



# Післяабортні захворювання та шляхи їх профілактики

**Висока поширеність абортів у різних країнах світу сьогодні залишається актуальною проблемою. Впровадження методів сучасної контрацепції знизило частоту абортів, але не усунуло потребу в них навіть у країнах з широким використанням засобів контрацепції. Післяабортні захворювання і шляхи їх профілактики обговорювалися в ході науково-практичної конференції та пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України з міжнародною участю «Невідкладні стани в акушерстві, гінекології та дитячій гінекології», що відбулася 23-25 вересня 2009 р. в Чернівцях. Цій темі був присвячений сумісний доклад завідувачої кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктора медичних наук, професора Віри Іванівни Пирогової та завідувача кафедри перинатальної медицини, дитячої та підліткової гінекології Одеського державного медичного університету, доктора медичних наук, професора Олександра Олексійовича Зелінського.**

За останні 10 років кількість абортів в Україні зменшилася у 6 разів, однак сьогодні цей показник залишається досить високим. У 2008 р. в Україні зареєстровано близько 17 випадків штучного переривання вагітності на кожну тисячу жінок репродуктивного віку. Цей показник втричі вищий за середньоєвропейський.

Штучний аборт — це неприродний процес, грубе втручання в організм вагітної жінки. Саме тому безпосередні та віддалені наслідки абортів є основними чинниками розладу репродуктивного здоров'я жінок. Після будь-якого, навіть найбільш безпечно проведеного абортів, неможливо уникнути негативних наслідків порушення діяльності ендокринної, імунної та нервової систем. Після повторних абортів ймовірність різних ускладнень підвищується, а негативні наслідки накопичуються.

Частота ускладнень залежить від методу, яким було проведено переривання вагітності, преморбідного фону, терміну вагітності й кількості попередніх абортів. Найчастіше виникають ускладнення після інструментального кюретажу порожнини матки, частота яких може сягати 35%, хоча ризик виникнення ускладнень безпосередньо під час операції порівняно невеликий. Після перенесення трьох і більше абортів можна з великою вірогідністю очікувати на порушення менструального циклу та розвиток запальних захворювань.

Згідно з класифікацією ВООЗ ускладнення після штучного абортів поділяють на ранні (виникають безпосередньо після операції та протягом першого місяця після операції) і відтерміновані. У наш час основну увагу приділяють проявам відтермінованих і віддалених ускладнень штучного переривання вагітності, які за класифікацією ВООЗ поділяють на такі:

- ушкодження і рубцеві зміни внутрішнього вичка та цервікального каналу, які призводять до істміко-цервікальної недостатності та невиношування вагітності;
- ушкодження і дегенерація ендометрія, утворення синехій, що призводять до порушення імплантації та виникнення анормалій розвитку плода;
- порушення прохідності маткових труб з виникненням безпліддя або позаматкової вагітності;
- ізоімунізація за резус-несумісності;
- психогенні розлади.

Серед відтермінованих ускладнень абортів найбільшу кількість становлять запальні захворювання матки і придатків (14-20%) та порушення менструального циклу (8-50%). Запальні захворювання виникають як у ранньому, так і в пізньому післяабортному періоді, а гормональні розлади — у більш віддалених термінах. Обидві групи ускладнень, як правило, тісно пов'язані між собою: навіть один раз перенесений запальний процес призводить до порушень менструального циклу в 68,5% випадків.

Негативний вплив штучного абортів найбільш виражений протягом першого року після переривання вагітності, особливо у вперше вагітних жінок. Перебіг наступної вагітності в них у 4 рази частіше супроводжується загрозою переривання

вагітності, ніж у пацієнток з пологами в анамнезі, та у 2 рази частіше спостерігається ускладнений перебіг пологів. Ще більшим є ризик виникнення ускладнень під час наступної вагітності та пологів у жінок, які переривають вагітність у віці до 17 років.

Штучне переривання вагітності навіть за неускладненого перебігу операції та післяопераційного періоду може викликати зміни в системі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники-яєчники. Первинною ланкою цих змін є пригнічення гонадотропної функції гіпофіза, яке проявляється зниженням секреції лютеїнізуючого гормону. Це, у свою чергу, призводить до порушення функції яєчників у більшості пацієнток у першому менструальному циклі після абортів, що перебігає за типом ановуляції або недостатності жовтого тіла та клінічно проявляється невчасним настанням і зміною характеру наступної після абортів менструації. Відновлення співвідношення гормонів гіпофіза і яєчників відбувається у переважній більшості жінок протягом перших трьох менструальних циклів. Проте деколи порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники-яєчники зберігаються впродовж тривалішого часу, набуваючи стійкого характеру; при цьому у пацієнток можуть не спостерігатися виражені клінічні прояви.

Ще одним наслідком абортів є нейроендокринний синдром, що включає порушення генеративної та менструальної функції у поєднанні з вегетативно-обмінними порушеннями, серед яких провідним є прогресуюче зростання маси тіла. Аборт викликає збудження гіпоталамічних структур, проте на зміну фазі збудження приходить фаза руйнування, що зумовлює пошкодження структур гіпоталамуса, які не завжди мають зворотний розвиток. Наслідки цього процесу багато в чому залежать від преморбідного фону. У здорових жінок після абортів поступово відбувається нормалізація гіпоталаміко-гіпофізарно-надниркової системи, відновлюються гонадотропна функція гіпофіза і стероїдогенез у яєчниках. У жінок з несприятливим преморбідним фоном або численними абортами відновлення функцій гіпоталамуса і гіпофіза з нормалізацією метаболічних порушень не відбувається, що призводить до розвитку нейроендокринного синдрому.

Велика небезпека абортів також полягає у підвищенні ризику розвитку хронічних запальних процесів в ендометрії, що є одними з важливих етіологічних чинників виникнення значної частини передпухлинних і пухлинних захворювань.

На цей час відомі три основні внутрішньоклітинні сигнальні механізми, які стимулюють епітеліальні клітини органів жіночої репродуктивної системи до активної проліферації: естрогензалежний; естрогеннезалежний, що індукується факторами росту, й естрогеннезалежний, що активується проти запальними цитокінами.

Гормональний механізм має місце, коли естрогени активують естрогенові рецептори, що знаходяться у цитоплазмі в неактивному стані. Потрапивши в ядро, гормонорецепторний комплекс стимулює

експресію естрогензалежних генів, серед яких основна частина прямо чи опосередковано контролює клітинну проліферацію і підвищує чутливість клітин ендометрія до чинників, що індукують гіперпластичні процеси. При дисбалансі естрогенів (переважно естрогену) патологічні проліферативні процеси в гормонзалежних тканинах посилюються, оскільки деякі метаболіти естрогену мають здатність значно пролонгувати естрогензалежний проліферативний сигнал.

Естрогеннезалежний механізм, що індукується факторами росту, характеризується активацією процесу регенерації епітеліального шару клітин в ендометрії після абортів. Відновлення тканинної архітектури здійснюється за рахунок стимуляції клітинної проліферації. Фактори росту — трофічні регуляторні поліпептиди, що подібно до гормонів володіють широким спектром біологічної дії на різні клітини, стимулюють (рідше інгібують) мітогенез, хемотаксис і диференціювання. Їх біологічна активність реалізується через взаємодію зі спеціалізованими рецепторами клітин-мішеней. На відміну від гормонів чинники росту, як правило, продукуються неспеціалізованими клітинами різних тканин і володіють ендокринною, паракринною й аутокринною дією. Основним поліпептидним чинником, який стимулює ріст клітин ендометрія, є епідермальний фактор росту (EFG). EFG через послідовність сигнальних білків активує ядерний чинник транскрипції NF-κB — стимулятор експресії великої кількості генів, що відповідають за виживання і проліферацію клітин.

Не менш важливим є й естрогеннезалежний механізм, що активується проти запальними цитокінами. Цитокіни — це група гормоноподібних білків і пептидів (інтерлейкіни, хемолейкіни, інтерферони, фактори некрозу пухлини тощо), що синтезуються і секретуються клітинами імунної системи й іншими типами клітин. Цитокіни керують розвитком і гомеостазом імунної системи, здійснюють контроль за гемопоезом, опосередковують неспецифічні захисні реакції організму, впливають на запальні процеси.

Основним індуктором цитокинового шляху регуляції клітинного росту вважається фактор некрозу пухлин TNFα, який є основною ефекторною молекулою, що секретується багатьма клітинами (макрофагами, моноцитами, нейтрофілами тощо) у відповідь на бактеріальні, вірусні, грибові інфекції, пухлинний ріст. В одних умовах TNFα активує проапоптотичні рецепторопосередковані сигнальні каскади, тобто зупиняє процеси поділу клітин і спричиняє їх фізіологічну загибель, в інших — він діє як чинник виживання і проліферації клітин. При цьому підвищується активність циклооксигенази-2 — основного фермента, що бере участь у біосинтезі простагландинів і стимулює експресію чинника NF-κB, який включає експресію генів, що стимулюють проліферацію клітин.

Окрім вищевказаних аспектів, установлено негативний вплив штучного абортів



В.І. Пирогова



О.О. Зелінський

на стан серцево-судинної, ендокринної, нервової та інших систем організму жінки.

Перед тим як говорити про профілактику післяабортних захворювань, треба визначитися з поняттям «безпечний аборт». Цей термін є збірним і містить низку важливих елементів медичних послуг, у тому числі медико-соціальне консультування і психологічну підтримку, застосування сучасних ошадних технологій проведення абортів, післяабортну контрацепцію, профілактику та лікування ускладнень абортів тощо. Особливу увагу потрібно приділяти повноцінному консультуванню жінок як до, так і після абортів, особливо з питань післяабортної контрацепції. Цінність такого консультування з метою попередження наступних абортів важко переоцінити, при цьому важливою є спеціальна підготовка персоналу для його проведення.

Система профілактики післяабортних захворювань передбачає широкий комплекс медичних заходів. Хірургічний аборт має проводити висококваліфікований лікар в оптимальні терміни (протягом перших 8 тижнів вагітності) за адекватного знеболення й обов'язкового призначення післяабортної контрацепції, яка полягає у застосуванні медикаментозних і немедикаментозних засобів, місцевої й імунокоригуючої терапії та ранньому призначенні гормональної контрацепції.

Важливим завданням лікаря є зменшення ступеня вираження післяабортного гормонального «стресу». Це досягається шляхом застосування низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів (КОК) з 1-2-ї доби після абортів (хірургічного, міні-абортів, медикаментозного абортів) протягом наступних 3-6 місяців. Пригнічення секреції гонадотропних релізінг-факторів і гонадотропних гормонів гіпоталамусом і гіпофізом на тлі прийому КОК створює в організмі штучний цикл із базальними значеннями власних естрогенів і прогестерону без флуктуації, що нагадує гормональний фон вагітності раннього терміну. Застосування КОК у цей період є виправданим також завдяки наявності різноманітних неоконтрацептивних властивостей, що забезпечують, наприклад, профілактику онкологічних захворювань, міоми матки. Призначення після абортів естроген-гестагенних препаратів на термін не менше 6 місяців попереджує розвиток проявів ендометріозу.

У той же час використання у післяабортному періоді міждумісних внутрішньоматкових контрацептивів значно підвищує ймовірність розвитку цього захворювання.

Таким чином, збереження жіночого репродуктивного здоров'я і менструальної функції після штучного абортів значною мірою залежить від адекватності наступної реабілітації. Досить важливим компонентом цієї реабілітації є використання сучасних гормональних контрацептивів.