

Послеродовая контрацепция: эффективность и безопасность

Н.М.Назарова[✉], В.Н.Прилепская, М.Е.Некрасова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Своевременный и обоснованный выбор методов контрацепции после родов с позиции безопасности для матери и ребенка кроме предотвращения нежелательной беременности сохраняет репродуктивное здоровье женщины. При выборе метода контрацепции в послеродовом периоде необходимо учитывать его воздействие на лактацию, состояние матери и ребенка. Дородовое консультирование позволяет повысить приверженность женщины к выбранному способу послеродовой контрацепции.

Ключевые слова: послеродовой период, контрацепция, прогестиновые оральные контрацептивы.

[✉]grab2@yandex.ru

Для цитирования: Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Некрасова М.Е. Послеродовая контрацепция: эффективность и безопасность. Гинекология. 2018; 20 (2): 5–8. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.2.5-8

Postpartum contraception: efficacy and safety

N.M.Nazarova[✉], V.N.Prilepskaya, M.E.Nekrasova

V.I.Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Akademika Oparina, d. 4

Timely and reasonable selection of methods of contraception after childbirth from the standpoint of safety for the mother and the child, in addition to preventing unwanted pregnancy, preserves the reproductive health of the woman. When choosing a method of contraception in the postpartum period, it is necessary to take into account the impact of the method on lactation, the condition of the mother and child. Prenatal counseling allows to increase the commitment of women selected method of postpartum contraception.

Key words: postpartum period, contraception, progestin oral contraceptives.

[✉]grab2@yandex.ru

For citation: Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Nekrasova M.E. Postpartum contraception: efficacy and safety. Gynecology. 2018; 20 (2): 5–8. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.2.5-8

В настоящее время при таком большом арсенале имеющихся контрацептивных средств выбор метода контрацепции для каждой женщины не должен базироваться только на медицинских критериях. Не вызывает сомнения, что выбор способа контрацепции зависит от целого ряда факторов: желания иметь детей, возраста женщины, кормления грудью, наличия или отсутствия каких-либо сопутствующих заболеваний, приемлемости для партнера, особенностей характера и образа жизни пациентки.

Наступление нежелательной беременности после родов является крайне неблагоприятным фактором, влияющим на репродуктивное здоровье женщины в последующем. Согласно проведенным исследованиям 95% рожениц возобновляют половую жизнь в течение 2-го месяца после родов, и 10–19% пациенток обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности в течение первого года после родов [1]. Увеличение частоты оперативного родоразрешения создает новую проблему – индивидуальный подход к выбору оптимального метода контрацепции у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения (КС). Бесспорно, на заживление шва на матке после КС оказывает влияние большое число факторов, к которым относятся наличие воспалительных заболеваний матки в анамнезе, течение беременности и продолжительность родов, техника выполнения операции, характер воспалительной реакции в области послеоперационного шва. Считается, что основными причинами, приводящими к развитию несостоятельности рубца на матке, служат прерывание беременности, наличие любых внутриматочных вмешательств в течение первого года после КС [2]. Многими авторами внутриматочные вмешательства в течение года после КС рассматриваются как возможная причина травматизации области послеоперационного шва и нарушения формирования рубца на матке. В связи с этим целесообразно говорить о применении контрацепции в послеродовом периоде как о важнейшем направлении в сохранении репродуктивного здоровья женщины.

В настоящее время имеется большой выбор контрацептивов для применения в послеродовом периоде, однако их

использование требует индивидуального подхода. Контрацепция после родов должна быть безопасной не только для женщины, но и для ее ребенка, находящегося на грудном вскармливании [2].

Следует отметить, что в послеродовом периоде в репродуктивной системе женщины происходят значительные изменения. Так, уже к 10-му дню после родов полностью формируется цервикальный канал, на 3–4-й неделе происходит закрытие наружного зева. Эпителизация внутренней поверхности матки заканчивается к 9–10-му дню, восстановление слизистой оболочки матки – на 6–7-й неделе, а в области плацентарной площадки – на 8-й неделе после родов.

Временной интервал после КС имеет определяющее значение для формирования полноценного рубца на матке. В среднем полное морфологическое формирование рубца на матке наблюдается через 8–12 мес после операции КС. Однако в случаях, когда имеется наименьшая вероятность развития несостоятельности рубца, временной интервал может составлять от 2 до 5 лет.

В связи с инволюцией внутренних половых органов в течение первых 6–8 нед после рождения ребенка рекомендуется половое воздержание, а вопрос о контрацепции становится актуальным по окончании 1,5–2 мес после родов. Восстановление менструальной функции у кормящих грудью женщин происходит в среднем через 5,17±4,3 мес, а у не кормящих – через 2,57±2,3 мес, при этом примерно в 40% случаев первый цикл бывает овуляторным [1].

В естественной регуляции фертильности участвует аменорея, связанная с длительным грудным вскармливанием ребенка (метод лактационной аменореи – МЛА). Основной принцип действия МЛА – это поддержание высокого уровня пролактина и снижение уровня гонадотропинов гипофиза, что замедляет циклические процессы в яичниках и как следствие – созревание яйцеклетки за счет постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка [3]. К преимуществам МЛА относятся: высокая эффективность (до 95%) в первые 6 мес после рождения ребенка; отсутствие связи с половым актом, побочных эффектов. Кроме того, известно,

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ, 2012							
Состояние	Кормление грудью	Комбинированные оральные контрацептивы	Пластырь	Кольцо	Состояние	Кормление грудью	Прогестинсодержащие оральные контрацептивы
От 6 нед до 6 мес после родов (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	3	От 6 нед до 6 мес после родов (преимущественно грудное вскармливание)	1		
6 мес и более после родов	2	2	2	6 мес и более после родов	1		

что МЛА способствует долговременной пассивной иммунизации ребенка (за счет иммуноглобулинов, содержащихся в молоке матери), более быстрой инволюции послеродовой матки. Однако для сохранения высокой эффективности метода женщине следует помнить о необходимости соблюдения определенных условий: исключительно грудное вскармливание из обеих молочных желез не реже 6–10 раз в сутки, по любому требованию ребенка, но не реже чем через 4 ч днем и 6 ч ночью; отсутствие менструаций; период после рождения ребенка не должен превышать 6 мес, так как через полгода, даже если женщина кормит грудью, эффективность метода достоверно снижается, увеличивается риск наступления беременности. Сокращение частоты кормления и искусственное докармливание считаются фактором риска, повышающим вероятность беременности. Важно помнить о следующих недостатках МЛА: необходимости постоянного нахождения с ребенком и точном соблюдении всех требований к применению МЛА; кратковременности защиты от непланируемой беременности (высокая эффективность отмечается только до возобновления менструаций и не более 6 мес после родов); исключительно или почти исключительно грудное кормление может представлять сложность для некоторых женщин в силу социальных обстоятельств (учеба, работа и т.д.); отсутствии защиты от инфекций, передаваемых половым путем.

Известно, что в развитых странах существует тенденция к уменьшению продолжительности периода вскармливания грудью. В частности, этому способствуют урбанизация и изменения образа жизни женщины, включая работу, учебу, социальную активность, что приводит к изменению частоты ежедневных кормлений и более раннему введению дополнительного вскармливания. В связи с этим должно практиковаться более раннее применение контрацептивов. В случае пребывания женщины в родовспомогательном учреждении имеются хорошие условия для проведения **послеродовой стерилизации**. В Основах законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан говорится о том, что «медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства, при соблюдении ряда условий, может рассматриваться и как метод контрацепции».

Существует опыт ряда стран (Великобритании, Нидерландов, Швейцарии) по использованию хирургической стерилизации мужчин и женщин как метода контрацепции. В США, например, из 400–500 тыс. операций женской стерилизации, проводимых ежегодно, до 50% приходится на послеродовой период (I.Vaill и соавт., 2003). Предпочтение этой операции отдают супруги в возрасте старше 40 лет и при наличии 3 и более детей.

Гормональная контрацепция

Кормящим женщинам для контрацепции рекомендуется применение только чисто прогестиновых препаратов (прогестинсодержащих оральных контрацептивов) в качестве постоянной контрацепции исходя из позиции безопасности для матери в отношении риска тромбэмболических осложнений в послеродовом периоде и отсутствия негативного влияния на лактацию [4–8]. Известно, что применение комбинированных оральных контрацептивов в этот период противопоказано из-за влияния на качество и количество грудного молока.

Лактинет-Рихтер, в состав которого входит 0,075 мг дезогестрела, в качестве послеродовой контрацепции, рекомендован для применения во время кормления грудью, но только по истечении 6 нед после родов, в том числе жен-

щинам, которые были родоразрешены путем операции КС. Помимо этого, контрацептив может использоваться не только после родов, но и когда противопоказаны гормональные средства, содержащие в своем составе эстрогены, а также курящим женщинам старше 35 лет [7, 9]. Контрацептивный эффект препарата достигается в основном за счет подавления овуляции и увеличения вязкости цервикальной слизи. Перед назначением препарата следует тщательно собрать анамнез у женщины и провести гинекологическое обследование. Интервал между последующими контрольными медицинскими осмотрами определяется врачом в каждом индивидуальном случае (периодичность осмотров должна составлять не менее 1 раза в год). Несмотря на регулярный прием препарата, иногда могут возникать нерегулярные кровянистые выделения [10, 11]. В определенных случаях рассмотреть возможность замены другим методом контрацепции. Женщины должны быть информированы о том, что гормональная контрацепция не защищает от ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем.

На основании результатов большинства исследований, посвященных использованию прогестинсодержащих оральных контрацептивов после родов, не обнаружено их воздействия на грудное вскармливание в отличие от комбинированных оральных контрацептивов, уменьшающих продукцию молока [12, 13]. Систематический обзор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показал, что при применении дезогестрелсодержащих контрацептивов в послеродовом периоде лактация по длительности, количеству и качеству грудного молока не отличалась.

Оценка роста, физического и психомоторного развития малышей не выявила каких-либо различий с детьми, чьи матери использовали медные внутриматочные спирали. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что препарат эффективен и безопасен во время лактации [14].

У детей, матери которых во время лактации использовали дезогестрел 0,075 мг, за которыми наблюдали в течение 6 лет, не нашли никаких отклонений как в физическом, так и умственном развитии. Таким образом, дезогестрелсодержащий контрацептив (Лактинет-Рихтер) целесообразно использовать для предупреждения нежелательной беременности как кормящим, так и не кормящим грудью женщинам в послеродовом периоде. Относительно времени начала приема прогестагенов в послеродовом периоде ВОЗ рекомендует их применение с 6-й недели после родов в непрерывном ежедневном режиме (см. таблицу) [2].

Из негормональных обратимых методов можно применять внутриматочную контрацепцию (ВМК) и барьерные способы предохранения от беременности.

Метод ВМК достаточно полно отвечает требованиям, предъявляемым к средствам предупреждения беременности в послеродовом периоде: обратимость, отсутствие системного влияния на организм женщины, отрицательного влияния на лактацию, удобство в применении, доступность, высокая эффективность.

Частота наступления беременности при правильном и своевременном применении внутриматочной системы (ВМС), в том числе и гестагеноносодержащих внутриматочных средств у женщин после родов, составляет 0,6–0,1% случаев соответственно. Основными недостатками метода являются: относительно большая (в 1,8–3,3 раза) вероятность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза [14], необходимость проверки контрольных нитей ВМК после каждой менструации, так как может произойти экспульсия ВМС. Однако среди клиницистов нет единого мнения о сроках введения ВМС – непосред-

ственно в ходе операции КС или в отдаленные сроки после нее. Имеются сообщения, что ВМК после КС показана не ранее 6 мес. Однако согласно национальным медицинским критериям приемлемости методов контрацепции введение ВМС после родов, в том числе и после КС, должно быть отложено до 4 нед в связи с высоким риском перфорации матки и экспульсии [3]. Следует помнить о том, что временной интервал после КС имеет определяющее значение для формирования полноценного рубца на матке (8–12 мес), следовательно, таким женщинам в этот период целесообразно использовать другие методы надежной контрацепции, в том числе прогестинсодержащие оральные контрацептивы (Лактинет-Рихтер).

В послеродовом периоде нет противопоказаний к применению **барьерных методов** предохранения от беременности, которые являются одним из видов негормональной контрацепции и включают презервативы, спермициды в разных формах (гели, кремы, пасты, пены, губки, диафрагмы, цервикальные колпачки). Однако барьерные методы имеют меньшую эффективность по сравнению с ВМС и гормональными контрацептивами, их применение обосновано в связи с поздним восстановлением менструаций, большим количеством ановуляторных циклов, более поздним восстановлением фертильности (особенно у кормящих женщин). Положительным и в значительной части определяющим для применения барьерных методов в послеродовом периоде является тот факт, что их можно использовать как профилактику инфекций, передаваемых половым путем.

Нередко применение химических спермицидов является методом выбора для кормящих женщин, испытывающих сухость во влагалище после родов [1, 2].

Важным условием эффективности использования барьерных методов после родов как у кормящих, так и не кормящих грудью женщин является соответствие их размеров анатомическим размерам матки и влагалища после родов. Поэтому диафрагма, шеечный колпачок не должны применяться до тех пор, пока шейка матки и влагалище не вернутся в обычную форму соотношения, а матка примет свои прежние размеры. Этот процесс может продлиться до 8–12 нед.

Эффективность барьерных методов контрацепции составляет от 2 до 36 беременностей на 100 женщин/лет и зависит от правильности и постоянства их применения.

Таким образом, своевременный и обоснованный выбор методов контрацепции после родов с позиции безопасности для матери и ребенка кроме предотвращения нежелательной беременности сохраняет репродуктивное здоровье женщины и не оказывает влияния на состав грудного молока и развитие ребенка. Дородовое консуль-

тирование позволяет повысить приверженность женщины к выбранному способу послеродовой контрацепции. При выборе метода контрацепции в послеродовом периоде необходимо учитывать состояние матери и ребенка, особенности послеродового периода, влияние метода на лактацию, его приемлемость для женщины и правильность соблюдения врачебных рекомендаций.

Литература/References

1. Руководство по контрацепции. Под ред. В.Н.Прилепской. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2017. / *Rukovodstvo po kontratsēcii. Pod. red. V.N.Prilepskoj. 4-e izd. M.: MEDpress-inform, 2017. [in Russian]*
2. Сухих Г.Т., Кесова М.И., Кан Н.Е. и др. Беременность, роды и послеродовый период у женщины после операций на матке при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани. *Акуш. и*

гинекол. 2010; 2: 26–9. / *Subib G.T., Kesova M.I., Kan N.E. i dr. Beremennost', rody i poslerodovyy period u zhenščin posle operacij na matke pri nedifferencirovannyh formah displazii soedinitel'noj tkani. Akusb. i ginekol.* 2010; 2: 26–9. [in Russian]

3. *Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ. М., 2012. / Medicinskie kriterii priemlemosti metodov kontratsēcii RF. M., 2012. [in Russian]*
4. Peterson A, Perez-Escamilla R, Labbok M et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000; 62 (5): 221–30.
5. Кузнецова И.В. Оригинальные препараты и дженерики: взгляд практикующего гинеколога. *Вопр. акуш., гинекол. и перинатол.* 2012; 2: 75–81. / *Kuznecova I.V. Original'nye preparaty i dzbeneriki: vzglyad praktikuyushchego ginekologa. Vopr. akush., ginekol. i perinatol.* 2012; 2: 75–81. [in Russian]

6. Кузнецова И.В. Персональный подбор гормональной контрацепции. Гинекология. 2017; 19 (4): 36–43. / Kuznetsova I.V. Personal selection of hormonal contraception. Gynecology. 2017; 19 (4): 36–43. [in Russian]
7. Hall KS, Trussell J, Schwarrz EB. Progestin-only contraceptive pill use among women in the United States. Contraception 2012; 86 (6): 653–8.
8. Virkus RA, Lekkegaard EC, Bergbold T et al. Venous Thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995–2005. A national cohort study. Tromb Haemost 2011; 106 (2): 304–9.
9. Milsom I, Korver T. Ovulation incidence with oral contraceptives: a literature review. J Fam Plann Reprod Health Care 2008; 34 (4): 237–46.
10. Тарасова МА, Шаповалова КА, Лекарева Т.М. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и выбору метода контрацепции: практическое пособие для врачей. Под ред. Э.К.Айла-мазяна. СПб, 2008. / Tarasova MA, Shapovalova KA, Lekareva TM. Konsul'tirovanie po voprosam reproduktivnogo zdorov'ya i vyboru metoda kontratsiepii: prakticheskoe posobie dlya vrachej. Pod red. E.K.Ajlamazyana. SPb, 2008. [in Russian]
11. Korver T, Klipping C, Heger-Mabn D et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-g desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. Contraception 2005; 71 (1): 8–13.
12. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Применение гормональных контрацептивов без эстрогенов в гинекологической практике. Гинекология. 2007; 7 (4): 8–10. / Tikhomirov AL, Olejnik Ch.G. Primenenie gormonal'nykh kontratsieptivov bez estrogenov v ginekologicheskoy praktike. Gynecology. 2007; 7 (4): 8–10. [in Russian]
13. Perbeentupa A, Critchley H, Illingworth P et al. Effect of progestin-only pill on pituitary-ovarian axis activity during lactation. Contraception 2003; 67 (6): 467–71.
14. Инструкция по медицинскому применению препарата Лактинет-Рибтер®. / Instrukciya po medicinskomu primeneniyu preparata Laktinet-Ribter® [in Russian]
15. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestagen-only pill containing desogestrel and intrauterine contraceptive device in lactating women. Obstet Gynaecol 2001; 108: 1174–80.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Назарова Нисо Мирзоевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова». E-mail: grab2@yandex.ru

Прилепская Вера Николаевна – д-р мед. наук, проф., засл. деят. науки РФ, зам. дир. по научной работе, зав. научно-поликлиническим отд-нием ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова». E-mail: VPrilepskaya@mail.ru

Некрасова Мария Евгеньевна – аспирант ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова». E-mail: mashenka_90@mail.ru