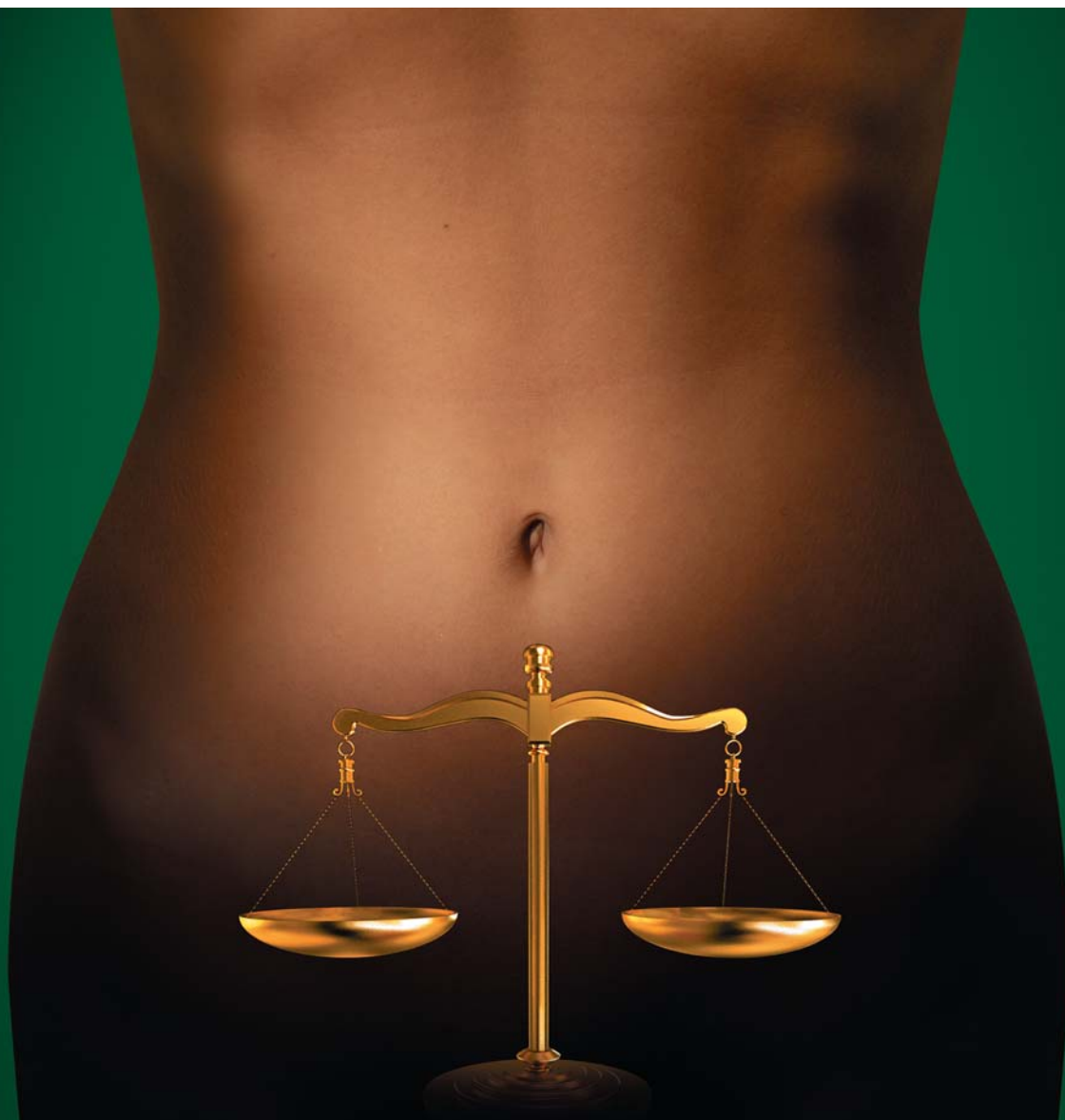
Литература

1. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции // Москва: МЕДпресс-информ, 2010.
2. Ткаченко Л.В., Раевский А.Г. Основные пути профилактики абортов и их осложнений // Гинекология. – 2004. – № 3. – С. 151–153.
3. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th edition. – Geneva, 2009.



РЕГУЛОН®

Дезогестрел 150 мкг, этинилэстрадиол 30 мкг



www.love4life.ru

Гормональное равновесие

- надежная контрацепция
- оптимальная регуляция менструального цикла
- гормональная реабилитация после гинекологических вмешательств



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru