благотворная пауза сложной репродукции

Оптимизация контрацепции после кесарева сечения

Авторы: Виктор Евсеевич **Радзинский**, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; Ирина Михайловна **Ордиянц**, докт. мед. наук, проф. той же кафедры (Москва); Хильда Юрьевна **Симоновская**, StatusPraesens (Москва)

Послеродовая контрацепция — одна из плохо решаемых проблем репродуктивной медицины в России. С появлением в семье ребёнка у женщины кардинально меняется образ жизни, появляется множество непривычных обязанностей, но при этом на фоне аменореи (вовсе не обозначающей ановуляцию) нет контрацептивной настороженности. Именно поэтому в России из каждых 10 абортов один делают женщине в первый год после родов. И худшая из возможных ситуаций — аборт после кесарева сечения.

Вот почему в числе рекомендаций женщине после оперативного родоразрешения перед выпиской из родильного стационара должна значиться одна из важнейших — касающаяся рациональной контрацепции. В обязательном порядке и без исключений.

Кесаревых сечений в современном мире выполняют много, и этот показатель только растёт. В России с 1997 по 2006 год доля абдоминального родоразрешения ежегодно увеличивалась на 1%[1], и усреднённый по регионам показатель к настоящему времени достиг уже более 20%[2]. Таким образом, в России за весь 2013 год было проведено около 380 тыс. абдоминальных родоразрешений — каждый пятый россиянин появился на свет оперативным путём. Однако и это далеко не предел — в некоторых странах Европы порядка 40% родов завершают кесаревым сечением.

Безусловно, причины этой печальной тенденции разнообразны: всё больше операций выполняют по относительным показаниям, а также по желанию женщины, в плановом порядке; сказывается растущая популярность и востребованность ВРТ, повышающих вероятность многоплодных и осложнённых беременностей и т.д. Но как бы то ни было, это те самые «предлагаемые обстоятельства», в которых приходится существовать российской службе родовспоможения. И не только существовать, но и находить новые возможности для эффективного решения возникающих проблем.

Интергенетика благополучия

Длительность оптимального интергенетического интервала — предмет многочисленных обсуждений и научных исследований. Бесспорно, если повторная беременность наступает раньше, чем через 2 года, даже после естественного родоразрешения, то протекает она со значительно повышенным риском невынашивания, кровотечений, послеродовых воспалительных заболеваний и материнской смерти[3]. Для следующей за кесаревым сечением беременности желательный интервал покоя составляет, по разным данным, от 3 до 5 лет. Современные рекомендации ВОЗ постулируют длительность оптимального интергенетического интервала 24 мес. Наступление новой гестации в первый год после оперативного родоразрешения категорически недопустимо.

Недавнее американское исследование[4] позволило с точки зрения доказательной медицины обосновать идеальный интергенетический интервал длительностью 60 мес (5 лет). Именно после такого периода минимален риск будущих осложнений. В анализ были включены 13 331 беременная. При интервале менее 6 мес вероятность разрыва матки возрастает в 2,7 раза (ОР 2,66; 95% ДИ 1,21–5,82), увеличивается общий риск смерти — в 1,95 раза (ОР 1,95; 95% ДИ 1,04–3,65), а опасность развития тяжёлых кровотечений, когда может понадобиться переливание крови, увеличивается в 3,1 раза (ОР 3,14; 95% ДИ 1,42–6,95).

Не менее рискован короткий интергенетический интервал и для ребёнка. Результаты масштабного (662 730 детей) исследования 2011 года[5], проведённого в Калифорнии (США), позволяют утверждать, что при интергенетическом интервале менее 12 мес дети в гораздо большей степени подвержены аутизму (ОР 3,39; 95% ДИ 3,00–3,82).

Другое исследование (183 921 ребёнок)[6] доказало положительную корреляцию сокращённого интергенетического интервала с развитием шизофрении; получены также чёткие доказательства связи с повышенной частотой такого сложно курируемого порока развития, как гастрошизис[7].

С точки зрения наличия рубца на матке требования к интергенетическому интервалу ещё более строги — он должен составлять не менее 3–4 лет[8]. Соблюдение такой паузы позволяет стабилизировать сам рубец на матке, сократить риск разрыва матки в ходе следующей гестации, а также существенно уменьшить вероятность *placenta accreta*.

Эти научные данные сегодня, к сожалению, в практическом здравоохранении России учитывают явно недостаточно. Независимое анкетирование позволило выяснить, что каждая третья женщина после кесарева сечения была оставлена без внимания по этому вопросу. Только двое из трёх российских врачей обсуждают с женщиной необходимость соблюдения оптимального интергенетического интервала после оперативных родов, причём лишь половина из них (57%) рекомендуют выдержать паузу до 3 лет.

[Только двое из трёх российских врачей обсуждают с женщиной интергенетический интервал после оперативных родов, причём только половина из них (57%) рекомендуют выдержать паузу до 3 лет.]

© Lilisaphie / Shutterstock.com

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЫБРАННОМУ МЕТОДУ КОНТРАЦЕПЦИИ[9]

Метод	Число незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения метода контрацепции: Типичное использование	Число незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения метода контрацепции: Идеальное использование	Число женщин, продолжающих применение к концу первого года, %
БЕЗ КОНТРАЦЕПЦИИ	85		
МУЖСКИЕ ПРЕЗЕРВАТИВЫ	18	2	43
КОМБИНИРОВАННЫЕ И ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ	9	0,3	67
МЕДЬСОДЕРЖАЩИЙ ВНУТРИМАТОЧНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ	0,8	0,6	78
ВНУТРИМАТОЧНАЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-ВЫСВОБОЖДАЮЩАЯ СИСТЕМА	0,5	0,5	80
ДЕПОНИРОВАННЫЙ МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА АЦЕТАТ	6	0,2	56
ЭТОНОГЕСТРЕЛ («ИМПЛАНОН»)	0,05	0,05	84

Человеку свойственно идти путём наименьшего сопротивления. Удовлетворённость и приверженность методам пролонгированной обратимой контрацепции максимальна в первую очередь потому, что это **удобно**.

Имплантаты: шаг в Россию

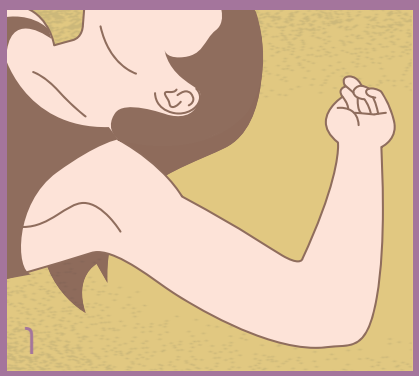
С 2011 года в России доступны два препарата среди контрацептивных имплантатов — «Импланон НКСТ» и «Импланон» (биоэквивалентны). Суть их действия проста — после установки под кожу (внутренняя сторона плеча недоминирующей руки) имплантат с заданной скоростью высвобождает высокоселективный прогестаген этоногестрел, представляющий по сути биологически активный метаболит дезогестрела (хорошо известного отечественным специалистам в качестве действующего вещества многих оральных контрацептивов).

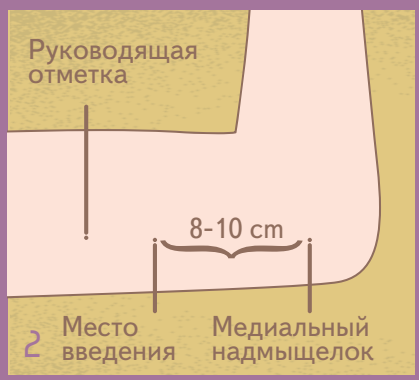
Постоянная концентрация в крови этоногестрела блокирует овуляцию и дополнительно повышает вязкость цервикальной слизи, делая её непроницаемой для сперматозоидов. Именно этим объясняется эффективность методики, составляющая более 99,9% (индекс Перля 0,05[9]). Особенно ценно то, что для имплантационной контрацепции не приходится делать скидок на погрешности применения контрацептива пациенткой, как при использовании таблеток, пластырей, вагинальных колец, инъекций и других методик. Если имплантат установлен акушером-гинекологом, женщине на протяжении срока действия «Импланона НКСТ» больше ничего предпринимать не нужно; контрацепция будет идеальной. Имплантат обеспечивает контрацептивную защиту сроком на 3 года. Одно из преимуществ имплантационной контрацепции, важное для определённых прослоек населения, — неабортивный механизм действия.

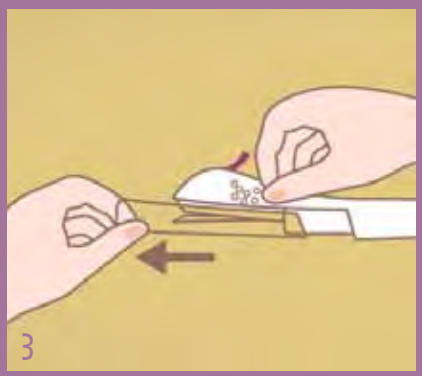
Согласно Российским критериям приемлемости контрацепции[10], имплантационная контрацепция может быть использована без ограничений практически во всех группах женщин, в том числе в период лактации и после кесарева сечения.

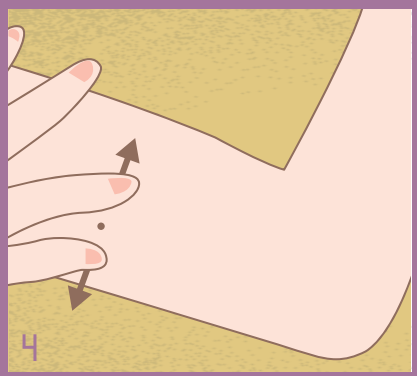
Многочисленные исследования подтвердили отсутствие клинически значимых влияний этоногестрела в имплантационной контрацепции на метаболические параметры (масса тела, артериальное давление, показатели липидного и углеводного обмена, минеральная плотность костной ткани, гемостаз). Несмотря на то что препарат содержит только прогестиновый компонент, все данные о возможных влияниях на мать и новорождённого были оценены в высшей степени скрупулёзно. Выводы исследований таковы: «Импланон» не влияет на количество и состав грудного молока, а также на рост и развитие ребёнка, в связи с чем может применяться в послеродовом периоде на фоне кормления грудью.

[Согласно Российским критериям приемлемости контрацепции, имплантационная контрацепция применима без ограничений почти во всех группах женщин.]









1. Оптимальное положение пациентки: лёжа на спине, недоминантная рука супинирована, согнута в локте, предплечье поднято к голове. Такое положение не только максимально удобно для внедрения имплантата, но и позволяет контролировать наиболее важное условие — введение препарата непосредственно под кожу (слишком глубокая имплантация может осложниться парестезией).

2. Место введения — на внутренней стороне плеча, на 8–10 см выше медиального надмыщелка плечевой кости — отмечают стерильным маркером. Вторую отметку ставят на несколько сантиметров проксимальнее по отношению к первой: во время установки она будет служить направляющей. Имплантат следует вводить непосредственно под кожу, чтобы не травмировать крупные сосуды и нервы, расположенные глубже в борозде между двуглавой и трёхглавой мышцами.

3. Из блистера извлекают стерильный одноразовый аппликатор. Держа его в области текстурированной поверхности, удаляют прозрачный защитный колпачок с иглы (посмотрев на её наконечник, можно увидеть белый имплантат внутри). Если колпачок легко не удаляется, данный аппликатор использовать не следует. Нельзя дотрагиваться до пурпурного слайдера до тех пор, пока игла

К примеру, публикация 2013 года сообщает о проспективном исследовании возможностей использования имплантата с этоногестрелом у 40 лактирующих женщин в течение 6 мес. Результаты работы показали, что изучаемый препарат не влияет на развитие новорождённых[11].

«Импланон НКСТ» у кормящих женщин можно установить по истечении 6-й недели после родов (согласно Медицинским критериям приемлемости методов контрацепции, адаптированным для РФ в 2012 году) или 4-й недели (согласно инструкции производителя). Контрацептивные имплантаты без эстрогенового компонента можно считать методом выбора, в том числе для курящих женщин старше 35 лет, когда приём КОК не рекомендован.

После удаления имплантата фертильность восстанавливается быстро (в течение первого месяца после отмены). Это наилучший результат по параметру «обратимость» среди методик пролонгированной контрацепции; разумеется, если речь идёт о желании женщины реализовать свой репродуктивный потенциал.

О вероятности побочных явлений при использовании «Импланона НКСТ» можно судить по результатам метаанализа, объединившего итоги 11 международных клинических исследований в период с 1998 по 2007 год[12]. Из 942 пациенток у 56 (около 6%) было зарегистрировано 77 случаев нежелательных явлений, и только 10 из них были признаны «вероятно или достоверно связанными с применением препарата».

Весьма интересны исследовательские данные о применении «Импланона НКСТ» непосредственно после родов в контексте риска тромботических осложнений. Именно этот период репродуктивной жизни женщины наиболее уязвим в отношении тромбоза, а идеальное время для начала контрацепции — ранний пуэрперий. Однако не всё столь предсказуемо: в рандомизированном контролируемом исследовании 2012 года удалось доказать, что при введении сразу после родов «Импланон» никак не влияет на параметры материнского гемостаза по сравнению с контрольной группой в течение шести критических недель послеродового периода, после чего вероятность тромбоза резко снижается и достигает среднепопуляционной[13].

Такого рода исследования рисуют перспективы своевременного предупреждения беременности, поскольку аборты в России до сих пор остаются одним из способов так называемой «контрацепции». О постабортных осложнениях, в том числе тромботических, говорить не приходится.

После установки имплантата только 20% пользовательниц не чувствуют изменений менструального цикла; примерно половина женщин отмечают возникновение редких, частых или длительных кровотечений (в силу особенностей влияния прогестагенов на структуру и функции эндометрия, а также на состояние сосудистой сети). Осложнения непосредственно при введении имплантата наблюдали у 1% пациенток, при извлечении имплантата — у 1,7%, что наглядно демонстрирует безопасность процедуры, необходимой всего лишь раз в 3 года.

«Импланон» и «Импланон НКСТ» зарегистрированы и применяются в 97 странах, причём наболее популярны они в США, Франции, Великобритании, Австралии.

полностью не введена подкожно, поскольку это приведёт к втягиванию иглы и преждевременному высвобождению имплантата из аппликатора.

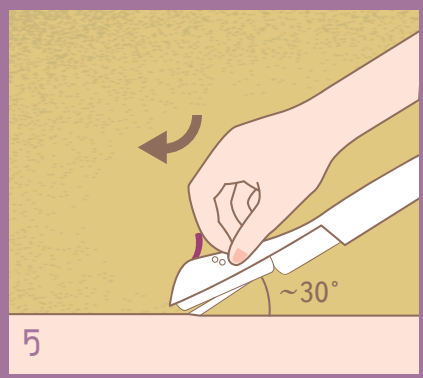
4. Большим и указательным пальцами свободной руки растягивают кожу над местом введения.

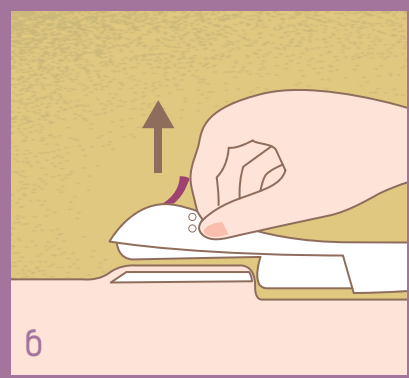
5. Наконечником иглы, расположенной приблизительно под углом в 30°, прокалывают кожу.

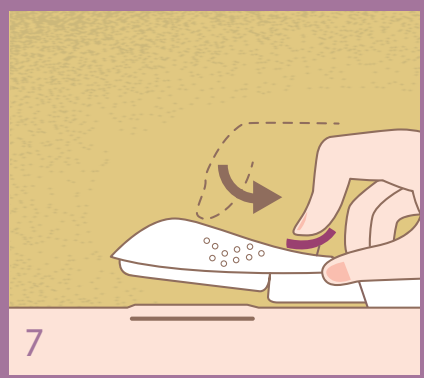
6. Аппликатор опускают в горизонтальное положение. Поднимая кожу наконечником иглы, плавно вводят иглу на всю её длину, при этом не следует оказывать давление с чрезмерной силой. Движение иглы удобнее наблюдать со стороны, сидя, а не сверху.

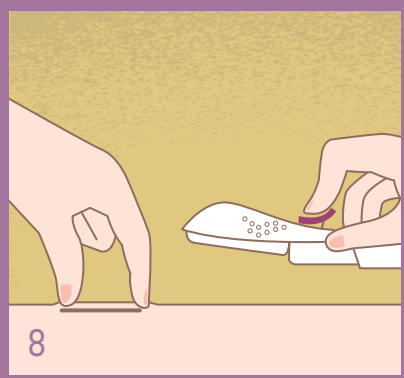
7. Удерживая аппликатор в том же положении (это можно делать свободной рукой), слайдер разблокируют, слегка надавив на него вниз, и перемещают назад до тех пор, пока он не остановится, — после этого аппликатор можно снять. Если аппликатор не удерживать в неизменном положении во время процедуры или слайдер не полностью перемещён назад, имплантат не будет введён правильно.

8. После введения необходимо пропальпировать имплантат (стержень длиной 4 см) под кожей плеча. После окончания процедуры врач заполняет карточку пользователя и передаёт её женщине, а также делает запись на стикерах, прикрепляя их к медицинской карте пациентки.









Аборт как абсолютное зло

Аборт, особенно хирургический, в целом крайне негативно сказывается на репродуктивных возможностях женщины. Однако аборт после кесарева сечения по степени своей вредоносности — ещё большее зло. Нагрузка на эндометрий и миометрий в период формирования рубца, неизбежная при беременности, усугубляется травматизацией нервно-мышечного аппарата при аборте. Результат — ослабление шансов на состоятельность маточного рубца, что отразится на исходе последующей желанной беременности и родах, о чём ведущие акушеры страны говорят уже более 15 лет (например, Краснопольский В.И., 1997, и др.): риск несостоятельности рубца на матке увеличивается в 1,3 раза, преждевременной отслойки плаценты — в 2,3 раза; риск угрозы прерывания беременности и перинатальных потерь также существенно растёт (Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989; Логутова Л.С., Левашова И.И., Гурьева В.М., 1997).

В связи с этим задачу акушера-гинеколога в случае перенесённого кесарева сечения следует формулировать особенно категорично: не просто снизить риск для жизни женщины и будущего ребёнка, обеспечив убедительный интергенетический интервал, но и сберечь репродуктивный потенциал пациентки, устранив любую вероятность наступления нежеланной беременности и аборта.

Остановить овуляцию

Чтобы не оказаться в неприятной ситуации, когда «оба хуже» (с одной стороны — вынашивание беременности высочайшего риска для матери и ребёнка, с другой — аборт, во многих случаях нарушающий формирование полноценного рубца и также затрудняющий последующую фертильность), необходимо не допускать у женщины после кесарева сечения овуляторных циклов. После завершения периода лактационной аменореи (а чаще — и до его окончания, поскольку «подвиг» эксклюзивного грудного вскармливания, без допаивания, доступен далеко не всем) женщине нужна контрацепция, отвечающая всем особым требованиям после оперативного родоразрешения. Требования эти просты и строги.

[Сегодня следует постулировать, что систематическое и многократное использование абортов в качестве «аварийного выхода» из ситуации нежелательной беременности — преступный нонсенс.]

- Надёжность — необходим высокий индекс Перля.
- Безопасность для новорождённого при грудном вскармливании — отсутствие эстрогенов.
- Обратимость — необходимая для 3–5-летнего интергенетического интервала длительность действия.
- Высокая комплаентность, т.е. неукоснительность соблюдения пациенткой правил применения метода. Очевидно, что чем проще эти правила, тем легче их соблюдать. Желательно, чтобы индекс Перля при идеальном и типичном применении различался незначительно.

Таким образом, в послеродовом периоде после абдоминального родоразрешения один из оптимальных вариантов — контрацепция без эстрогенов, т.е. чисто прогестиновая. Это три варианта: таблетированные формы, внутриматочные системы и имплантационные методики.

Последние в России применяют незаслуженно редко, несмотря на надёжную и пролонгированную профилактику несвоевременной беременности, а также невзирая на то, что многие женщины при неангажированном консультировании определяют для себя в качестве оптимального именно этот метод.

Что они выбирают?

Безусловно, использование любой контрацепции требует изменения жизненных привычек пациентки, и лучше, чтобы это влияние было минимальным — только тогда мы можем быть уверенными в том, что женщина будет пользоваться контрацепцией достаточно долго, сохраняя своё репродуктивное здоровье для последующего материнства и достигая нужной длительности интергенетического интервала.

Чтобы оценить степень приверженности различным методам контрацепции, в 2011 году было проведено наблюдательное когортное исследование с говорящим названием CHOICE[14] — «Выбор». В нём приняли участие женщины от 14 до 45 лет, получившие профессиональные консультации по выбору методов контрацепции на длительный срок. Результаты оказались предсказуемыми: большинство женщин отдали предпочтение пролонгированным обратимым методам (внутриматочным средствам и имплантируемой контрацепции) — 68% участниц, тогда как 32% пациенток выбрали прочие методы контрацепции. Однако это было лишь первым этапом работы.

Через 12 мес авторы повторно оценивали удовлетворённость участниц применяемым противозачаточным методом и готовность продолжить его использование. Всего по результатам двух этапов в работе были учтены данные о 4167 пациентках. Из них 86% женщин, выбравших один из методов пролонгированной обратимой контрацепции, остались довольны и продолжили применение, в то время как средства ежедневной и ситуативной контрацепции решили дальше использовать только 55% участниц. Таким образом, через 12 мес удовлетворённость методами обратимой контрацепции длительного действия была на треть больше, чем у КОК[9].

Надо полагать, что столь заметная разница — следствие особенностей человеческой природы: легче «покрасить и забыть» на 3–5–7 лет, чем ежедневно принимать таблетку либо помнить о необходимости купить в аптеке запас для барьерной контрацепции.

LARC в новом тысячелетии

Обратимая контрацепция длительного действия в англоязычной научной литературе известна под аббревиатурой LARC — Long-Acting Reversible Contraception). К ней относят инъекционные методики, внутриматочные средства и подкожные имплантаты.

Первыми потенциал этой группы контрацептивов по достоинству оценили в британском Национальном институте здравоохранения и клинического мастерства (National Institute for Health and Clinical Excellence). Ещё в октябре 2005 года были опубликованы рекомендации, объединившие опыт консультирования женщин и обучения медицинских работников по оказанию услуг в области LARC[10]. С 2008 года Департамент здравоохранения Великобритании активно участвует в популяризации этих методик, особенно среди молодёжи. С 2009 года консультация по обратимой контрацепции длительного действия вошла в национальные стандарты оказания первичной медицинской помощи [http://www.pcc-cic.org.uk].

Тогда же Американской коллегией акушеров-гинекологов (ACOG) было принято решение считать методики LARC наиболее предпочтительными для планирования деторождения в США независимо от паритета. Уже в 2010 году такая позиция была сформулирована в критериях приемлемости контрацепции при адаптации документа ВОЗ (что нашло отражение и в Российских национальных критериях приемлемости контрацепции 2012 года). Эксперты CDC считают, что расширение доступа к обратимой контрацепции длительного действия следует считать приоритетным направлением в борьбе против нежеланных беременностей и абортов в стране, особенно среди подростков. Ещё в 2003 году ВОЗ объявила, что «...имплантаты представляют собой безопасные и наиболее эффективные формы контрацептивов среди всех существующих форм контрацепции».

Таким образом, методы LARC могут и должны шире использоваться в России. И если о внутриматочных системах российские врачи относительно хорошо проинформированы, то контрацептивные имплантаты, появившиеся в нашей стране относительно недавно, пока не получили должного распространения, однако в мире их успешно применяют уже второй десяток лет — с 1998 года.

© Wavebreak Media / Фотобанк Лори

[Имплантационные методики в России применяют незаслуженно редко, несмотря на надёжную и пролонгированную профилактику несвоевременной беременности.]

Следует постулировать, что систематическое и многократное использование абортов в качестве «аварийного выхода» из ситуации нежеланной беременности — преступный нонсенс. Это недосмотр не только женщины, находящейся во власти так называемого «абортного менталитета» (а он воспитывался поколениями!), — это также и недосмотр врача.

Точно таким же недосмотром следует считать аборт после родов во время периода лактации. А вот аборт после кесарева сечения простым недосмотром назвать нельзя — по степени негативного влияния на дальнейшую репродуктивную функцию его можно сравнить практически с терактом. Именно поэтому одним из важнейших компонентов консультирования женщин после кесарева сечения должно стать обсуждение вопросов эффективной и, что крайне важно, удобной контрацепции. И имплантационные методики здесь — одно из действительно удачных решений. SP

Библиографию см. на с. 116—119.