

ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

О.И. Михайлова, Д.Д. Мирзабекова, В.Л. Тютюнник, Н.Е. Кан
Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова

Адрес для переписки:

Михайлова Ольга Игоревна, omikhaylova@gmail.com

Ключевые слова:

послеродовый период, лактация, контрацепция, дезогестрел

Аннотация

Проведено проспективное когортное исследование, целью которого было оценить эффективность различных методов контрацепции у женщин в послеродовом периоде. Исследование включало 60 женщин, находившихся под наблюдением в клинко-диагностическом отделении ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» в течение года после родоразрешения. Все пациентки были поделены на 3 равные группы в зависимости от выбранного метода контрацепции: метод лактационной аменореи и прерванный половой акт, барьерный метод и гормональная контрацепция. В ходе наблюдения при помощи очных визитов к акушеру-гинекологу и анкетирования оценивались процент наступления нежелательной беременности, возникновение побочных явлений и аллергических реакций, общее самочувствие пациенток, состав и качество грудного молока и другие критерии. Безусловным преимуществом обладал гормональный метод контрацепции.

Для цитирования:

Михайлова О.И., Мирзабекова Д.Д., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е. Выбор метода контрацепции в послеродовом периоде. Зарождение жизни. 2022; (1): 40–44.
DOI 10.46393/27826384_2022_1_40

CHOICE OF CONTRACEPTIVE METHOD IN THE POSTPARTUM PERIOD

O.I. Mikhailova, D.D. Mirzabekova, V.L. Tyutyunnik, N.E. Kan
National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Academician named
after V.I. Kulakov

For correspondence:

Olga I. Mikhailova, omikhaylova@gmail.com

Key words:

postpartum period, lactation, contraception, desogestrel

For citation:

Mikhailova O.I., Mirzabekova D.D., Tyutyunnik V.L., Kan N.E. Choice of contraceptive method in the postpartum period. The origin of life. 2022; (1): 40–44.
DOI 10.46393/27826384_2022_1_40

Summary

A prospective cohort study was conducted to evaluate the effectiveness of various methods of contraception in women in the postpartum period. 60 women were included, who were under observation during 1 year after delivery. All patients were divided into 3 equal study groups depending on the chosen method of contraception: lactational amenorrhea method and coitus interruptus, barrier method, and hormonal contraception. During the observation, with the help of face-to-face visits to the obstetrician-gynecologist and the use of a questionnaire, the percentage of unwanted pregnancy, the occurrence of side effects and allergic reactions, the general well-being of patients, the composition and quality of breast milk, and other criteria were evaluated. The hormonal method of contraception had an absolute advantage.

Послеродовой период для женщины является уязвимым в физическом и психоэмоциональном плане, женский организм после родов требует полноценного восстановления ресурсов и отдыха, поэтому актуальными вопросами становятся планирование семьи и контрацепция в послеродовом периоде. Решение данных задач обеспечит полноценную предгравидарную подготовку, неотягощенное течение последующей беременности и родов [1, 2]. Предотвращение наступления нежелательной беременности в первые месяцы после рождения ребенка является важнейшим фактором сохранения репродуктивного здоровья. Известно, что около 30% современных женщин не предохраняются от наступления незапланированной беременности. Вопрос этот стоит достаточно остро, так как восстановление овуляторной и менструальной функций происходит в первые 3 месяца после родов у 80% некармливающих матерей и 20% женщин, продолжающих грудное вскармливание. Согласно данным литературы, среднее время наступления первой менструации после родов у некармливающих женщин составляет $2,7 \pm 1,2$ месяца, у кормящих – $6,3 \pm 2,5$ месяца, также у подавляющего большинства в течение года восстанавливается овуляция. Следовательно, остается высоким риск забеременеть повторно при отсутствии надежной контрацепции [2, 3].

Восстановление женского организма начинается практически сразу после родов и происходит постепенно: цервикальный канал полностью формируется к 10-му дню после родов; закрытие наружного зева происходит на 3–4-й неделе; к 6–7-й неделе заканчивается восстановление эндометрия. Несмотря на то что первые менструальные циклы нередко являются ановуляторными, примерно в 45–80% случаев овуляция предшествует появлению первой менструации. В течение 6 недель молодым мамам рекомендуется половое воздержание, по истечении послеродового периода к сексуальной активности возвращаются до 90% женщин. С целью прерывания беременности в течение первого года после родов к врачу обращаются от 10 до 25 женщин из 100, и только каждая 4-я настроена на повторную беременность [1, 3, 4].

Несмотря на то что возвращение к исходному состоянию органов достигается через 6 недель, полное восстановление организма занимает не менее 2 лет [3, 4]. Искусственный аборт в послеродовом периоде является тяжелейшим гормональным и психологическим стрессом, который может привести к органическим и функциональным нарушениям в репродуктивной системе женщины. Согласно данным литературы, возникновение беременности ранее чем через 1,5–2 года после родов ассоциировано с возрастающим риском осложненной беременности и послеродового периода вдвое [3, 5, 6]. Здоровый интервал между беременностями снижает риск материнской смертности, кровотечения в третьем триместре, эндометрита, анемии, развития преэклампсии и задержки роста плода, возникновения преждевременных родов [4].

Таким образом, женщины в первые месяцы после родов входят в группу высокого риска по наступлению

незапланированной беременности и должны быть проконсультированы акушером-гинекологом о необходимости и важности послеродовой контрацепции.

Выбор метода контрацепции в послеродовом периоде зависит от многих факторов, ведущим из которых является наличие или отсутствие грудного вскармливания. В настоящее время выбор методов контрацепции, используемых после родов, весьма разнообразен; при этом универсального метода предохранения, удовлетворяющего все запросы женщины, нет [1, 3–5].

Метод лактационной аменореи

Метод лактационной аменореи (МЛА) считается переходной формой контрацепции. Грудное вскармливание само по себе может продлить физиологическое состояние бесплодия и в качестве метода контрацепции может рекомендоваться женщинам, кормящим исключительно или почти исключительно грудным молоком. Считается, что оно должно составлять не менее 85% объема всей потребляемой пищи ребенком, перерывы в кормлении должны составлять не больше четырех часов днем и шести часов ночью. Помимо этого МЛА возможно применять женщинам, находящимся в периоде менее 6 месяцев после родов, у которых еще не вернулся менструальный цикл, нет овуляции [3, 5, 6]. При соблюдении вышеперечисленных условий и использовании МЛА риск наступления беременности менее 2%. Основной принцип действия МЛА состоит в поддержании высокого уровня пролактина и снижении уровня гонадотропинов гипофиза, что замедляет циклические процессы в яичниках и, как следствие, задерживает созревание яйцеклетки за счет постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка. Женщинам, которые не соответствуют всем критериям МЛА, необходимо рассмотреть альтернативные методы контрацепции [4, 5, 7].

Барьерные методы контрацепции

По принципу действия барьерные методы делятся на механические и химические, некоторые из них обладают сочетанным эффектом [1, 5]. Механический мужской метод барьерной контрацепции представлен использованием презерватива, женские заключаются в применении цервикальных колпачков, диафрагм, специальных женских презервативов. К химическим агентам относятся спермициды, они инактивируют сперму во влагалище и препятствуют ее проникновению в полость матки [7, 8]. При регулярном и правильном использовании барьерные методы показывают высокую эффективность и надежность, хотя уступают внутриматочным спиралям (ВМС) и гормональным контрацептивам [1, 2]. Основным механизмом действия этих средств является создание барьера для проникновения спермы в матку. Однако женщины, использующие барьерные методы, не застрахованы от возникновения аллергических реакций к какому-либо виду спермицидов или латексу, которые проявляются в ощущении зуда, жжения и раздражения половых ор-

ганов [8, 9]. Доступность, высокая эффективность при правильном использовании, отсутствие системного влияния на организм, приобретение без рецепта врача, возможность предохранения от заболеваний, передаваемых половым путем, – главные преимущества использования барьерных методов контрацепции [1, 10].

Внутриматочная контрацепция

При выборе метода контрацепции главным вопросом остается его совместимость с грудным вскармливанием. Одним из методов, удовлетворяющих данным критериям, является метод установки ВМС, которые подразделяются на немедикаментозные инертные, медьсодержащие и гормон-высвобождающие [11]. Контрацептивный эффект ВМС обусловлен ее локальным воздействием на эндометрий, стимулированием развития в эндометрии реакции на инородное тело, которая усиливается при добавлении меди. Прогестерон-высвобождающие ВМС вызывают угнетение функции эндометрия матки, подавляют его рост, увеличивают вязкость цервикальной слизи, подавляют активность сперматозоидов [11–13]. Внутриматочная спираль лишена побочных эффектов системных гормональных препаратов, так как гормон не всасывается в системный кровоток и оказывает только местное действие. При введении ВМС в полость матки необходимо четко соблюдать правила эксплуатации и иметь максимальную осторожность для обеспечения правильной установки средства и исключения возможности перфорации послеродовой матки. Следует помнить, что ВМС может индуцировать развитие воспалительных заболеваний органов малого таза и позднего послеродового кровотечения [1, 13, 14]. Некоторые авторы рекомендуют вводить ВМС после восстановления менструального цикла [4, 12]. Эффективность использования ВМС достигает 98%, однако менструальные выделения могут стать более обильными и болезненными, также возможен риск возникновения воспалительных заболеваний матки и придатков, заболеваний, передаваемых половым путем [14].

Гормональная контрацепция

При выборе метода гормональной контрацепции важна его совместимость с периодом грудного вскармливания. Из гормональных контрацептивов данному условию соответствуют препараты, содержащие только прогестагены, не влияющие на качество и количество молока или продолжительность лактации, эффективность которых достигает 98% [1, 2, 15]. Эта форма контрацепции представлена чисто прогестагенными таблетками, инъекционными препаратами и подкожными имплантатами [16]. Инъекционные препараты обеспечивают длительную защиту от нежелательной беременности при отсутствии необходимости ежедневно принимать таблетки. Однако это может являться и недостатком, поскольку из-за продолжительного действия одной инъекции вызывает трудности из-за невозможности устранения развившихся побочных эффектов. Подкожные контрацептивные системы могут быть введены путем инъекции или

имплантации через небольшой разрез. Они предназначены для обеспечения контрацепции от 6 месяцев до 5 лет. Подкожные имплантаты, в отличие от инъекций, можно удалить в любой момент. Однако возможность развития местной воспалительной реакции, образование рубца ограничивают применение данного метода [2, 3, 15, 16].

В отличие от комбинированных оральных контрацептивов чистые гестагенные препараты не влияют на грудное вскармливание. Некоторые литературные источники свидетельствуют, что гестагены способствуют усилению лактации, повышая высвобождение пролактина [1, 17]. Ни в одном исследовании не выявлено воздействие гестагенного контрацептива на здоровье, рост и психическое развитие детей. Многие международные организации здравоохранения и планирования семьи рекомендуют применение гестагенов для кормящих грудью женщин с 6-й недели после родов [1, 15, 17]. Контрацептивный эффект чистопрогестагеновых препаратов основан на изменении свойств цервикальной слизи, ее сгущении, подавлении лютеинизирующего и фолликуло-стимулирующего гормонов, ингибировании пролиферации эндометрия и замедлении перистальтики маточных труб. Аменорея на фоне приема препаратов обусловлена атрофией эндометрия [4, 16, 17]. Чистопрогестагеновые препараты являются аналогами гормона желтого тела, созданными в связи с необходимостью исключить эстрогенный компонент, негативно влияющий на лактацию [4]. Высокий контрацептивный потенциал прогестинов, минимальное количество побочных эффектов, отсутствие влияния на качество и количество грудного молока делают их привлекательным вариантом для кормящих женщин в послеродовом периоде [16, 18].

Цель исследования: оценить эффективность различных методов контрацепции у женщин в послеродовом периоде.

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование, включающее 60 женщин, находившихся под наблюдением в клинко-диагностическом отделении ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» (далее – Центр) в течение года после родоразрешения. Первое посещение акушера-гинеколога было плановым по окончании послеродового периода (через 6 недель после родов), были даны рекомендации по контрацепции, с учетом показаний и противопоказаний формировались группы исследования. Второе контрольное посещение было через 6 месяцев, третье – через год.

Отбор пациенток проводился исходя из следующих критериев включения:

- возраст женщин от 18 до 40 лет;
- грудное вскармливание;
- отсутствие противопоказаний к приему гестаген-содержащих контрацептивов у пациенток из соответствующей группы исследования;
- добровольное согласие на участие в исследовании.

В зависимости от выбранного метода контрацепции все пациентки были поделены на 3 равные группы:

- 1-я группа – 20 женщин, использовавших в качестве метода контрацепции лактационную аменорею и прерванный половой акт;
- 2-я группа – 20 женщин, предохраняющихся барьерным методом контрацепции;
- 3-я группа – 20 женщин, использующих гормональный метод контрацепции.

В качестве барьерного метода контрацепции все женщины использовали механический способ: одна пациентка отдала предпочтение использованию цервикального колпачка, остальные применяли презерватив.

В качестве гормонального метода контрацепции пациенткам был назначен гестагенсодержащий пероральный контрацептив ПланиЖенс® лакто, главными преимуществами которого является его доступность применения в период грудного вскармливания и отсутствие в составе эстрогенного компонента. Индекс Перля при приеме дезогестрела сравним с данным показателем комбинированных пероральных контрацептивов в общей популяции принимающих пероральные контрацептивы. Кроме того, прием дезогестрела приводит к снижению концентрации эстрадиола в плазме крови до значений, характерных для ранней фолликулярной фазы. ПланиЖенс® лакто не вызывает существенных изменений со стороны углеводного, липидного обмена и показателей гемостаза. Способ применения данного препарата соответствовал инструкции – перорально, запивая небольшим количеством жидкости, по 1 таблетке, содержащей 0,075 мг дезогестрела, ежедневно однократно, в одно и то же время, в течение 28 дней в порядке, указанном на упаковке. Прием каждой последующей упаковки начинался после окончания предыдущей без какого-либо перерыва.

Всем пациенткам, включенным в исследование, был проведен стандартный объем обследования, в том числе анкетирование. Опросник включал следующие пункты: срок начала сексуальных отношений после родов; качество интимной жизни; уровень психоэмоционального состояния; дата восстановления менструальной функции; особенности лактации и грудного вскармливания, ее частота и длительность; побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы; возникновение аллергических реакций; уровень общего самочувствия и другие жалобы.

Результаты. Клинико-anamnestическая картина пациенток, участвующих в исследовании, была представлена следующим образом: в 1-й группе исследования возраст пациенток варьировался от 21 до 38 лет; у 9 родильниц роды были первыми, 11 женщин были повторнородящими. Возраст пациенток 2-й группы составлял 20–37 лет, 11 родильниц были первородящими, 9 – повторнородящими. В 3-й группе возрастные рамки были в пределах 22–40 лет, для 10 женщин роды были первыми в анамнезе, 10 женщин считались повторнородящими. Группы исследования были сопоставимы по клинико-anamnestическим данным.

У всех пациенток беременность была доношенной, а родоразрешение проходило через естественные родовые пути. Отклонений в течение послеродового периода не наблюдалось.

Результаты анкетирования показали, что 68,3% (n = 41) всех исследуемых женщин возобновили сексуальные отношения через 6 недель после родов, 31,7% (n = 19) – в течение 3–4 месяцев. Качеством интимной жизни были удовлетворены 12 пациенток из 1-й группы, 16 из 2-й группы и все женщины 3-й группы исследования. Вышеизложенные факты отражались на качестве отношений с супругами и имели влияние на психоэмоциональное состояние женщин, уровень самооценки и удовлетворенности.

Также, в соответствии с проведенным анкетированием, были получены данные по восстановлению менструальной функции: в 1-й группе в среднем менструация восстановилась через 10 месяцев после родоразрешения, что коррелировало с интенсивностью и продолжительностью лактации, во 2-й группе – через 8 месяцев, в 3-й группе в период наблюдения в течение 12 месяцев после родоразрешения не наблюдалось ни одного случая восстановления менструальной функции.

Динамическое наблюдение за женщинами в течение года после родов и данные анкетирования показали, что пациентки 3-й группы исследования в 100% случаев были защищены от наступления нежелательной беременности. В 1-й группе незапланированная беременность наступила в 7 случаях, во 2-й группе – в 1 случае, что, предположительно, связано с низким качеством используемого презерватива.

По обращениям в клиничко-диагностическое отделение Центра было зарегистрировано 5 случаев воспалительных заболеваний органов малого таза (4 пациентки из 1-й группы исследования и 1 пациентка, входящая во 2-ю группу).

Также при анализе анкет всех пациенток обращали внимание на развитие и частоту побочных явлений. В 3-й группе жалобы на тошноту, рвоту, головные боли отмечались только у 2 женщин, что сравнимо с 1-й и 2-й группами, в которых прием пероральных контрацептивных средств отсутствовал. Данный факт является одним из критериев высокой приверженности женщин к приему гормональных препаратов. Полученные данные обосновывают возможность рекомендации прогестиновых контрацептивов, содержащих дезогестрел, женщинам с желудочно-кишечными заболеваниями, болезненностью молочных желез, головными болями, которые могут ограничивать прием комбинированных гормональных контрацептивов. Во 2-й группе исследования было выявлено 3 случая возникновения аллергических реакций на компоненты латекса, в 1-й и 3-й группах аллергических реакций не отмечалось.

Пациентки 3-й группы, учитывая использование ими гормональных противозачаточных средств, были опрошены и исследованы на предмет неблагоприятного влияния на грудное вскармливание. Средний суточный объем грудного молока до назначения препарата ПланиЖенс® лакто составлял 790 мл, а через 6 месяцев – 952 мл. При исследовании состава молока были получены следующие данные: до приема ПланиЖенс® лакто содержание жира составило 2,62 г на 100 мл, а через 6 месяцев приема – 3,1 г на 100 мл; уровень углеводов до назначения

контрацептива составлял 3,2 г на 100 мл, через 6 месяцев – 4,8 г на 100 мл; количество белка при первом измерении – 0,9 г на 100 мл, при повторном – 1,3 г на 100 мл. Изложенные данные представлены в таблице.

Состав грудного молока

Нутриенты, на 100 мл	До приема контрацептива	Через 6 месяцев после приема контрацептива
Жир, г	2,62	3,1
Линолевая кислота, %	10	12
Белки, г	0,9	1,3
Казеин, мг	210	220
Лизоцим, мг	46	50
Иммуноглобулины, мг	98	104
Аполактоферрин, мг	156	168
Углеводы, г	3,2	4,8
Лактоза, г	2,7	3,1
Кальций, мг	23	25,5
Фосфор, мг	10	13
Натрий, мг	15	16
Калий, мг	42	44
Железо, мг	0,03	0,04

Соответственно, отрицательного влияния на количество и качество материнского молока не было выявлено. Полученные результаты сравнимы с показателями количества и качества молока кормящих матерей 1-й и 2-й групп.

При наблюдении в течение года за детьми матерей всех групп исследования не было выявлено различий в развитии и росте детей и какого-либо отрицательного влияния приема перорального контрацептива на детей из 3-й группы.

В ходе исследования были получены результаты, характеризующие высокую эффективность и необходимость послеродовой контрацепции. Анализируя три группы наблюдения, в каждой из которых применялись различные методы предохранения от нежелательной беременности, мы отметили, что прием ПланиЖенс® лакто имел явное преимущество среди других способов контрацепции. У пациенток на фоне использования дезогестрела нежелательная беременность не наступила ни в одном из случаев. Все женщины имели высокую приверженность к приему препарата. Это объясняется удобством применения, отсутствием побочных явлений и аллергических реакций, сохранением грудного вскармливания, отсутствием негативного эффекта на качество и состав молока, что является одним из самых важных критериев при выборе контрацептива, удовлетворенностью сексуальной жизнью, доверительными отношениями с супругом и стабильным психоэмоциональным состоянием женщин в послеродовом периоде (что было характерно для пациенток 3-й группы).

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 остановиться на естественных, барьерных или гормональных методах контрацепции. Однако полученные в ходе исследования данные подтверждают, что высокой эффективностью, безопасностью, удобством приема, отсутствием негативного влияния

на общее самочувствие женщины обладает гестагенсодержащий пероральный контрацептив ПланиЖенс® лакто. Его главным преимуществом является возможность применения в период грудного вскармливания, что позволяет рекомендовать его пациенткам в первые месяцы после родов.

Литература

1. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М. и др. Гормональная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 256 с.
2. Михайлова О.И., Вересова А.А. Особенности послеродовой контрацепции в современных условиях. Эффективная фармакотерапия. 2013; 18: 26–30.
3. Доброхотова Ю.Э., Мандрыкина Ж.А. Послеродовая контрацепция: что сегодня важно? Доктор.Ру. 2013; 1 (79).
4. Pieh Holder K.L. Contraception and Breastfeeding. Clin. Obstet. Gynecol. 2015; 58 (4): 928–935.
5. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynecol. Obstet. Fertil. Senol. 2018; 46 (12): 873–882. (in French).
6. Labbok M.H. Postpartum sexuality and the lactational amenorrhea method for contraception. Clin. Obstet. Gynecol. 2015; 58 (4): 915–927.
7. Heller R., Cameron S., Briggs R. et al. Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. J. Fam. Plan. Reprod. Health Care. 2016; 42 (2): 93–98.
8. Brunson M.R., Klein D.A., Olsen C.H. et al. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal health-care system. Am. J. Obstet. Gynecol. 2017; 217 (1): 55.e1–55.e9.
9. Floyd S. Postpartum Contraception Options. Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. 2020; 47 (3): 463–475.
10. Taub R.L., Jensen J.T. Advances in contraception: new options for postpartum women. Expert Opin. Pharmacother. 2017; 18 (7): 677–688.
11. Moniz M., Chang T., Heisler M., Dalton V.K. Immediate postpartum long-acting reversible contraception: the time is now. Contraception. 2017; 95 (4): 335–338.
12. Prager S.W., McCoy E.E. Immediate postpartum intrauterine contraception insertion. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2015; 42 (4): 569–582.
13. Rodriguez M.I., Skye M., Samandari G., Darney B.G. Timing of postpartum long acting, reversible contraception was not associated with 12-month removal rates in a large Medicaid sample. Contraception. 2022; 113: 49–56.
14. Makins A., Cameron S. Post pregnancy contraception. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2020; 66: 41–54.
15. Stanton T.A., Blumenthal P.D. Postpartum hormonal contraception in breastfeeding women. Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2019; 31 (6): 441–446.
16. Sothornwit J., Werawatakul Y., Kaewrudee S. et al. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. Cochrane Database Syst. Rev. 2017; 4 (4): CD011913.
17. Леваков С.А., Шешукова Н.А. Гормональная контрацепция с применением дезогестрелсодержащего препарата. Гинекология. 2014; 5.
18. Cwiak C. Contraception for high risk patients. Semin Perinatol. 2020; 44 (5): 151268.