

Контрацепция после родов

О.Ф. Серова

Московский областной
научно-исследовательский институт
акушерства и гинекологии

Послеродовой период – один из важных периодов жизни женщины, в течение которого в её организме происходит восстановление всех изменений, вызванных беременностью в половых органах, эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах [1, 3]. Осложнённое течение беременности и родов может быть причиной нейро-эндокринных и метаболических изменений, которые впервые описаны В.Н. Серовым (1970) под названием послеродовый нейро-эндокринный синдром (ПНЭС) [3]. ПНЭС развивается у 4–5 % женщин и характеризуется нарушением менструальной и репродуктивной функции в сочетании с вегетативно-обменными нарушениями, ведущим из которых является быстрое и прогрессирующее увеличение массы тела [5, 8].

Риск наступления беременности возрастает к 6 месяцам после родов, независимо от наличия лактации. Самая ранняя овуляция зарегистрирована на четвертой неделе после родов у некармлиющих женщин и на седьмой неделе – у кормящих. Беременность, наступившая в первые месяцы после родов, часто протекает с различными осложнениями, что увеличивает риск перинатальной заболеваемости и смертности [7]. По данным разных авторов, от 10,3 до 28,0 % женщин в течение первого года после рождения ребенка прибегают к искусственному прерыванию беременности [5]. В то же время аборт,

произведённый в первые месяцы после родов, является тяжелейшим психологическим и гормональным стрессом для организма женщины, приводящим к функциональным и органическим нарушениям в репродуктивной системе [2, 4].

Поэтому вопросы контрацепции после родов имеют первостепенное значение для сохранения общего и репродуктивного здоровья женщин.

В настоящее время имеется достаточно возможностей для предупреждения нежелательной беременности: физиологический метод, химические, механические средства, внутриматочная контрацепция, хирургическая стерилизация. Однако единственным методом предупреждения беременности, эффективность которого при правильном применении составляет 100 %, являются комбинированные гормональные контрацептивы (КОК), которые применяют после прекращения лактации.

Механизм действия КОК заключается в нескольких моментах, препятствующих оплодотворению и имплантации бластоцисты: подавление процессов созревания яйцеклетки и овуляции, замедление перистальтики маточных труб, уменьшение количества шеечной слизи и увеличение её вязкости, атрофические изменения эндометрия. Кроме того, они обладают рядом непротивопоказательных свойств, которые могут значительно перевесить их побочные действия. Это, прежде всего, регуляция менструального цикла и уменьшение частоты образования функциональных кист яичников, предохранение от острых воспалительных заболеваний органов малого таза, профилактика онкологических заболеваний матки и придатков, уменьшение вероятности развития доброкачественных опухолей молочных желез, предотвращение наступления внематочной беременности. Кроме того, КОК оказывают лечебные эффекты при дисменорее, предменструальном синдроме, различных нарушениях менструального цикла, некоторых гинекологических заболеваниях [2, 6].

За последние годы произошло большое количество важных изменений в составе и применении КОК: снижение суточной дозы эстрогенного компонента почти в 2 раза, переход от высокодозиро-

Информация о препарате

Линдинет® («Гедеон Рихтер»)
Таблетки, покрытые оболочкой

СОСТАВ

Активные компоненты: этинилэстрадиол + гестоден.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Монофазный комбинированный гестаген-эстрогенный контрацептивный препарат. Угнетает секрецию гонадотропных гормонов гипофиза, тормозит созревание фолликулов и препятствует процессу овуляции. Повышает вязкость цервикальной слизи, что затрудняет проникновение сперматозоидов в матку.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Гестоден

Быстро и практически на 100 % всасывается из ЖКТ (биодоступность около 99 %). Через 1 ч после однократового введения концентрация составляет 2–4 нг/мл. Связывается с альбуминами и с глобулином, связывающим половые гормоны (ГСПГ). 1–2 % находится в форме свободного стероида, 50–75 % специфически связывается с ГСПГ. Уровень в сыворотке крови снижается двухфазно. В конечной фазе $T_{1/2}$ – 12–20 ч. Выделяется только в форме метаболитов: 60 % – с мочой, 40 % – с калом.

Этинилэстрадиол

Быстро и практически полностью всасывается из ЖКТ. Среднее значение C_{max} в сыворотке крови – 30–80 пг/мл, достигается через 1–2 ч после приёма. Биодоступность из-за пресистемной конъюгации и первичного метаболизма около 60 %. Полностью, но неспецифиче-

ски связывается с альбуминами (около 98,5 %) и индуцирует повышение уровня ГСПГ в сыворотке крови. Концентрация в сыворотке крови снижается двухфазно. $T_{1/2}$ второй фазы – около 16–24 ч. Этинилэстрадиол выделяется только в форме метаболитов, с мочой и желчью в соотношении 2 : 3. Стабильная концентрация (на 20 % выше, чем после однократной дозы) устанавливается к 3–4 дню.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Пероральные противозачаточные средства, помимо предупреждения беременности, оказывают положительное влияние на менструальный цикл (при его нарушении): месячный цикл становится регулярным, снижается объём кровопотери во время менструации и частота развития железодефицитной анемии, снижается частота дисменореи, появления функциональных овариальных кист, внематочной беременности, появления фиброаденом и фиброкист в молочных железах, воспалительных заболеваний малого таза, образования рака эндометрия; улучшается состояние кожи при угревой сыпи.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Контрацепция, функциональные нарушения менструального цикла.

Разделы: Противопоказания, Применение во время беременности и лактации, Способ применения и дозы, Побочное действие, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания, Меры предосторожности – см. в инструкции по применению.

ванных комбинированных контрацептивов к низко- и микродозированным препаратам, введение в препараты новых гестагенов.

Совершенствование прогестинов реализовалось за счёт повышения их контрацептивной активности и уменьшения вызываемых ими нежелательных побочных эффектов. Это позволило пересмотреть показания и противопоказания к применению КОК и определить их приемлемость.

В настоящее время препаратами выбора являются КОК третьего поколения с минимальной эффективной дозой входящих в них компонентов и содержащих гестагены нового типа (гестоден, дезогестрел, норгестимат, диеногест), не обладающие андрогенными и метаболическими эффектами. Это повысило их безопасность и терапевтическое действие на организм женщины.

Основными требованиями к послеродовой контрацепции являются: высокая эффективность, безопасность, отсутствие негативного влияния на метаболические процессы и возможность регуляции менструального цикла.

Идеальным препаратом, отвечающим этим требованиям, является Линдинет-20 – микродозированный монофазный гестаген-эстрогенный контрацептив («Гедеон-Рихтер», Венгрия), который содержит 0,02 мг этинилэстрадиола и 0,075 мг гестодена. Гестоден является активной формой прогестагена, не требующей превращений в печени, в то время как другие прогестагены приобретают активность, подвергнувшись печёночному метаболизму. Это очень важное обстоятельство для женщин с обменно-эндокринными нарушениями. Гестоден обладает самой высокой биодоступностью, благодаря чему его содержание в таблетке очень низкое. Его период полувыведения составляет 12 часов, что достаточно для поддержания постоянной концентрации гормонов в крови. Кроме того, доза гестодена, подавляющая овуляцию (0,03 мг) значительно ниже, чем у других гестагенов. Гестоден имеет высокий аффинитет к связывающему половые стероиды глобулину (ПССГ), поэтому длительное применение Линдинета способствует снижению сывороточного уровня свободного тестостерона и уменьшению андрогензависимых изменений кожи (акне, себорея, гирсутизм).

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения Линдинета с целью контрацепции в послеродовом периоде.

Под наблюдением находились 113 не кормящих женщин в возрасте от 19 до 38 лет, которым Линдинет назначался в сроки от 3 до 7 месяцев после родов. Среди них 78 (69,0 %) пациенток были первородящими, остальные 35 (31,0 %) – повторнородящими.

В исследование не включены пациентки, имеющие противопоказания к назначению гормональной контрацепции. Среди экстрагенитальных заболеваний наиболее частыми были: хронический тонзиллит (14–12,4 %), хронические бронхолегочные заболевания (9–7,9 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (19–16,1 %), хронический пиелонефрит (7–6,2 %).

В анамнезе 18 (15,9 %) пациенток отмечены различные нарушения менструального цикла, у 68 (60,2 %) – медицинские аборт, у 16 (14,2 %) женщин – репродуктивные потери.

Течение данной беременности было отягощено ранним токсикозом у 28 (27,8 %) пациенток, угрозой прерывания беременности в разные сроки гестации – у 22 (19,5 %), гестозом лёгкой степени тяжести – у 12 (10,6 %), многоводием – у 4 (3,5 %). Фетоплацентарная недостаточность была выявле-



Линдинет

Монофазный
оральный контрацептив

Этинилэстрадиол 0,02 и 0,03 мг
Гестоден 0,075 мг

Все в твоих руках!

- ✓ Современный гормональный контрацептив последнего поколения
- ✓ Содержит минимальные дозы гормонов
- ✓ Обладает высокой степенью надежности и отлично контролирует менструальный цикл
- ✓ Обладает отличной переносимостью
- ✓ Не влияет на печеночный метаболизм



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» в Москве
Тел.: (495) 363-39-50. Факс: (495) 363-39-49
E-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

на в 14 (12,4 %), синдром задержки развития плода – в 5 (4,4 %) случаях.

Осложнения в родах (аномалии родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода) отмечены у 14 (12,4 %) рожениц. У большинства (96–85,0 %) женщин роды были самопроизвольными, в 17 (15,0 %) случаях произведено кесарево сечение.

Продолжительность лактации составила от одного до 6 месяцев. При опросе пациенток выяснено, что они не планировали следующую беременность в течение 1–2 лет.

Линдинет назначали с первого дня цикла по 1 таблетке в день в течение 21 дня. Курс лечения – от 6 месяцев и более. Случаев наступления беременности на фоне его приёма в течение года не наблюдалось. Следует отметить, что побочные эффекты при этом были минимальны и проявлялись лишь в первый месяц: тошнота – у 2 (1,7 %) женщин, ациклические кровянистые выделения – у 1 (0,8 %) пациентки.

На фоне применения Линдинета менструации были регулярными, их средняя продолжительность составила 4–5 дней. Большинство (78–69,1) пациенток отмечало уменьшение интенсивности кровянистых выделений по сравнению с периодом до беременности, что имеет большое значение в послеродовом периоде, так как способствует профилактике анемии. Проявлений дисменореи и предменструального синдрома у наблюдаемых пациенток не было.

Важной особенностью Линдинета является отсутствие влияния на массу тела. Так, до начала применения контрацепции средний индекс массы тела (ИМТ) пациенток был $20,2 \pm 0,9$ кг/мВ, то через 6 месяцев контрацепции он составил

$20,4 \pm 0,8$ кг/мВ, то есть достоверно не изменился. Кроме того, не отмечено колебаний артериального давления, представляющих клиническую значимость.

Таким образом, применение Линдинета в послеродовом периоде обеспечивает надёжный контрацептивный эффект, регуляцию менструального цикла и профилактику нейро-обменно-эндокринных нарушений, что в результате способствует сохранению соматического и репродуктивного здоровья женщин. Благодаря высокой эффективности, хорошей переносимости и удобству применения, Линдинет по праву является препаратом выбора для предупреждения нежелательной беременности и регуляции интергенетических интервалов у женщин активного репродуктивного возраста.

Литература

1. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Под ред. / А.Н.Стрижакова и др. М.: Медицина, 1998; 427.
2. Краснополский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зароченцева В.А. Патогенетическое обоснование лечения дисменореи // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005; 4: 1: 72–77.
3. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М.: «Триада-Х», 2001; 568.
4. Санников А.Л. Особенности контрацептивного поведения женщин, прервавших беременность // Российский медицинский журнал. 1998; 4: 14–18.
5. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Т.В.Овсянникова. Гинекологическая эндокринология. М.: 2004; 520.
6. Серов В.Н., Никитин С.В. Новые возможности лечебного действия комбинированных оральных контрацептивов // Гинекология. 2000.; 6: 180–183.
7. Чередниченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности и здоровье их младенцев. М.: 2001; Автореф. дисс. .к.м.н.
8. Rosenberg M., Waugh M. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance // American Journal Obstetrics Gynecology. 1999; 180: S276–S279.

Бланк бесплатной подписки на журнал «Трудный пациент»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край, область			
город		улица			
дом №		корп.	кв. №		
Адрес электронной почты*					
* Ваш e-mail будет включён в базу интернет-рассылки электронной версии журнала					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 119002, Москва, а/я 11, журнал «Трудный пациент» или по e-mail: info@t-patient.ru , academizdat@mail.ru					

