

Дубоссарская З.М.

Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

Анализ применения современных методов послеродовой контрацепции

Актуальность

В последние годы вопросы репродуктивного здоровья в Украине стали одним из основных приоритетов, о чем свидетельствуют три национальные программы, каждая длительностью по 5 лет. Однако анализ эффективности их практического применения, в том числе и последней «Репродуктивне здоров'я нації протягом до 2015 року», говорят о том, что многие насущные проблемы, а именно: снижение материнской смертности (МС) и заболеваемости за счет сохранения числа нежелательных беременностей и родов, проблемы с низкой массой тела ребенка при рождении, замедленным постнатальным развитием, а иногда даже с инвалидностью с детства, далеки от разрешения.

Результаты опросов, проведенных в США и европейских странах свидетельствуют, что при незапланированной и нежелательной беременности женщина гораздо позднее обращается за антенатальной помощью. Согласно оценкам ВОЗ, нежелательные роды сопряжены примерно с 4,6 млн лет утраченной здоровой жизни (DALYs*) по всему миру.

Цель исследования

Обсуждение правильной тактики и времени консультирования рожениц по поводу послеродовой контрацепции.

Материалы и методы

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии клинической базой которой является областной перинатальный центр – КУ «ДОПЦС ДОС», имеет полную возможность анализировать работу центра по вопросам послеродовой контрацепции, что отражается на практических результатах совместной работы сотрудников кафедры и врачей объединения. В 2017 году на базе перинатального центра было проведено 3825 родов, в 2016 году – 3650. Основные показатели: МС не было, преждевременные роды в 2016 г. – 8,9%, в 2017 г. – 8,5%. Перинатальная смертность в 2016 году – 20,5‰, в 2017 году – 19,5‰, при этом было отмечено снижение РНС в 2017 году до 3,9‰ против 6,7‰ в 2016 году. В центре действует составленный с участием кафедры локальный протокол оказания медицинской помощи: «планирование семьи, послеродовая контрацепция». Особое внимание было уделено консультированию по вопросам послеродовой контрацепции до родов с акцентом на варианты предложений по методу лактационной аменореи (МЛА), прогестагенов, внутриматочных контрацептивов (ВМК), комбинированных оральных контрацептивов (КОК), добровольной хирургической стерилизации (ДХС), барьерных методов (БКМ).

При этом все рекомендации были основаны на материалах Годлайна, предложенного Королевской коллегией акушеров и гинекологов Великобритании, и приведены в таблице.

* Показатель DALYs – число лет, потерянных из-за преждевременной смерти или прожитых в состоянии частичной или полной инвалидности.

Сроки начала использования различных методов контрацепции у кормящих женщин (с изменениями)

Срок после родов	Метод контрацепции	Примечание
Сразу после родов	Метод лактационной аменореи (МЛА) Внутриматочные средства (ВМС)	Начало действия – немедленное, эффективен в первые 6 мес. Введение в первые 48 ч после родов, немедленное начало действия
	Презервативы и спермициды	Могут использоваться сразу после родов
	Женская стерилизация	Может проводиться при кесаревом сечении, если до родов было проведено адекватное консультирование и получено согласие
До 4 нед.	Прогестагенные оральные контрацептивы	При начале до 21-го дня после родов дополнительной контрацепции не требуется. При начале после 21-го дня в первые 2 дня применения требуется дополнительная контрацепция
	Прогестагенные импланты	Вживление до 28-го дня после родов не требует дополнительной контрацепции. После этого срока в первые 7 дней требуется дополнительная контрацепция.
	Неотложная контрацепция (НК)	Показана при высоком риске беременности после 21-го дня. Прогестагенная НК может использоваться без ограничений.
После 4 нед.	ВМС	Введение не раньше 4 нед. после родов
	Левоноргестрелсодержащие ВМС	В первые 7 дней требуется дополнительная контрацепция
После 6 нед.	Прогестагенные парентеральные препараты	В первые 7 дней требуется дополнительная контрацепция. Может использоваться до 6 нед., если риск беременности высок, а другие методы контрацепции неприемлемы
	Комбинированные оральные контрацептивы	В первые 7 дней требуется дополнительная контрацепция. Может использоваться, если лактация установилась, а другие методы контрацепции неприемлемы
	Диафрагмы и колпачки	Использование после завершения инволюции матки
	Стерилизация	Может рассматриваться после данного интервала

Так как в настоящее время МЗ Украины считает целесообразным использование зарубежных Годлайнов, в том числе рекомендаций Американской коллегии акушеров и гинекологов, и критериев ВОЗ по использованию контрацептивов у женщин после родов (WHO, 2004), наша работа велась согласно этим решениям.

Результаты и обсуждение

Гормональная контрацепция постоянно совершенствуется в сторону снижения дозы гормонов, оптимизации путей и режима введения препаратов. Однако эстрогенсодержащие КОК по-прежнему не считаются безопасными для послеродовой контрацепции. Эстрогенный компонент КОК может индуцировать тромбоэмболические осложнения в раннем послеродовом периоде, нарушения метаболизма липидов и нарушения функций печени. Кроме того, эстроген подавляет лактацию, поэтому КОК влияют на количество и состав молока, на содержание в нем белка и лактозы. Не исключается также теоретическая возможность влияния стероидов на развитие печени и мозга новорожденных, поэтому на этапе перинатального центра эти рекомендации не были даны.

До настоящего времени продолжается обсуждение вопроса о времени введения ВМС после самопроизвольных родов и кесарева сечения. Считается, что введение ВМС не позднее 48 ч после родов является достаточно безопасной и удобной процедурой, не повышающей риск инфицирования, перфорации и кровотечения. Основным недостатком послеродового введения ВМС является повышенный риск экспульсий (11%).

К основным преимуществам БМК все специалисты причисляют защиту от инфекций, передающихся половым путем, отсутствие системного воздействия на организм партнеров, возможность сочетания с другими методами контрацепции, обратимость действия, простоту применения, доступность и низкую стоимость.

Заключение

По данным нашего перинатального центра, контрацепция после родов в 2017 г. составила: МЛА – 85,5%, барьерные методы – 14,5%, что было обусловлено серьезной работой по профилактике гипогалактии и устранении мифов и заблуждений о грудном вскармливании.

Распространение схем контрацепции, в которых учтены последние научные данные, основанные на доказательной медицине, адаптированные к особенностям украинской клинической практики, социальным проблемам семей и удобные для использования в повседневной работе акушеров-гинекологов, будут способствовать укреплению репродуктивного здоровья населения, что является национальным приоритетом.

Дубоссарская З.М., Грек Л.П.

Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

Патогенетическое обоснование лечебной тактики у пациенток с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки и синдромом хронической тазовой боли

Актуальность

Этиопатогенетическая многофакторность хронической тазовой боли (ХТБ) при генитальном эндометриозе (ГЭ), резистентность к проводимой терапии особенно при сочетанных доброкачественных заболеваниях матки и коморбидных состояниях экстрагенитальной патологии является актуальной междисциплинарной проблемой. Так, по данным различных исследователей, наиболее частой сопутствующей патологией аденомиоза в 80–85% случаев является лейомиома матки (ЛМ) (Kumbak B. и соавт., 2012); в 70% случаев аденомиоз (АМ) часто сочетается с различными формами наружного генитального эндометриоза (НГЭ), от 30 до 76,8% АМ сочетается с гиперплазией эндометрия (ГЭ) и лейомиомой (ЛМ) (Palmer J.E. и соавт., 2008; Hanneemann M.M. и соавт., 2010). В течении последних двух десятилетий отмечается тенденция к повышению частоты сочетанных доброкачественных заболеваний матки (СДЗМ), сопровождающихся хронической тазовой болью, которая затрагивает физиологическую и эмоциональную составляющую жизни женщины.

Цель исследования

Разработка индивидуальной тактики лечения у пациенток с ГЭ и СДЗМ, обусловленных синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), на основании анализа иммуногистохимических маркеров (ИГМ): ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2.