

Особенности послеродовой контрацепции в современных условиях

О.И. Михайлова, А.А. Вересова

Адрес для переписки: Ольга Игоревна Михайлова, omikhaylova@gmail.com

Предупреждение нежелательной беременности в первые месяцы после рождения ребенка является важнейшим фактором сохранения репродуктивного здоровья женщины. В статье рассматриваются преимущества и недостатки естественных, барьерных, внутриматочных, гормональных, хирургических методов контрацепции в послеродовой период для кормящих и не кормящих женщин. Подчеркивается, что основными требованиями к послеродовой контрацепции являются высокая эффективность, безопасность, отсутствие негативного влияния на метаболические процессы и возможность регуляции менструального цикла.

Ключевые слова: послеродовая контрацепция, метод лактационной аменореи, презерватив, спермициды, внутриматочная спираль, гормональная контрацепция

Введение

Общезвестно, что подавляющее большинство женщин в послеродовом периоде остаются сексуально активными. По данным опросов, две трети российских женщин возобновляют сексуальные отношения в течение месяца после родов и практически все (98%) – в течение 4–6 месяцев. Большую тревогу врачей вызывает тот факт, что в послеродовой период 20–40% российских женщин не предохраняются от нежелательной беременности [1]. Восстановление менструальной функции у 80% не кормя-

щих и у 20% кормящих женщин происходит к 3-му месяцу после родов. Согласно зарубежным исследованиям, у не кормящих женщин время наступления первой менструации после родов в среднем составляет $2,57 \pm 2,3$ месяца, у кормящих – в среднем $5,17 \pm 4,3$ месяца. У 60–65% женщин в первые месяцы после родов восстанавливается овуляция, и, соответственно, при отсутствии надежной контрацепции они могут снова забеременеть [2, 3]. У большинства (80%) кормящих женщин менструации отсутствуют в течение всего периода

кормления ребенка грудью (лактационная аменорея). Первые менструации после родов чаще всего имеют ановуляторный характер, то есть происходят без созревания яйцеклетки. Однако иногда менструальные циклы являются овуляторными, вследствие чего беременность может наступить до возобновления менструаций [4].

Предупреждение нежелательной беременности в первые месяцы после рождения ребенка является важнейшим фактором сохранения репродуктивного здоровья. Это связано с тем, что индуцированный аборт в этот период является тяжелейшим психологическим и гормональным стрессом, приводящим к функциональным и органическим нарушениям в репродуктивной системе [5]. Незапланированная беременность в течение 2 лет после родов имеет крайне негативные последствия для репродуктивного здоровья женщины. Несмотря на то что возвращение к исходному состоянию органов репродуктивной системы заканчивается через 4–6 недель после родов, полное восстановление организма занимает не менее 1,5–2 лет [6]. Как показали исследования, при возникновении беременности ранее чем через 2 года после родов вдвое



возрастает риск развития осложнений беременности (преэклампсия, анемия, задержка развития плода), родов и послеродового периода. Таким образом, недавно родившие женщины входят в группу высокого риска по наступлению незапланированной беременности [7].

Естественные методы контрацепции

Метод контрацепции кормящей женщины зависит от режима кормления и времени, прошедшего после родов. В естественной регуляции фертильности главную роль играет аменорея, связанная с длительным грудным вскармливанием. Так, почти у половины (48%) женщин, использующих преимущественно грудное вскармливание, менструации возобновляются на втором году кормления, у 37% – во втором полугодии и лишь у 7% – в течение 6 месяцев [8].

Однако работы современных ученых свидетельствуют о больших различиях в продолжительности грудного вскармливания, послеродовой аменореи и так называемого периода «лактационного бесплодия». Восстановление активности яичников зависит от времени, прошедшего с момента родов [6]. К факторам, прежде всего определяющим продолжительность аменореи и бесплодия, относятся длительность грудного вскармливания, частота и продолжительность кормления, сроки введения прикорма, характер питания матери, а также географические, социальные и культурные особенности.

Современные специалисты считают, что при исключительно грудном вскармливании можно отложить начало применения контрацепции на 6 месяцев после родов [9]. Грудное кормление, начатое сразу после родов, является эффективным методом природной контрацепции (метод лактационной аменореи, МЛА). Эффективность МЛА максимальна (98%) у женщин, предпочитающих так называемое «экологическое корм-

ление грудью», включающее в себя отказ от сосок, кормление по требованию ребенка (даже ночью), иногда по несколько раз в час, в среднем от 12 до 20 раз в сутки, из них 2–4 раза ночью. Перерыв между кормлениями не должен превышать 4 часов днем и 6 часов ночью. При этом каждый раз необходимо давать ребенку грудь, а не сцеживать молоко. Контрацептивная эффективность МЛА сохраняется на приемлемом уровне, если доля прикорма составляет не более 15%.

При нечастом кормлении, раннем начале прикорма, что характерно для жителей развитых стран, и спустя 6 месяцев после родов эффективность МЛА значительно снижается. Следовательно, этой группе женщин метод контрацепции следует подобрать во время обязательного послеродового визита к врачу не позднее чем через 6 недель после родов [2, 3].

В послеродовом периоде можно использовать другие естественные методы планирования семьи, научиться распознавать особенности цервикальной слизи в перiovуляторный период и практиковать воздержание в эти дни, что может быть особенно эффективно в сочетании с МЛА. Однако определение овуляции в этот период – достаточно трудная задача. Возобновление менструаций после родов непредсказуемо, первые послеродовые менструации часто бывают нерегулярными, а уровень эстрогенной насыщенности затрудняет правильную интерпретацию особенностей цервикальной слизи самой женщиной. В связи с этим применение таких методов у кормящих женщин весьма проблематично, и эффективность их низка [4].

Женщинам, принявшим решение не кормить ребенка грудью, или тем, у кого отсутствует лактация, при отсутствии медицинских противопоказаний можно рекомендовать любой метод предохранения от нежелательной беременности, при этом не кормящая женщина должна начать

использовать методы контрацепции с момента возобновления половых отношений.

Барьерные методы контрацепции

Барьерные методы по принципу действия делятся на механические и химические, некоторые из них обладают сочетанным эффектом. Различают мужской метод, заключающийся в использовании презерватива, и женские методы (женские презервативы, цервикальные колпачки, диафрагмы и т.д.) [10]. При регулярном и правильном использовании барьерные методы являются достаточно надежным средством контрацепции после родов, хотя и уступают по эффективности внутриматочным спиральям (ВМС) и гормональным контрацептивам. Основным механизмом действия этих средств является создание барьера для проникновения спермы в матку. Однако следует помнить, что барьерные методы контрацепции могут давать побочные эффекты – аллергические реакции к какому-либо виду спермицидов или латексу, которые проявляются в ощущении зуда, жжения и раздражения половых органов. Описаны достаточно редко возникающие случаи токсического шока у пациенток, использующих диафрагму или колпачок [11].

Предпочтительным методом послеродовой контрацепции является использование презервативов, которые также являются механическим барьером для проникновения сперматозоидов, вирусов и бактерий. Латексный презерватив значительно ослабляет проникновение хламидий, цитомегаловируса, вируса герпеса, ВИЧ, трихомонады, микоплазмы и других возбудителей. Можно выделить также следующие преимущества использования презервативов:

- доступность;
- высокая эффективность при правильном использовании;
- отсутствие системного влияния на организм;

- приобретение без рецепта врача;
- использование при лечении бесплодия, вызванного присутствием антиспермальных антител, применение в виде профилактического средства в случаях наличия у женщины аллергической реакции на сперму;
- возможность предохранения от заболеваний, передаваемых половым путем;
- снижение вероятности развития бесплодия и рака шейки матки.

Эффективность презервативов определяется правильностью использования и зависит от качества, которое может резко снижаться при несоблюдении правил хранения и срока годности [12].

Диафрагма представляет собой резиновый или изготовленный из латекса куполообразный колпачок с гибким ободком. Диафрагма обеспечивает защиту от проникновения инфекции в шейку матки и снижает риск возникновения воспалительных заболеваний шейки матки и органов малого таза, а также может обеспечить защиту от передачи ВИЧ-инфекции. Противопоказаниями для применения диафрагмы являются половой инфантилизм, опущение стенок влагалища и матки, снижение тонуса мышц тазового дна, наличие старых, плохо заживающих разрывов промежности, очень емкое влагалище, патология шейки матки и воспалительные заболевания половых органов [1]. После родов акушер-гинеколог должен подобрать размер колпачка и обучить женщину правильному использованию диафрагмы. При одновременном применении диафрагмы и спермицидов эффективность контрацепции составляет 90%.

Спермициды – это химические агенты, инактивирующие сперму во влагалище и препятствующие проникновению ее в матку. Для большинства современных спермицидов активным ингредиентом является сильнодействующее вещество, которое разрушает мембраны сперматозоидов, что

снижает их подвижность и способность оплодотворить яйцеклетку.

Преимуществом применения спермицидов являются удобство в применении; кратковременность; отсутствие серьезных побочных эффектов; возможность применения в период отмены гормональных контрацептивов и внутриматочных спиралей; некоторые из них обладают защитными свойствами при внутривлагалищных инфекциях [8]. Спермициды также обеспечивают защиту от многих трансмиссивных заболеваний (гонорея, трихомониаз, хламидиоз) и снижают риск развития воспалительных процессов органов малого таза.

Главным недостатком этого метода является невысокая, по сравнению с гормональными и внутриматочными контрацептивами, эффективность. Так, при постоянном и правильном их использовании эффективность составляет 94%. Однако у 21% женщин, постоянно использующих этот метод в течение года, из-за ошибок в применении наступает беременность. Кроме того, спермициды могут обладать местным раздражающим действием и создавать дискомфорт при половом сношении.

Внутриматочная контрацепция

При кормлении грудью возможно применение внутриматочных средств, которые не оказывают отрицательного влияния на лактацию и развитие ребенка. К ним относятся различные виды внутриматочных спиралей – как немедикаментозных инертных, так и медь-содержащих и гормон-высвобождающих [13]. При использовании медьсодержащих ВМС последнего поколения (площадь медной части более 300 мм²) частота наступления беременности составляет 0,4–0,5 на 100 женщин в течение 1 года использования. Данный показатель при использовании гормон-высвобождающих ВМС еще ниже и составляет 0,3 на 100 женщин в течение 1 года использования [14].

Существует несколько основных теорий, объясняющих механизм действия ВМС, однако маловероятно, что противозачаточное действие ВМС вызывается каким-либо единственным механизмом. Несомненным является то, что контрацептивный эффект ВМС обусловлен прежде всего его локальным воздействием на эндометрий. Все ВМС стимулируют развитие в эндометрии реакции на инородное тело, которая усиливается при добавлении меди. Прогестерон-высвобождающие ВМС вызывают угнетение функции эндометрия матки.

Гормон-содержащая ВМС оказывает только местное действие, так как гормон не всасывается в системный кровоток, в связи с чем ВМС лишена побочных эффектов системных гормональных препаратов. Механизм действия заключается в увеличении вязкости цервикальной слизи, подавлении роста эндометрия, а также в подавлении активности сперматозоидов [7, 15].

При введении ВМС необходима особая осторожность для обеспечения правильной установки средства и профилактики перфорации послеродовой матки. Следует помнить, что введение ВМС менее чем через 6 недель после родов резко повышает риск ее экспульсии (за счет сокращения матки), развития воспалительных заболеваний органов малого таза и позднего послеродового кровотечения. Многие авторы рекомендуют вводить ВМС через 6–8 недель после родов, а другие – после восстановления менструального цикла [16].

Огромное преимущество внутриматочных контрацептивов состоит в том, что они не требуют специального ухода или каких-либо мер предосторожности, позволяя женщине забыть, что она пользуется противозачаточным средством. Кроме того, в связи с уменьшением страха перед нежелательной беременностью улучшается эмоциональное состояние женщины. Внутриматочная контрацепция



показана женщинам, которые в ближайшее время не планируют беременность и нуждаются в длительной (более 1 года) контрацепции. ВМС обладают контрацептивным действием от 5 до 10 лет, достигают эффективности 98% и не оказывают влияния на ребенка и продолжительность лактации. Однако менструальные выделения могут стать несколько более обильными и болезненными, и при наличии нескольких половых партнеров возможен риск воспалительных заболеваний матки и придатков.

Гормональная контрацепция

В послеродовом периоде, если женщина продолжает грудное вскармливание, из гормональных контрацептивов применяют содержащие только прогестагены, которые не влияют на количество и качество молока или продолжительность лактации и имеют эффективность 98%. Эта форма контрацепции включает чисто прогестагенные таблетки (мини-пили), инъекционные препараты и подкожные имплантаты [17].

Инъекционные препараты обеспечивают длительную защиту от нежелательной беременности. Преимуществом этой формы применения – отсутствие необходимости ежедневно принимать таблетки. Однако в некоторых случаях это является недостатком, поскольку из-за продолжительного действия одной инъекции (от 8 до 12 недель в зависимости от вида препарата), например, невозможно устранить развившиеся побочные эффекты.

Подкожные контрацептивные системы могут быть введены путем инъекции или имплантации через небольшой разрез. Они предназначены для обеспечения контрацепции в течение от 6 месяцев до 5 лет (в зависимости от количества гестагена в гранулах). Подкожные имплантаты, в отличие от инъекций, можно удалить в любой момент [18]. Недостатком этого метода является возможность развития местной воспалительной реакции аллер-

гического или неспецифического типа, что может привести к образованию рубца.

В отличие от комбинированных оральных контрацептивов чистые гестагенные препараты не влияют на грудное вскармливание. Некоторые работы свидетельствуют, что гестагены способствуют усилению лактации, повышая высвобождение пролактина. Ни в одном исследовании не выявлено воздействие мини-пили на здоровье, рост и психическое развитие детей. Не встречаются данные и о влиянии гестагенов на половое развитие детей на протяжении длительного периода времени. Многие международные организации здравоохранения и планирования семьи (ВОЗ, Международная федерация планирования семьи и др.) рекомендуют применение гестагенов для кормящих грудью женщин с 6-й недели после родов. Ряд клиницистов США и Великобритании рекомендуют еще более раннее (в первые 3–4 недели) назначение мини-пили [13, 15]. По данным ВОЗ, применение таблетированных гестагенов кормящими женщинами начиная с 6 недель после родов не ограничивается.

Кроме того, у не кормящих женщин возможно применение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, действие которых основано на синергизме центрального и периферического механизмов, то есть на подавлении овуляции в результате ингибирующего влияния на различных уровнях системы «гипоталамус – гипофиз – яичники – матка – маточные трубы». Данный механизм включает в себя подавление гонадотропной функции гипофиза посредством торможения выработки синтезируемых гипоталамусом релизинг-гормонов, что приводит к торможению овуляции [19]. Комбинированные оральные контрацептивы при правильном применении обладают практически 100%-ной эффективностью. Большим преимуществом таблетированных препаратов является

их хорошая переносимость и обратимость действия. Помимо высокой надежности они отвечают повышенным требованиям безопасности [20].

Доказано непосредственное тормозящее действие комбинированных оральных контрацептивов на функцию яичников, которые уменьшаются в размерах, содержат много атретических фолликулов, секреция эстрогенов яичниками снижается почти в два раза. Кроме того, также претерпевает изменение эндометрий, который подвергается быстрой регрессии в пролиферативной фазе цикла и преждевременной секреторной трансформации. Иногда наблюдаются и атрофические изменения, которые оказывают антиимплантационный эффект [21]. Под влиянием гормональных контрацептивов также замедляется перистальтика маточных труб и, соответственно, прохождение по ним яйцеклетки. В результате изменения биохимического состава цервикальной слизи, повышения ее вязкости в результате отсутствия циклических изменений, свойственных нормальному менструальному циклу, значительно ухудшается пенетрация сперматозоидов.

Хирургическая стерилизация

При пребывании женщины в акушерском стационаре возможна послеродовая стерилизация. В техническом отношении стерилизация является более простой операцией при проведении кесарева сечения. Решение о послеродовой стерилизации должно приниматься только после тщательного проведенного дородового обследования и обязательно с согласия женщины, подтвержденного юридически.

Заключение

Таким образом, необходимость предохранения от нежелательной беременности в первые месяцы после родов очевидна. В зависимости от режима кормления и времени, прошедшего после родов, женщина может остановить

ся на естественных, барьерных, внутриматочных, гормональных или хирургических методах контрацепции. Следует помнить

о том, что основными требованиями к послеродовой контрацепции являются высокая эффективность, безопасность, отсутствие

негативного влияния на метаболические процессы и возможность регуляции менструального цикла [5].

Литература

1. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М. и др. Гормональная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 24–46 с.
2. Schwallie P.S. Experience with Depo-provera as an injectable contraceptive // J. Reprod. Med. 1986. Vol. 13. № 3. P. 113–117.
3. Benagiano G., Primiero F.M., Farris M. Clinical profile of contraceptive progestins // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2004. Vol. 9. № 3. P. 182–193.
4. Paul G., Bell C., Fitzpatrick A. et al. 'The real deal': a feasibility study of peer-led sex education for early school leavers // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2010. Vol. 15 № 5. P. 343–356.
5. Прилепская В.Н., Абакарова П.П., Куземин А.А. Экстренная контрацепция // Гинекология. 2007. Т. 9. № 3. С. 21–24.
6. Machado R.B., Pompei Lde M., Giribela A.G. et al. Drospirenone/ethinylestradiol: a review on efficacy and noncontraceptive benefits // Womens Health (Lond. Engl.). 2011. Vol. 7. № 1. P. 19–30.
7. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 400 с.
8. Kestler E., Orozco Mdel R., Palma S. et al. Initiation of effective postpartum contraceptive use in public hospitals in Guatemala // Rev. Panam. Salud. Publica. 2011. Vol. 29. № 2. P. 103–107.
9. Вовк И.Б., Новик Л.М. Барьерные методы контрацепции: преимущества и недостатки // Здоровье женщины. 2011. № 6. С. 120–122.
10. Kunwar S., Faridi M.M., Singh S. et al. Pattern and determinants of breast feeding and contraceptive practices among mothers within six months postpartum // Biosci. Trends. 2010. Vol. 4. № 4. P. 186–189.
11. Kapp N., Curtis K., Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review // Contraception. 2010. Vol. 82. № 1. P. 17–37.
12. Duncan S., Hawkins F., Desmond N. Postnatal contraceptive choices among women living with HIV: a decade of experience in a community-based integrated sexual health clinic // J. Fam. Plann. Reprod. Health Care. 2013. Vol. 39. № 1. P. 17–20.
13. Sanfilippo J.S. Emergency contraception, the bottom line // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2011. Vol. 24. № 1. P. 1.
14. Tang Y., Xia X., Wang Y. et al. Study on the mechanical properties of Cu/LDPE composite IUDs // Contraception. 2011. Vol. 83. № 3. P. 255–262.
15. Braaten K.P., Benson C.B., Maurer R. et al. Malpositioned intrauterine contraceptive devices: risk factors, outcomes, and future pregnancies // Obstet. Gynecol. 2011. Vol. 118. № 5. P. 1014–1020.
16. Chaovitsaree S., Noi-um S., Kietpeerakool C. Review of postpartum contraceptive practices at Chiang Mai University Hospital: implications for improving quality of service // Med. Princ. Pract. 2012. Vol. 21. № 2. P. 145–149.
17. Тухомиров А.Л., Абышева В.Г., Батаева А.Е. и др. Гормональные оральные контрацептивы – 50 лет в гинекологической практике // АГ-инфо. 2010. № 1. С. 3–6.
18. Mishell D.R. Jr. An oral contraceptive with 3 approved indications // J. Reprod. Med. 2008. Vol. 53. № 9. Suppl. P. 717–719.
19. Rodriguez M.L., Caughey A.B., Edelman A. et al. Cost-benefit analysis of state- and hospital-funded postpartum intrauterine contraception at a university hospital for recent immigrants to the United States // Contraception. 2010. Vol. 81. № 4. P. 304–308.
20. Dahlke J.D., Ramseyer A.M., Terpstra E.R. et al. Postpartum use of long-acting reversible contraception in a military treatment facility // J. Womens Health (Larchmt). 2012. Vol. 21. № 4. P. 388–392.
21. Hughes H. Postpartum contraception // J. Fam. Health Care. 2009. Vol. 19. № 1. P. 9–12.

Postpartum contraception in the modern world

O.I. Mikhaylova, A.A. Veresova

Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of Russia

Contact person: Olga Igorevna Mikhaylova, omikhaylova@gmail.com

Prevention of unwanted pregnancies during the first months postpartum is very important for the maintenance of female reproductive health. The author analyzes strengths and weaknesses of natural, barrier, intrauterine, hormonal and surgical contraception methods during postpartum period in lactating and non-lactating women. Main requirements for postpartum contraception are high efficacy, safety, lack of negative metabolic effects and potential for good cycle control.

Key words: *postpartum contraception, lactational amenorrhea method, condom, spermicides, intrauterine device, hormonal contraception*