УДК 618.1:615.477.87:613.888

КОМУ И КОГДА НАЗНАЧАТЬ ВНУТРИМАТОЧНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ? (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Петров Ю.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону, e-mail: fortis.petrov@gmail.com

Подробно разобраны плюсы и минусы введения внутриматочных контрацептивов в различные дни менструального цикла (интервальное введение). Рассматривается послеабортное введение внутриматочных контрацептивов. Оговаривается, что внутриматочный контрацептив, оказывая раздражающее действие, способствует лучшему сокращению матки в послеоперационном периоде. Разбираются все варианты послеродового введения внутриматочных контрацептивов: сразу после изгнания плаценты (постплацентарное введение); на первой неделе после родов (раннее послеродовое введение); с 1 по 6 неделю после родов (пуэрперальное введение); через 6–8 недель после родов (постпуэрперальное введение). Актуальным остается вопрос и о применении внутриматочной контрацепции у нерожавших женщин. Проанализировано введение внутриматочных контрацептивов у женщин после 40 лет, которым уже мало показаны гормональные контрацептивы, но необходимость в противозачатии у них есть.

Ключевые слова: внутриматочные контрацептивы, введение после аборта, введение после родов, внутриматочная контрацепция у нерожавших, после 40 лет

WHO AND WHEN TO ASSIGN INTRAUTERINE CONTRACEPTION? (LITERATURE REVIEW)

Petrov Y.A.

Rostov State Medical University of Health Service Ministry Rostov-on-Don, e-mail: fortis.petrov@gmail.com

Discussed in detail the pros and cons of the introduction of intrauterine contraceptive devices on different days of the menstrual cycle (interval introduction). Examines the introduction of post-abortion intrauterine contraceptives. Specifies that the intrauterine contraceptive, while irritating action, promotes better uterine contractions in the postoperative period. Understand all the options of the introduction of postpartum intrauterine contraceptive devices: immediately after the expulsion of the placenta (postplacement introduction); in the first week after birth (early postpartum insertion); 1 to 6 week after birth (puerperale introduction); 6–8 weeks after birth (postprandialno introduction). There remains the question of the use of intrauterine contraception in nulliparous women. Analyzed introduction of intrauterine contraceptive devices in women after 40 years, which has shown little hormonal contraceptives, but the need in contraception they have.

Keywords: intrauterine contraception, post-abortion introduction, introduction after birth, and intrauterine contraception in nulliparous, after 40 years

Одним из самых распространенных методов планирования семьи [7,10], позволяющим избежать осложнений аборта [11], является внутриматочная контрацепция [4, 5,6,8]. Вводить внутриматочный контрацептив (ВМК) в матку, по мнению ряда ученых [22], лучше во вторую фазу менструального цикла , так как в этот период количество прогестерона в организме увеличено, на этом фоне доминирует активность В-рецепторов и адреналин в этом случае действует расслабляюще на маточную мускулатуру. Однако учитывая возможность наличия беременности, ВМК обычно вводят в два последних дня менструации или сразу после окончания ее – на 5–8 день цикла (интервальное введение). Некоторые врачи [22] считают, что в это время минимальна опасность восходящей инфекции, шейка матки размягчена, шеечный канал открыт для введения проводника. Ряд ученых [18] рекомендуют при массовой контрацепции вводить женщинам контрацептивы во все периоды менструального цикла, исключая дни регул.

Многие авторы [3] рекомендуют вводить ВМК после аборта через 4–6 недель, после родов – по истечении 6–8 недель и даже 3–4 месяцев.

Практикуется введение ВМК сразу после операции искусственного прерывания беременности [24,17]. Как указывают эксперты ВОЗ , введение ВМК сразу после аборта имеет свои удобства для медицинского персонала (одновременное производство аборта и введение контрацептива в полость матки), кроме того, сама женщина в это время активно настроена в пользу противозачаточных средств. Некоторые ученые [16] возражают против этого метода, поскольку считают, что это может приводить к воспалительным заболеваниям женских половых органов и чаще сопровождаться

перфорацией матки, чем интервальное введение таких средств. Между тем есть данные о малом количестве осложнений после прерывания беременности с последующим введением контрацептива. Тот факт, что в послеабортном периоде матка хорошо сокращается, исследователи объясняют тем, что ВМК, оказывая раздражающее действие, способствуют лучшему сокращению матки в послеоперационном периоде. Отдельные ученые [2] также считают, что частота осложнений при введении медьсодержащих ВМК в первую фазу менструального цикла и после искусственного прерывания беременности существенно не меняется.

введении. Частота изгнания ВМК и случаев беременности была такой же, как при введении их с обычным интервалом. Через три месяца после введения ВМК у пациенток с петлей Липпса и «Т-Си-200С» частота изгнания была в 10 раз, а у женщин с «медной семеркой» – в пять раз выше обычного. На основании этих наблюдений эксперты ВОЗ сделали вывод о том, что введение ВМК после аборта в первом триместре беременности так же безопасно и эффективно, как и введение после обычного интервала.

Сравнительные данные о частоте осложнений при применении ВМК «Т-Си-200»

Таблица 1

Частота осложнений в зависимости от времени введения контрацептива «Т-Си-200» [2]

Осложнения	Частота осложнений в зависимости от времени введения контрацептива , в %	
	в 1-ю фазу менстр. цикла	После искусственного аборта
Нарушение менстр. цикла	2,1	4,1
Экспульсии	0,52	0,43
Боли внизу живота	1,1	1,5
Наступление беременности	1,3	1.6

В нескольких центрах по планированию семьи ВОЗ проводилось изучение, посвященное использованию 3 видов ВМК (табл. 2). Показано, что при введении этих средств сразу после медицинского аборта риск воспалительных процессов органов малого таза не больше, чем при обычном

и петли Липпса сразу после искусственного прерывания беременности [2] показали, что ношение медьсодержащих ВМК сопровождается меньшим количеством осложнений: экспульсии отмечались в 8 раз реже и практически не встречались, а нарушения менструального цикла – в 3 раза реже.

Таблица 2

Эффективность и приемлемость различных видов внутриматочных контрацептивов (на 100 женщин/лет), введенных после аборта (данные ВОЗ, 2005 г.)

Тип контрацептива	Беременность	Экспульсии	Воспалител. заболевания гениталий	Показатели длительности пользования (ч/з 2 года ношения ВМК)
Петля Липпса	7,68	11,76	0,63	41,28
«Cu-7»	4,87	8,42	1,7	42,11
«T-Cu-220C»	3,24	4,21	0, 2	59,72

Дискутируется вопрос о применении ВМК после родов. Большинство исследователей предлагают вводить ВМК через 3–4 месяца после родов, потому что половая жизнь в первые два месяца после родов запрещается, а зачатие при лактации в первые 3–4 месяца бывает относительно редко [24]. Однако некоторые литературные данные свидетельствуют о том, что через 6 недель после родов овуляция наблюдается у 5% кормящих и 15% некормящих женщин; у пациенток, не применявших контрацептивы, беременность наступает в 10–20% случаев через 6–8 недель после родов.

После родов контрацептив можно вводить (данные ВОЗ, 2005 г.):

• сразу после изгнания плаценты (постплацентарное введение);

• на первой неделе после родов (раннее послеродовое введение);

• с I по 6 неделю после родов (пуэрперальное введение);

• при посещении консультации через 6–8 недель после родов (постпуэрперальное введение).

По мнению экспертов ВОЗ (2005 г.), постплацентарное введение имеет ряд удобств, потому что женщина в конце беременности активно настроена в пользу применения противозачаточных средств, а введение ВМК дает немедленный контрацептивный эффект, в то же время не влияя на лактацию в отличие от некоторых пероральных контрацептивов.

Ученые провели сравнительную оценку эффективности введения различных ВМК непосредственно после рождения плаценты [25]. Они показали, что введение различных их типов в течение первых 10 минут после рождения плаценты является безопасным и эффективным. Эффективность петли Липпса была ниже, чем медьсодержащих ВМК. Наличие ВМК в полости матки не влияло на ее инволюцию, течение послеродового периода, объем кровопотери по типу мено- или метроррагий был меньше, чем при введении таких средств в более поздние сроки.

В исследовании, проведенном ВОЗ, сравнивались три модели ВМК: петля Липпса D, «Т-Си-200» и «Си-7». Полученные результаты продемонстрировали, что опасения по поводу возможной инфекции и длительного кровотечения после постплацентарного введения ВМК оказались необоснованными (данные ВОЗ, 2005). Этот эксперимент, однако, подтвердил, что при введении ВМК сразу после выделения плаценты наблюдается очень высокая частота их изгнания и наступления последующей беременности. Это в равной степени справедливо по отношению ко всем современным ВМК. Некоторые ученые считают, что вообще следует избегать применения ВМК непосредственно после родов [20].

Раннее послеродовое введение ВМК имеет те же достоинства, что и постплацентарное их введение. Этот метод был впервые использован в нескольких развивающихся странах. При этом отмечалась большая частота изгнания ВМК, перфораций и транслокаций, воспалительных заболеваний половых органов. По данным литературы, частота экспульсий контрацептивов при применении их в ранние сроки после родов колеблется от 4,2 до 30% [14], причем более половины всех экспульсий приходится на первые 6 недель после введения. В то же время встречаются более обнадеживающие сообщения. Так, например, успешно вводили ВМК («Т-Си-200») в матку на 6 день после родов [14]. После 12 мес применения их извлекли в связи с болями и кровотечением у 1,5% женщин. Воспалительный процесс послужил причиной удаления ВМК через год у 0,5%, через 2 года – у 0,9% пациенток. В последующем частота воспалительных заболеваний возросла. Через 3 года контрацептивы удалены у 4,6%, после 4 лет – у 9,4% женщин. Также возросла частота кровотечений и болей. Частота экспульсий внутриматочных средств через 6 месяцев составляла 4,2%, через 1 год – 5%, через 2 года–5,7%. Частота наступления беременности была наименьшей в первые 10 месяцев применения контрацептивов, через 1 год она составила 3,2%, через 2 года – 6,1%, спустя 3 года – 8,6% и через 4 года– 12,1%. Врачи отмечают, что медьсодержащие ВМК могут успешно использоваться в проведении послеродовой программы планирования рождаемости.

Когда ВМК вводили еще позже – в первые 6 недель пуэрперия, результаты были значительно лучше – матка уже претерпевала должную инволюцию, а канал шейки матки еще легко пропускал шприц-проводник [24]. Однако эксперты ВОЗ считают, что в эти сроки вводить ВМК не рекомендуется в связи с повышенным риском инфекции и перфорации мягкой стенки матки . Одновременно они советуют постпуэрперальное введение, имеющее ряд достоинств: его можно осуществлять во время визита женщины к врачу после родов. Результаты, полученные при таком введении, сравнимы с результатами введения во время менструации.

В нашей стране выполнены ряд исследований по применению ВМК в ранние сроки после родов – на 5–6 день [12], в которых отмечается относительно небольшое число осложнений. Частота изгнания таких средств, введенных в ранние сроки после

родов, значительно меньше приводимой в зарубежных исследованиях [21].

Относительно применения ВМК нерожавшими женщинами существуют различные точки зрения. Некоторые ученые указывают на то, что матка у нерожавшей женщины отличается большей длиной цервикального канала и меньшей длиной ее полости, более острыми углами между дном и боковыми стенками, чем у рожавших, что обусловливает определенные трудности при введении ВМК [13]. Другие отмечают, что экспульсии, кровотечения, боли чаще встречаются у нерожавших женщин, длина полости матки которых равна длине ВМК или превышает ее [15]. Некоторые авторы [22] считают, что у нерожавших женщин процесс введения контрацептива сложнее, а в последующем существует большая вероятность осложнений. Опыт Mills [18] показывает, что у нерожавших пациенток введение ВМК требует большей осторожности, обязательной установки матки по ее продольной оси путем исправления флексии. Частота различных осложнений при применении ВМК нерожавшими женщинами, по некоторым данным, достигала 71 % [26]. У большинства пациенток была полименорея. Небольшие размеры полости матки, обусловливающие частое смещение ВМК, предрасполагали к развитию восходящего инфицирования внутренних гениталий. Частота наступления беременности составила 0,5 %. Врачи советуют вводить ВМК нерожавшим женщинам под контролем эхографии, а длительность их использования ограничивать двумя годами.

У женщин, не имевших в прошлом беременности, в первый год использования ВМК развитие воспаления, а в последующем и бесплодия было зарегистрировано в 6–8 раз чаще, чем у повторно беременевших женщин [19]. В 23 % случаев причиной извлечения контрацептивов были схваткообразные боли внизу живота во время менструации, в 14 % – сочетание гиперполименореи и болей [13].

По результатам внутриматочной контрацепции из 435 нерожавших женщин, использовавших 8 типов ВМК (в целом при 11348 менструальных циклах), воспалительные процессы выявлены у 1–10 % женщин, чаще они отмечались при использовании «Nova-T» [16]. Менометроррагии обнаружены у 1 -11 % женщин, чаще при ношении «Gyne-T», «Nova-T», «Mini M1». Боли были у 4–32 %, чаще в случае применения «Nova-T»,«Gyne-T»,«Gravigarde», «Mini Ml». Наступление нежелательной беременности произошло у 3–17 % пациенток, особенно часто при использовании «Mini M1» и «Nova-T».

Действие ВМК оказалось в основном обратимым: у 60 женщин, которые желали иметь беременность, она наступила после удаления контрацептива во всех случаях: у 52 % женщин в тот же цикл, у 23 % – через 2–6 месяцев, у 17 % – через 7–12 месяцев, у остальных в более поздние сроки.

Имеются указания ряда ученых [13] на то, что наиболее оптимальным периодом для введения ВМК нерожавшим женщинам является середина менструального цикла (11–17 день),что приводит к уменьшению числа экспульсий, уменьшению опасности инфекции полости матки из-за наивысшей антибактериальной активности в середине цикла.

Врачи наблюдали 650 женщин, применявших ВМК «Т-Си-200», из них нерожавших было 250, рожавших – 400 [23]. Экспульсии, кровотечения и боли у нерожавших наблюдались редко. Исследования показали, что медьсодержащие средства, как и прочие ВМК, можно с успехом применять как рожавшим, так и нерожавшим женщинам.

У нерожавших женщин в момент введения ВМК могут наблюдаться полуобморочные состояния. Рекомендуется вводить анестетики в переднюю губу шейки матки перед захватом щипцами или производить парацервикальную блокаду [26]. Но несмотря на многочисленные положительные результаты эксперты ВОЗ считают, что нерожавшим женщинам следует предлагать ВМК лишь в том случае, если они не могут или не желают пользоваться другими противозачаточными средствами.

Отдельного внимания заслуживает вопрос и применении ВМК у пациенток старше 40 лет. В этом возрасте у женщин повышается риск предраковых и злокачественных заболеваний. Поэтому кровотечения, появляющиеся на фоне применения ВМК, могут вызвать беспокойство у пациентки и врача. Но ВМК имеют и преимущества, так как они не нарушают естественные менструальные выделения, поэтому женщина может точно знать, когда у нее наступила менопауза. В это время общая фертильность снижается и при выборе метода противозачатия женщина должна это учитывать, а также помнить о возросшем риске осложнений.

По данным некоторых ученых, адаптация к ВМК у пациенток старше 40 лет длится продолжительнее (10–11мес), чем в более молодом возрасте (5–6 месяцев). Кроме того, в периоде адаптации у этих женщин иногда возникают обильные кровотечения, не прекращающиеся после симптоматического лечения и требующие у 24 из 100 пациенток удаления ВМК [1]. В других же

возрастных группах ВМК по указанным причинам были удалены у 3 из 300 наблюдавшихся женщин. Между тем замечено, что климакс принимал патологическое течение в 2,5 раза реже у женщин, длительно применявших до этого ВМК.

Когда врачи предложили на выбор различные методы контрацепции женщинам старше 40 лет, то 94 % из них выбрали ВМК. Нарушения менструального цикла выявлены у 8 (лишь у 1 из них была необходимость в удалении ВМК). Боли в нижних отделах живота после введения ВМК были лишь у одной женщины [20].

Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что внутриматочная контрацепция с учетом показаний и противопоказаний, времени введения, возрастных аспектов, остается достаточно эффективным и приемлемым методом противозачатия.

Список литературы

1. Кошкин Б.М., Барышкина Р.С. Современные аспекты длительного применения внутриматочных контрацептивов // Казанский медицинский журнал. – 1996. – №2. – С. 111.

2. Мануилова И.А., Антипова Н.Б. Результаты клинического применения различных видов внутриматочной контрацепции // Сов. мед. – 1995. – № 6. – С. 81–85.

3. Паршина Л.А., Конищева О.Э. Клиническое изучение внутриматочных контрацептивов // Акуш. и гин. – 1987. – № 12. – С. 39–40.

4. Петров Ю.А. Онкологический риск при использовании внутриматочных противозачаточных средств // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №3. – URL: http://www.science-education.ru/ru /article/view?id=24714.

5. Петров ЮА. Нюансы митотического режима эндометрия при использовании внутриматочных противозачаточных средств // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №4–5. – С. 926–928.

6. Петров Ю.А. Воздействие продолжительной внутриматочной контрацепции на эндометрий // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №5. – URL: http://www.science-education.ru/ru /article/view?id=25101.

7. Петров Ю.А. Информированность студентов медицинского вуза в вопросах контрацепции // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №5–5. – С. 751–753.

8. Петров Ю.А. Состояние эндо- и эктоцервикса женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6. – URL: http://www.science-education.ru/ru /article/view?id=24362.

9. Петров Ю.А. О механизме противозачаточного действия внутриматочных средств // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №8–5. – С.724–726.

10. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета // Валеология. – .2016. – .№2. – С. 31–34.

11. Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №8–5. – С. 727–731.

12. Хопина А.А., Офицерова З.Е. Опыт применения внутриматочных средств в ранние сроки после родов // Акуш. и тин. – 1989. – № 2. – С. 8–10.

13. Graham S. A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women//Contracept. 1982. V. 23. № 4. P. 101 –108.

14. Hagbard L. et a I. Early postpartum insertion of copper IUD // Contracept. – 1978. – V. 17; №4. – P.355–364.

15. Hasson H. Factors affectind intrauterine contrauterone contraceptive device performance // Amer. J. Obstet. Gynec. – 1976. – V. 126. – P. 973–981.

13. Graham S. A review of the use of intrauterine devices in nulliparous women // Contracept. – 1982. – V. 23. № 4. – P. 101 –108.

16. KaufmanE. Etude des differents germes responsables de salpingite et de leur incidence eventuelle chez des porteuses de sterilet // Contracept. Sex. Fertil. – 1985. – V. 13. № 2. – P. 475–482.

17. LuukkainenT. Nulliparous Women, IUD and Pelvic lnfection // Ann. Clin. Res. – 1979. – V. 11. №4. – P. 121.

18. Mills W. Clinical experience with IUDs // Proc. roy. Soc. Med. – 1967. – V. 60. № 4. – P. 389–392.

19. Petros J., Nesit V. Sterilita jako pozdni nasledek intrauterinni antikoncepce // Cs. Gynec. – 1981. – V. 46. № 9. – P. 696–698.

20. RacinetC., FadliM. Complications infectienses gravesle la regulation des naissances // Rev. branc. gynec. – 1978. – V. 76. № 4. – P. 239–242.

21. Rosenfield A.G., Gastadot R.G. Early Postpartum Imediate Postabortion Intrauterine Contraceptive Device Insertion // Amer. S. Obstet. Gynec. – 1974. – V. 118. № 8. – P. 1104–1114.

22. Rowe P. Medicated intrauterine devices: a review // Regulation of human fertility. – Copenhagen, 1977. – P. 381–406

23. Sjoberg N.O. Copper-T, suitable IUD for nuilipaarae // VII World Congress of Obstetrics and Gynecology. – Moscow, 1973. – P. 279–283.

24. Tatum H. Clinical aspects of intrauterine contraception: circumspection 1976 // Ferti 11. a. Steril. – 1977. – V. 28. № 1. – P. 3–28.

25. TheiryM. Immediate postplacental IUD insertion: the expulsion problem // Contracept. – 1985. – V. 31. № 4. – P. 331–349.

26. Wenderlein J. lUD's Beratung bei Jugendlichen // Fortschr. med. – 1982. Bd. 100. – № 16. – P. 736–740.