Выбор контрацепции после кесарева сечения

Л.И.Мальцева

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Российская Федерация

Один из обязательных элементов сохранности репродуктивного потенциала у женщин после операции кесарева сечения – обеспечение адекватного интервала между беременностями и родами. Беременность ранее чем через 2 года даже после естественных родов сопряжена с высоким риском осложнений: невынашивание беременности, кровотечения, послеродовые и воспалительные заболевания, материнская смертность. Одним из наиболее подходящих решений является применение пролонгированной обратимой контрацепции – подкожного имплантата Импланон® НКСТ с этоногестрелом.
Ключевые слова: Импланон НКСТ®, интервал между родами, кесарево сечение, несостоятельность рубца, послеродовая контрацепция, рубец на матке

Choice of contraception after caesarean section

L.I.Mal'tseva

Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

One of necessary elements for preserving the reproductive potential in women after caesarean section is ensuring adequate interval between pregnancies and childbirth. Pregnancy earlier than 2 years even after natural childbirth is associated with a high risk for complications: miscarriage, haemorrhages, postpartum and inflammatory diseases, maternal mortality. One of the most adequate solutions is the use of long-acting reversible contraception – the subcutaneous implant Implanon® NXT with etonogestrel.
Key words: inter-birth interval, caesarean section, uterine scar dehiscence, postpartum contraception, uterine scar

Кесарево сечение (КС) (sectio caesarea) – хирургическая операция, при которой плод и послед извлекают из полости матки через разрез в ее стенке. КС – родоразрешающая операция, которую выполняют по медицинским показаниям.

В России частота родоразрешения путем операции КС составляет более 15%, и это количество продолжает увеличиваться. Так, согласно официальным данным Минздрава России, ежегодно частота КС возрастает примерно на 1% – с 1997 по 2006 гг. она увеличилась с 10,1 до 18,4% [1]. В 2007 и 2008 гг. частота КС составляла соответственно 192,7 и 197,1 на 1000 родов [2].

Основными причинами увеличения частоты КС считаются:

- увеличение числа операций КС по относительным показаниям (например, по желанию женщины);
- увеличение количества плановых операций КС,
- активное развитие методик вспомогательных репродуктивных технологий, повышающих число многоплодных беременностей и, соответственно, КС;
- рекомендации проведения повторных операций КС у женщин с рубцом на матке.

В абсолютном большинстве случаев, если у женщины после КС наступает повторная беременность, родоразрешение проводится также путем операции КС. Отчасти это связано с постулатом «однажды кесарево сечение – всегда кесарево сечение», вместе с тем, даже технически хорошо выполненная операция не гарантирует состоятельности рубца и повторная операция – это необходимость [3]. Каждая последующая операция увеличивает риск неблагоприятных исходов и осложнений. Это ограничивает и рекомендованное количество операций КС до 2–3, а соответственно, и детей, которых может родить женщина.

Каждая последующая беременность у женщины, перенесшей операцию КС, значительно увеличивает риски, в частности разрыва матки из-за несостоятельности рубца, что может стать причиной смерти как плода, так и матери [4].

Попытка родов через естественные родовые пути после предшествующего КС может быть предпринята у женщин, которые к этому стремятся при наличии у них условий для вагинального родоразрешения [4]. Рабочая группа Национального института здоровья признала, что роды после предшествующего КС являются обоснованным подходом для многих женщин [5]. Несмотря на то, что роды после КС могут быть у многих женщин, некоторые факторы увеличивают вероятность материнской и перинатальной заболеваемости [6–8].

Ни плановое повторное КС, ни попытка родов после предшествующего КС не лишены риска для матери и новорожденного (табл. 1, 2). Риски для матери, связанные с операцией, включают кровотечения, сепсис, операционную травму, тромбоэмболию, гистерэктомию и смерть [7–11].

Сохранение жизни и ограниченной (количеством рекомендуемых беременностей) репродуктивной функции у женщин, перенесших операцию КС, является одной из важнейших задач акушеров-гинекологов.

Для корреспонденции:

Мальцева Лариса Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 Казанской государственной медицинской академии

Адрес: 420015, Казань, ул. Большая Красная, 51
Телефон: (843) 236-4641

Статья поступила …, принята к печати

Таблица 1. **Общие риски для матери, связанные с плановым повторным кесаревым сечением (КС) и попыткой родов после предшествующего кесарева сечения (ПРПКС)**

Риски для матери	Плановое повторное КС, %	ПРПКС, %	
		1 КС	2 и более КС
Эндометрит	1,5–2,1	2,9	3,1
Операционная травма	0,42–0,6	0,4	0,4
Гемотрансфузия	1–1,4	0,7–1,7	3,2
Гистерэктомия	0–0,4	0,2–0,5	0,6
Разрыв матки	0,4–0,5	0,7–0,9	0,9–1,8
Смерть матери	0,02–0,04	0,02	0

Цитируется по: Practice bulletin number 115 "Vaginal Birth after previous cesarean delivery", August 2010.

Один из обязательных элементов сохранности репродуктивно потенциала у женщин после операции КС – обеспечение адекватного интервала между беременностями и родами. Наиболее оптимальный интервал между родами составляет от 3 до 5 лет. Беременность ранее, чем через 2 года даже после естественных родов, сопряжена с высоким риском осложнений: невынашивание беременности, кровотечения, послеродовые и воспалительные заболевания, материнская смертность [12].

Но обеспечение адекватного интервала между беременностями и родами особенно важно для женщин с рубцом на матке ввиду повышенного риска осложнений беременности и родов. Это становится возможным только при применении эффективной плановой контрацепции.

На утверждение

Контрацепция для женщин в послеродовом периоде обязательно должна быть высокоэффективной, безопасной (разрешенной к применению именно в послеродовом периоде, не содержать эстрогены) и приемлемой (пролонгированной).

Методы длительной обратимой контрацепции – внутриматочные средства (ВМС) и контрацептивные имплантаты – представляют собой безопасные методы, которые подходят для большинства женщин и подростков. Методы длительной обратимой контрацепции, исходя из их эффективности, относятся к контрацептивам высокого класса, поскольку при их идеальном и типичном применении частота случаев наступления беременности составляет менее 1% в год. Эти средства характеризуются максимальной частотой удовлетворенности и продолжения использования метода из всех методов обратимой контрацепции. Следует отметить, что подростки относятся к группе высокого риска наступления нежелательной беременности (особенно после родов или повторного аборта), поэтому увеличение доступности методов длительной обратимой контрацепции для подростков может привести к благоприятным эффектам [13].

Основным преимуществом методов длительной обратимой контрацепции является то, что они не требуют постоянных усилий со стороны пользователя для длительного и эффективного применения. Кроме того, после удаления контрацептива происходит быстрое восстановление фертильности [14, 15].

Данные, полученные в ходе контрацептивного проекта CHOICE в проспективной группе женщин в возрасте 14–45 лет, свидетельствуют о том, что при устранении препятствий, связанных с финансированием, осведомленностью, поставщиками медицинских услуг и логистикой, частота начала применения методов длительной обратимой контрацепции была выше, чем любого другого метода контрацепции. Из первых 2500 женщин, включенных в исследование, 67,1% выбрали ВМС или контрацептивный имплантат [16]. Поощрение использования методов длительной обратимой контрацепции у подходящих кандидатов может помочь снизить частоту нежелательной беременности, поскольку интервалы между применением и прекращением применения контрацепции короткого действия связаны с частотой случаев нежелательной беременности у женщин группы высокого риска. Такой вывод сделан исследователями США [17]. Частота случаев наступления беременности при типичном применении методов длительной обратимой контрацепции ниже, а частота продолжения применения метода – выше по сравнению с оральными контрацептивами (табл. 3) [18].

Период сразу после родов особенно хорошо подходит для введения ВМС или имплантата. Для женщин, которые только что родили ребенка, обычно характерна высокая мотивация к использованию контрацепции; можно с уверенностью исключить наличие беременности, а введение контрацептива во время пребывания в стационаре удобно как для пациенток, так и для медицинских работников. Кроме того, в период сразу после родов существует риск наступления нежелательной беременности [19]. В исследовании, в ходе которого женщин просили воздержаться от половых контактов в течение 6 недель после родов, 45% участниц к концу периода исследования сообщили о незащищенных половых контактах [20].

Одним из наиболее подходящих решений является применение пролонгированной обратимой контрацепции – подкожного имплантата Импланон® НКСТ.

Таблица 2. **Общая неонатальная заболеваемость, связанная с плановым повторным кесаревым сечением и попыткой родов после предшествующего кесарева сечения (ПРПКС) [Practice bulletin number 115 "Vaginal Birth after previous cesarean delivery", August 2010]**

Риски для новорожденного	Плановое повторное кесарево сечение, %	ПРПКС, %	Комментарии
Антенатальная гибель плода*			
37–38 нед	0,08	0,38	
39 и более нед	0,01	0,16	
Гипоксически-ишемическая энцефалопатия	0–0,13	0,08	Дополнительный анализ (Spong, 2007; зарегистрировано три случая гипоксически-ишемической энцефалопатии в группе КС)
Неонатальная смерть	0,05	0,08	Различие не достоверно
Перинатальная смерть	0,01	0,13	Наблюдаемое различие обусловлено интранатальной гипоксией
Госпитализация в неонатальном периоде[3]	6,0	6,6	Различие не достоверно
Респираторные заболевания	1–5	0,1–1,8	
Транзиторное тахипноэ	6,2	3,5	
Гипербилирубинемия	5,8	2,2	

**За исключением врожденных пороков развития.*

Примечание: при разрыве матки риск гипоксически-ишемической энцефалопатии составляет 6,2% (95% доверительный интервал 1,8–10,6%), риск неонатальной смерти составляет 1,8% (95% доверительный интервал 0–4,2%).

Импланон НКСТ® (этоногестрел 68 мг, ООО «МСД Фармасьютикалс») – это длительно действующий контрацептив, не требующий ежедневного, еженедельного или ежемесячного приема [21].

Один контрацептивный имплантат Импланон НКСТ® рассчитан на 3 года использования, обладает самой высокой эффективностью контрацепции (выше 99,9%, индекс Перля 0,05). Важно, что эффективность контрацепции не зависит от правильности его применения (такие ошибки могут возникать, например, у женщин, принимающих таблетки, когда пропуск очередной контрацептивной таблетки повышает риск незапланированной беременности). Следует подчеркнуть, что у женщин с рубцом на матке беременность в первый год после операции КС недопустима.

Импланон НКСТ® биоэквивалентен имплантату Импланон, который имеет значительный опыт применения в мире – более 15 лет [22]. Многочисленные исследования продемонстрировали отсутствие клинически значимого влияния на метаболические параметры (массу тела, артериальное давление, липидный и углеводный обмен, минеральную плотность костной ткани, артериальное давление, гемостаз) [23–26].

Кроме того, в исследованиях было продемонстрировано отсутствие влияния препарата Импланон на количество и качество грудного молока, а также на рост и развитие ребенка [27, 28].

На утверждение

Импланон НКСТ® можно применять через 21–28 дней после родов (согласно инструкции по медицинскому применению) или менее чем через 21 день (согласно медицинским критериям приемлемости методов контрацепции РФ, 2012), если женщина не кормит грудью. При грудном вскармливании имплантат следует ввести по завершении 4-й недели после родов (согласно инструкции по медицинскому применению) или с 6-й недели после родов (согласно медицинским критериям приемлемости методов контрацепции РФ, 2012) [21, 29].

Значительный интерес представляют исследования применения имплантата Импланон непосредственно после родов. Послеродовый период характеризуется максимальным риском развития тромбоза в течение всего репродуктивного периода в жизни женщины и является важным временем для начала применения эффективного метода контрацепции с целью увеличения интервала между беременностями. Известно, что в послеродовом периоде отмечаются наибольшие риски тромботических осложнений. Так, у небеременных женщин, не применяющих пероральные контрацептивы, риск развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ) составляет от 1 до 5 случаев на 10 000 женщино-лет (ЖЛ), а у женщин, применяющих оральные контрацептивы, он составляет от 3 до 9 случаев на 10 000 ЖЛ. Повышение риска происходит в меньшей степени, чем при беременности, когда риск составляет 5–20 случаев на 10 000 ЖЛ (данные о беременности основаны на фактической длительности беременности в стандартных исследованиях; на основании положения, что беременность длится 9 мес, риск составляет от 7 до 27 случаев на 10 000 ЖЛ). У женщин в послеродовом периоде риск развития ВТЭ составляет от 40 до 65 случаев на 10 000 ЖЛ, при этом возможен летальный исход в 1–2% случаев [30].

Рандомизированное контролируемое исследование влияния контрацептивного имплантата с этоногестрелом Импланон, введенного сразу же после родов, на материнский гемостаз продемонстрировало отсутствие отрицательного влияния на физиологические изменения в системе гемостаза в течение первых 6 недель после родов [26].

Чрезвычайно важно, что после удаления имплантата происходит быстрое восстановление фертильности (в течение первого месяца после удаления имплантата). Для других пролонгированных обратимых методов контрацепции, тем не менее, возможно отсроченное восстановление фертильности [25].

Как было указано выше, послеродовый период является важным временем для начала применения эффективного метода контрацепции с целью увеличения интервала между беременностями. Это особенно важно для женщин после операции КС.

Препараты, не содержащие эстрогены, разрешены к применению для женщин в послеродовом периоде (для кормящих и не кормящих). В настоящее время есть ряд возможностей применения контрацептивов без эстрогенов, например это прогестиновые оральные контрацептивы с дезогестрелом, обладающие такой же эффективностью, как и

Таблица 3. **Сопоставление частоты случаев нежелательной беременности и частоты продолжения применения метода в течение первого года использования внутриматочного средства и имплантата в Соединенных Штатах [Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011].**

Метод	Женщины, у которых наступила нежелательная беременность в течение первого года использования метода, %		Женщины, продолжающие использование метода, %*
	типичное применение†	идеальное применение‡	
Медьсодержащее ВМС	0,8	0,6	78
Высвобождающая левоноргестрел ВМС	0,2	0,2	80
Имплантат	0,05	0,05	84
Комбинированные оральные контрацептивы и оральные контрацептивы, содержащие только прогестины	9	0,3	67
Женская стерилизация	0,5	0,5	100
Мужская стерилизация	0,15	0,10	100

**Среди пар, пытающихся избежать наступления беременности;*

†Среди типичных пар, которые начали использовать метод (не обязательно впервые); количество женщин, у которых беременность наступила случайно в течение первого года использования метода, и которые не прекращали его использование по какой-либо другой причине. Данные о вероятности наступления беременности в течение первого года типичного использования спермицидов и диафрагм взяты из результатов национального исследования роста семьи 1995 г. с поправкой на неучтенные аборты; данные о календарных методах, прерванном половом акте, мужских презервативах, оральных контрацептивах и Депо-Провера взяты из результатов национального исследования роста семьи 1995 и 2002 гг. с поправкой на неучтенные аборты.

‡Среди пар, которые начали использовать метод (не обязательно впервые) и применяют его идеально (постоянно и правильно); количество женщин, у которых беременность наступила случайно в течение первого года использования метода и которые не прекращали его использование по какой-либо другой причине.

комбинированные методы, инъекционные формы, гормональные внутриматочные системы и имплантаты [29]. Однако учитывая особенности послеродового периода и, что особенно важно, особенности течения данного периода после операции КС, предпочтение следует отдавать пролонгированным обратимым методам контрацепции [19]. Например, эффективность препарата Импланон не зависит от правильности его применения, и индексы Перля как при абсолютно правильном, так и при типичном применении данного метода совпадают и составляют всего 0,05 [31]. Это наиболее эффективная контрацепция, доступная в настоящее время на рынке гормональных контрацептивов.

Исследование CHOICE продемонстрировало наибольший уровень приемлемости именно у женщин, применяющих пролонгированный обратимый метод контрацепции [32].

Правильно подобранная контрацепция обеспечивает высокую эффективность и приемлемость и тем самым играет определяющую роль в сохранении женского репродуктивного здоровья.

Применение гормональных контрацептивов имеет существенное положительное влияние на репродуктивное здоровье женщины и общества в целом [33].

Увеличение доступа к контрацепции – путь к сохранению здоровья женщин и детей и снижению материнской и младенческой смертности. Обеспечение удовлетворения акушерской и перинатальной помощью и планирование семьи позволит снизить: материнскую смертность более чем на 2/3 (с 358 000 до 105 000); неонатальную смертность – более чем вполовину (с 3,2 до 1,5 млн); количество нежелательных беременностей – более чем на 2/3 (с 75 до 22 млн); количество небезопасных абортов – с 20 до 5,5 млн; смертность от небезопасных абортов – более чем на 4/5 (с 46 000 до 8000).

На утверждение

Каждый доллар, потраченный на контрацепцию, сохраняет 1,40 доллара затрат на акушерскую и перинатальную помощь [34].

Препараты Импланон и Импланон НКСТ® показаны для контрацепции женщинам репродуктивного возраста, а также тем, кому не желательны или противопоказаны эстрогены (для обеспечения наибольшей эффективности контрацепции, женщинам в послеродовом периоде, кормящим грудью или курящим в возрасте старше 35 лет) [29].

Таким образом, послеродовый период является важным временем для начала применения эффективного метода контрацепции с целью увеличения интервала между беременностями, что особенно важно для женщин после операции КС. Контрацепция для женщин в послеродовом периоде, особенно после операции КС, обязательно должна быть высокоэффективной, безопасной и приемлемой, исключающей ошибки в ее применении.

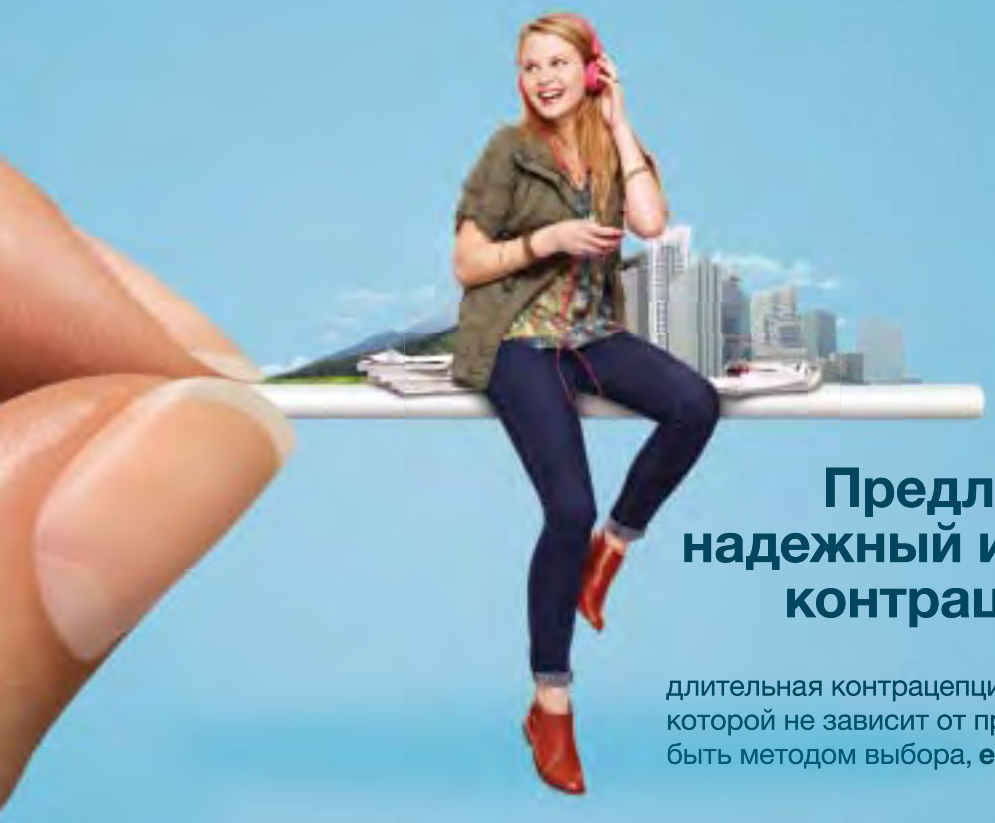
Одним из наиболее подходящих решений является применение пролонгированной обратимой контрацепции – подкожного имплантата Импланон НКСТ® с этоногестрелом.

Импланон НКСТ® – это высокоэффективный и длительно действующий контрацептив, не требующий ежедневного, еженедельного или ежемесячного приема. Его эффективность не зависит от правильности применения женщиной.

Применение препарата Импланон НКСТ® позволяет обеспечить адекватный интервал между беременностями и родами и тем самым сохранить репродуктивный потенциал у женщин после операции КС.

Литература

1. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 13.03.2008 №1813-ВС «О методическом письме «Кесарево сечение в современном акушерстве».
2. Суханова ЛП. Статистика родовспоможения как фактор обеспечения качества акушерской и перинатальной помощи в России. Социальные аспекты здоровья, 2009.
3. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:1365-71.
4. Practice bulletin number 115 “Vaginal Birth after previous cesarean delivery”, August 2010
5. National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Consensus Development Conference statement. Bethesda (MD): NIH; 2010. Available at: http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf. Retrieved April 23, 2010.
6. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:1365-71.
7. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. N Engl J Med. 2004;351:2581-9.
8. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2005;193:1656-62.
9. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. Obstet Gynecol. 1990;76:750-4.
10. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996;335:689-95.
11. Стрижаков АН, Бадма-Гаряев МС, Давыдов АИ, Подтетенев АД, Проценко ДН, Буданов ПВ. Акушерский перитонит после кесарева сечения: дифференцированный подход к выбору хирургической тактики. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013;12(6):53-62.
12. Тарасова МА. Контрацепция после родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008;7(4):98-102.
13. Committee opinion number 539 Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. October 2012
14. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility–follow-up after participation in a randomized clinical trial. Contraception. 2007;75:88-92.
15. Andersson K, Batar I, Rybo G. Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. Contraception. 1992;46:575-84.
16. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203:115.e1-115.e7.
17. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. Obstet Gynecol. 2011;117:363-71.
18. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart F, Kowal D, editors. Contraceptive technology. 19th rev. ed. New York (NY): Ardent Media; 2007.
19. Practice bulletin number 121 Long-Acting Reversible contraception: Implants and Intrauterine Devices. January 2005
20. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sa MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. Contraception. 2009;80:519-26.



Предложите женщине надежный и простой метод контрацепции на 3 года

длительная контрацепция на 3 года, эффективность которой не зависит от правильности применения может быть методом выбора, **если женщина:**

Не планирует беременность в течение следующих 3 лет

Допускает нарушения при использовании контрацепции и хочет выбрать эффективный метод, который не зависит от правильности применения

Относится к группе повышенного риска нежелательной беременности

Импланон НКСТ® удаляют не позже, чем через три года со дня введения. Через 3 года ИМПЛАНОН НКСТ® необходимо удалить. Новый имплантат можно ввести сразу же после извлечения старого.

Введение и удаление препарата Импланон НКСТ® должно выполняться в асептических условиях и только квалифицированным врачом-гинекологом, который хорошо знаком с методикой введения.

Избранная информация по безопасности из инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата ИМПЛАНОН НКСТ®

Имплантат, этоногестрел 68 мг.

Противопоказания: беременность (в том числе предполагаемая); тромбозы (артериальные и венозные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе тромбоз, тромбофлебит глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, ишемические или геморрагические цереброваскулярные нарушения); наличие антител к фосфолипидам; мигрень с очаговой неврологической симптоматикой; рак молочной железы, в том числе в анамнезе; установленные или предполагаемые злокачественные гормонозависимые опухоли; доброкачественные или злокачественные опухоли печени в настоящее время или в анамнезе; тяжелые формы заболеваний печени (до нормализации функциональных проб печени), в том числе желтуха, врожденные гипербилирубинемии, в том числе в анамнезе; неконтролируемая артериальная гипертензия; детский возраст; кровотечение из влагалища неясной этиологии; повышенная чувствительность к активному веществу или к любому вспомогательному веществу препарата Импланон НКСТ®.

Особые указания: В случае тромбоза имплантат следует удалить. Следует также рассмотреть возможность удаления имплантата в случае длительной иммобилизации вследствие хирургической операции или болезни. Хотя препарат Импланон НКСТ® является контрацептивным гормональным средством, содержащим только прогестаген, рекомендуется оценить факторы риска, которые, как известно, увеличивают риск венозной или артериальной тромбоэмболии. Женщины с тромбоэмболическими заболеваниями в анамнезе должны быть предупреждены о возможности их рецидива.

Контрацептивное действие препарата Импланон НКСТ® связано с концентрацией этоногестрела в плазме крови, которая в обратно пропорциональной зависимости связана с массой тела и снижается в течение времени после введения препарата. Клинический опыт у женщин с избыточной массой тела на третьем году применения препарата ограничен. Нельзя исключить, что контрацептивный эффект у таких женщин в течение третьего года применения препарата может быть ниже, чем у женщин с нормальной массой тела, поэтому врачу, возможно, следует предусмотреть более раннюю замену имплантата у женщин с избыточной массой тела.

Предупреждение внематочной беременности традиционными прогестаген-содержащими контрацептивными гормональными средствами не столь эффективно, как при применении комбинированных ОК, что связано с частым возникновением овуляций во время применения этих методов. Данное утверждение не относится к применению прогестиновых оральных контрацептивов с дезогестрелом и имплантата с дезогестрелом. Несмотря на то, что препарат Импланон НКСТ® подавляет овуляцию, в случае наличия у женщины аменореи или болей в животе при дифференциальной диагностике следует учитывать внематочную беременность.

Безопасность и эффективность препарата Импланон НКСТ® были оценены для женщин репродуктивного возраста. Ожидается, что эффективность и безопасность у подростков в постпубертатном периоде будут аналогичными. Тем не менее, клинические исследования у женщин в возрасте менее 18 лет не проводились. Применение данного препарата не показано до наступления менархе (первой менструации). Женщина должна быть информирована о том, что препарат Импланон НКСТ® не защищает от ВИЧ-инфекции (СПИДа) и других заболеваний, передающихся половым путём.

Побочное действие: Возможно связанные с применением препарата наиболее частые нежелательные эффекты: вагинальная инфекция (вульвовагинит), головная боль, акне, болезненность в молочных железах, боль в груди, нерегулярные менструации, увеличение массы тела.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания МСД не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Импланон НКСТ®

MSD

ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1,
Тел.: +7 (495) 916 71 00, Факс: +7 (495) 916 70 94
www.merck.com

WOMN-1063933-0005; 04.2013

На правах рекламы

Номер регистрационного удостоверения ЛП-000317

Импланон НКСТ®
Имплантат, 68 мг этоногестрела

21. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Импланон НКСТ®.
22. Schnabel P, Merki-Feld GS, Malvy A, Duijkers I, Mommers E, van den Heuvel MW. Bioequivalence and x-ray visibility of a radiopaque etonogestrel implant versus a non-radiopaque implant: a 3-year, randomized, double-blind study. Clin Drug Investig. 2012 Jun 1;32(6):413-22.
23. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. Fertil Steril. 2009 May; 91(5): 1646-53.
24. Oderich CL1, Wender MC, Lubianca JN, Santos LM, de Mello GC. Impact of etonogestrel-releasing implant and copper intrauterine device on carbohydrate metabolism: a comparative study. Contraception. 2012;85:173-6.
25. Dilbaz B, Ozdegirmenci O, Caliskan E, Dilbaz S, Haberal A. Effect of etonogestrel implant on serum lipids, liver function tests and hemoglobin levels. Contraception. 2010 Jun;81(6):510-4.
26. Brito MB, Ferriani RA, Meijers JC, Garcia AA, Quintana SM, Silva de Sá MF, et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant inserted immediately postpartum on maternal hemostasis: a randomized controlled trial. Thromb Res. 2012 Sep;130(3):355-60.
27. Reinprayoon D. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. Contraception. 2000 Nov;62(5):239-46.
28. Taneepanichskul S. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. Contraception. 2006 Apr;73(4):368-71. Epub 2005 Dec 27.
29. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ, 2012.
30. FDA Drug Safety Communication: Updated information about the risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm299305.htm
31. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011 May;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12.
32. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and satisfaction of reversible contraception. Obstet Gynecol. 2011 May;117(5): 1105-13.
33. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology. 11th ed. Elsevier Ltd., 2008.
34. Singh S, Darroch JE, Ashford LS et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. New York: Guttmacher Institute, 2009. http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4461

References

1. Pismo Minzdravsotsrazvitiya RF ot 13.03.2008 №1813-VS «O metodicheskom pisme «Kesarevo secheniye v sovremennom akusherstve». (In Russian).
2. Sukhanova LP. Statistika rodovspomozheniya kak faktor obespecheniya kachestva akusherskoy i perinatalnoy pomoshchi v Rossii. Sotsialnyye aspekty zdorovya, 2009. (In Russian).
3. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:1365-71.
4. Practice bulletin number 115 “Vaginal Birth after previous cesarean delivery”, August 2010
5. National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Consensus Development Conference statement. Bethesda (MD): NIH; 2010. Available at: http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf. Retrieved April 23, 2010.
6. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:1365-71.
7. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. N Engl J Med. 2004;351:2581-9.
8. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2005;193:1656-62.
9. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. Obstet Gynecol. 1990;76:750-4.
10. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996;335:689-95.
11. Strizhakov AN, Badma-Garyayev MS, Davydov AI, Podtetenev AD, Protsenko DN, Budanov PV. Obstetric peritonitis after caesarean section: a differential approach to choosing surgical tactics. Gynecology, obstetrics and perinatology. 2013;12(6):53-62. (In Russian).
12. Tarasova MA. Contraception after childbirth. Gynecology, obstetrics and perinatology. 2008;7(4):98-102. (In Russian).
13. Committee opinion number 539 Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. October 2012
14. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility–follow-up after participation in a randomized clinical trial. Contraception. 2007;75:88-92.
15. Andersson K, Batar I, Rybo G. Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. Contraception. 1992;46:575-84.
16. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203:115.e1-115.e7.
17. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. Obstet Gynecol. 2011;117:363-71.
18. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart F, Kowal D, editors. Contraceptive technology. 19th rev. ed. New York (NY): Ardent Media; 2007.
19. Practice bulletin number 121 Long-Acting Reversible contraception: Implants and Intrauterine Devices. January 2005
20. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sa MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. Contraception. 2009;80:519-26.
21. Instruktsiya po meditsinskomu primeneniyu lekarstvennogo preparata Implanon HKCT®.(In Russian).
22. Schnabel P, Merki-Feld GS, Malvy A, Duijkers I, Mommers E, van den Heuvel MW. Bioequivalence and x-ray visibility of a radiopaque etonogestrel implant versus a non-radiopaque implant: a 3-year, randomized, double-blind study. Clin Drug Investig. 2012 Jun 1;32(6):413-22.
23. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. Fertil Steril. 2009 May; 91(5): 1646-53.
24. Oderich CL1, Wender MC, Lubianca JN, Santos LM, de Mello GC. Impact of etonogestrel-releasing implant and copper intrauterine device on carbohydrate metabolism: a comparative study. Contraception. 2012;85:173-6.
25. Dilbaz B, Ozdegirmenci O, Caliskan E, Dilbaz S, Haberal A. Effect of etonogestrel implant on serum lipids, liver function tests and hemoglobin levels. Contraception. 2010 Jun;81(6):510-4.
26. Brito MB, Ferriani RA, Meijers JC, Garcia AA, Quintana SM, Silva de Sá MF, et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant inserted immediately postpartum on maternal hemostasis: a randomized controlled trial. Thromb Res. 2012 Sep;130(3):355-60.
27. Reinprayoon D. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. Contraception. 2000 Nov;62(5):239-46.

На утверждение

28. Taneepanichskul S. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. Contraception. 2006 Apr;73(4):368-71. Epub 2005 Dec 27.
29. Meditsinskiye kriterii priyemlemosti metodov kontratseptsii RF, 2012. (In Russian).
30. FDA Drug Safety Communication: Updated information about the risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm299305.htm
31. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011 May;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12.
32. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and satisfaction of reversible contraception. Obstet Gynecol. 2011 May;117(5): 1105-13.
33. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology. 11th ed. Elsevier Ltd., 2008.
34. Singh S, Darroch JE, Ashford LS et al. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. New York: Guttmacher Institute, 2009. http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4461

На утверждение