

Экстренная контрацепция: показания, методы, препараты

М.В. Майоров

Женская консультация городской поликлиники № 5 г. Харькова

Опубликовано в журнале Провизор 2001; 7: 37–38

Проблемы планирования семьи и регуляции рождаемости весьма актуальны во всем мире. По классическому определению ВОЗ, «планирование семьи – это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения только желанных детей». Экспертные группы ВОЗ называют следующие цели планирования семьи: исключение нежелательных деторождений, регулирование интервалов между беременностями и времени появления детей в зависимости от возраста родителей и других факторов, определение оптимального числа детей в семье.

В частности, беременность у женщин до 18 и старше 40 лет является нежелательной, так как материнская смертность в возрасте 40 лет в пять, а у первородящих в пятнадцать (!) раз выше по сравнению с возрастной группой женщин 20–29 лет. Роды с интервалом менее 2–2,5 лет также отрицательно влияют на здоровье женщины, приводя к росту перинатальной заболеваемости и смертности.

Искусственный аборт как метод регуляции рождаемости абсолютно неприемлем, так как сопровождается возникновением ряда серьезных осложнений: воспалительные процессы гениталий, нейроэндокринные нарушения, последующее бесплодие и др.

Для регуляции репродуктивной функции применяют различные контрацептивные средства, классифицируемые следующим образом:

1. Механические: а) применяемые мужчинами (презервативы, прерванный половой акт); б) применяемые женщинами (различного рода шеечные колпачки, влагалищные мембраны, внутриматочные средства – ВМС).

2. Химические: различные спермицидные растворы, шарики, свечи, вагинальные таблетки, кремы, пасты, аэрозоли местного действия).

3. Биологические: ритм-метод, температурный метод.

4. Гормональная контрацепция.

Наряду с так называемой «плановой», т. е. запланированной заранее, в силу целого ряда причин большое значение имеет и экстренная (посткоитальная, неотложная, «аварийная» и т. д.) контрацепция. Экстренная контрацепция (ЭК) – собирательное понятие, объединяющее различные виды контрацепции, применение которых в первые 1–3 суток после полового акта предупреждает наступление нежелательной беременности. ЭК, как чрезвычайную меру предохранения от нежелательной беременности, целесообразно рекомендовать женщинам, подвергшимся изнасилованию, при наличии сомнений в целостности презерватива, его разрыве, протекании, при эякуляции ВМС, неудаче при применении прерванного полового акта, после первого полового контакта и женщинам, редко живущим половой жизнью.

С этой целью применяют различные спринцевания, термические воздействия (горячие ванны), интенсивные физические нагрузки и другие методы, практически во всех случаях неэффективные, учитывая тот факт, что сперматозонды находятся в полости матки уже через 90–100 секунд после эякуляции.

Наиболее действенным и эффективным является назначение гормональных препаратов в определенных дозах (см. далее)

или посткоитальное введение внутриматочного контрацептива (ВМС), а также так называемое «индуцирование менструации», заключающееся в экстракции (аспирации) эндометриального содержимого в течение двух недель после задержки менструации [7]. Правда, последний метод («экстракция эндометриального содержимого») вряд ли следует считать приемлемым, так как он аналогичен операции прерывания беременности малого срока («мини-аборт») и к средствам экстренной контрацепции относится весьма условно.

Введение ВМС (в основном, медьсодержащих) может быть использовано в качестве метода неотложной контрацепции и является подходящим методом для некоторых женщин, которые хотели бы использовать ВМС для долговременной контрацептивной защиты и являются подходящими кандидатами для их использования (отсутствие противопоказаний к применению).

Если ВМС вводится в течение 5 дней после незащищенного полового акта, это является эффективным методом неотложной контрацепции. Применяя указанный метод, беременеет менее 1% женщин. Но, учитывая, что введение ВМС посткоитально может быть сложным для осуществления (отсутствие условий для введения, наличие противопоказаний – воспалительные заболевания гениталий и заболевания, передающиеся половым путем), метод довольно мало распространен во всем мире.

Исходя из вышеизложенного, в качестве средства неотложной контрацепции наиболее приемлемы и удобны пероральные ТНК (таблетки неотложной контрацепции). Риск при использовании различных методов посткоитальной контрацепции гораздо меньше риска возникновения осложнений от последующего искусственного аборта. Для определенного контингента пациенток в ряде ситуаций приемлем только данный метод контрацепции [7].

Механизмом посткоитальной контрацепции является, в основном, подавление или отдаление овуляции, нарушение процесса оплодотворения, транспорта яйцеклетки, имплантации и дальнейшего развития эмбриона. Проведение посткоитальной контрацепции наиболее целесообразно в течение первых 24–72 часов после полового контакта (желательно, возможно раньше), так как при возможном наступлении оплодотворения с 7-го дня зачатия повышается продукция хорионического гонадотропина, стимулирующего функцию желтого тела беременности, поэтому прервать развитие эмбриона в более поздние сроки намного труднее.

Одной из первых схем посткоитальной контрацепции был прием диэтилstilбестрола (ДЭС) в дозе 25 мг два раза в день в течение 5 дней. Также возможен прием больших доз эстрогенов, в частности, этинилэстрадиола (микрофоллин) – по 5 мг/сут в течение 5 дней. Побочные явления при приеме данных препаратов – тошнота и рвота – нередко довольно выраженные, поэтому необходимо одновременное назначение противорвотных средств (церукал, реглан, мотилиум, перилиум). Препараты этих групп нельзя использовать в качестве постоянного метода контрацепции. Из-за возможного тератогенного действия в случае неудачи ЭК и возникновении беременности, последняя должна быть прервана.

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

Препараты для посткоитальной неотложной контрацепции

Состав препарата	Наименование препарата	Дозировка	Время применения
Этинилэстрадиол 50 мкг + левоноргестрел 0,25 мг	Овидон	По 2 таблетки 2 раза через 12 ч	Первая доза – в течение 72 ч после незащищенного полового акта, вторая – через 12 ч
Этинилэстрадиол 30 мкг + левоноргестрел 0,15 мг, или норгестрел 0,3 мг, или дезогестрел 0,15 мг, или гестоден 0,075 мг	Микрогинон Минисистон Ригевидон Марвелон Регулон Минулет Фемоден	По 4 таблетки 2 раза через 12 ч	---'---
Левоноргестрел 0,75 мг	Постинор	По 1 таблетке 2 раза через 12 ч	---'---
17-этинилэстрадиол	Даназол	По 400–600 мг 2–3 раза с интервалом 12 ч или по 200 мг в сутки в течение 5 дней	---'---
Производное 19-норэтистерона	Мифепристон RU-486 Мифегин	Однократно в дозе 600 мг По 200 мг 1 раз в сутки	В течение 72 ч после полового акта В течение 5 дней (с 23-го по 27-й день менструального цикла)
Ингибитор синтеза прогестерона	Эпостан	По 200 мг 4 раза в сутки 4–5 дней	В течение 72 ч после полового акта

Наиболее распространенным средством ЭК является применение метода Алберта Юзпе (1974), заключающегося в двукратном (с перерывом 12 часов) назначении 200 мкг этинилэстрадиола и 1 мг левоноргестрела в течение 72 часов (не позднее!) после полового акта. Противопоказания: тромбозы в анамнезе, тяжелые заболевания печени, кровотечения неясной этиологии, рак молочной железы и эндометрия и др. Также нежелательно использование метода ЭК женщинам старше 35 лет, особенно много курящим, при наличии выраженного ожирения и стойкой артериальной гипертензии.

Достаточно эффективным является применение «чистых» гестагенов, в частности, левоноргестрела – дважды по 0,75 мг (венгерский препарат Постинор) с перерывом 12 часов – в течение не более чем 72 часа после полового контакта.

В некоторых случаях (имеющиеся противопоказания к приему эстрогенов и эстроген-гестагенов препаратов) возможно применение синтетического антигонадотропного препарата даназол – по 400–600 мг два или три раза с интервалом 12 часов. Считается, что при применении гестагенов или даназола отмечается меньше побочных явлений, чем при методе Юзпе. Прием таблеток ЭК во время еды или с молоком может снизить тошноту, а если в течение 2 часов после приема все же возникнет рвота, – необходимо принять дозу повторно.

В последнее время в качестве средства ЭК стал применяться мифепристон (RU-486) – антипрогестероновый стероид. Он связывает рецепторы прогестерона и предотвращает или прерывает процесс подготовки матки к имплантации, обусловленный действием прогестерона. Для посткоитальной контрацепции антипрогестин мифепристон применяют в таблетках по 600 мг однократно (1 таблетка) в течение не более 72 часов после полового сношения, или по 200 мг один раз в день в течение 5 дней во II фазе менструального цикла (с 23-го по 27-й день (включительно) менструального цикла).

Мифепристон в последнее время известен как средство для производства «медикаментозного аборта» на ранних сроках беременности. По некоторым данным он может использоваться в течение 5 недель (!) после полового контакта. Исследования ВОЗ в последние годы направлены на изучение контрацептивного эффекта мифепристона при применении его в меньших до-

зах. Одним из отрицательных эффектов препарата является большая продолжительность менструального цикла, что обусловлено задержкой созревания фолликула.

Кроме вышеперечисленных препаратов для неотложной посткоитальной контрацепции, используются и другие препараты модифицированной стероидной и нестероидной структуры. К ним относятся: *анордин* (17-диолдипропионат) в дозе 7,5 мг, *динодрин* (аналог анордина, но сильнее его в 20 раз), *центхроман* в дозе 60 мг, ингибитор синтеза прогестерона *эпостан* (назначают в течение 4–5 дней по 200 мг четыре раза в сутки).

В таблице 1 сгруппированы препараты, применяемые для посткоитальной контрацепции.

Применение различных препаратов для экстренной посткоитальной контрацепции нередко вызывает различные нарушения менструального цикла, поэтому после очередной менструации следует рекомендовать гормональную контрацепцию в постоянном режиме (при отсутствии к ней противопоказаний). Данные о каких-либо серьезных осложнениях ЭК в литературе отсутствуют, а эффективность достаточно велика и, по сведениям ряда авторов, составляет 97–99%.

Таким образом, применение по соответствующим настоящим показаниям экстренной посткоитальной контрацепции является высокоэффективным методом, лишенным существенных побочных явлений и осложнений. Однако эти методы являются разовыми и не должны применяться в течение нескольких менструальных циклов. Весьма рациональным является переход с экстренной на постоянную гормональную контрацепцию при отсутствии противопоказаний к последней.

ЛИТЕРАТУРА

- Бэк Уильям-мл. Акушерство и гинекология: Пер. с англ. М.; 1998.
- Майоров М.В. Контрацепция: современные принципы, методы, препараты. Медицина и... 1999; 2: 8–14.
- Майоров М.В. Современные средства контрацепции. Фельдшер и акушерка 1985; 4: 24–29.
- Прилепская В. Гормональная контрацепция. М.; 1998.
- Руководство по планированию семьи. К; 1998.
- Семинар по репродуктивному здоровью женщины. 3 изд.: Пер. с англ. Нью-Йорк; 1997.
- Хэтчер Р.А. и др. Руководство по контрацепции: Пер. с англ.; 1998.
- Trussel J. et al. Fam. Plan Perspectives. 1996; 28: 58–64.
- Yuzpe A. et al. // J. Reprod. Med. – 1974. – Vol. 13. – P. 53–58.

ТАРДИФЕРОН – золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии