
КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА (в помощь практическому врачу)

В.Н. Прилепская, А.А. Куземин

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова «Росмедтехнологий»
ул. Академика Опарина, 4, Москва, Россия, 117815

Проблема искусственного аборта в последние десятилетия приобрела наибольшую актуальность в связи с тем, что до сих пор во многих странах мира и в РФ аборт продолжает оставаться основным средством регуляции рождаемости. В связи с этим разработка и широкое внедрение различных методов контрацепции в целях профилактики повторных абортов является одной из важных задач акушерства-гинекологии, службы планирования семьи и практического здравоохранения.

Проблемы планирования семьи имеют большое значение для сохранения здоровья женщины, ребенка и всей семьи, в связи с чем особую значимость приобретают различные аспекты искусственного аборта и контрацепции. Число абортов, производимых в мире, колеблется от 36 до 53 млн (ВОЗ, 2007), в нашей стране абсолютное число составляет 1 302 480 по данным МЗ РФ за 2007 г.

Вместе с тем число абортов, произведенных в лечебно-профилактических учреждениях системы Минздравсоцразвития России, ежегодно стабильно снижается. Так, за последние пять лет (с 2003 г. по 2007 г.) абсолютное число абортов снизилось на 22,7% (на 382 тыс.). Положительным моментом является снижение за последние три года: абсолютное число абортов у девочек до 14 лет — на 18% и у девочек-подростков 15—18 лет — на 16%.

Аборт является одной из частых причин гинекологических заболеваний и нарушения детородной функции. Более чем у 10—15%, а по данным Г.П. Парафейник и соав. и И.Б. Фролова (2008) у 21,7% женщин после операции аборта возникают гинекологические заболевания, почти у половины женщин, перенесших эту операцию, обостряются хронические воспалительные процессы половой сферы. Наибольшую опасность представляет, несомненно, инфицированный аборт. При распространении инфекции могут развиваться сальпингоофорит, частота которого, по данным различных авторов, колеблется от 3,5 до 5,7%, метроэндометрит — 1,7—3%, параметрит — 1,34%, а также метрит, тазовый перитонит, тромбофлебит вен матки и многие другие послеабортные инфекционные заболевания. Кроме того, довольно частыми осложнениями являются: задержка плодного яйца — 1,27—5,7%, ИЦН — 0,13%, нарушения менструального цикла — 11,4% и другие патологии. Согласно наблюдениям Schulze и Herold (2008), эндометрит осложнил течение послеабортного периода у 1,58% женщин.

Изучение отдаленных последствий искусственного аборта выявило его отрицательное влияние на детородную функцию: возможность возникновения вторичного бесплодия, трубной беременности, самопроизвольных абортов, привычного невынашивания беременности.

Альтернативу хирургическому прерыванию беременности представляет медикаментозный аборт. Медицинская наука предлагает различные схемы применения тех или иных препаратов для прерывания беременности без хирургического вмешательства или облегчающих его производство, а следовательно, и снижающих риск осложнений (Д.В. Жердев и соавт., 2004).

Одним из наиболее эффективных препаратов, используемых для осуществления медикаментозного аборта как альтернативы хирургическому вмешательству, является мифепристон. Исследовательским центром Романвиля во Франции в 70-е годы была начата программа исследования стероидов с антигормональным действием. В 1980 году исследования компании Roussel Uclaf привели к созданию мифепристона (RU 486, Мифегин), который представляет собой синтетический стероидный препарат для перорального применения, являющийся антагонистом прогестерона и глюкокортикоидов.

Из-за уникальной способности связываться с внутриклеточными рецепторами прогестерона антипрогестины являются его ингибиторами и проявляют сильные антипрогестагенные свойства [6].

В настоящее время накоплен большой клинический опыт медикаментозного прерывания беременности с применением мифепристона во многих странах: Франция, Австрия, Бельгия, Китай, Дания, Финляндия и др.

Следует подчеркнуть, что женщины после искусственного аборта, независимо от метода его выполнения, нуждаются в эффективной контрацепции, так как после прерывания беременности происходит достаточно быстрое восстановление овуляции и повышается вероятность наступления непланируемой беременности. Так, по некоторым данным зарубежной литературы, после прерывания беременности в первом триместре овуляция может произойти даже на 11-й день после произведенного аборта (L. Speroff, 2009).

Кроме того, подавляющее большинство женщин после аборта остаются сексуально активными, но их знания о методах контрацепции недостаточны.

В целом же, при отсутствии медицинских противопоказаний женщина после аборта может выбирать любой метод предохранения от нежелательной беременности в соответствии с показаниями, противопоказаниями, с учетом критериев приемлемости ВОЗ.

Критерии приемлемости использования эффективных методов контрацепции в послео abortном периоде (ВОЗ, 2004 г.).

Любое состояние, влияющее на выбор контрацепции, можно отнести к одной из четырех категорий.

Категория 1 — состояния, при которых нет ограничения к использованию метода (метод можно использовать без ограничений).

Категория 2 — состояния, при которых преимущества от использования данного метода обычно превышают теоретический или подтвержденный риск (метод может использоваться чаще всего).

Категория 3 — состояния, при которых теоретический или подтвержденный риск обычно превышает преимущества от использования данного метода (исполь-

зование метода не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящий метод не доступен или не приемлем).

Категория 4 — состояния, представляющие неприемлемо высокий риск для пациентки при использовании данного метода (метод не должен использоваться).

Для женщин, перенесших процедуру аборта, возможности применения эффективных обратимых методов контрацепции определены в табл. 1.

Таблица 1

**Критерии приемлемости
по использованию методов контрацепции после аборта, ВОЗ (2004)**

Показатель	КОК*	Чисто прогестиновые контрацептивы			ВМС**	ВМС**
		мини-пили	депо-провера	норплант.	Си-ВМС	LNG-ВМС
I триместр	1	1	1	1	1*	1*
II триместр	1	1	1	1	2**	2**
III триместр	1	1	1	1	4***	4***

Примечания: КОК — комбинированные пероральные контрацептивы. Си-ВМС — медьсодержащие ВМС; LNG-ВМС — левоноргестрелсодержащие ВМС (Мирена). * ВМС может быть введено сразу же после спонтанного или искусственного аборта. ** Существуют некоторые опасения по поводу повышенного риска экспульсии при введении ВМС сразу после аборта во II триместре. Местное действие LNG-ВМС на инволюцию матки изучено недостаточно. *** Введение ВМС немедленно после септического аборта может значительно ухудшить состояние (5).

Большинство ученых считают обоснованным назначение гормональной контрацепции уже в первые дни или сразу же после аборта [3,24].

Наиболее эффективной является гормональная контрацепция, которая обладает высокой эффективностью, приемлемостью и является обратимой.

Комбинированные пероральные контрацептивы являются лучшим методом контрацепции после произведенного аборта, так как помимо высокой контрацептивной эффективности эти препараты обладают целым рядом лечебных свойств: регулируют менструальный цикл, уменьшают интенсивность и продолжительность менструальных кровотечений, способствуют профилактике эндометриоза и воспалительных заболеваний половых органов. Прием таблеток желательно начать в день аборта, после завершения операции. Эффективность данного метода зависит от регулярности и последовательности приема. В течение первого года приема гормональных контрацептивов индекс Перла очень низок, т.е. метод обладает практически 100% эффективностью.

Комбинированные эстроген-гестагенные оральные контрацептивы (КОК) различаются по составу и режиму приема. Эстрогенный компонент современных КОК представлен, как правило, этинилэстрадиолом в дозе, не превышающей 35 мкг. Это препараты (коммерческие названия): Марвелон, Мерсилон, Три-мерси, Триквилар регулон, Новинет, Линдинет, Фемоден, Логест, Диане-35, Жанин, Ярина, Силест, Белара, Джес.

После аборта предпочитают применение монофазных комбинированных контрацептивов.

К гестагенным препаратам типа «мини-пили», содержащим только прогестаген в минимальной концентрации, относятся Эксклютон, Чарозетта. Механизм действия мини-пили, также как и КОК, заключается в способности прогестагенов

блокировать овуляцию. По сравнению с КОК мини-пили обладают более низкой эффективностью (Индекс Перля составляет 0,3—5,0), однако они являются препаратами выбора в период лактации у женщин с противопоказаниями к приему эстрогенов, у женщин старше 40 лет, а также при других патологических состояниях, при которых противопоказан эстрогенный компонент (см. критерии ВОЗ, 2004).

Первая таблетка КОК должна быть принята не позднее одного дня после операции, контрацептивная защита наступает быстро, никаких дополнительных средств защиты не требуется. Начинать использование КОК с 5-го дня после аборта нецелесообразно ввиду большого риска беременности. В этой ситуации можно рекомендовать барьерные методы, в частности, презерватив — желательно вместе со спермицидами, отложив начало приема первой таблетки до следующей менструации. Первый день менструации — лучшее время начала использования таблеток, так как это обеспечивает высокую контрацептивную и лечебную защиту.

Однако, несмотря на то, что на протяжении последних десятилетий пероральные контрацептивы (КОК) значительно совершенствовались, у них есть ряд недостатков. Так как КОК метаболизируются в желудочно-кишечном тракте и подвергаются эффекту первичного прохождения через печень, их эффективность может быть снижена при рвоте и других расстройствах пищеварения, при одновременном приеме с другими препаратами или при сочетании с некоторыми пищевыми продуктами. Кроме того, комбинированные КОК необходимо принимать ежедневно, желательно в одно и то же время, при этом уровень стероидных гормонов в крови меняется на протяжении суток, а непостоянный уровень в плазме крови может способствовать возникновению соответствующих побочных реакций.

Достаточно много работ свидетельствуют об эффективности гормональных контрацептивов как средств профилактики и лечения осложнений абортов. Использование КОК способствует более быстрому восстановлению менструального цикла. Кроме того, на фоне регулярного менструального цикла уменьшаются объем и продолжительность менструальных кровотечений. Около 90% женщин, принимающих КОК, имеют регулярный цикл и меньший объем кровопотери во время менструации (в среднем — на 50%). Благодаря этому снижается риск развития железодефицитной анемии. Этот аспект использования ГК является очень важным в настоящее время, особенно у женщин, прибегающих к проведению аборта повторно или сразу после родов.

Многочисленные исследования также подтвердили положительное влияние КОК на функцию мозга и эмоциональное состояние женщины, улучшение памяти и настроения. Было установлено, что эстрогенный компонент препаратов снижает концентрацию моноаминоксидазы, что способствует повышению уровня серотонина, повышает возбудимость мозга и способствует тем самым улучшению настроения. Длительное без перерывов применение КОК приводит к более выраженному положительному результату, что является важным в процессе реабилитации женщин после аборта (A.R. Genazzani, 2007) [7].

Контрацептивный пластырь Евра — это удобная для применения форма современной микродозированной гормональной контрацепции: благодаря новой ле-

картвенной форме — пластырю (трансдермальная система) каждый пластырь выделяет 150 мкг норэргестромина и 20 мкг этинилэстрадиола в течение 24 часов. Пластырь наклеивается на участок кожи пациентки один раз в неделю. После аборта применение пластыря можно начать сразу после аборта или в первый день после первой самопроизвольной менструации.

Влагалищное кольцо Нова-Ринг представляет собой гибкое, прозрачное кольцо, которое содержит 2,7 мг этинилэстрадиола и 11,78 мг этоногестрела. Каждое кольцо предназначено для применения в течение 1-го менструального цикла, включающего 3 недели его применения и 1 неделю перерыва. Весьма важным является то, что кольцо легко вводится и извлекается самой женщиной, при этом эластичность и мягкость кольца позволяет и женщине, и партнеру не испытывать неприятных ощущений. После аборта применение кольца можно начать сразу или в первый день после первой самопроизвольной менструации.

После искусственного аборта можно использовать инъекционные контрацептивы пролонгированного действия, такие, как депо-провера и др. Они обладают высокой эффективностью, удобны в применении, оказывают лечебное действие при гиперпластических процессах эндометрия. Недостатками инъекционных контрацептивов являются нарушения менструального цикла (ациклические кровянистые выделения, аменорея), прибавка в весе, отсроченное восстановление фертильности. Первую инъекцию делают сразу же после аборта и повторяют каждые 3 месяца.

Этот метод в настоящее время применяется редко, в основном по социальным показаниям.

Учитывая то, что у большинства пациенток на фоне применения инъекционных контрацептивов изменяется характер менструального цикла, межменструальные кровотечения, необходимо перед началом контрацепции провести соответствующую консультацию, предупредить о возможных побочных реакциях и отсроченном восстановлении фертильности.

В настоящее время на стадии регистрации в России находится однокapsульный препарат «Импланон», содержащий дезогестрел. Преимуществами имплантов у женщин после аборта являются: высокая эффективность (близка к эффекту женской стерилизации), длительное действие, отсутствие необходимости контроля за приемом препарата, лечебный эффект и т.д. Недостатками данного вида контрацепции являются: нарушения менструального цикла, хирургический метод введения препарата, необходимость в специально обученном персонале. Имплант вводится в условиях операционной через небольшой разрез в коже предплечья сразу же после произведенного аборта. Эффективность данного метода контрацепции доставляет от 0,2 до 1 беременности на 100 женщин в течение 1 года применения препарата.

Внутриматочная контрацепция (ВМК) является одним из наиболее распространенных эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. По данным ВОЗ, в настоящее время более 60 млн женщин используют различные виды внутриматочных средств (ВМС), которые по популярности уступают толь-

ко пероральным гормональным контрацептивам. В России, согласно статистическим данным, данный метод контрацепции по популярности занимает первое место (по данным Минздрава РФ, в 2007 г. 14,56% женщин репродуктивного возраста использовали различные виды ВМС).

ВМС, применяющиеся в настоящее время, делятся на две группы:

1 — немедикаментозные (инертные, или нейтральные), изготовленные из полиэтилена с добавлением сульфата бария;

2 — медикаментозные, содержащие в своем составе медь или гестагены.

Однако использование внутриматочных средств после аборта связано с риском развития побочных реакций и осложнений чаще, чем при обычном использовании ВМС. Это такие осложнения, как болевой синдром, экспульсии, воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения менструального цикла, перфорация матки.

Введение внутриматочного контрацептива (в некоторых странах и в нашей стране) производится сразу же после произведенного аборта в первом триместре беременности, при отсутствии инфицирования матки. При введении ВМС после аборта необходима особая осторожность во избежание перфорации матки, поэтому ВМС должно вводиться опытным специалистом с соблюдением всех рекомендаций.

В исследованиях P. Fylling и F. Lerve 2005 была выявлена корреляционная зависимость между видом контрацепции и возрастом женщин, числом родов и абортов. ВМС рекомендуется преимущественно рожавшим женщинам. Для нерожавших молодых женщины, которые отдают предпочтения ВМС, возможно применение ВМС только в случае необходимой контрацепции не менее 1—2 месяцев, при наличии одного полового партнера.

До сих пор нет единого мнения о времени введения ВМС — непосредственно в конце аборта или в отдаленные сроки после операции. Ряд авторов рекомендуют вводить контрацептив в полость матки непосредственно после неосложненного аборта [9, 10].

Полагают, что при введении ВМС сразу после аборта, произведенного в сроки до 6—7 нед., осложнения крайне редки. Однако, если аборт был произведен в более поздние сроки, риск возникновения воспалительных заболеваний гениталий значительно возрастает.

По нашему мнению, внутриматочный контрацептив лучше ввести через 4—6 недель после произведенного аборта (после 1—2 самостоятельных менструаций).

Эту точку зрения разделяют многие исследователи и клиницисты., так как такой подход является более физиологичным. По мнению P. Lahteenmaki (2006), введение ВМС непосредственно после аборта также является обоснованным, поскольку у 50% женщин в первом менструальном цикле отмечается овуляция и возможно наступление нежелательной беременности.

ЛНГ-ВМС (левоноргестрелсодержащие внутриматочные системы) создавались с целью совместить контрацептивные и терапевтические свойства гормональных средств с достоинствами немедикаментозных внутриматочных: длительный

срок применения (до пяти лет), обратимость противозачаточного действия, лечебные свойства. По эффективности ЛНГ-ВМС приравнивают к стерилизации, но в отличие от нее действие ЛНГ-ВМС является обратимым (Т. Luukkainen et al., 2003). ЛНГ-ВМС можно вводить в любое время цикла (при условии, что беременность исключена), сразу после аборта в первом триместре и при отсутствии инфекции, после родов — не ранее, чем через 6 нед. (В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова, А.В. Тагиева, 2008).

Применение ВМС после аборта снижает число повторных абортов на 10—15% [10].

Хирургическая стерилизация в соответствии с показаниями проводится в соответствии со статьей «Медицинская стерилизация» основ законодательства РФ по охране здоровья граждан. Может быть произведена сразу после аборта, если хирург уверен в отсутствии инфицирования половых путей (Приказ № 303 от 28.12.1993 Минздрава РФ «О применении медицинской стерилизации граждан»). Поскольку процедура стерилизации необратима, необходимо, чтобы пациентки, остановившие свой выбор на стерилизации, принимали добровольное и осознанное решение совместно с врачом. Любые подозрения на осложнения аборта являются противопоказанием к хирургической стерилизации, особенно если речь идет о производстве ее сразу после операции прерывания беременности.

Следует помнить, что даже после хирургической стерилизации на 100 женщин приходится от 0,2 до 1 беременности в течение 1 года после операции. Неэффективность метода может быть следствием обратного сращения и восстановления проходимости маточных труб [10, 11].

Барьерные методы контрацепции, а также естественные (биологические) методы контрацепции (периодическое воздержание от половой жизни, температурный, календарный, симптотермальный) обладают более низкой эффективностью, а также требуют высокой мотивации поведения. При их применении эти методы не рекомендуется использовать сразу после произведенного аборта, поскольку трудно определить время овуляции, методы ненадежны до наступления первой после аборта менструации.

Так, при применении естественных методов контрацепции на каждые 100 женщин приходится от 10 до 30 беременностей.

Вместе с тем методы в целом безопасны и приемлемы и при отсутствии возможности применения других методов могут быть использованы после соответствующего консультирования.

Таким образом, не вызывает сомнения, что женщины после аборта нуждаются в эффективной и дифференцированной контрацепции. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход в подборе контрацептива, который бы помог женщине восстановить и сохранить свое репродуктивное здоровье.

Мы располагаем большим опытом применения контрацептивных средств после аборта. В частности, в научно-консультативном отделении ФГУ НЦАГиП «Росмедтехнологий» использовались 2 метода контрацепции после аборта:

- гормональный,
- внутриматочный.

В качестве гормонального контрацептива весьма эффективен препарат фемоден, который содержит 30 мкг этинэстрадиола и 75 мкг гестогенного компонента — гестодена; логест, содержащий 20 мкг этинэстрадиола и 75 мкг гестогенного компонента гестодена.

Результаты применения свидетельствуют о высокой эффективности и приемлемости препарата фемоден и логест. Ни у одной пациентки при длительности контрацепции 12 месяцев не наступила беременность. Побочные реакции, как правило, носили транзиторный характер и самостоятельно исчезали в течение первых 3 месяцев приема контрацептивов. Фемоден и логест не оказывали влияния на артериальное давление, состояние шейки матки, липидный обмен и систему гемостаза у наблюдающихся пациенток. Практически не влияли на углеводный обмен у большинства пациенток. Помимо этого, препараты оказывали положительный эффект при дисменорее.

В качестве внутриматочного контрацептива использовали различные внутриматочные средства ВМС: Copper T, Си 380 А и левоноргестрелвысвобождающую ВМС — Мирена.

Длительность использования данного контрацептива составляет 5 лет.

Эффективность ВМК составила 100% (в нашем исследовании возникновение беременности как маточной, так и внематочной не отмечено). Таким образом, эффективность внутриматочной контрацепции у женщин после аборта достаточно высока.

Необходимо отметить, что основным осложнением при использовании гормональных ВМС было нарушение менструального цикла, которое встречалось практически у всех наблюдаемых пациенток.

Клинически нарушения менструального цикла проявлялись в виде необильных межменструальных кровянистых выделений в течение 3—6 менструальных циклов.

Воспалительных заболеваний за период наблюдения не диагностировано. Возможно такая высокая приемлемость ВМК связана с тщательным отбором женщин для данного метода контрацепции и профилактическим назначением доксициклина на протяжении 7 дней после аборта.

Таким образом, проблема аборта и его осложнений у женщин является очень актуальной. Именно этот контингент пациенток обладает высокой мотивацией поведения для использования современных контрацептивных средств.

Вовремя рекомендованный и правильно подобранный препарат в этих ситуациях может значительно снизить число повторных нежелательных беременностей и абортов, а также число осложнений аборта как в ближайшие, так и в отдаленные сроки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Абрамченко В.В., Гусева Е.Н.* Медикаментозный аборт. — 2005. — С. 17—33.
- [2] *Абакарова П.Р., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А.* // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 3. — № 17. — С. 2—3.

- [3] *Гатина Т.А.* Современные подходы к проведению искусственного прерывания беременности в первом триместре и профилактике осложнений аборта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2001. — С. 25.
- [4] *Кулаков В.И., Прилепская В.Н.* Практическая гинекология: Клинические лекции. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — С. 717.
- [5] *Куземин А.А.* Аборт и его осложнения. Контрацепция после аборта // Контрацепция и здоровье женщины. — 2000. — № 2. — С. 31—39.
- [6] Критерии приемлемости использования методов контрацепции // ВОЗ. — 2004. — С. 157.
- [7] *Матвеевский Н.А.* Гормональная контрацепция после медикаментозного и хирургического аборта // Контрацепция и здоровье женщины. — 2004. — № 1. — С. 56—57.
- [8] *Прилепская В.Н.* Пролонгированная контрацепция — новый подход к решению женских проблем // Гинекология. — 2005. — Т. 7. — № 4. — С. 224—226.
- [9] *Прилепская В.Н., Назарова Н.М.* Новые технологии в контрацепции: гормональные рилизинг-системы // Гинекология. — 2005. — Т. 7. — № 1.
- [10] *Прилепская В.Н.* Руководство по контрацепции. 2006.
- [11] *Трубникова Л.И., Вознесенская Н.В., Кошелев А.В.* Приемлемость гормональной контрацепции у девушек-подростков в послеабортном периоде // Геден Рихтер в СНГ. — 2001. — № 3(7). — С. 20—21.
- [12] Научно-практическая программа. Современные методы профилактики абORTов. Минздрав РФ. — 2004. — С. 46—49.
- [13] Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта / Под ред. В.И. Кулакова, И.С. Савельевой. — 2003. — С. 21—24.
- [14] Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. — 2004. — С. 31.
- [15] *Сперофф Л., Дарни Ф.* Клиническое руководство по контрацепции. — 2009. — С. 392—424.
- [16] *Andrist L.C. et al.* Women's and providers attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives // *Contraception*. — 2004. — 70. — P. 359—363.
- [17] *Hatcher R.A., Trussell J., Stewart F. et al.* *Contraceptive Technology*. Eighteenth Revised. NY, Ardent Media, 2004.
- [18] *Lichtenberg P.* *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. 2006.
- [19] *Mauk C., Lai J., Schwartz et al.* Diaphragms in clinical trials: Is clinikan fitting necessary? // *Contraception*. — 2004. — 24. — P. 263—266.
- [20] *Pakarinen P., Toivonen J., Luukkainen T.* Randomized comprasion of a levonorgestrel- and cooper-releasing intrauterine system immediately after abortion, with 5 years follow up // *Contraception*. — 2003. — 68. — P. 31—34.

POST-ABORTION CONTRACEPTION

V.N. Prilepskaya, A.A. Kuzemin

Scientific center of obstetrics and gynecology
Oparina str., 4, Moscow, Russia, 117998

The overall goal of this project is to reduce the recourse to abortion through increased use of contraceptives by women at risk of unwanted pregnancy and to improve the quality of care of comprehensive abortion services, including post-abortion contraception in the Russia.