

# Контрацепция после медикаментозного аборта в I триместре

Д.м.н. Г.Б. ДИККЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет

**Ключевые слова:** медикаментозный аборт, контрацепция.

Профилактика нежелательной беременности и снижение количества абортотворений являются одним из основных направлений улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения материнской смертности. Некоторые исследователи считают, что риск для здоровья, связанный с абортом, можно фактически устранить, сделав широкодоступным безопасный аборт, основными составляющими которого являются информированность, доступность и качество. Последнее включает консультирование, использование современной методики (вакуумная аспирация или медикаментозный метод), послеабортное ведение пациентки [1]. Рекомендации экспертов ВОЗ отражены также в нормативных документах МЗ и СР РФ. Так, в инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности, утвержденной приказом Минздрава России №484 от 14.10.03, указано, что медицинская помощь при искусственном прерывании беременности должна включать «эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию после аборта» [3].

Широкое распространение информации среди населения и качественное консультирование до и после прерывания беременности являются важными элементами обеспечения безопасности абортотворения [1, 2]. В равной степени имеет значение информирование и обучение медицинского персонала, предоставляющего эти услуги.

Медикаментозное прерывание беременности требует более внимательного и длительного наблюдения, чем хирургический аборт. Эффективность применения мифепристона и мизопростол в I триместре беременности (до 9 нед) высока и составляет 95—99%. Кроме того, многочисленными зарубежными исследованиями было показано, что снижение дозы мифепристона до 200 мг не влияет на его эффективность.

Консультация после аборта должна включать следующую информацию: признаки нормального выздоровления; правила поведения после аборта и особенности гигиенических мероприятий; симпто-

мы возможных осложнений, при появлении которых необходимо срочно обратиться к врачу; расписание контрольных осмотров; сроки восстановления способности к зачатию после процедуры и рекомендации по контрацепции; меры по предотвращению инфекций, передаваемых половым путем.

Следует проинформировать женщину о симптомах, при которых она должна срочно обратиться к врачу: обильное кровотечение (2—3 прокладки в течение 1 ч на протяжении 2 ч); стойкое повышение температуры до 38°C и выше или повышение температуры через 8 ч после аборта; отсутствие кровотечения в течение 24 ч после приема мизопростол. Рутинное назначение антибиотиков во время выполнения хирургического аборта снижает риск возникновения инфекционных осложнений после этой операции в 2 раза. Профилактическая антибиотикотерапия после медикаментозного аборта не требуется.

Результатом воздействия мифепристона на эндометрий является полная десквамация эндометрия и экспульсия плодного яйца. Время наступления индуцированного медикаментозного аборта, при последующем включении фолликулогенеза, может считаться первым днем очередного менструального цикла с возможной овуляцией примерно через 14—15 дней. Таким образом, способность к зачатию может восстановиться уже через 2 нед после искусственного аборта в I триместре беременности [8]. Как только у пациентки прекратятся кровяные выделения из половых путей и она возобновит сексуальные отношения, не исключается возможность наступления новой беременности. По данным других авторов, вероятность наступления овуляции в следующем после медикаментозного аборта цикле составляет 75,9%. Поэтому очень важно, чтобы женщинам были предложены эффективные методы контрацепции, которые они смогут использовать непосредственно после аборта [16]. Существуют доказательства в поддержку применения любого современного метода контрацепции после неосложненного аборта [12, 17], вместе с тем использование контрацепции после медикаментозного аборта изучено еще недостаточно.

e-mail:

Приведенные ниже рекомендации по применению различных методов контрацепции после медикаментозного аборта [8] выведены на основании имеющихся результатов исследований, клинического опыта и опубликованных материалов экспертов в данной области, а там, где это допустимо — на основании применения после абортов других типов (см. таблицу).

**Гормональные методы**, как комбинированные, так и чисто прогестиновые [16], можно использовать уже в день приема мизопростола (обычно на третий день комбинированного режима при медикаментозном аборте на основе мифепристона — мизопростола). К данным методам относятся *пероральные контрацептивные средства* [13–15], *инъекционные методы* (например, депо медроксипрогестерона ацетат или депо-провера), *имплантаты* [12] и *контрацептивный пластырь*. Вагинальное кольцо (также относящееся к комбинированным гормональным средствам) можно начать использовать на следующий день после приема мизопростола или, если у женщины в этот день все еще продолжается кровотечение, на 2–3 дня позже. Данные рекомендации основаны на клиническом опыте [10, 11]; снижает ли фактически продолжительное и сильное кровотечение после медикаментозного аборта эффективность вагинального кольца, неизвестно.

**Внутриматочные средства** могут быть введены в любое время после завершения медикаментозного аборта (т.е. после подтверждения экспульсии плодного яйца) [9, 10, 13]. Завершение медикаментозного аборта может быть подтверждено данными ультразвуковой эхографии, результатами исследований че-

ловеческого хорионического гонадотропина (чХГ) и/или гинекологическим осмотром в сочетании с личными записями женщины о кровотечении; методы подтверждения могут различаться в зависимости от протоколов клиники или системы медицинского обслуживания.

**Барьерные методы** (презервативы, диафрагмы и шеечные колпачки) а также спермициды (пены, гели, таблетки или пленки) можно использовать сразу после возобновления половой жизни [17].

**Добровольная хирургическая стерилизация** женщины может быть проведена после того, как женщина добровольно и осведомленно примет решение об использовании данного постоянного метода [17].

**Естественные методы планирования семьи и календарный метод** (подсчет безопасных дней) являются ненадежными и поэтому не должны использоваться вплоть до восстановления регулярного менструального цикла [12].

В случае, если рекомендовано или запланировано отложить начало использования выбранного метода, в этот промежуток следует пользоваться другим методом (например презервативами).

Для обоснованного выбора женщине необходимо предоставить полную информацию обо всех существующих методах, включая экстренную контрацепцию.

Выбор метода должен осуществляться в зависимости от предпочтений женщины, особенностей ее состояния здоровья, репродуктивных планов, возможности использования того или иного вида контрацепции, планируемой продолжительности его использования, последующего врачебного наблюде-

#### Сроки начала использования контрацептивных средств после медикаментозного аборта (МА) в I триместре (по рекомендациям Ipas)

Метод	Начало использования после МА	Примечание
Гормональные методы (пероральные таблетки, инъекции, имплантаты, пластырь и вагинальное кольцо)	Вагинальное кольцо: на следующий день после приема мизопростола или (в случае сильного кровотечения) на 2–3 дня позже Остальные методы: в день приема мизопростола	В случае начала использования позже, чем через 5 дней после приема мизопростола: — следует прибегать к барьерным методам в промежуток до и в течение 1-й недели использования гормонального метода или — следует применять другие гормональные методы вплоть до начала использования выбранного метода (например, использовать комбинированные оральные контрацептивы до принятия метода, зависящего от поставщика медицинских услуг)
Внутриматочные Cu содержащие средства и рилизинг-система Мирена (левоноргестрелсодержащая)	После полной экспульсии плодного мешка и подтверждения завершения МА	В случае начала использования на 4-й неделе или позднее в промежутке следует применять гормональный метод
Барьерные методы и спермициды	При возобновлении сексуальной жизни	Барьерные методы также могут применяться в случае, когда откладывается начало использования любого другого метода
Хирургическая стерилизация женщины	После принятия женщиной информированного решения	—
Естественные методы планирования семьи и календарный метод	После восстановления менструального цикла	В промежуток до восстановления регулярного цикла следует пользоваться барьерными методами или воздерживаться от половой жизни

ния. Информация по выбранному методу контрацепции должна включать следующие сведения: его эффективность, преимущества и недостатки, инструкцию по применению, сведения о том, где его можно получить; информацию о наиболее распространенных побочных эффектах и необходимых действиях в случае их возникновения [4].

Другой аспект ведения послеабортного периода — реабилитация. Следует подчеркнуть, что проведение реабилитации после аборта является характерным для российского здравоохранения.

По мнению В.Н. Серова, Л.А. Тихомирова и др., роль эстроген-гестагенных препаратов в постабортном периоде двойственна: с одной стороны, они позволяют предупредить риск повторного аборта, с другой — существенно снижают влияние постабортного стресса на репродуктивное здоровье, обеспечивая коррекцию гормонального статуса. Понятие «репродуктивное здоровье» предполагает в том числе и применение средств гормональной контрацепции с лечебной целью. В настоящее время на современном уровне медицинских знаний нельзя рассматривать гормональную контрацепцию только как средство предупреждения нежелательной беременности — это и самостоятельный метод лечения многих гинекологических заболеваний, в том числе развившихся после абортов. Расширение показаний для использования гормональной контрацепции, появление новых контрацептивных средств и технологий, безусловно, являются реальными шагами на пути улучшения репродуктивного здоровья женщин [5, 7].

Медикаментозное прерывание беременности включает механическое повреждение матки, но не исключает вероятность развития функциональных нарушений, обусловленных гормональным стрессом [7]. В целях уменьшения воздействия аборта на состояние гипоталамо-гипофизарной системы целесообразно назначение оральных контрацептивов, выбор которых осуществляют в соответствии с общепринятыми рекомендациями. С целью профилактики развития подобных нарушений все пациентки, перенесшие медикаментозное прерывание беременности, должны в течение как минимум 1—2 менструальных циклов принимать монофазные гормональные контрацептивы (например регулон) [7].

Оценка эффективности медикаментозного аборта и решение о необходимости проведения реабилитационных мероприятий проводится на основании сведений об экспульсии плодного яйца (визуальный контроль врачом или самой пациенткой, если аборт произошел в домашних условиях), бимануального обследования и ультразвукографического исследования, выполненного на 14—16-е сутки после приема препаратов.

Необходимо учитывать, что наличие в матке (по данным ультразвукографии) различных эхонегативных и эхопозитивных структур в любом количестве

(см. рисунок) не является показанием для выскабливания. Присутствие крови в полости матки после медикаментозного аборта примерно у 30% женщин обусловлено недостаточным действием простагландина на сократительную активность миометрия, что было показано в экспериментальных исследованиях [6]. С другой стороны, наличие факторов риска нарушений репродуктивной функции (указания на специфические генитальные инфекции в анамнезе, нарушения менструального цикла, привычное невынашивание, перенесенные ранее операции на придатках, инфекции мочевыводящих путей, иммунодефицитные состояния, наличие миомы матки или эндометриоза) может свидетельствовать о нарушениях рецепторного аппарата матки, недостаточности лютеиновой фазы цикла и вследствие этого полноценных секреторных изменениях эндометрия, что определяет целесообразность применения эстроген-гестагенных препаратов для восстановления циклической трансформации эндометрия и его десквамации в следующем после прерывания беременности цикле.

Авторами были проведены исследования с использованием препарата *регулон* для реабилитации женщин после медикаментозного аборта. Выбор препарата был обусловлен его составом. Этинилэстрадиол содержится в препарате в низкой, но достаточно активной дозировке (30 мкг) чтобы обеспечить стабильность эндометрия, нормальный контроль менструального цикла и избежать кровотечений прорыва. Дезогестрел — достаточно сильный прогестаген, подавляющий функцию яичников. При определении содержания эстрогенов в сыворотке крови приблизительно в 60% случаев выявлены концентрации, соответствующие ранней фолликулярной фазе, в 25% случаев этот уровень был еще выше. Уровень прогестерона в крови выше, чем в фолликулиновой фазе при нормальном менструальном цикле, и



**М-эхо шириной 16 мм. Полость матки заполнена гипэхогенным содержимым с наличием эхопозитивной взвеси.**

Заключение: состояние после медикаментозного аборта. Гематометра.

ниже чем в лютеиновой фазе. Дезогестрел по структурным особенностям близок к молекулярному строению прогестерона. За счет низкой дозы эстрогенов и высокоселективного прогестагена регулон не имеет негативных свойств, влияющих на задержку жидкости, прибавку массы тела. Существует ряд исследований, подтверждающих эффективность регулона в комплексе реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной системы после аборта, неразвивающейся беременности, воспалительных процессов органов малого таза. Установлено, что в эндокринной системе после аборта возникают послестрессовые изменения. Повышена выработка кортикоидных гормонов, эстрогенов, фолликулостимулирующего, адренокортикотропного гормонов. Лечебное действие эстрогенгестагенных препаратов напоминает защитные свойства беременности, репродуктивная система временно блокируется.

Нами были обследованы 56 женщин в возрасте от 18 лет до 41 года. У 51,8% пациенток на контрольных ультразвукограммах, выполненных на 12—14-й день после приема таблеток для прерывания беременности (пенкрофтон, мизопропростол по общепринятой схеме), состояние полости матки было нормальным: толщина ее колебалась от 4 до 10 мм (в среднем  $7,0 \pm 0,15$  мм), контуры были ровными, четкими, эндометрий по структуре соответствовал середине цикла или фазе пролиферации. В 35,7% случаев было выявлено расширение полости матки до 14—22 мм (среднее значение  $17,0 \pm 1,15$  мм). Отмечалось наличие гипоехогенных структур, иногда неровность контуров полости матки. У 10,7% женщин на основании описанных особенностей полости матки было

сделано заключение о наличии эндометрита. Отсутствие клинических симптомов неполного аборта или эндометрита, нормальные показатели лабораторного исследования крови не давали оснований для инструментальной ревизии полости матки. Эти пациентки были выделены в группу, которым была назначена реабилитационная терапия препаратом Регулон ( $n=29$ ). Остальные пациентки, с нормальными показателями М-эхо во время контроля и не получавшие оральные контрацептивы, составили группу сравнения. После проведения реабилитации в течение 1-го цикла контрольное ультразвуковое исследование (выполненное на 5—6-е сутки очередного менструального цикла) у женщин основной группы свидетельствовало о нормальном состоянии эндометрия, не отличавшемся от группы сравнения. В дальнейшем на протяжении 3 мес наблюдения нарушения менструального цикла в основной группе не отмечалось.

Таким образом, сравнивая подходы и обоснованность реабилитации после медикаментозного аборта с данными зарубежных авторов, следует обратить внимание на то, что «безопасный» аборт, по мнению большинства из них, не требует специального восстановительного лечения. Вместе с тем не вызывает сомнений, что у женщин групп риска по нарушению репродуктивной функции, такое лечение является обоснованным и рациональным, равно как и контрацепция в послеабортном периоде. При этом следует учитывать, что применение оральных контрацептивов — как современный, безопасный и наиболее простой метод, обладающий дополнительными лечебными свойствами, — является в такой ситуации наиболее рациональным.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ 2004; 138.
2. Берер М. Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения. Пробл репрод здоровья 2008; 12: 5—21.
3. «Об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности». Приказ МЗ РФ №484 от 14.10.03.
4. Ранние сроки беременности. 2-е изд. Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М: Status Praesens 2009; 480.
5. Серов В.Н., Пауков С.В. Оральная гормональная контрацепция. М: Триада-Х 1998.
6. Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции. Под ред. В.Н. Прилепской. М: Бином 2009.
7. Тихомиров А.Л. Медикаментозное прерывание беременности малого срока. Трудный пациент 2009; 1—2.
8. Forrest B.T. Jr., Holmstrom E.G. Ovulation following therapeutic abortion. Am J Obstet Gynecol 1972; 113:4:469—473.
9. Fiala C. Personal communication. Gynmed Clinic, Austria, Vienna 2006.
10. Gemzell-Danielsson K. Personal communication. Karolinska University Hospital. Sweden, Stockholm 2006.
11. Hassoun D. Personal communication. Delafontaine Hospital, Paris 2006.
12. Tang Oi Shan, Pei Pei Gao, Linan Cheng et al. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. Hum Reprod 1999; 14:3:722—725.
13. Mittal S. Contraception after medical abortion. Contraception 2006; 74:1:56—60.
14. Tang Oi Shan, Jieshuang Xu, Linan Cheng et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. Hum Reprod 2002; 17:1:99—102.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-Based Clinical Guideline N7. London: RCOG. 2004.
16. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. Geneva, WHO 1997 (WHO/RHT/97.20).
17. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3 ed. Geneva, WHO 2004.