

Экстренная и плановая контрацепция

А.М. Юзько, О.Д. Оныщук, А.М. Алешина

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

«Когда мы говорим о репродуктивном здоровье, мы подразумеваем не только здоровье женщины и мужчины, но и здоровье каждой семьи. Если бы каждый человек, каждая семья знали, что означают эти понятия, мы могли бы с большей надеждой говорить о сохранении здоровья нации, о здоровом генофонде».

Е.Ф. Лахова

Проблема планирования семьи имеет большое значение для сохранения здоровья женщины. Социальная значимость этой проблемы не вызывает сомнения. По определению ВОЗ, термин «планирование семьи» подразумевает комплекс мероприятий по обеспечению контроля репродуктивной функции женщин для рождения только желанных детей. К направлениям планирования семьи относятся: рациональная контрацепция, лечение бесплодия, организация генетических консультаций, просвещение в вопросах семьи и брака. Рассмотрим одно из направлений планирования семьи – контрацепцию – метод предохранения от беременности. Нежеланная беременность продолжает оставаться серьезной проблемой для миллионов женщин во всем мире. Во многих случаях она является результатом незащищенного полового акта, принуждения к сексу или изнасилования. Удельный вес искусственных абортов, как метода регулирования рождаемости, в нашей стране очень высок. Ежегодно в мире производится около 46 миллионов абортов. При этом более 20 миллионов абортов из общего числа сопровождаются осложнениями. Поставорные осложнения являются причиной материнской смертности в 13% случаев, что составляет около 67 тысяч женских жизней в год. Каждый час в мире 8 женщин становятся жертвами криминального аборта [4, 7, 12, 14].

Человек пользовался методами контрацепции с самого начала своего существования. Ш. Багдань подробно описывает историю контрацепции. Уже в древней Африке были известны различные средства растительного происхождения в форме кокона, который вводился глубоко во влагалище. В Америке индейцы применяли промывание влагалища после полового сношения отваром из коры красного дерева и лимона. В Европе использовались прототипы презервативов, изготовленных из кишечника крупного рогатого скота. В древнем Египте пользовались влагалищными тампонами, пропитанными отваром акации и медом. В Китае различные вещества вводили в полость матки.

В XX веке методы и способы контрацепции прогрессивно развивались. Были разработаны противозачаточные спермицидные средства в виде порошков, таблеток, влагалищных шариков, появились резиновые презервативы. В 1908 г. был изобретен шеечный колпачок. Применение различных внутриматочных средств началось еще в древнем мире. Арабы, поместив гладкий камень в матку верблюдницы, предупреждали наступление беременности. В Японии широкое распространение получили серебряные шарики. Затем начали использовать кольца из золота, серебра и шелковой струны. Лишь в конце 50-х – начале 60-х годов получили широкое распространение внутриматочные средства – ВМС (петли, спирали).

Новой вехой в предупреждении беременности явилось создание гормональных контрацептивов. Первым препаратом стал эновид в виде таблеток, предложенный в 1960 г. Он содержал 15 мг норэтинодрела и 0,15 мг местранола. С этого времени началась история развития комбинированных контрацептивных средств. Были созданы препараты, содержащие меньшие дозы гормонов, одно-, двух- и трехфазные оральные контрацептивы.

Современная экстренная контрацепция (ЭК), или посткоитальная контрацепция – это сборное понятие, в основе которого лежит принцип использования разных видов контрацепции (КОК, таблетированные контрацептивы прогестинового ряда, ВМК и др.) в первые часы после незащищенного полового акта, с целью предохранения от нежелательной беременности в случае «незащищенного» полового контакта или при обнаружении дефектов барьерных противозачаточных средств (перезервативы, диафрагмы), при ошибках в использовании гормональных контрацептивов (пропуск приема очередной дозы), после изнасилования, а также в других случаях, когда беременность нежелательна или опасна. Предупреждение нежелательной беременности возможно на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации. Эффективность метода достаточно высока и достигает 96%, если с момента «незащищенного» полового акта прошло не более 72 часов [3, 7, 10, 15].

Показания к применению ЭК:

- изнасилование,
- «незащищенный» половой акт (без использования какого-либо контрацептива),
- в случае обнаружения дефектов барьерных противозачаточных средств (сомнения в целостности использованного презерватива, смещение диафрагмы), при экспульсии ВМС,
- при нерегулярном приеме таблетированных оральных или инъекционных (если после последнего введения депо-медроксипрогестерона ацетата прошло более 16 нед) контрацептивов,
- партнеры, которые применяли естественный метод планирования семьи и не удержались от полового акта, когда это было незапланировано,
- пациентки, редко живущие половой жизнью, и молодые женщины, у которых может возникнуть нежелательная беременность после первого полового контакта без применения контрацептивных средств.

По данным литературы, за последние 20 лет отсутствуют сведения о каких-либо серьезных осложнениях, связанных с применением ЭК. Однако необходимо учитывать противопоказания к использованию гормональных средств: тромбозы и тромбоэмболию в анамнезе, возраст старше 35 лет в сочетании с курением (больше 15 сигарет в день), острые заболевания печени, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, рак молочной железы, нарушение липидного обмена. А. Glasier считает, что средства ЭК безопасны, особенно если сравнивать с риском беременности. С. Vasilakis и соавт. изучали риск венозной тромбоэмболии при ЭК и пришли к выводу, что кратковременное использование ЭК не связано с увеличенным риском этого осложнения. За рубежом ЭК начала распространяться с начала 90-х годов и в на-

стоящее время получила должное признание. Предложено множество методов ЭК, и они продолжают совершенствоваться до настоящего времени [9, 10].

Методы экстренной контрацепции

Наиболее эффективными в настоящее время являются два пути экстренной контрацепции: введение внутриматочного контрацептива и использование гормональных препаратов.

Внутриматочная контрацепция

Используя внутриматочную контрацепцию (как ЭК), следует учитывать индивидуальные особенности женщины, наличие противопоказаний к введению ВМС, желание пациентки в дальнейшем длительно использовать именно этот метод, учитывая риск возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза в течение первых 10–14 дней после введения ВМС. ВМС можно применять и тем женщинам, которые обратились к врачу позже 72 ч после незащищенного полового контакта, когда гормональный метод использовать уже поздно [16].

Существуют и противопоказания к применению внутриматочной ЭК: беременность, кровотечения из половых путей неясного генеза, рак шейки матки и эндометрия, злокачественная гестационная опухоль, ЗППП или воспалительные заболевания органов малого таза в настоящем или в последние 3 мес перед введением ВМС, предшествующий септический аборт или сепсис после родов, аномалии развития половых органов с деформацией полости матки, туберкулез органов малого таза. Данный метод нецелесообразно применять в качестве ЭК молодым нерожавшим пациенткам при наличии большого числа половых контактов и партнеров, при случайных половых связях. В некоторых ситуациях, например, женщинам, имеющим одного полового партнера, с воспалительными заболеваниями половых органов в анамнезе, целесообразно использовать средства профилактики осложнений воспалительного характера (в частности, доксициклин по 0,1 г 2 раза в день в период введения ВМС и в последующие 5 дней) [3, 4].

Введение ВМС производится в течение первых 5–7 дней после незащищенного полового контакта [3, 8]. Имеются данные о том, что эффективность данного метода выше, чем при использовании метода Юзпе [9, 10, 16].

Гормональная экстренная контрацепция

Для гормональной ЭК используются следующие средства:

- эстрогены;
- эстроген-гестагенные препараты;
- гестагены;
- антигонадотропины (даназол);
- антипрогестины (мифепристон, или RU-486).

Механизм действия гормональной ЭК заключается в подавлении или отдалении процесса овуляции, нарушении процесса оплодотворения, транспорта оплодотворенной яйцеклетки и ее имплантации. Несмотря на то, что мнения о механизме действия гормональной ЭК противоречивы, большинство авторов считают, что основное влияние она оказывает на эндометрий. Изменение чувствительности эндометрия к стероидам приводит к нарушению процесса имплантации эмбриона. Для подтверждения того, что высокие дозы гормональных препаратов создают неблагоприятные условия для развития эмбриона, D. Young и соавт. провели исследование, которое доказало, что высокие дозы комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, введенных 5 здоровым женщинам во вторую фазу менструального цикла дважды с интервалом 12 ч, подавляли синтез прогестерона рецепторами эндометрия. M. Swahn и соавт. считают, что гормональные препараты для ЭК (в частности, введенные в

режиме Юзпе и даназол) оказывают прямое влияние на ткань эндометрия; это доказано гистологическим исследованием эндометрия [6, 7, 10, 14].

Эстрогены

В 60-х годах впервые было предложено использовать эстрогены для ЭК. В литературе есть сведения об использовании диэтилстильбэстрола, конъюгированных эстрогенов, этинилэстрадиола на протяжении 5 дней после полового акта. Данный метод высоко эффективен, однако при его использовании отмечена высокая частота побочных реакций (тошнота, рвота, головная боль, нарушения зрения, осложнения, связанные с гиперкоагуляцией). Кроме того, большинство авторов считают, что в случае неэффективности метода возникшая беременность должна быть прервана, так как эстрогены могут оказывать тератогенное влияние на плод [2, 3, 15].

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты

Данный метод называют методом Альберта Юзпе, канадского врача, который впервые его применил и начал широко пропагандировать. Метод заключается в двукратном назначении 200 мкг этинилэстрадиола и 1 мг левоноргестрела в течение 72 ч после полового контакта с перерывом в 12 ч. В США и Канаде такое посткоитальное средство выпускается под названием «Оврал» и представляет собой 4 таблетки, каждая из которых содержит 50 мкг этинилэстрадиола и 0,50 мг норгестрела. В Германии и Швеции аналогичный препарат называется «Тетрагинон». Одним из преимуществ этого метода является то, что с целью ЭК можно использовать практически любой, имеющийся в продаже комбинированный ОК, в том числе и низкодозированный, при этом число таблеток будет варьировать в зависимости от их состава и дозировки: используется орально 2 таблетки высокодозированного КОК (50 мкг этинилэстрадиола) или 4 таблетки низкодозированного КОК (30–35 мкг этинилэстрадиола) в течение первых 72 часов после «незащищенного» полового акта, а затем через 12 часов принимается еще 2 таблетки высокодозированного КОК или 4 таблетки низкодозированного КОК (всего 4 таблетки высокодозированного КОК или 8 таблеток низкодозированного КОК) [3, 11, 13, 15]. С целью ЭК с успехом может использоваться Регулон как препарат, содержащий низкую концентрацию эстрогена: 8 таблеток (в первые 72 часа 4 таблетки Регулона, через 12 часов 4 таблетки Регулона).

Эффективность метода экстренной контрацепции по Юзпе составляет 75%. Коэффициент эффективности при использовании метода Юзпе (отношение числа беременностей, возникших при использовании ЭК, к числу возможных беременностей без использования ЭК) равен от 75 до 80%. Анализ данных литературы показал, что эффективность данного метода снижается, если незащищенный половой акт произошел непосредственно перед овуляцией.

Гестагены

Родоначальник прогестерономиметических соединений – прогестерон – быстро инактивируется в печени и обладает слабой гестагенной активностью в сравнении со многими синтетическими прогестагенными препаратами. В.В. Корховым (1979) была представлена модифицированная классификация синтетических гестагенных соединений:

- дериваты прогестерона,
- производные 17 α -гидроксипрогестерона (медрокси-прогестерона ацетат, хлормадина ацетат),
- галогенизированные дериваты (хлорамфеникол),
- стереоизомеры прогестерона (ретропрогестерон – дидрогестерон),
- дериваты тестостерона,
- дериваты 19-нортестостерона (норэтистерона ацетат,

левоногестрел, гестоден, дезогестрел, норгестимат, диенгест),

- дериваты 3-дезоксигестостерона (линестрел, нол),
- пентациклические циклоалканопрогестероны (пентараны).

Синтетические гестагенные соединения отличаются от естественных гормонов рядом структурных особенностей, которые могут существенно влиять на распределение названных стероидов в органах-мишенях и в комплексообразовании их с биологически важными молекулами в клетках. Вместе с тем следует отметить, что фармакологическое действие стероидов зависит не только от химических и физических свойств молекулы соединения, но и от возможных продуктов его метаболизма [5].

С целью ЭК наиболее часто используются производные 19-норгестостерона. По химической структуре они близки к натуральному прогестерону. Их способность в больших дозах блокировать овуляцию и предотвращать наступление беременности известна давно.

В нашей стране довольно распространен венгерский препарат Постинор, содержащий в одной таблетке 0,75 мг левоногестрела, новый препарат Эскапел, содержащий в одной таблетке 1,5 мг левоногестрела. В мире нашли применение различные схемы назначения гестагенов с целью ЭК. По одной из схем рекомендуется применять орально 1 таблетку Постинора в течение 48 ч (но не позднее 72 ч) после «незащищенного» полового контакта и еще 1 таблетку через 12 ч (всего 2 таблетки) или принимать другие противозачаточные таблетки прогестеронового ряда, доза которых эквивалентна 1,5 мг левоногестрела (2 таблетки) за 1 прием. Эффективность этого метода составила 97,6%.

Есть и другой способ приема: Эскапел в течение 12 ч после полового акта однократно – контрацептивная эффективность его достаточно высока.

Данные литературы показали, что контрацептивная эффективность Постинора и Эскапела при правильном их применении достаточно высока и достигает 98%. Быстропроходящие побочные эффекты отмечены у небольшого контингента женщин (тошнота, нарушение менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений и др.). Возможно проявление и таких побочных реакций, связанных с видом ЭК, как головокружение, утомляемость, масталгия, головные боли и др. Как правило, побочные реакции наблюдаются в течение первых суток и не требуют назначения каких-либо медикаментозных средств. В некоторых случаях используются противорвотные препараты.

Сравнительное исследование гестагенного метода контрацепции и метода Юзпе показало, что эффективность гестагенного метода ЭК была выше, чем ЭК методом Юзпе. Побочные реакции при применении метода Юзпе возникали чаще по сравнению с пациентками, использующими гестагенную ЭК. Это свидетельствует о лучшей переносимости левоногестрела [7, 10, 17].

В Китае данный метод ЭК рекомендуется использовать как метод выбора супружеским парам, которые живут и работают в отдаленных друг от друга местах и встречаются редко на короткий промежуток времени. Есть данные о применении норэтистерона (препарат Норколут) в дозе 5 мг в день с контрацептивной целью студенткам, которые уезжают на двухнедельные каникулы («каникулярные таблетки»).

Даназол

Даназол – препарат, который подавляет продукцию гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) гипофизом, в результате чего происходит торможение овуляции и атрофия эндометрия.

Считается, что побочных эффектов при использовании даназола с целью ЭК меньше, чем при методе Юзпе. Данный препарат могут использовать пациентки с противопоказаниями к применению эстроген-гестагенных препаратов. Однако о применении этого метода в литературе имеется пока небольшое число сообщений.

С целью ЭК даназол следует принимать по 600 мг в течение 72 ч после «незащищенного» полового акта [15].

Мифепристон

Это синтетический антипрогестаген, известный под названием «RU-486». Он является 19-норстероидом, который специфически блокирует рецепторы прогестерона и глюкокортикоидов, активен при пероральном введении, и пиковые уровни содержания данного препарата в плазме крови достигаются менее чем через 2 ч после приема. Период его полувыведения из плазмы крови равен 26–48 ч, но в наномолярных концентрациях он сохраняется в плазме крови в течение нескольких дней. Сократимость матки возрастает в течение 12 ч после введения мифепристона и достигает максимума приблизительно через 36 ч. Блокада рецепторов глюкокортикоидов быстро компенсируется увеличением продукции адренокортикотропного гормона (АКТГ) в гипофизе и увеличением секреции глюкокортикоидов надпочечниками. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагландинов индуцируют сокращения матки. Изменения, происходящие в отпадающей оболочке, напоминают те, что имеют место при воспалении, и сопровождаются дополнительным высвобождением простагландинов. Подобные изменения происходят также в шейке матки, но концентрация простагландина Е не увеличивается в тканях шейки матки, и созревание шейки матки не блокируется нестероидными противовоспалительными средствами. Это можно объяснить увеличением количества рецепторов простагландина в цервикальных тканях под влиянием мифепристона. Началу сокращения матки предшествует размягчение и расширение шейки (ВОЗ, 1990) [1, 15].

Препарат известен как средство для производства медицинского аборта на ранних сроках. Мифепристон может также использоваться с целью ЭК, особенно в тех случаях, когда женщине противопоказаны другие гормональные методы.

Для ЭК его можно применять в дозе 600 мг однократно в течение 72 ч или по 200 мг с 23-го по 27-й день менструального цикла. По некоторым данным RU-486 может использоваться даже в течение 5 нед после незащищенного полового контакта.

Необходимо помнить, что менструация должна начаться в течение трех недель. В противном случае пациентке необходимо обратиться к врачу для проверки на предмет беременности.

Отдаленные побочные реакции после применения гормональной ЭК чаще всего проявляются в виде НОМЦ, ввиду чего рекомендуется после очередной менструации применять гормональную контрацепцию в постоянном общепринятом режиме.

После использования ЭК до наступления менструации необходимо регулярно пользоваться дополнительными методами контрацепции. Лучшим методом нормализации менструально-овариального цикла и контрацепции в данном случае являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК). КОК оказывают свое биологическое действие на четырех уровнях: прямое – на гипоталамо-гипофизарную

систему, опосредованное – на яичники, матку (эндометрий и шейку матки), маточные трубы.

Большим преимуществом КОК является их высокая надежность, хорошая переносимость, низкая частота побочных эффектов, отсутствие неудобств в интимной сфере, обратимость действия, они отвечают современным требованиям к безопасности лекарственных средств.

За последнее десятилетие аптечная сеть получила большое количество новых гормональных препаратов, используемых как для лечения различных гинекологических заболеваний, так и для контрацепции. Перечень гормональных контрацептивов расширяется с каждым годом. Это связано как с более активным участием фирм-производителей на аптечном рынке, так и с реализацией национальной программы по планированию семьи. Эти препараты получили широкое распространение во всем мире. Оральные контрацептивные препараты принимают более 180 миллионов женщин. Широкий выбор контрацептивов требует активного участия врача акушера-гинеколога в определении необходимого препарата. После использования ЭК в периоде реабилитации, для нормализации оварио-менструального цикла, для нивелирования гормонального стресса возможно использование современного комбинированного орального контрацептива Регулона ("Гедеон Рихтер, Венгрия"). Одна таблетка Регулона содержит 150 мкг дезогестрела и 30 мкг этинилэстрадиола. Дезогестрел, входящий в состав Регулона, обладает наиболее высоким индексом селективности среди гестагенов, что обеспечивает наименьшее влияние на системный метаболизм, вследствие чего обладает минимальными побочными эффектами. Кроме того, немаловажной особенностью Регулона является способность снижать риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза. Достаточный эстрогенный компонент Регулона делает целесообразным его применение в экстренной контрацепции у пациенток с нарушением менструального цикла.

Регулон подходит практически всем здоровым женщинам, желающим предохраниться от нежелательной беременности настолько длительно, насколько это необходимо.

С целью гормональной реабилитации Регулон назначается в контрацептивном режиме (по 1 таблетке в одно и то же время на протяжении 21 дня, с 7-дневным перерывом) средним курсом 3 месяца.

При истечении трехмесячного периода необходима консультация по поводу выбора одного из методов плановой контрацепции. При хорошей переносимости Регулона его прием может быть продолжен, но уже в качестве надежного и доступного для большинства женщин контрацептива.

Следует отметить, что применение Регулона в программе реабилитации женщин при НОМЦ способствует восстановлению менструальной функции и сохранению репродуктивного здоровья женщин, является целесообразным для гормональной реабилитации после применения экстренной

контрацепции у пациенток с НМЦ, и, наконец, надежный контрацептивный эффект Регулона позволяет использовать его длительно до решения вопроса о материнстве [5, 7, 8].

Вывод: ЭК – это разовая контрацепция. Не существует эффективного и безопасного метода ЭК, который можно было бы использовать длительно в течение многих менструальных циклов. Однако в определенных ситуациях ЭК – это единственная возможность избежать нежеланной беременности, а следовательно, и искусственного аборта. Применение комбинированных монофазных оральных контрацептивов, например, Регулона, необходимо в первые 3 месяца с целью гормональной реабилитации, а при истечении 3 месячного периода при хорошей переносимости, используется в качестве надежного и доступного контрацептива для всех женщин

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. Петрозаводск: ИИнтелТек; 2003: 208.
2. Венцовский Б.М., Товстановская В.О. Контрацепция: порівняння та перспективи. Нова медицина 2002; 4.
3. Гойда Н.Г. (ред.). Довідник з питань репродуктивного здоров'я. К: Вид-во Раєвського; 2004.
4. Уилсон П. Гинекологические заболевания: Пер. с англ. В.Н. Прилепская (ред.). М: МЕДпресс-информ; 2002.
5. Корхов В.В., Тапильская Н.И. Гестагены в акушерско-гинекологической практике: Руководство для врачей. СПб: СпецЛит; 2005: 141.
6. Прилепская В.Н., Кузмин А.А., Назарова Н.М. Оральные контрацептивы нового поколения. Гинекология 1999; 1: 4–5.
7. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология. К: Заповит; 2003.
8. Товстановская В.А., Сахарова И.А., Демьяненко С.С. Современные методы контрацепции: обзор. Здоровье женщины 2002; 4 (12).
9. Dayal M., Barnhart K.T. Noncontraceptive benefits and therapeutic uses of the oral contraceptive pill. Semin. Reprod. Med. 2001; 19 (4): 295–303.
10. Kaunitz A.M. Noncontraceptive health benefits of oral contraceptives. Rev. Endocr. Metab. Disord. 2002; 3 (3): 277–283.
11. Murray P., Sucato G., Stradman E., Kives S. Medical and other noncontraceptive uses of combined oral contraceptives. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2003; 16 (4): 243–252.
12. Brigham and Women's Hospital. Contraception and family planning. A guide to counseling and management. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2005: 15
13. First prescription of combined oral contraception. J. Fam. Plann. Reprod. Health. Care 2003 Oct; 29 (4): 209–22.
14. Penney G., Brechin S., Allerton L. The use of contraception outside the terms of the product licence. J. Fam. Plann. Reprod. Health. Care 2005 Jul; 31 (3): 225–41.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Sep. 104 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7).
16. The copper intrauterine device as long-term contraception. J. Fam. Plann. Reprod. Health. Care 2004 Jan; 30 (1): 29–41.
17. Grimes D., Schulz K., Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst. Rev. 2004 Oct; 18 (4): CD001777.