

Контрацепция после медикаментозного аборта

В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц,
Н.Х. Сидерополу

Кафедра акушерства и гинекологии РУДН,
Москва

Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а число аборт в России остаётся одним из самых высоких в мире. Даже если сравнивать Россию только со странами, имеющими сходный уровень рождаемости, число аборт в 100 родов в России превышает соответствующий показатель других стран в 5–10 раз, а то и более. Несмотря на то что за последние 10 лет (1995–2005 гг.) как абсолютное число аборт, так и число аборт на 1000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, искусственным прерыванием по-прежнему заканчивается большая часть беременностей – 64,2 % (данные 1999 г.).

Многолетние наблюдения за состоянием репродуктивного здоровья и репродуктивным выбором женщин после окончания беременности (роды, аборт) позволили определить основные детерминанты репродуктивного поведения женщин, которые связаны с нереализованными потребностями в получении услуг по планированию семьи, до и после родов и аборт [1, 2].

Из числа опрошенных женщин 90 % имели повторные аборт (два и более), в т. ч. 22 % женщин делали пять и более. Среди женщин старше 30 лет 5 и более аборт имела каждая третья. У 3 % женщин в анамнезе было 10 и более аборт. Среднее число аборт в анамнезе – 2,43, среднее число родов – 1,58.

Проведённый в 2003–2006 гг. анализ поведения женщин после аборт выявил повторные беременности с таким же завершением у 37 %, регулярно использовали КОК и ВМС – 16 %, традиционно пользовались прерванным половым актом и спермицидами – 18 %. При опросе рожениц только 8,5 % из их числа планировали рождение следующего ребенка; 68,7 % опрошенных ответили, что в случае наступления последующей беременности они, скорее всего, прервут её абртом, а 2,8 % не имели определённого суждения по этому поводу.

Альтернативой прерыванию беременности служит её предупреждение с помощью различных методов и средств, препятствующих зачатию. Результаты исследований, проведённых в различных странах, показали, что с расширением контрацептивного выбора и улучшением доступа к услугам по планированию семьи уровень аборт снижается [3, 4].

Контрацепция после аборт имеет ряд преимуществ. Важность профилактики следующей нежелательной беременности определяется тем, что частота осложнений аборт повышается в зависимости от их количества. Так, по данным И.С. Савельевой (2003), при наличии одного-двух аборт вероятность возникновения осложнений определяется в 3–4 %; при наличии в анамнезе 3–4

– 18–20 %; женщины, перенесшие 6–7 аборт, в 100 % случаев рискуют иметь осложнения.

Использование гормональных методов контрацепции после аборт может рассматриваться и как профилактика некоторых гинекологических заболеваний (таких, например, как эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы эндометрия, воспалительные процессы репродуктивных органов и др.), и как патогенетическое средство при лечении осложнений (нарушения менструальной функции, воспалительные процессы половых органов).

Срочность начала контрацепции после медикаментозного аборт определяется сроками ближайшей возможной овуляции: овуляция может наступить уже в течение 2–4 недель после аборт, и у 75 % женщин – в течение 6 недель до наступления ближайшей менструации.

Медикаментозный аборт – это способ прерывания беременности на ранних сроках. Отсутствие хирургического вмешательства со всем комплексом всевозможных осложнений рассматривается как главное отличие медикаментозного аборт от аборт хирургического. Мировая статистика свидетельствует, что всё больше женщин прибегают именно к медикаментозному абрту. Так, во Франции 80 % прерываний беременности производится данным методом, в Китае проведено более 5 млн медикаментозных аборт.

Преимуществами медикаментозного аборт являются отсутствие травматизации стенок матки и инфицирования.

Частота осложнений медикаментозного аборт составила 0,66 % против 8,6 % при абртах, выполненных методом вакуум-аспирации.

В структуре осложнений медикаментозного аборт отмечены эндометрит и прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией содержимого матки [5].

Анализ морфометрических показателей эндометрия после медицинского аборт свидетельствует об ингибирующем действии мифепристона на эндометрий, характеризующемся развитием дегенеративных изменений железистых клеток. Кроме того, при применении мифепристона отмечается активация эндометриальной стромы (пролиферация, васкуляризация, отёк), а также происходит увеличение числа рецепторов эстрогенов, что связано с блокадой ингибирующего действия прогестерона на их образование [6].

Медикаментозный аборт визуально не отличается от обильной менструации и психологически воспринимается женщиной как естественный процесс.

Цель нашего исследования – изучить влияние низкодозированного (30 мкг этинилэстрадиола) КОК на восстановление фертильности у женщин после медикаментозного аборт.

Выбор препарата зависел от входящего в состав комбинированного орального контрацептива (КОК) гестагена. КОК последнего поколения – Регулон (Gedeon Richter, Венгрия), содержит 30 мкг этинилэстрадиола и 0,15 мг дезогестрела. Основной механизм контрацептивного действия Регулона заключается в ингибировании овуляции (в реализации этого действия эффекты эстрогенного и гестагенного компонента суммируются). Гестагенный компонент, кроме того, обладает периферическими контрацептивными эффектами, выражающимися в увеличении вязкости цервикальной слизи, что затрудняет попадание сперматозоидов внутрь матки, и в уменьшении способности эндометрия к имплантации. При этом гестаген предохраняет от избыточной пролиферации эндометрия, обусловленной эстрогенами.

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ГРУППА

Эстрогены, гестагены; их гомологи и антагонисты.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Контрацептивное, эстроген-гестагенное. Угнетает выделение ФСГ и ЛГ, блокирует овуляцию, повышает вязкость цервикальной слизи и тормозит имплантацию оплодотворенной яйцеклетки.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Оба компонента быстро и почти полностью всасываются из ЖКТ. Этинилэстрадиол подвергается пресистемному метаболизму, а его конъюгаты с серной и глюкуроновой кислотами – энтерогепатической

РЕГУЛОН (Gedeon Richter, Венгрия)
Дезогестрел 0,15 мг, этинилэстрадиол 0,03 мг
Таблетки п. п. о.

циркуляции. Этинилэстрадиол выводится с мочой (40 %) и с калом (60 %). $T_{1/2}$ составляет 26 часов. Дезогестрел биотрансформируется в печени с образованием активного метаболита – 3-кето-дезогестрела. $T_{1/2}$ – 38 часов.

ПОКАЗАНИЯ

Пероральная контрацепция.

Разделы: Противопоказания, Применение при беременности и кормлении грудью, Побочные действия, Взаимодействие, Способ применения и дозы, Меры предосторожности – см. в инструкции по применению препарата.

Под наблюдением находились 55 женщин в возрасте от 19 до 38 лет. Регулон назначали по одной таблетке в день в течение 21 дня во время второго визита (УЗИ, подтверждающее отсутствие плодного яйца в матке) после аборта. Курс лечения составил от одного-трёх месяцев до полутора-двух лет. Среди обследованных у 18 (32,7 %) пациенток настоящая беременность была первой. В анамнезе остальных 37 (67,3 %) первая беременность закончилась родами.

При опросе выяснено, что 26 пациенток после медикаментозного аборта решили продолжить приём Регулона, так как не планировали следующую беременность в течение ближайших одного-двух лет, 16 женщин (29,1 %) через месяц после приёма препарата перешли на контрацептивы с антиандрогенным эффектом и 8 (14,5 %) использовали ВМС в качестве контрацепции. Пять пациенток (9,01 %) отказались от контрацепции по причине отсутствия регулярной половой жизни.

Результаты клинических наблюдений показали, что на фоне приёма Регулона беременность не наступила ни у одной женщины, т. е. наблюдался 100 % контрацептивный эффект. Из 5 пациенток, отказавшихся после медикаментозного аборта от контрацепции, у двух через три месяца, а у трёх через шесть месяцев наступила беременность. Им повторно произведен медикаментозный аборт и назначен Регулон в качестве контрацептива.

Общее состояние всех пациенток оставалось удовлетворительным на протяжении всего периода наблюдения, хотя отмечены и побочные реакции. Регулон оказывал регулирующее действие на менструальный цикл. Менструация на фоне приёма Регулона наступала у всех женщин через 26–28 дней. Продолжительность менструальноподобной реакции в среднем составила $4,0 \pm 0,2$ дня. Отмечено исчезновение или значительное ослабление болевых ощущений, исчезновение таких симптомов, как раздражительность, слабость, снижение трудоспособности, спустя один – три месяца приёма Регулона у женщин с предменструальным синдромом в анамнезе.

Нагрубание молочных желёз было отмечено у 5 (9,09 %) пациенток, нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровотечений – у одной (1,8 %) пациентки. Олигоменорея и аменорея не наблюдались. Побочные эффекты, возникавшие в начале применения КОК, были кратковременны и к третьему курсу приёма препарата отсутствовали, не требуя дополнительного лечения.

Резюме

Использование КОК (Регулон) после медикаментозного аборта способствовало восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения выраженной воспалительной реакции в органах малого таза. На фоне приёма Регулона регулярный менструальный цикл с продолжительностью кровотечений не более 2–4 дней восстанавливался в следующий менструальный цикл после аборта. На фоне регулярного менструального цикла уменьшались объём и продолжительность менструальных кровотечений.

Назначение КОК после медикаментозного аборта также способствовало снижению вероятности возникновения выраженной воспалительной реакции в органах малого таза. Густая цервикальная слизь препятствует попаданию бактерий в полость матки; истончённый эндометрий не создает среды, способствующей росту бактерий, а малое количество крови во время менструации также не создает условий для их размножения.

Таким образом, по результатам проведённого нами исследования, можно сделать вывод, что КОК являются высокоэффективными средствами, хорошо переносятся, оказывают лечебный эффект по восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения воспалительной реакции в органах малого таза после медикаментозного аборта.

Литература

1. Пестрикова Т.Ю., Ковалева Т.Д., Калмыкова Л.Н. Клинический опыт применения препарата Три-Регол в реабилитационной терапии больных с воспалительными заболеваниями малого таза // Проблемы репродукции. 1999. № 3. С. 45.
2. Савельева И.С. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений // Гинекология. 2002. Т. 4. № 3. С. 34–37.
3. Саччи И., Савельева И.С. Вопросы планирования семьи – неотъемлемый компонент улучшения репродуктивного здоровья женщин. Интегрированный подход проекта «Мать и дитя» // Гинекология. 2003. Т. 5. № 4. С. 28–34.
4. Серебренникова К.Г., Пашукова Е.А., Халилова Р.З., Меняшева В.Ф. Особенности применения препаратов Регулон и Новинет у подростков // Гедон Рихтер в России. 2001. № 3 (7). С. 23–25.
5. Абрамченко В.В., Курчишвили В.И., Гусева Е.Н., Бикмуллина Д.Р. Амбулаторный медицинский аборт // Оптимизация акушерско-гинекологической помощи в военно-медицинских учреждениях Московского региона / Тезисы докладов научно-практической конференции и сборов военных гинекологов Московского региона. 2006. С. 21–33.
6. Дикке Г.Б., Башлыкова И.А. Реабилитация после медицинского аборта: методические рекомендации. ГУ НИИ АГ и П ТНЦ СО РАМН. С. 2.