

Л.В. ЕРОФЕЕВА

Международный эксперт по планированию семьи и репродуктивному здоровью, Генеральный директор Российской ассоциации «Народонаселение и развитие»

Профилактика повторного аборта

Проблема аборт в современных демографических условиях в Российской Федерации занимает особое место. Альтернативой аборту является не рождение нежеланного ребенка, а использование контрацепции для профилактики беременности. Отчего российские женщины никак не могут стать «передовиками» в этой области, долгие годы для ученых остается загадкой. Полностью «избавиться» от аборт в ни одна страна не в состоянии, но есть те, на которые следует равняться: страны Западной Европы, в частности Нидерланды, Германия, Великобритания, Франция. Там значительное число молодых женщин (40-70%) использует современные методы контрацепции и практически не прибегает к аборту. Нежелательные беременности почти исключены. Более 150 миллионов женщин во всем мире ежегодно применяют контрацептивы, и большинство из них удовлетворены не только их эффективностью, но и не предъявляют жалоб на незначительные побочные эффекты. При условии отсутствия медицинских противопоказаний применение любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта.

В современном мире каждой женщине должны быть законодательно предоставлены гарантии реализации ее основного репродуктивного права – права на свободный репродуктивный выбор и репродуктивную автономию.

Безусловно, проблема аборт в современных демографических

условиях в Российской Федерации занимает особое место. Число производимых аборт, уровень удовлетворенности этими медицинскими услугами – показатели, по которым оценивается эффективность государственных усилий по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом.

Прежде всего, право на свободный репродуктивный выбор является одной из форм реализации права на жизнь. Следует добавить, что закрепление права на жизнь в ч. 1 ст. 20 Конституции РФ – всего лишь констатация данного явления со стороны государства в том смысле, что государство не может принудить человека самостоятельно создать новую жизнь, следовательно, реализация права человека на рождение детей возможна только по волеизъявлению (желанию) человека.

В соответствии с ч. 2 ст. 17 Конституции Российской Федерации «основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. Следовательно, право на жизнь возникает исключительно с момента рождения».

В связи с этим можно предположить, что право каждого человека на свободный репродуктивный выбор является элементом индивидуальной (личной) свободы и наполняет ее новым содержанием. Эта сфера человеческой жизни не может подлежать государственному регулированию, иными словами, является областью, свободной от правового регулирования. Так, каждая женщина или супружеская пара самостоятельно принимает

решение о рождении детей, об их количестве, об интервалах между их рождением и т.д. Вмешательство в эту сферу человеческой жизни являлось бы грубым нарушением основных (личных) прав человека.

В частности, с правом на личную неприкосновенность (ч. 1 ст. 22 Конституции РФ); на неприкосновенность частной жизни, с правом на личную, семейную тайну (ч. 1 ст. 23 Конституции РФ); с правом на охрану достоинства личности (ч. 1 ст. 21 Конституции РФ) сопрячено право женщины самостоятельно решать вопрос о рождении ребенка без какого-либо насилия. Поэтому недопустимым является установление законодательного запрета, например, на прерывание беременности, либо, наоборот, принуждение к прерыванию беременности, применение принудительной медицинской стерилизации недееспособных женщин и т.д.

По всей видимости, прерывание беременности существовало всегда и будет существовать. Иной раз женщина и не подозревает, что была беременна, так как беременность прервалась на очень раннем сроке, зачастую даже не приводя к задержке менструации. Природа – мудрый регулятор, основная часть самопроизвольных аборт происходит в ранние сроки, до 12-недельного срока беременности. Современная женщина вправе сама регулировать число и время рождения своих детей, но, даже используя контрацепцию, никто не защищен от ошибок, и любой метод может «давать сбои» по причине или по вине пользователя, приво-

дя к незапланированной беременности. Полностью «избавиться» от абортов ни одна страна не в состоянии, но есть, правда, правофланговые, на которые и следует равняться. Это, в первую очередь, страны Западной Европы, в частности Нидерланды, Германия, Великобритания, Франция. При высоком коэффициенте фертильности там значительное число молодых женщин (40-70%) использует современные методы контрацепции и практически не прибегает к аборт. Нежелательные беременности почти исключены, эффективные методы обратимой контрацепции и хирургическая стерилизация одного из партнеров в зрелом возрасте после 35 лет обеспечивают необходимую контрацептивную защиту.

Альтернативой абарту является вовсе не рождение нежеланного ребенка, а использование контрацепции для профилактики беременности. При среднем возрасте начала половой жизни в 17 лет рождение первенца в России осуществляется в 25-27 лет. Целое десятилетие молодой женщине все же придется решать вопросы регуляции своей репродуктивной функции, именно на это десятилетие и приходится самое большое число произведенных прерываний беременности по желанию женщины. В дальнейшем из 35 лет репродуктивного периода россиянка потратит на рождение 3 детей 6-9 лет, в остальные годы ей будут необходимы средства контрацепции, чтобы избежать непланируемой беременности и аборта, чтобы сохранить свое репродуктивное здоровье.

Последние годы создается впечатление, что проблемы, которые в нашем государстве до сих пор тяжким грузом лежали на плечах женщин, с легкостью решают представители клерикальных кругов и политики-мужчины. Последствия демографического кризиса зачастую воспринимаются поверхностно и односторонне, их внимание в меньшей мере обращено к вопросам сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста и качества жизни и здоровья населения. По мнению сторонников запрета

абортов, женщины обленились и не хотят рожать, подвержены «зову» рекламы и предпочитают аборты рождению детей.

Отчего российские женщины, такие образованные и умелые, никак не могут стать «передовиками» в области использования контрацепции, долгие годы для ученых остается загадкой.

Современные исследования свидетельствуют, что 10% женщин не могут реализовать свою репродуктивную функцию, т.к. не имеют постоянных партнеров, не живут половой жизнью. Психологи обнаружили еще один феномен, исследуя причины, по которым женщины репродуктивного возраста не собираются рожать, но при этом и не предохраняются. Таких около 20%, и это значит, что они, скорее всего, при возникновении беременности прервут ее. Эта группа образованных и хорошо информированных о методах контрацепции женщин специально не предохраняется: партнеры этих женщин либо «тянут» с предложением руки и сердца, либо – несвободны, связаны брачными узами. Таким образом, «случайная» беременность таких дам, являясь по сути «стимулятором» или «тестом» для партнера, в случае отрицательного результата и отказа от совместного воспитания будущего ребенка становится фактором, решающим также и судьбу продолжения данной беременности.

Между тем более 150 миллионов женщин во всем мире ежегодно применяют эффективные контрацептивы, и большинство из них удовлетворены не только их эффективностью, но и не предъявляют жалоб на незначительные побочные эффекты.

Женщины, обращающиеся для производства аборта, должны получить консультацию по контрацепции как в сочетании с услугами по производству аборта, так и во время дальнейших визитов. Основная задача при консультировании в этот период – помочь каждой женщине в решении вопроса, хочет ли она использовать контрацепцию вообще, а также хочет ли она пользоваться каким-либо конкретным

методом контрацепции.

Контрацептивное консультирование должно содержать информацию о преимуществах и недостатках методов, имеющихся в распоряжении и приемлемых для клиентки. Консультант должен помочь женщине выбрать метод контрацепции, который наиболее ей подходит, а также научить женщину и ее партнера использовать этот метод правильно (эффективно). Неправильное использование метода контрацепции может вновь привести к наступлению нежелательной беременности.

При условии отсутствия медицинских противопоказаний применение любого метода контрацепции следует начинать сразу после аборта. Хотя большинство женщин не хотят забеременеть сразу после аборта, некоторые из них затрудняются сразу принять решение о выборе определенного метода контрацепции. Женщинам, которые не выбрали метод контрацепции сразу, можно предложить временно использовать презервативы и посоветовать обратиться за консультацией (возможно, вместе с партнером) в удобное для нее время, как только решение будет принято.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ АБОРТА

Контрацепция после аборта имеет ряд преимуществ. Под воздействием стресса (аборт, безусловно, для большинства женщин является стрессовой ситуацией) у женщины может быть повышена мотивация к использованию методов контрацепции, позволяющих предотвратить наступление следующей нежелательной беременности. В этот период времени консультант (медицинский работник) может помочь женщине подобрать надежный метод контрацепции, который обеспечит ей необходимое время для восстановления здоровья и/или решения вопроса о времени наступления следующей беременности.

Важным преимуществом контрацепции после аборта является также тот факт, что некоторые методы

контрацепции легче начать использовать сразу после аборта.

ПОСЛЕАБОРТНОЕ ВОЗВРАЩЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Женщины нуждаются в использовании эффективных методов контрацепции сразу после аборта, так как овуляция может наступить уже в течение ближайших 2-4 недель после аборта у 75% женщин в течение 6 недель до наступления ближайшей менструации. Особенно быстро фертильность восстанавливается у женщин, прервавших беременность на ранних сроках и путем фармацевтического аборта. В соответствии с этими данными в целях предотвращения нежелательной беременности, которая может наступить сразу после аборта, женщины должны быть проконсультированы о методах планирования семьи и до, и после аборта.

АБОРТ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рекомендации по применению методов контрацепции после прерывания беременности в первом триместре такие же, как и для женщин, применяющих их в обычном регулярном режиме. Инволюция матки при этом происходит быстро, и даже барьерные методы, такие как шеечный колпачок или диафрагма, могут активно использоваться женщинами после аборта, произведенного в первом триместре беременности.

АБОРТ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Психологическая и клиническая ситуация у женщин, прерывающих беременность во втором триместре, в основном схожа с таковыми у женщин после индуцированного аборта, выполненного в первом триместре. Однако существуют некоторые различия, связанные, например, с размерами матки, которая, как правило, возвращается к своим нормальным размерам через 4-6 недель. Этот фактор является принципиальным при выборе барьерных методов, связанных с фиксацией некоторых контрацептивных средств,

с хирургической стерилизацией и введением ВМС.

ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

Женщинам должен предлагаться широкий выбор контрацептивных методов в соответствии с их потребностями, клинической ситуацией, желанием и материальными возможностями.

Не существует медицинских причин для ограничения использования контрацептивных методов у женщин, находящихся на лечении осложнений после аборта либо после индуцированного аборта. Все методы назначаются с учетом клинической ситуации конкретной женщины, необходимого обследования перед назначением метода, определением противопоказаний для каждого метода (Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости использования некоторых методов контрацепции», ВОЗ, 4-е издание, 2009) и при обязательном качественном консультировании. Особенности медицинского состояния конкретной женщины, ее предпочтения, возможности использовать метод, доступность для последующего наблюдения и продолжительность использования и определяют приемлемость каждого метода для любой женщины.

Современные методы выбирают в порядке предпочтения. Основу предпочтений составляют знания о надежности, приемлемости и, конечно, безопасности метода, немаловажным является и его доступность.

К наиболее эффективным методам контрацепции относится гормональная контрацепция: комбинированные оральные контрацептивы (КОК), оральные контрацептивы, содержащие прогестаген (ОКП), препараты пролонгированного действия: инъекции ДепоПровера и импланты. К этой группе следует отнести также и левоноргестрелсодержащие системы – ВМС (Мирена, Bayer Schering Pharma, Германия). Перечисленные методы отличаются не только высокой эффективностью, но и тем, что их можно использовать сразу после аборта.

Кроме того, использование всех вышеперечисленных методов не связано с половым актом, что также является преимуществом для большинства женщин после аборта.

ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Данные, полученные в различных исследованиях, показали преимущества использования комбинированных низкодозированных гормональных таблеток сразу после аборта: организм женщины после начала их использования легче переносит послеабортный гормональный стресс. Использование комбинированных низкодозированных гормональных контрацептивов способствует более быстрому восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения воспалительной реакции в органах малого таза. Назначение эстроген-гестагенных препаратов с 1-го дня после аборта способствует профилактике эндометриоза и улучшению эпителизации шейки матки у первобеременных.

На фоне регулярного использования КОК происходит «гармонизация» менструального цикла, снижается болезненность, уменьшаются объем и продолжительность менструальных кровотечений. Около 90% женщин, принимающих оральные контрацептивы, имеют регулярный цикл и меньший объем кровопотери во время менструации (в среднем на 50%). Благодаря этому снижается риск развития железододефицитной анемии.

Применение комбинированных таблеток хорошо еще и тем, что через 4-5 лет приема КОК появляются неконтрацептивные преимущества (защитные свойства). Профилактика онкологических заболеваний женской половой сферы, миомы матки, эндометриоза, а также лечебный эффект при анемии, мастопатии, различных нарушениях менструальной функции – это лишь немногие из них, а учитывая, что женщины после процедуры аборта как раз и представляют группу риска по вышеперечисленным заболеваниям, все это делает противозачаточную таблетку препаратом первого выбора после аборта.

В настоящее время российский рынок представлен достаточно широким выбором КОК с различными гестагенными компонентами. Хотя окончательный выбор таблеток останется за женщиной, в этом периоде им, вероятнее всего, подойдут монофазные (средне-, низко- и микродозированные) таблетки.

Ряд зарубежных экспертов и отечественных ученых видят в высоком уровне аборт, проводимых путем выскабливания, угрозу генитального эндометриоза, так как относят к факторам риска по его возникновению внутриматочные вмешательства, приводящие к разрушению гистологического барьера между базальным слоем эндометрия и миометрием. При проведении операции прерывания беременности путем выскабливания необходима постабортная реабилитация при помощи КОК, обладающих определенными преимуществами. В частности, при постабортном назначении следует обратить внимание на КОК, содержащий диеногест – это представитель нового класса «гибридных» прогестагенов, сочетающий преимущества производных 19-нортестостерона и прогестерона. Этот прогестаген входит в состав оральных контрацептивов, созданных компанией Bayer Schering Pharma, Жанин (Jeanine): 30 мкг ЭЭ + 2 мг диеногеста.

Поскольку использование иммуномодуляторов с лечебной целью при эндометриозе уже является повседневной практикой, возможно использовать их влияние не только на системные компоненты иммунной системы, но также и на локальные факторы, способствующие формированию и развитию эндометриоидного очага. Диеногест способствует нормализации вызванных эндометриоидными эктопиями неблагоприятных иммунных сдвигов и нарушений внутриклеточных сигнальных систем, в частности, уменьшает количество мононуклеаров в перитонеальной жидкости, повышает их естественную фагоцитарную активность, снижает продуцирование макрофагами интерлейкина-1 β . Помимо этого, в экспериментальных ра-

ботах показано, что, в отличие от других прогестагенов, диеногест вызывает децидуализацию, а затем и атрофию эндометриоидных очагов, обладая прямым ингибирующим воздействием на дальнейшую пролиферацию эктопически расположенной ткани эндометрия, по-видимому, связанным не только с закономерным антипролиферативным прогестагенным эффектом, но и с подавлением активности протеинкиназы С. Появились также данные о подавлении под влиянием диеногеста процессов неоангиогенеза, являющегося еще одним важным патогенетическим звеном эндометриоза.

Помимо лечебного профиля, диеногест имеет желаемый спектр фармакологических эффектов и оптимальные фармакокинетические параметры, являясь производным 19-нортестостерона без этинильного радикала у С17. Препаратами КОК, содержащими диеногест, надежно подавляется овуляция, отмечается хороший контроль менструального цикла, значительно уменьшается менструальная кровопотеря и дисменорея.

По фармакологическим свойствам диеногест близок к естественному прогестерону:

1) оказывает чисто гестагенное действие, поскольку взаимодействует только с прогестероновыми рецепторами (высокоселективен);

2) вследствие высокой селективности диеногест метаболически нейтрален – не оказывает отрицательного влияния на метаболизм;

3) гестагенный эффект диеногеста преимущественно периферический: сильное влияние на эндометрий при умеренной антигонадопной активности;

4) переносится альбуминами плазмы, не взаимодействует с ГСПС (глобулин, связывающий половые стероиды) и не вытесняет тестостерон. В отличие от других производных 19-нортестостерона, диеногест не имеет остаточного андрогенного эффекта, а, напротив, оказывает антиандрогенное действие. Диеногест не метаболизируется при первичном прохождении через печень и обладает почти

100% биодоступностью, быстро выводится и не кумулирует в организме. Благодаря отсутствию в его структуре этинильного радикала диеногест не оказывает влияния на активность цитохрома Р-450 и не нарушает окислительный метаболизм в печени.

Если после аборта женщине был рекомендован короткий курс антибиотиков, использование любого КОК не противопоказано, но для надежного контрацептивного эффекта его прием в течение первых 7 дней следует сочетать с дополнительными средствами контрацепции (например, барьерными).

Вторым гестагеном, имеющим клинические преимущества при назначении после аборта, является левоноргестрел (ЛНГ). Это преимущество обусловлено выраженным прогестагенным действием ЛНГ, позволяющим своевременно и полно отторгнуться эндометрию уже в первом после аборта цикле. Препараты с ЛНГ – Минизистон и Микрогинон – отличаются по дозе эстрогенного компонента – 20 и 30 мкг соответственно и могут назначаться немедленно после проведения процедуры аборта в 1 триместре. В этом случае женщина не нуждается в дополнительных методах контрацепции. Несомненным преимуществом этих препаратов является их ценовая доступность, практически это самые низкоценовые препараты из оригинальных контрацептивов немецкого качества для социально уязвимых слоев населения.

Существующие противопоказания к использованию КОК (Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости использования некоторых методов контрацепции», ВОЗ, 4-е издание, 2009) выделяют группу женщин, которым по каким-либо причинам нежелателен прием эстрогенного компонента, содержащегося в комбинированной таблетке. Это курящие (15 сигарет в день) женщины в возрасте старше 35 лет; с показателями артериального давления > 160/100 мм рт. ст. и выше; сосудистыми изменениями и тромботическими осложнениями в анамнезе или в настоящее время; имеющие ишемическую болезнь



сердца в настоящее время или в анамнезе; поражения клапанного аппарата сердца; с эстрогензависимыми опухолями, больные с декомпенсированными формами сахарного диабета, опухолями печени.

Этой группе женщин могут быть предложены мини-пили – таблетки, содержащие только прогестаген: Эклютон (линестрелол), Микролют (левоноргестрол), Чарозетта (дезогестрел) и другие. Преимуществом ОКП является то, что сроки их назначения не зависят от сроков прерванной беременности. При выборе данного метода необходимо тщательно проконсультировать женщину, так как прием ОКП связан с определенными особенностями/трудностями. Принимать их необходимо без перерывов, в одно и то же время; выбранный час приема должен быть за 4-6 часов до времени, наиболее предпочтительного для половых контактов. Мини-пили могут применяться не только одной группой женщин, но и всеми, кто хочет их использовать.

Те минимальные побочные эффекты, которые могут возникать на фоне приема КОК и ОКП в первые несколько месяцев, при приеме в послеабортном периоде сглаживаются и регистрируются в меньшем проценте случаев; если же и возникают, то при соблюдении необходимых правил исчезают самостоятельно (без лечения) к 3-4 циклу приема.

ПРЕПАРАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

К гормональным методам, использование которых также рекомендуется в послеабортном периоде, относятся препараты длительного действия. В РФ это ДепоПровера и имплант Норплант. Инъекцию ДепоПровера можно сделать перед выпиской после аборта или в последующий приход женщины в женскую консультацию/Центр планирования семьи, но не позднее 7-го дня после аборта. В дальнейшем эти инъекции необходимо повторять регулярно: 150 мг 1 раз в 3 месяца (90 дней). Этот высокоэффективный метод хотя и не зависит

от пациентки, тем не менее связан с ее самочувствием: наличие небольшого числа побочных эффектов служит причиной отказа от его использования. Предварительная консультация врача и объяснение природы побочных эффектов, а также их небольшая продолжительность помогают части женщин перетерпеть и продолжить использование инъекционной контрацепции. Эта контрацепция в полной мере отвечает требованиям конфиденциальности, ее невозможно обнаружить третьим лицам (партнеру, родственникам).

Имплантационная контрацепция также метод, эффективность которого не зависит от клиента, но зависит от опыта врача, его технических, консультативных навыков и умения правильно отбирать пациенток для применения данного метода. Имплант может быть введен в течение первой недели после аборта, контрацептивное действие наступает незамедлительно. Действие существующего в России импланта Норплант рассчитано на 5 лет использования, после чего он может быть удален или заменен на другой.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

В конце двадцатого века широкой популярностью пользовался метод послеабортного введения ВМС. Клинический опыт, накопленный в сфере репродуктивных технологий в течение последних трех десятилетий, объясняет резкое падение популярности метода внутриматочной контрацепции вообще. Во-первых, зачастую ВМС вводились без учета показаний, но, что еще хуже, без учета противопоказаний. Выросло число поступающих в гинекологические отделения носительниц спиралей с полной или неполной экспульсией, приводящей к новой незапланированной беременности. Имидж ВМС был несправедливо «испорчен» из-за госпитализаций в гинекологические отделения женщин с тяжелыми септическими состояниями, тубоовариальными образованиями, кровотечениями и пельвиопе-

ритонитами, происшедшими после небезупречного введения ВМС. Во-вторых, изменился список состояний, при которых рекомендуется либо строго ограничить использование этого метода (3-я категория приемлемости ВОЗ), либо вообще отказаться от него (4-я категория приемлемости ВОЗ). В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ (4-е издание, 2009) к состояниям, при которых использование ВМС запрещено (4-я категория приемлемости ВОЗ), относят: повышенный риск ИППП (например, гонорея и хламидиоз, наличие нескольких половых партнеров или одного партнера, имеющего нескольких половых партнеров), кровотечения из половых путей неясного генеза; использование ограничено: имевшее место воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ) в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; туберкулез половых органов; трофобластическая болезнь (доброкачественная форма); рак яичников (начало применения метода на фоне указанного состояния).

Абсолютными противопоказаниями для использования медьсодержащих ВМС являются: беременность; состояние после септического аборта; деформация полости матки; кровотечение из влагалища неясной этиологии; трофобластическая болезнь (злокачественная форма); рак шейки матки и рак эндометрия (начало применения метода на фоне указанного состояния); миома матки с деформацией полости матки; ВЗОМТ в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; ИППП в настоящее время или в течение последних 3 месяцев (включая гнойный цервицит); туберкулез половых органов. Для левоноргестрелсодержащих ВМС дополнительные состояния включают рак молочной железы в настоящее время.

Тем не менее, с учетом противопоказаний, использование ВМС в послеабортном периоде поможет решить проблему повторных абортов. Введение ВМС можно произвести как после самопроизвольного, так и/или после искусственного аборта, выполненного в первом триме-

стре беременности.

По данным большинства ученых, изучавших послеабортное введение ВМС и влияние этой методики на здоровье женщины, не обнаруживается серьезных негативных последствий.

В настоящее время предпочтение отдается медьсодержащим ВМС типа ТСu 380А, Мультилоуд CU-375 и Нова-Т (Bayer Schering Pharma, Германия). Естественно, что в любой период времени, когда женщина захочет прекратить использование ВМС, ее можно извлечь досрочно. Если женщина желает использовать гормонсодержащие системы или гормонсодержащие кольца НоваРинг, вводимые самостоятельно на 21 день, с последующим 7-дневным перерывом, ей также можно рекомендовать использование этих методов. Гормонсодержащие ВМС, выделяя гормон локально, обладают похожим на импланты и ДепоПровера действием, поскольку левоноргестрел непосредственно всасывается в кровь и минует первичный печеночный барьер. Но внутриматочное средство и само по себе является эффективным средством контрацепции. В настоящее время довольно широко используется качественно новое внутриматочное гормональное контрацептивное средство Мирена (Bayer Schering Pharma, Германия). Мирена представляет собой левоноргестрел-рилизинговую систему, изготовленную из полиэтилена и имеющую Т-образную форму. Длина Мирены – 32 мм. Вокруг вертикального стержня располагается цилиндрический контейнер, заполненный левоноргестрелом (52 мг), оказывающий на эндометрий более сильное воздействие, чем прогестерон. Контейнер покрыт специальной мембраной, обеспечивающей непрерывное выделение левоноргестрела в количестве 20 мкг в сутки. Мирена сочетает высокую контрацептивную эффективность и терапевтические свойства гормональных контрацептивов (КОК и подкожных имплантов) с удобствами и длительным действием ВМС. Продолжительность действия Мирены составляет 5 лет. Меха-

низм действия Мирены основан на сочетании механизмов действия внутриматочного контрацептива и левоноргестрела, за счет которых: подавляется функциональная активность эндометрия, тормозится пролиферация эндометрия; развивается атрофия эндометриальных желез, псевдодецидуальная и децидуальная трансформация стромы и сосудистые изменения, что препятствуют имплантации; происходит изменение физико-химических свойств цервикальной слизи (повышается вязкость), что затрудняет пенетрацию сперматозоидов; уменьшается подвижность сперматозоидов в полости матки и маточных трубах. Для левоноргестрелсодержащих ВМС 3-я категория приемлемости ВОЗ, когда использование метода не рекомендуется, за исключением случаев, когда другие методы недоступны, включает послеродовую лактацию (до 6 недель), использование АРВ-терапии при ВИЧ, наличие послеабортного сепсиса, острого тромбоза глубоких вен/тромбоэмболии в настоящее время; ИБС; мигрень с очаговыми неврологическими симптомами (аурой) в любом возрасте; вирусного гепатита (активная форма); декомпенсированного цирроза печени; доброкачественной (аденома) и злокачественной (гепатома) опухолей печени.

ЭКСТРЕННАЯ (СРОЧНАЯ) КОНТРАЦЕПЦИЯ

Необходимо иметь в виду, что не все женщины после аборта могут положительно ответить на вопрос о возможности дальнейшей регулярной половой жизни и, соответственно, о необходимости постоянного использования контрацептивных методов. В этом случае, как и при выборе любого другого метода контрацепции, женщина должна быть проинформирована о возможности использования метода экстренной (срочной) контрацепции. В зависимости от клинической ситуации и желания женщины во время консультирования могут быть рассмотрены как гормональный метод, так и введение ВМС. Наиболее популярным вариантом метода яв-

ляется использование Постинора, содержащего 0,75 мг левоноргестрела (до 72 часов с момента незащищенного контакта), и Эскапела, содержащего 1,5 мг левоноргестрела (до 96 часов). Для сохранения высокой эффективности и хорошей переносимости (с минимальным числом побочных эффектов) данного метода должны соблюдаться следующие условия: метод может быть использован в положенные инструкцией сроки после незащищенного контакта и не чаще 1 раза в цикл, так как не является методом постоянной контрацепции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Существует определенная категория женщин, которая после перенесенного аборта предпочтет использование необратимого метода контрацепции – хирургическую стерилизацию. В нашей стране хирургическая стерилизация разрешена женщинам в возрасте старше 35 лет либо имеющим двух и более детей (см. также Приказ МЗ и СР РФ № 121-н от 18.03.2009). Этой категории женщин должно быть уделено особое пристальное внимание при консультировании, так как женщины после аборта могут принимать решение в состоянии стресса и в дальнейшем сожалеть о принятом решении.

Согласно рекомендациям ВОЗ, при соблюдении законов, действующих на территории РФ и определяющих контингент женщин для данной процедуры, при наличии информированного согласия пациентки этот метод может быть выполнен сразу после процедуры аборта, совершенной как в первом, так и во втором триместре беременности (категория 1). Наличие кровотечения, тяжелой травмы мягких тканей половых путей, перфорации матки или гематомы для хирургической стерилизации определены как состояния, строго ограничивающие применение данного метода.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ И СПЕРМИЦИДЫ

Рекомендации об использовании барьерных методов и спермицидов также имеют свое обоснование: их



можно применять всем в течение первого месяца после аборта, осуществляя в послеоабортном периоде комплексную защиту и от беременности, и от осложнений инфекционного характера («метод двойной защиты»). Перенесшие аборт во втором триместре могут использовать презервативы, как только начнут половую жизнь. Применение диафрагмы или колпачков следует отложить до тех пор, пока шейка матки и влагалище не примут своих нормальных размеров. Однако отдельно использовать эти малоэффективные методы контрацепции в настоящее время не рекомендуется.

Существует вероятность того, что некоторые женщины захотят использовать естественные методы планирования семьи. В процессе консультирования таких женщин необходимо иметь в виду, что использование этого метода контрацепции после аборта не рекомендуется, так как его применение связано с наличием регулярного менструального цикла. У большинства женщин овуляция наступает в течение первого месяца после аборта. Однако время наступления первой овуляции иногда трудно определить, поэтому до восстановления регулярного менструального цикла полагаться на этот метод не рекомендуется.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ У ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОК

Существуют определенные категории населения, у которых могут возникнуть трудности при выборе методов планирования семьи. К таким категориям относятся подростки, женщины с самопроизвольными и повторными абортами, женщины с высокой степенью риска ИППП и ВИЧ-инфицированные женщины.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ ПОСЛЕ АБОРТА У ПОДРОСТКОВ

Беременные девушки, обращающиеся к врачам по поводу аборта, нуждаются в особом внимании и подходе во время консультирования. Подростки обычно прибегают к услугам по производству аборта при поздних сроках беременности,

во втором ее триместре. В этих сроках производство аборта связано с повышенным риском, и, кроме того, такая процедура менее доступна. Подростки обычно очень встревожены и обеспокоены по поводу своей будущей фертильности. Таким образом, важно понять их переживания и реагировать на них деликатным и действенным консультированием, иногда с длительным последующим наблюдением. Подросткам следует получать контрацептивное консультирование в рамках полной программы услуг по производству аборта.

В настоящее время не существует медицинских ограничений для использования методов контрацепции у подростков. Учитывая множество положительных непротивных эффектов, свойственных КОК, этот метод является предпочтительным. Для надежной контрацепции и одновременно с целью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, подросткам (они относятся к группе риска) необходимо рекомендовать, наряду с таблетками, барьерные методы – мужские и женские презервативы (возможно, в сочетании со спермицидами).

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ У ЖЕНЩИН С ПОВТОРНЫМИ АБОРТАМИ

Не менее важно консультирование женщин с повторными абортами. Женщины, обращающиеся за помощью в прерывании повторной нежелательной беременности, нуждаются в особом подходе. Необходимо представлять себе причины такого поведения. Это может быть неиспользование какого-либо контрацептивного метода вообще, разочарование в связи с неэффективностью или низкой эффективностью избранного метода, ошибки при использовании метода и т.п. Во всех случаях необходимо провести консультирование и убедить женщину и/или ее партнера в необходимости применять наиболее эффективные методы контрацепции, вновь обсудить правила применения, сосредоточиться на возможных ошибках использования, дабы избежать их.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ

Ситуация с ВИЧ-инфицированными женщинами в России становится настолько тревожной и реальной, что медицинским работникам, оказывающим услуги по планированию семьи женщинам после абортов, необходимы знания о возможностях использования контрацептивных методов у этой категории населения. Для любой женщины, получающей информацию и консультирующейся по вопросам планирования семьи, должен быть оценен риск ВИЧ-инфицирования. Всем женщинам необходимо знать, что единственным методом, способным защитить половых партнеров от ИППП, является презерватив (мужской или женский). Во многих случаях женщина может выбрать любой эффективный метод контрацепции с дополнительным использованием презерватива для профилактики ИППП.

Барьерные методы, особенно презервативы, должны быть обязательно рекомендованы всем женщинам для профилактики ИППП/ВИЧ и СПИД.

Вне зависимости от того, использует или не использует женщина метод контрацепции, какой бы высокоэффективный контрацептивный метод ни был рекомендован женщине, после аборта пациентка должна быть обязательно приглашена на прием к специалисту в течение 7-14 дней после аборта. Наблюдение за использующей тот или иной контрацептивный метод женщиной осуществляется в последующем регулярно через три месяца, затем через шесть и, наконец, через год. Проведение мероприятий, связанных с реабилитацией репродуктивной функции перенесшей аборт женщины, осуществляется по показаниям специалистами амбулаторно-поликлинической службы или центров планирования семьи.

Таким образом, профессиональные знания медицинских работников и возможность оказания квалифицированной помощи, включая консультирование, проводимое всем женщинам, перенесшим процедуру аборта, будут способствовать профилактике и снижению частоты повторных абортов в России.



Жанин®

30 мкг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста

Диеногест - гибридный гестаген с выраженным антипролиферативным действием на эндометрий



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



НИЗКОДОЗИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ

ЖАНИН® (JEANINE®)

Лекарственная форма: драже, 0,03 мг этинилэстрадиола и 2,0 мг диеногеста.

Показания к применению: Контрацепция.

Противопоказания: Тромбозы (венозные и артериальные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, инсульт), цереброваскулярные нарушения; состояния, предшествующие тромбозу (в том числе, транзиторные ишемические атаки, стенокардия) в настоящее время или в анамнезе. Мигрень с очаговыми неврологическими симптомами в анамнезе. Сахарный диабет с сосудистыми осложнениями. Множественные или выраженные факторы риска венозного или артериального тромбоза, в том числе осложненные поражения клапанного аппарата сердца, фибрилляция предсердий, заболевания сосудов головного мозга или коронарных артерий сердца; неконтролируемая артериальная гипертензия, курение в возрасте старше 35 лет. Пакреатит с выраженной гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе; печеночная недостаточность и тяжелые заболевания печени (до тех пор, пока печеночные тесты не придут в

норму); опухоли печени (доброкачественные или злокачественные) в настоящее время или в анамнезе; выявленные гормонозависимые злокачественные заболевания (в том числе половых органов или молочных желез) или подозрение на них; вагинальное кровотечение неясного генеза; беременность или подозрение на нее; период кормления грудью; повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; длительная иммобилизация, серьезное хирургическое вмешательство, хирургические операции на ногах, повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата.

Применение с осторожностью: факторы риска развития тромбоза и тромбоэмболии; заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения; наследственный ангионевротический отек; гипертриглицеридемия, заболевания печени; заболевания, впервые возникшие или усугубившиеся во время беременности или на фоне предыдущего приема половых гормонов (например, желтуха, холестаз, холелитиаз, отосклероз с ухудшением слуха, порфирия, герпес беременных, хорея Сиденгама); послеродовой период. Жанин не назначается во время беременности и в период кормления грудью. Если беременность выявляется во время приема препарата Жанин, препарат сразу же

отменяется. Использование комбинированных пероральных контрацептивов противопоказано при лактации.

Побочное действие: Могут отмечаться нарушения менструального цикла, такие как нерегулярные кровотечения (мажущие кровянистые выделения или кровотечения), особенно в течение первых месяцев применения. На фоне приема комбинированных пероральных контрацептивов у женщин наблюдались и другие нежелательные эффекты, связь которых с приемом препаратов не подтверждена, но и не опровергнута. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

Способ применения и дозы: Драже следует принимать внутрь по порядку, указанному на упаковке, каждый день примерно в одно и то же время, с небольшим количеством воды. Принимают по одному драже в сутки непрерывно в течение 21 дня. Прием следующей упаковки начинается после 7-дневного перерыва в приеме драже, во время которого обычно имеет место кровотечение отмены. В случае пропуска приема препарата необходимо руководствоваться правилами приема пропущенных драже. Регистрационный номер: ПНО13757/01 от 02.04.2009. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «БАЙЕР». 107113 Россия, Москва, ул. 3-я Рыбинская д.18, стр. 2.

Санкт-Петербург (812) 331 36 00

Ростов-на-Дону (863) 206 20 47

Казань (843) 267 61 27

Екатеринбург (343) 355 31 76

Москва (495) 231 12 00

Новосибирск (383) 222 18 27

Хабаровск (4212) 41 42 29

Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10

www.bayerscheringpharma.ru

09.09-0564-RU