

Контрацепция после аборта

В.В. ЯГЛОВ,
Научный центр
акушерства, гинекологии
и перинатологии
Росмедтехнологий

Проблема аборт, несмотря на установившуюся тенденцию к их снижению, не становится менее актуальной. Аборты по-прежнему доминируют в структуре материнской смертности (не менее 23%), оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, бесплодию и отрицательно влияют на течение последующих беременностей и родов, способствуя увеличению частоты невынашивания, развитию материнской и младенческой патологии (1).

Установлено, что при наличии четкой установки на завершение первой беременности родами, повторное деторождение имеет место только у 35,9% женщин, в то время как 57,9% последующих беременностей заканчиваются индуцированным абортом. При этом в большинстве случаев (55,2%) решение о прерывании беременности принимает сама женщина и только в 37,2% она советуется с мужем (2).

Ведение пациентки после аборта невозможно без проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушений, вызванных произведенным вмешательством. Такой подход способствует профилактике и снижению вероятности развития ближайших и отдаленных осложнений после аборта.

В этой связи становится очевидным приоритет профилактической консультативной работы. Подготавливаются квалифицированные специалисты по планированию семьи, позитивно меняется отношение населения к контрацепции. Важно подчеркнуть, что с помощью контрацепции могут не только решаться задачи, связанные с уменьшением числа аборт, но и выполняться программы по сохранению репродуктивного здоровья женщины – за счет предотвращения целого ряда гинекологических заболеваний, связанных с прерыванием беременности. Консультирование является важнейшей частью практической деятельности акушера-гинеколога. Задача консультирования по планированию семьи состоит в том, чтобы предоставить пациентке возможность осознано и свободно принимать собственное решение относительно деторождения или контрацепции. Консультирование помогает женщинам сделать выбор, своевременно и правильно использовать избранный метод.

Они также получают возможность продолжительного последующего наблюдения компетентным квалифицированным специалистом (3).

В случае наступления нежеланной беременности особое значение приобретает консультирование в период подготовки к искусственному прерыванию беременности. Хотя большинство женщин предпочитает избежать беременности в ближайшие месяцы после аборт, некоторые из них затрудняются в своевременном и правильном выборе метода контрацепции. Кроме того, с целью динамического мониторинга необходимо также проведение консультирования в течение первых 2-х недель после аборт, с дальнейшим наблюдением через 3, 6 и 12 месяцев (4).

Такое внимание к женщине после проведения индуцированного аборт предопределяется несколькими обстоятельствами. Во-первых, общепризнано, что любой аборт является для женщины серьезнейшим стрессом и без соответствующих своевременных реабилитационных мероприятий он приводит к нарушению психологической и гормональной адаптации. Во-вторых, существует большая вероятность овуляции в течение ближайших 2-4-х, а у 75% женщин – в течение 6 недель после аборт (5). Наступившая в этот период повторная и прерванная затем беременность окажет еще более негативное влияние на состояние женщины, существенно ухудшая не только репродуктив-

ное, но и соматическое здоровье.

Ведение пациентки после аборта невозможно без проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию нарушений, вызванных произведенным вмешательством. Такой подход способствует профилактике и снижению вероятности развития ближайших и отдаленных осложнений после аборта. С этой целью уместно применение витаминов, антиоксидантов, адаптогенов, по показаниям – физиотерапии и антибиотиков.

При стрессе, каковым является аборт для организма женщины, всегда страдает репродуктивная система. Клетки паравентрикулярных ядер гипоталамуса переходят в состояние возбуждения, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. Наряду с изменениями эндокринной функции яичников происходит активация симпатико-адреналовой системы, значительно повышается уровень катехоламинов. Отмечается дефицит эстрогенов, что обуславливает торможение процессов пролиферации эндометрия и неблагоприятно влияет в дальнейшем на его прегравидарную трансформацию. Искусственное прерывание беременности всегда сопровождается травмой эндометрия, что может изменить свойства рецепторов половых стероидов и, тем самым, привести к нарушению специфического периферического ответа на гонадотропные гормоны со стороны матки. Происходят и изменения в молочных железах, их структура изменяется за счет значительно развития железистых элементов и увеличения объема (6).

Восстановление гипофизарно-яичниковых взаимоотношений происходит у подавляющего большинства женщин в течение первых 3-х менструальных циклов. Однако у многих женщин, без соответствующей терапии, нарушения в

системе гипофиз-надпочечники-яичники сохраняются на протяжении более длительного времени, приобретая стойкий характер. При отсутствии или несвоевременном проведении реабилитационных мероприятий эти функциональные изменения неизбежно переходят в органические изменения. Как вариант предболезни может рассматриваться гипертекоз яичника, вследствие его стимуляции ЛГ. При отсутствии коррекции данного состояния в дальнейшем реализуются различные варианты патологии (7):

- недостаточность лютеиновой фазы;
- вторичные поликистозные яичники;
- гиперплазия эндометрия;
- миома матки;
- эндометриоз;
- текоматоз яичников;
- пролактинома;
- синдром Иценко-Кушинга.

Именно поэтому, учитывая различные пути патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий необходимо включать комбинированные эстроген-гестаген содержащие контрацептивы, угнетающие по принципу «обратной связи» выброс гонадотропинов и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме женщины искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без патологических пиков.

Помимо профилактики нейроэндокринных нарушений использование гормональной контрацепции значительно уменьшает риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов за счет следующих основных механизмов:

- сгущение цервикальной слизи, что препятствует восходящему пути распространения потенциальных патогенных возбудителей в полость матки и снижению риска развития острых инфекционных заболеваний органов малого таза;

- профилактика ациклических и снижение объема циклических кровянистых выделений;
- улучшение трофических процессов в эндо- и миометрии;

Согласно рекомендациям ВОЗ, при отсутствии тяжелых осложнений или специальных противопоказаний и исходя из клинической ситуации у каждой конкретной женщины, начинать использование контрацептивных методов можно сразу после аборта. Первая таблетка принимается в день проведения операции. Контрацептивный эффект наступает сразу и никаких дополнительных средств не требуется.

- уменьшение, за счет антипростагландинового действия стероидов, интенсивности маточных сокращений, что также приводит к снижению риска распространения воспалительного процесса из полости матки в фаллопиевы трубы.

Таким образом, использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) отвечает всем требованиям, предъявляемым к контрацепции после аборта. Прежде всего, это высокая эффективность и наличие целого ряда сопутствующих положительных эффектов, что позволяет рассматривать эти средства как важнейшее условие успешной реабилитации женщины. Применение этого метода не связано с половым актом, что является дополнительным важным преимуществом. Наконец, гормональные контрацептивы можно использовать и в качестве временного метода в течение нескольких месяцев перед введением внутриматочного средства (ВМС), снижая тем самым вероятность экспульсии и болевых ощущений после введения.

В настоящее время на российском рынке имеется широкий выбор доступных современных низко- и микродозированных монофазных КОК: Регулон, Новинет,



Линдинет, Легест, Фемоден, Мерсилон и др. Эффективность таких препаратов при правильном использовании близка к 100% (8).

Согласно рекомендациям ВОЗ, при отсутствии тяжелых осложнений или специальных противопоказаний и исходя из клинической ситуации у каждой конкретной женщины, начинать использование контрацептивных методов можно сразу после аборта (9). Первая таблетка принимается в день проведения операции. Контрацептивный эффект наступает сразу и никаких дополнительных средств не требуется. В других ситуациях, связанных с отсрочкой использования оральных контрацептивов, можно рекомендовать

барьерные методы (презерватив, спермициды) и отложить начало приема первой таблетки вплоть до менструации, однако при этом теряется терапевтический эффект гормональных препаратов. Продолжительность гормональной контрацепции не должна быть меньше 3-х месяцев.

Необходимо информировать женщину о возможных побочных эффектах, которые, как правило, исчезают самостоятельно без лечения к 3-4-му циклу приема. Некоторым женщинам применение препаратов, содержащих эстрогенный компонент, нежелательно или даже противопоказано. Это может быть связано с непереносимостью (диспепси-

ческие расстройства, аллергические реакции), курением (> 15 сигарет в день), сопутствующими соматическими заболеваниями: сердечно-сосудистыми (сопровождающимися высоким уровнем артериального давления – выше 160/100 мм рт. ст., гиперкоагуляцией, тромботическими осложнениями, ишемической болезнью сердца, поражением клапанного аппарата сердца), тяжелой формой сахарного диабета, наличием эстрогензависимых опухолей и др. Этой группе женщин могут быть предложены гестагенные таблетированные препараты (Экслютон, Микролют, Чарозетта). Принимать их необходимо в одно и то же время суток, без перерывов; первая таблетка также принимается в день производства аборта. При консультировании необходимо информировать пациентку о вероятности ациклических кровянистых выделений в течение первых нескольких циклов.

В ряде случаев после искусственного аборта встает вопрос о продолжительной гормональной контрацепции без использования таблеток. В РФ к таким методам относится инъекционный препарат Депо-Провера. Инъекцию Депо-Провера можно сделать перед выпиской из стационара или в течение первых 7 дней после аборта. В дальнейшем эти инъекции необходимо повторять регулярно: 150 мг 1 раз в 3 месяца (90 дней). Преимуществом метода является его конфиденциальность, высокая эффективность, протективное действие при гиперпластических процессах эндометрия. К недостаткам инъекционной контрацепции относятся нарушения менструального цикла (ациклические кровянистые выделения, аменорея) прибавка в весе, отсроченное восстановление фертильности. Предварительная консультация врача, объяснение природы побочных эффектов и их обратимость помогают женщине преодолеть возможные трудности и продолжить использование инъекционной контрацепции (8).



Восстановление гипофизарно-яичниковых взаимоотношений происходит у подавляющего большинства женщин в течение первых 3-х менструальных циклов. Однако у многих женщин, без соответствующей терапии, нарушения в системе гипофиз-надпочечники-яичники сохраняются на протяжении более длительного времени, приобретая стойкий характер.

Возможно использование внутриматочных средств (ВМС) после аборта. Однако, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, к состояниям, при которых требуется строго ограничить или вообще отказаться от использования ВМС, относятся повышенный риск ИППП (наличие нескольких половых партнеров); высокий риск ВИЧ, ВИЧ-носительство, СПИД; воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в настоящее время или в течение последних 3 месяцев; туберкулез половых органов; трофобластическая болезнь; рак яичников; состояние после септического аборта; деформация полости матки; кровотечение из влагалища неясной этиологии. Для левоноргестрелсодержащих ВМС (Мирена) к противопоказаниям также относятся наличие тромбоза глубоких вен или тромбоемболии; ишемическая болезнь сердца (ИБС); головные боли с очаговыми неврологическими симптомами; вирусный гепатит (активная форма); декомпенсированный цирроз печени; доброкачественная (аденома) или злокачественная (гепатома) опухоли печени.

Интерес к использованию барьерных методов контрацепции (мужских и женских презервативов, цервикальных колпачков, губок, влагалищных диафрагм в сочетании со спермицидами) в значительной степени обуславливается их способностью обеспечивать защиту от инфекций, передающихся половым путем. Эти методы контрацепции оказывают двойную защиту – от непланируемой беременности и от осложненной инфекционного характера.

После аборта можно использовать презервативы сразу после возобновления половой жизни. Применение диафрагмы или колпачков следует отложить до восстановления размеров матки. Возможно использование и спермицидов. В частности, контрацептивным и в некоторой степени антисептическим действием обладает препарат Фарматекс, содержащий (бензалкония хлорид), применяемый в виде различных лекарственных форм: свечей, таблеток, капсул, крема, тампонов, которые вводятся во влагалище непосредственно перед половым актом. Бензалкония хлорид повреждает сперматозоиды, делая невозможным процесс оплодотворения. Преимуществом Фарматекса, как и других барьерных методов, являются также отсутствие системного воздействия на организм женщины и доступность. Недостатком барьерных методов контрацепции может быть необходимость в мотивации их использования.


Что касается естественных методов контрацепции (календарный, температурный), то при консультировании женщин после аборта важно подчеркнуть, что их успешное применение возможно только при регулярном менструальном цикле. Поэтому в течение первых нескольких месяцев после операции пара должна использовать другие альтернативные способы предохранения от нежеланной беременности (гормональная контрацепция, барьерные методы).

Пациенткам, отдающим предпочтение хирургической стерилиза-

ции после перенесенного аборта, необходимо знать, что в России этот метод разрешен женщинам в возрасте старше 35 лет, либо имеющим двух и более детей. При

Учитывая различные пути патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий необходимо включать комбинированные эстроген-гестаген содержащие контрацептивы, угнетающие по принципу «обратной связи» выброс гонадолиберина и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме женщины искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без патологических пиков.

наличии технических условий для проведения такой операции и наличии информированного согласия пациентки, этот метод может быть выполнен сразу после искусственного прерывания беременности, как в первом, так и во втором триместре. Наличие кровотечения, тяжелой травмы мягких тканей половых путей, перфорации матки или гематомы ограничивают возможность выполнения стерилизации.

Таким образом, мотивированное применение тех или иных методов контрацепции, основанное на своевременном и профессиональном консультировании, может расцениваться как важное направление в снижении числа абортотворения и сохранении репродуктивного здоровья женщины. 

Список литературы:

1. В.Н. Прилепская. Руководство по контрацепции // МЕДпресс-информ, Москва, 2006, С.191-211.
2. Е.М. Вихляева, Е.И. Николаева, А. Брандруп-Луканова. Эпидемиология индуцированного аборта в Европейском регионе России // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, – 1999, – №1, – С.15-19.
3. Organization of Family Planning Services. //A manual for family planning professionals, 1998, AVSC International.
4. И.С. Савельева. Контрацептивные услуги для женщин после аборта // РМЖ, 2002, Т.10, №18.
5. P. Lahteenmaki. Postabortal Contraception. // Annals of Medicine. – 1993 – Vol.25. – P. 185–189.
6. И.С. Савельева. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений // Гинекология, 2002, – Т.4. – № 3.
7. О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина, И.А. Жирова, Т.М. Астахова, Е.И. Николаева, Т.А. Гати- на. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты) // Триада-Х, – 2003, – С.152.
8. В.Н. Прилепская. Гормональная контрацепция // Медпресс. – 1998. – С.154-9.
9. WHO Tech Rep Ser 1998; 877: 1–89.