

Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов

В.Н.Серов

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
Министерства здравоохранения и социального развития РФ (директор – акад. РАМН проф. Г.Т.Сухих), Москва

Благодаря мерам, которые принимаются российскими гинекологами в последнее десятилетие, в частности и по использованию современных методов гормональной контрацепции, количество абортов медленно, но неуклонно уменьшается. Так, по данным Госкомстата России, в 1988 г. суммарно в России было зарегистрировано 5 млн абортов, в 1995 г. их число сократилось до 2,77 млн, а в 2009 г. не превышало 1 млн (см. рисунок).

Аборты производятся во всех странах мира, причем там, где они запрещены, число их не меньше, чем в странах, в которых они разрешены. Однако если в Голландии на 1 тыс. женщин фертильного возраста у 5–6 беременностей заканчивается аборт, в Германии – у 8–10, в России – у 40–50. В нашей стране в структуре материнской смертности аборты составляют 20–25%. Известно, что на каждые роды приходится 1 аборт, а из 6 первобеременных 2 делают аборт. В российском обществе широко обсуждается тема о вреде абортов для репродуктивного потенциала нации. Рядом общественных и политических деятелей проводится популистская политика запрета абортов, что крайне неграмотно, так как может привести лишь к увеличению частоты криминальных абортов с тяжелыми осложнениями.

Следует отметить, что в последние десятилетия в реализации функций репродуктивной системы европейских женщин произошли кардинальные изменения. Так, в настоящее время по сравнению с 1970–1980 гг. существенно уменьшился средний возраст наступления первой менструации (с 15–17 до 12 лет) и средний возраст начала половой жизни у девушек (с 17–19 до 15 лет). Наряду с этим резко увеличился временной разрыв между сроком начала половой жизни и рождением первенца: в настоящее время он составляет в среднем 10–15 лет. Отодвинулись и сроки наступления менопаузы: средний возраст женщины, вступающей в этот период, в Европе составляет около 52 лет. Учитывая перечисленные факторы, угроза абортов продолжает оставаться актуальной.

Наличие большого числа бесплодных супружеских пар в нашей стране связано с последствиями абортов. Научные данные свидетельствуют о том, что до 30% перинатальных потерь обусловлено самопроизвольным прерыванием беременности и преждевремен-

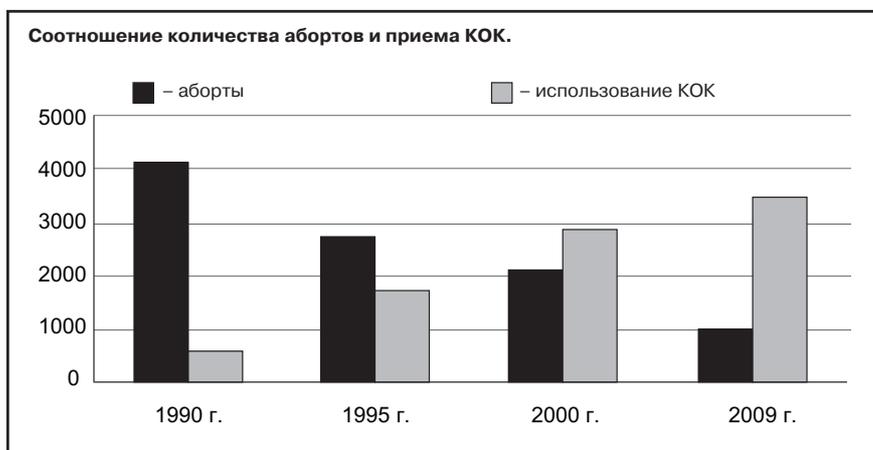
ными родами у женщин, ранее прерывавших беременность. Постабортные осложнения во многом зависят от преморбидного фона, срока беременности, повторных абортов, а их вероятность увеличивается у женщин, которые перенесли аборты многократно. Если женщина перенесла 3 аборта, можно утверждать, что у нее имеют место воспалительные изменения и нарушения менструального цикла.

Осложнения после аборта согласно определению ВОЗ подразделяются на ранние (непосредственно во время операции – кровотечения и перфорация матки), отсроченные (в течение 1 мес после операции – гематометра, эндометрит, остатки плодного яйца, прогрессирование беременности, воспалительные заболевания матки и придатков или обострение хронического воспалительного процесса, нарушения менструального цикла) и отдаленные (повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и шеечного канала, повреждения и дегенерация эндометрия, образование синехий в матке, нарушение проходимости маточных труб, психогенные расстройства, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы). Как правило, отдаленные осложнения возникают через 3–5 лет после аборта. Редким, но тяжелым осложнением аборта является хронический сепсис. Последний следует относить к аутоиммунной патологии, поддерживающей аутолизом тканей матки. Только удаление матки позволяет добиться положительного результата, во время как антибактериальная терапия при хроническом сепсисе малоэффективна.

Дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы вследствие

аборта можно сравнить с «гормональным ударом», который приводит к катастрофическим разрушениям эндокринной системы. Установлено, что изменения в эндокринной системе приводят к нарушению менструальной функции, которые способствуют развитию эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов в эндометрии, вторичных поликистозных яичников, создают условия для формирования метаболического синдрома. При повторных абортах нарушения менструальной функции регистрируются у 25–30% женщин. Осложнения, связанные с нарушениями менструальной функции, развиваются постепенно и часто их не связывают с проведенными ранее абортами. В последние годы показано, что после аборта в 30–40% возникает хронический эндометрит, ведущий к привычному невынашиванию беременности, неудачам экстракорпорального оплодотворения.

Таким образом, после повторных абортов у 3–4% женщин отмечаются воспалительные осложнения и у 25–30% – нарушения менструальной функции с недостаточностью II фазы цикла, относительной гиперэстрогенией, у части женщин – с ановуляцией. Вслед за дефицитом прогестерона развиваются пролиферативные процессы в репродуктивной системе: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, рецидивирующие полипы, аденомиоз, гипертекоз, текоматоз и поликистоз яичников, мастопатия. Конечно, осложнения могут быть связаны не только с аборт, но и с другими причинами – генетическими, экологическими, средовыми и др.



КОК, содержащие 30 мкг ЭЭ необходимы:

Обосновано понятие эколого-репродуктивного диссонанса, непосредственно влияющего на здоровье женщин. Организм женщины в современных условиях находится под постоянным стрессовым воздействием. Последнее обстоятельство форсирует элевационный механизм регуляции менструальной функции и способствует приближению старости и нарушению регуляции менструального цикла. Элевационному процессу противостоит ингибирующее влияние нормальной беременности и послеродовой лактации. Менструации прекращаются, и пролиферативные процессы в репродуктивной системе снижаются. Если женщина рождает 3–4 раза и кормит грудью по 1–1,5 году, то репродуктивная система «отдыхает» 7–9 лет. За это время естественным образом тормозится преждевременное повышение активности гипоталамо-гипофизарной системы. Положение женщины в нашей стране не только не позволяет ей выполнять программу материнства, но и мешает полноценно участвовать в воспитании детей. Вовлеченная в производство, вынужденная интенсивно трудиться вскоре после родов, женщина в полной мере испытывает давление трудных социально-экологических условий. В этом и заключается эколого-репродуктивный диссонанс. Женщина вынуждена ограничиться 1–2 родами и выполнять все максимальные нагрузки современного общества.

Наш многолетний опыт и данные научных исследований показывают особую патогенетическую роль гормональных эстроген-гестагенных препаратов в профилактике отдаленных последствий аборта. Установлено, что в эндокринной системе после аборта возникают постстрессовые изменения. Повышена выработка кортикоидных гормонов, эстрогенов, фолликулостимулирующего, аденокортикотропного гормонов. Гормональные изменения могут наблюдаться в течение 6–12 мес, и дополнительные отрицательные факторы в это время оказываются особенно патогенными. Эстроген-гестагенные препараты эффективны при послеродовом нейроэндокринном синдроме, так как на фоне «возбуждения» гипоталамо-гипофизарной системы выполняют роль ингибирующих средств наряду с низкокалорийной диетой, физической активностью, витаминотерапией.

Роль эстроген-гестагенных препаратов в постабортном периоде двойственна: с одной стороны, они позволяют предупредить риск повторного аборта, а с другой – существенно снижают влияние постабортного стресса на репродуктивное здоровье, обеспечивая коррекцию гормонального статуса.

Понятие «репродуктивное здоровье» в свою очередь 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 аборт. Увеличение показаний для использования гормональной контрацепции, появление новых контрацептивных средств и технологий, безусловно, являются реальными шагами на пути улучшения репродуктивного здоровья женщин.

В последнее время накоплен опыт применения препарата Регулон с целью постабортной реабилитации. Регулон – монофазный оральный контрацептив (ОК), содержащий современные прогестагены и низкие дозы эстрогенов (0,15 мг дезогестрела и 0,03 мг этинилэстрадиола).

Мы наблюдали за женщинами двух групп. Пациенткам основной группы (50 женщин) на следующий день после аборта был рекомендован Регулон в контрацептивном режиме в течение 6 мес. Пациенткам контрольной группы (50 женщин) комбинированный ОК (КОК) после аборта не назначали. Женщины в основной и контрольной группах были сопоставимы по возрасту, паритету, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. У пациенток основной группы кровянистые выделения закончились через 4–6 дней, гематометры не было. Кровянистые выделения у женщин контрольной группы продолжались от 5 до 10 дней, у 2 из них была гематометра, и для ее удаления понадобилось повторное вмешательство. Субфебрильная температура бы-



- Плановая контрацепция с 30 мкг этинилэстрадиола
- Контроль менструального цикла
- Лечебное воздействие на эндометрий



- Восстановление гормонального фона после аборта и гинекологических операций



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия)
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

ла зарегистрирована у одной женщины из основной группы и в течение 7–8 дней – у 5 женщин из контрольной. Увеличение температуры выше 38°C отмечалось у 2 женщин с гематометрой в контрольной группе. В основной группе воспалительных заболеваний органов малого таза не выявлено. У 2 пациенток из контрольной группы наблюдалось обострение хронического сальпингоофорита. Нарушение менструаций в виде меноррагии и межменструальных кровянистых выделений отмечено у 3 женщин контрольной группы.

Пролонгированные наблюдения показали, что у 6% женщин в течение 3–5 лет развивается эндометриоз с маточными кровотечениями и характерной для аденомиоза ультразвуковой картиной. Если после аборта женщина в течение 6 мес получала эстроген-гестагенные препараты, проявлений эндометриоза не было. Использование в постабортном периоде внутриматочных контрацептивов (спирали с медью) увеличивало риск заболеть эндометриозом до 9%.

После аборта наряду с использованием КОК следует соблюдать низкокалорийную диету, увеличивать физическую активность, уменьшить гипокинезию, по возможности избегать неблагоприятных экологических влияний. Опасность послеперсортного (постабортного) периода заключается в развитии нейроэндокринного (метаболического) синдрома и гиперпластических процессов в репродуктивной системе. Дополнительные реабилитационные мероприятия после абортов многообразны и включают физиотерапевтические процедуры (электрофорез, низкоинтенсивный лазер), антибактериальную терапию, диетотерапию, адаптогены. Существенную роль в восстановительном лечении играет психотерапия.

Проблема абортов для России имеет национальный характер, особенно на фоне низкой рождаемости. В статистических данных не отражено достоверное число осложнений после искусственного аборта. Вместе с тем результаты отдельных исследований свидетельствуют о сохраняющемся высоком уровне подобных осложнений.

Современный этап развития российского здравоохранения отмечен разнообразными реформами. Одним из основных механизмов их реализации независимо от конечных целей является осуществление принципа рационального использования ресурсов и лекарственных средств.

Проведен фармакоэкономический анализ постабортной реабилитации с помощью КОК (Регулон). Проанализированы затраты на ведение пациенток после операции прерывания беременности в двух группах: в 1-ю (основную) группу вошли женщины, которым с 1-го дня после аборта в течение 6 мес назначили Регулон, и во 2-ю (контрольная) – не получавшие гормональную реабилитацию. В данном исследовании учитывали только затраты на лечение ранних и отсроченных осложнений и не рассматривали отдаленные последствия аборта. Суммарные затраты в контрольной группе складывались из стоимости неосложненной процедуры и лечения ранних осложнений. Они включали лечение кровянистых выделений, назначение антибиотиков, повторное вмешательство по поводу гематометры, затраты по листу нетрудоспособности, коррекцию нарушений менструального цикла. В основной группе пациенток учитывали стоимость процедуры и 6 блистеров Регулона.

Суммарные затраты на ведение 100 пациенток в контрольной группе составили 555 000 руб., а на ведение 100 пациенток основной группы – 470 000

руб. Разница в общих затратах между группой женщин, принимавших Регулон и не получавших КОК, составила 85 000 руб. на 100 пациенток. Если экстраполировать эти затраты на 1 500 000 случаев хирургического искусственного прерывания беременности в год, то получается, что при назначении с 1-го дня после аборта в течение 6 мес препарата Регулон экономия могла бы составить 1 275 000 000 руб.

Результаты проведенного клинико-экономического анализа свидетельствуют о том, что затраты, связанные с приобретением КОК (Регулон), компенсируются меньшим числом ранних осложнений после аборта, следовательно, уменьшением продолжительности госпитализации пациенток, а также сокращением времени нетрудоспособности.

Таким образом, тактика ведения пациенток после искусственного прерывания беременности должна не только включать стандартную терапию, лечение периперационных осложнений, но и предусматривать профилактическое назначение КОК для предотвращения новых осложнений и отдаленных негативных последствий для здоровья женщины, так как это фармакоэкономически оправдано. Только в этом случае уменьшится число осложнений, а следовательно, отдаленная заболеваемость и смертность, что обеспечит значительный экономический эффект и окажет положительное влияние на социодемографическую ситуацию в Российской Федерации в целом.

Литература

1. Прилепская В.Н. От контрацепции – к репродуктивному здоровью. Материалы XIV Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (16–20 апреля 2007 г., Москва).
2. Серов В.Н., Кожин А.А., Прилепская В.Н. Клинико-физиологические основы гинекологической эндокринологии. Ростов-на-Дону, 1988.
3. Серов В.Н., Никитин С.В. Новые возможности лечебного действия КОК. Гинекология. 2000.
4. Серов В.Н., Пауков С.В. Оральная гормональная контрацепция. М.: Триада, 1988.

— * —