

Контрацепция после родов

В.В. Яглов

ФГУ научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Москва

Послеродовой период – один из важнейших периодов жизни женщины, в течение которого происходит восстановление изменений, вызванных беременностью в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой, репродуктивной и других системах. Очевидно, что наступление нежеланной беременности в ближайшее время после родов является крайне неблагоприятным фактором, влияющим на здоровье женщины. По данным разных авторов, от 10,3 до 28,8% женщин в течение 1-го года после рождения ребенка обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности. В этой связи целесообразно рассматривать послеродовой период как «критический» в жизни женщины, а применение контрацепции как важнейшее направление в сохранении ее репродуктивного здоровья.

В настоящее время имеется большой выбор контрацептивов для применения в послеродовом периоде, однако их использование среди разных контингентов женщин не может быть одинаковым. Очевидно, что рекомендации о половом воздержании в первые месяцы после окончания беременности не всегда приемлемы. Вопрос о контрацепции становится особенно актуальным уже по окончании 1,5–2 мес после рождения ребенка. Следует помнить, что уже к 10-му дню после родов полностью формируется цервикальный канал, на 3–4-й неделе происходит закрытие наружного зева, на 6–7-й неделе, а в области плацентарной площадки – на 8-й неделе после родов заканчивается восстановление эндометрия. Восстановление менструальной функции у кормящих грудью женщин происходит в среднем через $5,17 \pm 4,3$ мес, а у нелактирующих – через $2,57 \pm 2,3$ мес. Хотя первые менструальные циклы нередко являются ановуляторными, примерно в 40% случаев овуляция предшествует появлению первой менструации.

В естественной регуляции fertильности аменорея, связанная с длительным грудным вскармливанием ребенка, играет главную роль. В 1988 г. на международном совещании в Белладжио (Италия) были признаны и количественно оценены достоинства и условия применения метода лактационной аменореи (МЛА) в качестве эффективного контрацептивного метода. В заявлении этого совещания указано, что после родов при условии аменореи и полного или

почти полного грудного вскармливания женщина по крайней мере на 98% остается инфертильной в течение 6 мес.

Основной принцип действия МЛА – поддержание высокого уровня пролактина и снижение уровня гонадотропинов гипофиза, что замедляет циклические процессы в яичниках и как следствие созревание яйцеклетки за счет постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка.

К преимуществам МЛА относятся:

- высокая эффективность (до 98%) в первые 6 мес после рождения ребенка;
- отсутствие связи с половым актом;
- отсутствие побочных эффектов;
- доступность метода для кормящих грудью женщин и отсутствие материальных затрат при разработке программ по планированию семьи в этом направлении. На популяционном уровне кормление грудью может внести значительный вклад в регулирование промежутков между рождением детей;

Кроме того, известно, что МЛА способствует:

- долговременной пассивной иммунизации ребенка (за счет иммуноглобулинов, содержащихся в молоке матери);
- уменьшению сенсибилизации и вероятности развития аллергических процессов у ребенка (за счет исключительно грудного вскармливания);
- более быстрой инволюции послеродовой матки.

Однако для сохранения высокой эффективности МЛА женщине следует помнить о необходимости соблюдения 3 основных условий:

1) частое, постоянное, исключительно грудное вскармливание из обеих молочных желез не реже 6–10 раз в сутки, по любому требованию ребенка, но не реже чем через 4 ч днем и 6 ч ночью. Снижение частоты кормления и искусственное докармливание считается фактором риска, повышающим вероятность беременности;

2) отсутствие менструаций;

3) период после рождения ребенка не должен превышать 6 мес. После 6 мес, даже если женщина продолжает кормить грудью, эффективность МЛА достоверно снижается, увеличивается риск нежелательной беременности.

В то же время хорошо известно о значительных различиях в продолжительности грудного вскармливания, послеродовой аменореи и периода «лактационного бесплодия» среди разных контингентов женщин. Необходимо помнить о следующих недостатках МЛА:

1) необходимость постоянного нахождения с ребенком и точное соблюдение всех требований к применению МЛА;

2) кратковременность защиты от непланируемой беременности (высокая эффективность отмечается только до возобновления менструаций и не более 6 мес после родов);

3) исключительное или почти исключительное грудное кормление может представлять сложность для некоторых женщин в силу социальных обстоятельств (учеба, работа и т.д.);

4) отсутствие защиты от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и других передаваемых половым путем заболеваний (вирус гепатита В, ВИЧ и др.).

Известно, что в промышленно развитых регионах существует тенденция к уменьшению продолжительности периода кормления грудью. В частности, этому способствуют урбанизация и изменение образа жизни женщины, включая работу, учебу, социальную активность, что приводит к изменению частоты ежедневных кормлений и более раннему введению дополнительного вскармливания. Принимая это во внимание, должно практиковаться более раннее начало использования контрацепции. В первую очередь это касается матерей, дополнительное докармливающих детей и кормящих грудью непостоянно.

С целью контрацепции могут быть использованы гестагенсодержащие препараты (мини-пили, импланты, инъекционные препараты). Возможность раннего безопасного применения гестагенных препаратов объясняется двумя предполагающими факторами: более низким содержанием жира в молоке в первые недели лактации по сравнению со зрелым молоком (стериоиды, входящие в состав контрацептивов, являются жирорастворимыми) и более высоким уровнем протеинсвязывающего глобулина в первые недели после родов, что приводит к уменьшению концентрации свободного гормона в молоке матери.

В России зарегистрированы и имеются в аптечной сети мини-пили (гормональные контрацептивы, содержащие только микродозы прогестагенов в концентрации 30–50% по сравнению с таковыми в комбинированных эстроген-гестагенных препаратах). Следует отметить, что мини-пили используются в мире более 40 лет, их фармакологические свойства хорошо изучены, а безопасность применения доказана. Классическим примером мини-пили является лекарственный препарат Экслютон, содержащий 0,5 мг линестренола. Показанием для его применения является контрацепция, в том числе в послеродовом периоде, начиная с 4–6-й недели после рождения ребенка, преимущественно у кормящих грудью женщин.

Таблетированные препараты, содержащие только гестагены, принимают в непрерывном режиме, в одно и то же время, начиная с 1-го дня менструального цикла, а при аменорее в послеродовом периоде – после обязательного исключения беременности. В отличие от комбинированных препаратов, содержащих как эстрогеный компонент, так и прогестаген, мини-пили не подавляют овуляцию. Их контрацептивный эффект основан на изменении свойств цервикальной слизи (в том числе на повышении ее вязкости), состояния эндометрия (включая его истончение), на замедлении перистальтики маточных труб. Одним из препаратов выбора для применения в послеродовом периоде является препарат Чарозетта, содержащий 75 мкг дезогестрела в каждой таблетке. В основе контрацептивного эффекта этого гестагенного препарата лежит другой механизм действия. Контрацептивная эффективность Чарозетты в первую очередь связана с подавлением овуляции в 99% случаев, о чем свидетельствует отсутствие подъема концентрации прогестерона в крови и роста фолликулов в нескольких последовательных циклах. Однако как гестагенному лекарственному средству Чарозетте свойственны и все перечисленные особенности мини-пили в отношении их воздействия на эндометрий, цервикальную слизь и маточные трубы. Согласно результатам клинических исследований Чарозетта при правильном применении имеет индекс Перля, равный 0,14, сопоставимый с таковым при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Как и при контрацепции КОК, использование Чарозетты допускает 12-часовую задержку в приеме таблеток.

В подавляющем большинстве исследований при применении чистых гестагенов выявлено следующее:

1) не обнаружено воздействия на грудное вскармливание в отличие от КОК, уменьшающих продукцию

молока. Более того, имеются наблюдения, согласно которым гестагены способствуют усилиению лактации, повышая высвобождение пролактина;

2) концентрация прогестинов в грудном молоке составляет не более 10% от уровня в крови матери из-за их высокого сродства к SHBG (протеинсвязывающему глобулину) в крови. Более высокие уровни обнаруживаются при использовании прогестинов с низкой протеинсвязывающей способностью, таких как, например, медроксипрогестерона ацетат. Концентрация левоноргестрела (ЛНГ) и норэтистерона, поступающих в организм ребенка из грудного молока на более высоком уровне, чем в грудное молоко матери, составляет в плазме крови ребенка примерно 40% от содержания в молоке матери и около 1–6% от уровня в материнской плазме. Из расчета соотношения массы тела ребенка к весу матери, равного 1:20, получается, что ребенок потребляет около 1% материнской дозы на килограмм массы тела;

3) практически нет работ о потенциальных отдаленных эффектах воздействия прогестагенсодержащей контрацепции на детей при продолжительном периоде наблюдения. Так, дети матерей, применяющих с целью контрацепции инъекции депонированной формы медроксипрогестерона ацетата, находились под наблюдением в Таиланде до 17 лет и в Чили в течение 4,5 года. Ни в одном из этих исследований не выявлено воздействия на здоровье, рост и психическое развитие детей;

4) при подкожном введении имплантов с ЛНГ, начиная с 6-й недели после родов, не обнаружено негативного воздействия на здоровье и развитие детей;

5) согласно имеющимся результатам исследования по ежедневному применению 75 мкг дезогестрела (Чарозетта) кормящими матерями с целью контрацепции в течение нескольких месяцев изменений в показателях физического развития детей (рост и масса тела) не обнаружено. В этом же исследовании не обнаружено и воздействия на количество секреции грудного молока.

Международные организации здравоохранения и планирования семьи (ВОЗ, Международная федерация планирования семьи и др.) рекомендуют применение прогестагенсодержащей контрацепции с 6-й недели после родов в непрерывном режиме. Наиболее приемлемы такие препараты для кормящих грудью женщин.

У некормящих грудью матерей в силу ряда известных причин (рождение глубоко недоношенных детей, наличие аутоиммунных и инфекционных заболеваний матери, чрезмерная занятость женщины из-за работы или учебы и др.) возможно примене-

ние комбинированных гормональных контрацептивов с разными путями введения и режимами приема уже на 2-м месяце после родов.

Комбинированная гормональная контрацепция представляет огромный выбор лекарственных средств. Естественно, что в каждом индивидуальном случае и врач, и пациентка стремятся найти «свой» препарат, максимально удовлетворяющий основным критериям приемлемости и безопасности. Можно использовать как гормональные контрацептивы для перорального применения, так и гормональные рилизинг-системы для парентерального введения, в частности, лекарственный препарат НоваРинг, применяемый интравагинально. НоваРинг – это влагалищный гормональный контрацептив в виде кольца, изготовленный из гипоаллергенного материала эватан, диаметром 54 мм и толщиной в сечении 4 мм. По биологическому градиенту путем диффузии из кольца во влагалище ежедневно в непрерывном режиме выделяется 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела. Сочетание этих гормонов обеспечивает уровень стероидных гормонов в крови, оптимальный для достижения контрацептивного эффекта. Максимальная концентрация гормонов в плазме крови достигается через несколько дней после введения НоваРинга, затем несколько снижается и сохраняется на постоянном уровне. Влагалищный путь введения в организм гормонов делает возможным равномерное и постоянное высвобождение низких доз и как следствие стабильные концентрации их в плазме крови. В исследовании по изучению приемлемости разных методов комбинированной гормональной контрацепции установлено, что более предпочтительными (62% случаев) для пациенток являются вагинальные кольца и противозачаточные пластиры, в том числе вследствие значительно меньшей вероятности случайного пропуска очередной аппликации пластиря или введения вагинального кольца. Другое исследование, в которое было включено 26 250 женщин, продемонстрировало, что снижение комплентности использования контрацептивов (пропуск или более поздний прием противозачаточной таблетки, несвоевременная аппликация или снятие противозачаточного пластиря, несвоевременное введение или удаление вагинального кольца) было отмечено соответственно у 71% женщин, принимавших пероральные контрацептивы, у 32% женщин, пользовавшихся пластирем, и только у 21,6% женщин, применявших вагинальное кольцо ($p<0,0001$). При этом дополнительная посткоитальная контрацепция потребовалась 14% женщин, принимавших пероральные контрацептивы, 11% женщин, ис-

пользующих пластырь, и только 6,3% женщин, применяющих вагинальное кольцо ($p<0,0001$). При этом необходимость в дополнительной консультации врача возникла примерно у 40% пациенток.

Замечательным позитивным эффектом применения гормональных контрацептивов (как «чистых» гестагенов, так и комбинированных с эстрогенами независимо от лекарственной формы – таблетки для перорального применения, рилизинг-системы: пластырь, влагалищное кольцо, внутриматочная рилизинг-система), в том числе и в послеродовом периоде, является значительное уменьшение ежемесячной кровопотери, а значит и профилактика анемии. Современная женщина, рожающая в среднем не более 2 детей, испытывает за всю свою жизнь около 400 менструаций, что эквивалентно потере примерно 32 л крови. Помимо кровопотери, сам процесс менструации обусловлен и выраженным циклическими изменениями в разных системах организма, что может привести к дезадаптации и развитию различных функциональных нарушений и заболеваний. Многочисленное повторение таких событий, вероятно, не самым положительным образом отражается на здоровье женщины в целом.

Очевиден в этой связи практический интерес к гормональным контрацептивам и акушеров-гинекологов, и врачей смежных специальностей. Более того, все больше женщин предпочитают использовать пролонгированные так называемые extended-режимы гормональной контрацепции, уменьшая число циклических кровотечений до 2–4 в год.

Из негормональных обратимых методов особое место занимают внутриматочная контрацепция и барьерные методы предохранения от беременности.

Метод внутриматочной контрацепции достаточно полно отвечает требованиям, предъявляемым к средствам предупреждения беременности. Он является:

- обратимым;
- конфиденциальным (не требующим согласия мужа /партнера);
- не обладающим системным влиянием на организм женщины;
- не оказывающим отрицательного влияния на лактацию;
- удобным в применении;
- доступным;
- высокоэффективным.

Формы внутриматочных спиралей (ВМС) разнообразны, так же как и материалы, используемые для их изготовления (наиболее часто использу-

ют медь, пластик, серебро). Существуют и прогестеронсодержащие ВМС. Частота наступления беременности при правильном и своевременном применении медь- и гестагенсодержащих внутриматочных средств у женщин после родов не превышает 0,1–0,6%.

Основными недостатками данного метода являются:

1) относительно большая (в 1,8–3,3 раза) вероятность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза. Однако за исключением первых недель после установки, этот риск заметно ниже среди женщин, которые состоят в стабильной половой связи, характеризующейся взаимной верностью партнеров;

2) экспульсии спиралей. Коэффициент экспульсии оказывается ниже, если ВМС вводится в матку не позднее чем через 10 мин после рождения по следа, когда ВМС размещается ближе к своду матки. Риск экспульсии возрастает по мере увеличения срока со времени родов, при этом наивысшая частота приходится на первые несколько недель после родов. Если же ВМС не была введена сразу после родов, рекомендуется выждать период в 6–8 нед;

3) важно подчеркнуть, что непосредственное постплацентарное вве-

дение спиралей следует осуществлять женщинам, которые хотели бы использовать контрацепцию сразу после родов, только при отсутствии риска инфицирования и развития воспалительных процессов;

- вследствие того, что установка внутриматочного контрацептива в течение 1–6 нед после родов может привести к возникновению перфорации матки, рекомендуется проявлять в этих случаях особую осторожность, а иногда вообще не производить установку ВМС в течение этого периода.

В случаях, когда установка медного Т-образного внутриматочного средства осуществляется не позднее 48 ч после родов опытным врачом, коэффициент экспульсии спиралей в течение последующих 6 мес варьирует в зависимости от модели (формы, размеров, содержания меди) от 6 до 15 случаев на 100 женщин. Результаты обобщенных данных показывают, что кормление грудью не приводит к увеличению риска экспульсий. Более того, у лактирующих женщин введение ВМС протекает менее болезненно, реже наблюдаются боли и кровотечения после введения по сравнению с некормящими, отмечается более низкая частота удалений ВМС из-за кровотечений или болей.

С целью послеродовой контрацепции широко используется медьсодержащая ВМС Мультилод Ку-375 с гибкими «плечиками», выполненная из полизтилена с медной проволочной спиралью вокруг стержня (общая площадь поверхности меди – 375 мм^2). Такая ВМС, как и другие медьсодержащие ВМС, может вводиться в первые 48 ч после родов (оптимально через 10 мин после рождения последа) или через 6 нед после родов *per vias naturalis*; после кесарева сечения – не ранее чем через 12 нед. Продолжительность нахождения внутриматочного контрацептива в полости матки – не более 5 лет. За счет особенностей формы ВМС Мультилод в послеродовом периоде значительно уменьшается число экспульсий по сравнению с использованием других видов медьсодержащих ВМС.

Примером гестагенсодержащего внутриматочного контрацептива является ЛНГ-содержащая полизтиленовая Т-образная система со специальной мембранный, обеспечивающей непрерывное контролируемое высвобождение 20 мкг/сут ЛНГ. В послеродовом периоде ЛНГ-ВМС вводится не ранее чем через 6 нед после рождения ребенка, а с восстановлением менструального цикла – на 4–6-й день менструации. Система вводится в полость матки на срок до 5 лет, ее контрацептивная эффективность сопоставима с таковой стерилизации.

Исследования, проведенные в Китае, Бельгии и Мексике, показали, что введение ВМС во время операции ке-

саева сечения с размещением у дна матки под непосредственным зрительным контролем также является безопасным и эффективным, а случаи экспульсии, инфекционных осложнений и кровотечений при этом достаточно редки, а иногда даже и ниже, чем при непосредственном послеродовом введении. В то же время, учитывая отсутствие в России достаточного опыта по введению ВМС при кесаревом сечении, такой способ введения спиралей не получил большого распространения.

Удаление ВМС из-за болевых ощущений и/или кровотечения в течение первых 12 мес у кормящих грудью женщин на 40% ниже по сравнению с некормящими. Уместно также отметить, что уменьшение случаев экспульсии ВМС и снижение вероятности других осложнений также в большей степени зависят от умения и опыта врача, который производит введение внутриматочного контрацептива, а не только от типа вводимой ВМС.

В послеродовом периоде нет противопоказаний к применению барьерных методов предохранения от беременности, которые являются одним из видов негормональной контрацепции и включают:

- 1) мужские и женские презервативы;
- 2) спермициды в разных формах (гели, кремы, пасты, пены, губки, диафрагму, цервикальные колпачки).

Несмотря на меньшую эффективность (75–90%) по сравнению с ВМС и гормональными контрацептивами (92–99%), их применение вполне уместно в связи с поздним восстановлением менструаций, большим количеством ановуляторных циклов, более поздним восстановлением fertильности (особенно у лактирующих женщин).

Положительным и в значительной части определяющим для применения барьерных контрацептивов в послеродовом периоде является то, что не обнаружено их влияния на грудное вскармливание и, соответственно, на развитие вскармливаемых грудью детей; эти методы можно использовать как профилактику распространения и передачи ИППП.

Основным механизмом действия презерватива является создание барьера для проникновения спермы во влагалище женщины. В некоторых случаях для повышения эффективности надежности вместе с кондомом применяют спермицидное вещество (в основном ноноксинол-9 или хлорид бензалкония).

Презервативы изготавливаются из латекса или обработанного коллагенозного материала и выпускаются со спермицидом или без такового со специальным смазочным веществом (любринкантом). Показатель «контрацептивной неудачи» в течение 1-го

года их применения составляет от 6 до 36%. Кондомы играют важную роль в предотвращении ИППП, в том числе СПИДа. Применение презервативов со спермицидом является наилучшим методом предохранения от ИППП (простого герпеса, хламидиоза, человеческой папилломы, гонореи, трихомониаза, гепатита В, сифилиса). Доказано, что презервативы из латекса являются наилучшими средствами для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции.

Одним из преимуществ барьерных методов является их доступность и относительно низкая стоимость. В частности, женские и мужские презервативы и спермициды можно приобрести без посещения врача и выдачи рецепта. Применение презервативов поощряет мужчин на активное участие в планировании семьи, может практиковаться для поддержания эрекции (при наличии проблем), использоваться при редких случаях появления у женщины аллергических реакций на сперму (в виде отека, зуда и т.д.). Нередко использование кремов и кондомов, обработанных любринкантом, является методом выбора для кормящих женщин, испытывающих сухость во влагалище после родов.

Важным условием эффективности применения барьерных методов после родов как у кормящих, так и у некормящих грудью женщин, является соответствие их размеров анатомическим размерам матки и влагалища после родов. Поэтому диафрагма, шечный колпачок или губка не должны использоваться до тех пор, пока матка и влагалище не примут окончательные форму и соотношения, т.е. не ранее чем через 6–8 нед после рождения ребенка.

Как правило, использование влагалищных барьерных средств включает в себя применение спермицидов. Контрацептивная губка предохраняет от попадания спермы в канал шейки матки, задерживая сперму и выделяя спермицидную субстанцию. Диафрагма и цервикальный колпачок, изготавливаемые из латекса, снижают вероятность контакта шейки матки со спермой и поддерживают дисперсию спермицида вокруг шейки матки.

Поскольку латекс также препятствует распространению вируса папилломы человека, в том числе и штаммов, предрасполагающих к развитию неопластических заболеваний шейки матки, применение диафрагмы (презерватива) способствует профилактике диспластических процессов и рака шейки матки.

Некоторые авторы рекомендуют использовать спермициды как средство резерва (при истощении запасов таблетированных пероральных контрацептивов, разрыве презерватива, а также в качестве любринкантата). Согласно данным многоцентровых исследований, риск наступления бере-

менности при использовании только спермицидов (крем, пена, таблетки, пленки) среди типичных потребителей составляет от 3 до 21%.

Основным недостатком применения губки (тампона), цервикального колпачка и диафрагмы является то, что они непригодны для длительного ношения после введения. Через 24 ч и более после начала употребления существует риск развития синдрома токсического шока, вызываемого некоторыми штаммами *Staphylococcus aureus*. Особенно это актуально у женщин после родов в период восстановления репродуктивного тракта, когда крайне неблагоприятна задержка отделяемого из полости матки. В ряде исследователей показано, что неправильное, отличное от рекомендаций применение контрацептивной губки в несколько раз увеличивает риск развития интоксикации.

Имеются данные о значительном увеличении риска развития инфекции мочевыводящих путей среди женщин, использующих диафрагму. По данным этих исследований, относительный риск инфекций мочевого тракта увеличивается в 2–2,5 раза. Развитию острых воспалительных процессов, возможно, способствуют и уродинамические эффекты, вызванные давлением ободка диафрагмы на уретру. Применение губки может привести к повышению вероятности развития кандидоза влагалища. Возможно появление побочных реакций в виде крапивницы и аллергии.

В целом эффективность барьерных методов контрацепции (индекс Переля) составляет от 2 до 15 беременностей на 100 женщин/лет и зависит от правильности и постоянства применения. Необходимо объяснить пациенткам, что барьерные методы должны использоваться во время каждого полового акта согласно рекомендациям производителей и медицинских работников. Нельзя использовать спермициды и презервативы с просроченным сроком годности, один и тот презерватив несколько раз, применять при coitus совместно с презервативом масла и жиры в качестве любриканта.

В случае пребывания женщины в родовспомогательном учреждении имеются хорошие условия для проведения послеродовой стерилизации. В принятых Верховным Советом 22 июля 1993 г. Основах законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан говорится о том, что «медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизведству потомства при соблюдении ряда условий может рассматриваться и как метод контрацепции». Существует позитивный опыт ряда стран (Великобритания, Нидерланды, Швейцария) по использова-

нию хирургической стерилизации у мужчин и женщин как метода контрацепции. В США, например, из 400–500 тыс. операций женской стерилизации, проводимых ежегодно, до 50% приходится на послеродовый период. Предпочтение этой операции отдают супруги старше 40 лет, имеющие 3 детей и более.

Таким образом, для послеродовой контрацепции могут быть рекомендованы разные способы. Своевременный, обоснованный, индивидуально подобранный метод контрацепции является лучшим решением проблемы предупреждения нежеланной беременности после родов, сохранив тем самым репродуктивный потенциал и здоровье семьи и способствуя скорейшей адаптации женщины к новым условиям жизни после рождения ребенка. Однако поскольку ни один метод контрацепции не является универсальным, для кого-то он может стать неприемлемым и, более того, небезопасным уже в процессе применения. Об этом следует помнить и врачу, и пациентке. В этой связи целесообразно проводить повторные консультации женщин по вопросам контрацепции, а при необходимости соответствующее общеврачебное и гинекологическое обследование. В частности, на 3–4-м месяце контрацепции, а возможно и ранее, уместны анализ приемлемости избранного раннее метода и оценка перспективы его дальнейшего использования. Ключевыми критериями возможной замены метода/препарата являются его небезопасность для женщины/ребенка и/или изменение мотивации женщины/пары к его дальнейшему использованию. В этой связи любой другой (естественный, барьерный, гормональный, внутриматочный), соответствующий критериям безопасности и индивидуально подобранный контрацептивный метод несомненно более приоритетен, чем искусственный аборт вследствие наступления нежеланной беременности по самым разным причинам.

С 6-го месяца после родов выбор метода контрацепции и наблюдение пациенток в процессе его применения осуществляются по общепринятым правилам.

Очевидно, что работа в этом направлении должна быть продолжена.

Литература

1. Прилепская ВН, Назарова НМ. Новые технологии в контрацепции: гормональные ришизинг-системы. Гинекология. 2005; 7 (1).
2. Абакарова ПР. Внутриматочная гормональная система: особенности влияния на организм женщин (обзор литературы). Consilium Medicum 2003; 5: 203–9.
3. Абусуева ЗА, Хашаева ТХ-М, Асланбекова АА. Состояние лактационной функции в зависимости от экстренности проведения кесарева сечения. Рос. вестн. акуш.-гинекол. 2001; 1: 24–6.
4. Багдань Ш. (ред) Современное предупреждение беременности и планирование семьи. Будапешт: Графит Пенсил, 1998.
5. Выхлебева ЕМ, Николаева ЕИ. Возможность выбора и приемлемость различных методов контрацепции после родов. Акуш. и гинекол. 2003; 6: 20–4.
6. Межевитинова ЕА. Барьерные методы контрацепции как профилактика развития инфекций, передающихся половым путем, и патологии шейки матки. Consilium Medicum 2001; 4: 147–9.
7. Прилепская ВН, Яглов ВВ. Гормональная контрацепция после родов. (Обзор). Акуш. и гинекол. 1998; 1: 52–6.
8. Прилепская ВН, Острейкова ЛИ. Гормональная внутриматочная левоноргестропрелизинг-система «Мирена». Consilium Medicum 2005; 4: 38–40.
9. Чернуха ЕА. Нормальный и патологический послеродовой период. М: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
10. Серова ОФ. Контрацепция после родов. Труды пациент. 2008; 2: 3.
11. Кузнецова ИВ, Тваччелидзе МЮ, Анианьев ВА, Коновалов ВА. Гинекология. 2008; 4 (10).
12. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. Obstet Gynecol 2003; 100: 585–93.
13. Roumen FJ, ME, Apter D, Mulders TMT et al. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethynodiol. Hum Reprod 2001; 16: 469–75.
14. Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. Contraception 2008; 77: 276–82.
15. Selective practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
16. Lactational amenorrhoea method for family planning and women empowerment in Egypt. Singapore Med J 2007; 48: 758–62.
17. Barber SL. Family planning advice and post-partum contraceptive use among low-income women in Mexico. Int Fam Plan Perspect 2007; 33 (1): 6–12.
18. Blemling CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. Amer Fam Physician 2005; 72 (12): 2491–6.
19. Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. Brit J Obstet Gynecol 2001; 108: 1174–80.
20. Canto de Cetina T, Polanco-Reyes L. Lactational amenorrhoea as a method of family planning. Salud Publica Mex 1996; 38: 58–63.
21. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. Eur J Contracep Reprod Health Care 2000; 26: 253–62.
22. Giugliani ER. Common problems during lactation and their management. Pediatr (Rio J) 2004; 80 (Suppl. 5): S147–54. 52. Grimes DA, Lopez LM, Marion C, Schulz KF. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons.
23. Benagiano G. Ann NY Acad Sci 2003; 997: 163–73.
24. Хрустева НБ. Возможность применения препарата Чарозетта у женщин в послеродовом периоде на фоне лактации. Журн. Рос. общ. акуш.-гинекол. 2006; 2: 28–9.
25. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2004.

**Индекс лекарственных препаратов
Этоногестрел+Этинилэстрадиол:
НОВАРИНГ (Шеринг-Плау)**