

ОСЛОЖНЕНИЯ АБОРТА

Л.А. Козлов, Н.А. Нигматуллина

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин) Казанского государственного медицинского университета

Согласно статье 36 Конституции РФ, каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, и в частности об искусственном прерывании беременности. Однако аборт — это довольно опасное вмешательство в организм женщины. Даже проведенный в клиническом учреждении опытным врачом, он нередко сопровождается различными осложнениями [2, 12, 22], являясь одной из основных причин гинекологической заболеваемости [1, 9, 11, 20].

В последнее время достаточно обиходным стало выражение “безопасный аборт”. Впервые именно в такой интерпретации предстал термин “аборт” на III российской конференции по планированию семьи (1995). Однако с медицинской точки зрения, ясно представляя себе эту процедуру, практически невозможно согласиться с обоснованностью подобного определения.

Все осложнения аборта условно можно разделить на три группы: возникающие непосредственно во время его проведения, ранние — в течение первого месяца после него и поздние — по прошествии одного месяца после аборта (см. табл.).

Искусственное прерывание беременности — это прежде всего механическая травма. Как видно из таблицы, механические повреждения внутренних половых органов практически начинаются с

момента захвата шейки матки пулевыми щипцами, продолжаются при зондировании, расширении и, особенно, при разрушении плодного яйца и выскабливании полости матки.

В результате неправильного наложения или соскальзывания пулевых щипцов на шейке матки образуются линейные разрывы. Исходом могут являться разрывы шейки матки в области рубца при последующих родах. В дальнейшем на травмированных участках возможно образование эрозии и предраковых заболеваний шейки матки [7, 21].

Насильственное расширение цервикального канала (определенную роль играет неэффективное или недостаточное обезболивание) [4] может привести к образованию надрывов в области внутреннего зева, а в последующем к развитию рубцового стеноза шейки матки или истмико-цервикальной недостаточности и соответственно к позднему выкидышам.

И, наконец, аборт является механической травмой тела матки. К числу наиболее опасных осложнений относится перфорация, которая бывает полной и неполной, проникающей в брюшную полость и непроникающей, каждая из которых делится на осложненную и неосложненную. В таких случаях достаточно часто требуется лапаротомия. После ушивания перфорационного от-

Осложнения аборта

Во время операции	Ранние	Поздние	
Механические повреждения	Кровотечения	Гинекологические	Акушерские
влагалищной части шейки матки цервикального канала матки: глубокое повреждение эндометрия перфорация (единичная и множественная, полная и неполная, проникающая в брюшную полость и не-проникающая, с осложнениями — разнение сосудов и соседних органов) и без осложнений)	задержка частей плодного яйца, травматизация мышечного слоя, гипотоническое, атоническое состояние матки	нарушения менструального цикла бесплодие истмико-цервикальная недостаточность рубцовый стеноз шейки матки реус-иммунизация эндометриоз полипы эндометрия эрозия шейки матки эндокринные нарушения (поликистоз яичников, дисгормональные опухоли, раннее наступление климакса, ожирение) снижение полового влечения	эктопическая беременность (внематочная, шеечная) токсикозы I и II половины беременности самопроизвольный аборт и недонашивание патология прикрепления плаценты (предлежание, приращение) преждевременное излитие околоплодных вод кровотечения в последовом и послеродовом периодах слабость родовой деятельности
Кровотечения	Гематометра		
	Инфицирование		
	эндометрит, метроэндометрит, аднексит, пельвиоперитонит, разлитой перитонит, сепсис, септический шок		
	Психозы, неврозы		

верстия полости матки образуется рубец, который может привести к аномалиям прикрепления плаценты, к разрывам матки при последующих беременностях, к спаечному процессу в брюшной полости. Возможны осложнения от наркоза. Частота перфораций матки, по данным различных авторов колеблется от 0,01 до 2,9% [1, 7, 9, 20, 22].

При выскабливании полости матки нет объективных критериев, которыми врач мог бы руководствоваться. Даже если оперирует опытный врач, возможны серьезные осложнения. При кюретаже матки наряду с элементами плодного яйца и децидуальной оболочкой в 50 — 55% исследований были обнаружены мышечные элементы [19]. При этом последние во многих препаратах располагались пластами, что указывало на значительную травматизацию эндометрия, чреватую развитием мощного спаечного процесса в полости матки и последующим бесплодием (синдром Ашермана). Установлено, что патологические изменения в тканях матки после аборта лежат в основе такой наиболее тяжелой акушерской патологии, как предлежание и приращение плаценты, разрывы матки, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах [9, 20].

Искусственное прерывание беременности нередко протекает весьма неблагоприятно у женщин, имеющих врожденную деформацию матки, в особенности, когда порок развития распознан несвоевременно.

Сущность аборта заключается в опорожнении полости матки, при этом чем больше срок беременности, тем больше калибр поврежденных сосудов, тем травматичнее протекает аборт. В связи с неполным удалением плодного яйца начинается кровотечение, при этом старания врача быстрее завершить эту операцию приводят к дополнительной грубой травматизации матки. Даже при полном удалении плодного яйца сохраняется угроза кровотечения из-за гипотонического или атонического состояний матки, что может наблюдаться как непосредственно во время прерывания беременности, так и в ранние сроки после аборта. Иногда кровь, не выходя за пределы полости матки, скапливается в ней, образуя гематометру.

Искусственный аборт служит причиной развития инфекционного процесса. Предрасполагающими к этому условиям являются производимое при аборте удаление слизистой пробки цервикального канала, нарушение целостности эпителиального покрова, зияние внутреннего зева, кровопотеря, внезапное нарушение гомеостаза, присутствующее при беременности, травма рецепторного аппарата матки [1, 5]. Бактериологические исследования полости матки показали, что на 3—7-й день послеабортного периода высеваемость патогенных микроорганизмов резко возрастает, в содержимом полости матки часто обнаруживаются стафилококк и кишечная палочка. Частота возникновения эндометрита после искусственного аборта варьирует от 1,6 до 5% [28]. При распространении инфекции развиваются локализованные и генерализованные формы септического процес-

са, вплоть до септического шока. Инфекционный шок по частоте занимает третье место после травматического и кардиогенного, однако по летальности — первое место (60%). По данным литературы, смерть от инфицированного аборта наступает в 0,5 — 22% случаев [5]. Высокая заболеваемость и смертность, а также наступающая инвалидность после генерализации септического процесса при инфицированном аборте [8] требуют своевременного принятия лечебно-профилактических мер.

Аборт является и психической травмой. Отрицательные эмоции еще перед операцией приводят к гемодинамическим, респираторным, метаболическим, нейрогуморальным и другим нарушениям, а в ряде случаев даже при хорошем обезболивании провоцируют возникновение психозов и неврозов [4]. Расхождения во мнениях о природе психогенных последствий объясняются, возможно, тем, что при изучении данной проблемы не учитываются такие факторы, как предшествующие аборту психические заболевания, остракизм, вызванный внебрачной беременностью, разлад в личных отношениях, психическая травма вследствие операции на половых органах, сожаления по поводу прерванной беременности [7].

К третьей группе относятся поздние осложнения, которые делятся на гинекологические и акушерские. Будучи гормональной травмой, аборт наносит удар гомеостазу, изменяет физиологические процессы в организме женщины в результате нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе [6, 17]. Эксперименты на кроликах [13] показали, что после прерывания беременности изменяется секреторная деятельность аденогипофиза. Аборт негативно влияет на восстановление менструальной функции, в частности у 80,3% женщин после аборта методом выскабливания и у 20% — после вакуум-аспирации [14, 17].

Наиболее стойкими являются ановуляторные расстройства. Нарушение овуляции объясняется влиянием неблагоприятных факторов на центры гипоталамуса, которые контролируют циклическую деятельность гипофиза, вызывающих изменения в соотношении фолликулостимулирующего и лютеонизирующего гормонов [11, 17, 22]. Установлена зависимость восстановления функции яичников от метода прерывания беременности, срока беременности (например, ановуляторные циклы чаще наблюдаются при прерывании беременности на сроках больше 10 нед), возраста женщины, состояния менструальной функции до наступления беременности, перенесенных гинекологических и соматических заболеваний, что клинически проявляется в виде олигоменореи, аменореи, гиперполименореи, дисфункциональных маточных кровотечений, альгоменореи [7, 13, 17, 22].

Стойкие нарушения менструальной функции после выскабливания наблюдались в 15,4% случаев [17], после вакуум-аспирации — в 5% [14] и 3,9% [23]. Иногда причиной расстройства менст-

руального цикла являются патологические изменения, возникающие при насильственном удалении глубоких слоев эндометрия. В таких случаях восстановление эндометрия задерживается, вызывая длительное нарушение менструального цикла.

При искусственном прерывании беременности женщина получает и иммунологическую травму, приобретая сенсibilизацию к АВО- и резус-антигену плода. Известно, что степень сенсibilизации зависит от количества фетальной крови, попавшей в кровоток, причем достоверно частый и большой переход ее наблюдается при выскабливании кюреткой, чем при вакуум-аспирации; сказывается на ней и срок прерываемой беременности — более 9 недель [6, 7].

Кроме бесплодия гормонального генеза, к поздним послеабортным осложнениям относят бесплодие вследствие развития хронических воспалительных заболеваний половых органов любого отдела [7, 10].

Относительно частое возникновение аденомиоза после аборта [18] обусловлено тем, что искусственный аборт и хронические воспалительные заболевания половых органов ведут к приживлению гетеротопических трансплантатов эндометрия в мышцах матки, трубах, яичниках. Особенно часто после осложненных абортов развивается внутренний эндометриоз [18].

Изменения атрофического и дистрофического характера, чаще возникающие после абортов и хронических воспалительных процессов в матке, являются условиями, препятствующими nidации яйцеклетки в верхних отделах матки. При анатомическом измененном внутреннем зеве оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в нижнем отделе матки с последующим низким расположением плаценты либо того или иного вида ее предлежания. При истмико-цервикальной недостаточности или при наличии анатомических изменений в области внутреннего зева яйцеклетка проникает в шеечный канал — так возникает шеечная беременность при отягощенном абортном акушерском анамнезе [23] и невынашивании.

Исследования в отношении влияния аборта на течение беременности показали, что гестоз I и II половины беременности, угроза прерывания беременности, анемия значительно чаще встречаются у первородящих с отягощенным абортном анамнезом [12]. Преждевременные роды, родовое и раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, удлинение послеродового периода встречаются у первородящих, имеющих в анамнезе искусственный аборт, в 2 — 2,5 раза чаще, чем у женщин без аборта. Как следствие перечисленных осложнений отмечается рост оперативных вмешательств — вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов, ручное отделение последа [12]. Кроме того, искусственный аборт в анамнезе ухудшает прогноз для плода, чаще отмечаются мертворождения. По данным ВОЗ [7], аборт приводит к невынашиванию, перинатальной заболеваемости и смертности в 2—3 раза чаще.

Генетиками было установлено, что при беременности, наступившей в интервале одного года после предшествующего искусственного аборта, повышается вероятность рождения девочек, что связано с механизмом гетерозиса [3].

К последствиям аборта относится снижение либидо, более раннее наступление климакса, ожирение, развитие синдрома поликистозных яичников [15], дисгормональных изменений в молочных железах [10]. Таким образом, искусственное прерывание беременности является весьма травматической операцией, и мы считаем абсолютно неприемлемым использование такого определения как «безопасный аборт». Однако если сравнивать выскабливание кюреткой с мини-абортном, последний является более щадящей операцией. Так, по данным Н.С. Поляковой и М.С. Андриановой [16] на 1247 вакуум-аспираций гинекологическая заболеваемость снизилась на 43% и составила 0,84%, из них задержка остатков плодного яйца в матке — 0,6%, воспалительные заболевания — 0,2%. Мини-аборты значительно снижают частоту гинекологических заболеваний, вызванных прерыванием беременности, тем не менее считать их совершенно безопасной процедурой в любом случае нельзя.

Согласно статистическим данным, в России ежегодно производится около 4 миллионов абортов, при этом 170 тысяч женщин прерывают беременность в возрасте 15 — 19 лет [11]. В Республике Татарстан в 1997 г. было зарегистрировано 66,3 тысячи искусственных абортов (из них только 27% составляли мини-аборты), то есть на 1000 женщин фертильного возраста, приходилось 67 абортов, причем среди женщин 20—29 лет — 131 аборт (для сравнения: в США — 20,1, Франции — 14,9, Канаде — 10,2 [11]). Если сравнивать эти показатели в РТ и Казани, то частота абортов в Казани ниже как в целом, так и во всех возрастных группах, за исключением возраста до 19 лет.

Итак, вывод однозначен: каким бы методом и на каком бы сроке ни производилось искусственное прерывание беременности, его нельзя считать безопасным при наличии определенного риска для репродуктивного здоровья женщины. Задачей врачей на сегодняшний день являются поиск и внедрение новых способов предохранения нежелательной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вехновский В.О. // *Вопр. охр. мат.* — 1985. — № 8. — С. 76—79.
2. Волгина В.Ф. // *Акуш. и гин.* — 1991. — № 11. — С. 11—14.
3. Головачев Г.Д. // *Генетика.* — 1979. — № 3. — С. 1121—1123.
4. Горбеев Е.И. Клиника-физиологическое обоснование выбора обезболивания при операции искусственного прерывания беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Киев, 1972.
5. Гуртовой Б.Л. // *Акуш. и гин.* — 1976. — № 3. — С. 28—31.
6. Джабраилова У.А. Сравнительная оценка функциональной системы яичников после искус-

ственного прерывания беременности методом аспирации и выскабливания: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— Махачкала., 1975.

7. Искусственный аборт. / Доклад научной группы ВОЗ.— Серия 623.— Женева, 1987.

8. *Каньшина Н.Ф.* // Арх. патол.—1970.— №12.— 1970.

9. *Капелюшник Н.П.* // Акуш. и гин.— 1988.— №12.— С.52—56.

10. *Кулаков В.И.* // Акуш и гин.— 1996.— №6.— С. 6—8.

11. *Кулаков В.И.* // Планирование семьи.— 1994.— №2.— С. 3—7.

12. *Кульбаева К.Ж.* Первые роды при отягощенном акушерском анамнезе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1966.

13. Куркин А.В. Функциональная морфология аденогипофиза крольчих при некоторых физиологических состояниях и после прерывания беременности: Автореф. дисс. канд. ... мед. наук.— Душанбе, 1979.

14. *Мелке Э.И.* Новый метод прерывания беременности.— Рига, 1977.

15. *Полчанова С.А.* // Акуш. и гин.— 1972.— №9.— С. 54—56.

16. *Полякова Н.С., М.С. Андриянова* // Казанский мед. ж., 1992.— № 1.—С.23—25.

17. *Розовский И.С.* Гормональная функция яичников и гинекологическая заболеваемость после искусственного аборта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1962.

18. *Стрижаков А.Н.* Патогенез, клиника и терапия генитального эндометриоза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1977.

19. *Тондий А.А.* Клиническая оценка операции искусственного аборта (вакуум-экссколляции и выскабливания) и их влияние на менструальную функцию: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1976.

20. *Федорова Т.И.* // Казанский мед. ж., 1988.— №2.— С. 72—75.

21. *Фомина Л.В.* Восстановление целостности шейки матки при искусственном аборте: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1981.

22. *Фролов И.Б.* // Акуш. и гин.— 1982.— № 4.— С.6—8.

23. *Чернуха Е.А.* // Фельдшер и акушерка.— 1981.— № 6.— С.59—63.

Поступила 15.09.98.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

И.А. Нуштаев. «Саратовские ученые-медики: историко-биографические очерки». — Саратов.—1998.— Вып. 1.— 73 стр.

В биографических статьях, представленных вниманию читателей, освещена деятельность отдельных ученых, для которых 1998 г. был юбилейным. Некоторых из них среди нас уже нет: это первый ректор Саратовского университета проф. В.И. Разумовский, академик АМН СССР С.Р. Миротворцев, известный отоларинголог проф. М.И. Вольфович, акушер-гинеколог проф. А.М. Фой, первый профессор-педиатр Саратова И.Н. Быстренин, первый профессор-терапевт Саратова Н.Н. Кириков, первый профессор госпитальной терапевтической клиники Д.О. Крылов, историк медицины, невропатолог В.И. Руднев и другие видные представители научной медицинской школы Саратова.

Среди персоналий есть и ныне здравствующие ученые Саратовского медицинского университета — проф. Э.Ш. Халфен, создавший первый в СССР дистанционный консультативный диагностический кардиологический центр, судебный медик проф. Ю.А. Неклюдов, принимавший участие в идентификации останков семьи бывшего российского императора Николая II, известный биолог проф. С.И. Белянина, крупный специалист в области функциональной и лабораторной диаг-

ностики проф. Г.П. Гладилин и ряд других ученых.

В работе приведены биографические сведения об ученых, освещается их вклад в медицинскую науку и здравоохранение, дан обзор их основных работ и научных направлений.

Материал об ученых изложен в связи с историей кафедр и научных направлений вуза — клинической медицины и медико-биологических исследований. В них подчеркнута не только то, что они сделали, но и как делали.

Биографические сведения о ведущих ученых Саратова имеют большое воспитательное значение для подрастающего поколения молодых специалистов. В публикациях приведены данные о подготовке молодых кадров, кандидатов и докторов наук, об изданных учеными монографиях, руководствах, учебниках, учебных пособиях, изобретениях и рационализаторских предложениях.

Отражены в очерках и общественная деятельность ученых, их участие в событиях военно-патриотического характера, в Великой Отечественной войне и др.

Настоящее издание будет полезным для студентов, врачей и преподавателей различных отраслей медицины.

Доц. Л.Н. Грибина
(Волгоград)