ПІСЛЯПОЛОГОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Н.Я. Жилка
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме
В оглядовій статті наведено дані щодо особливостей післяпологового періоду стосовно фертильності й ускладнень для матері та новонародженої дитини при настанні непланованої вагітності в післяпологовому періоді. Розглянуто можливості запобігання небажаній вагітності в післяпологовому періоді для жінок, які годують і не годують немовля. Надано рекомендації щодо використання післяпологової контрацепції для досягнення оптимального інтервалу між пологами для відновлення жіночого організму, виношування та народження наступної здорової дитини.

Ключові слова
Післяпологовий період, фертильність, контрацепція.

Післяпологовий період є надто відповідальним щодо здоров'я матері та дитини. Настання небажаної вагітності може призвести до стійкого порушення здоров'я. Сучасні підходи до планування сім'ї повинні включати етичні питання для населення, зокрема дотримання вимог Декларації про права дитини, а саме зародження нового життя повинно бути бажаним та мати можливість народитись у безпечних умовах.

Мета роботи — висвітлення актуальної проблеми післяпологової контрацепції.

Матеріали та методи

У ході виконання дослідження використовували бібліосемантичний, аналітичний та концептуальний методи.

Результати та їх обговорення

Для попередження несвоєчасної вагітності в післяпологовому періоді медичному спеціалісту необхідно враховувати особливості післяпологового періоду. Післяпологовий період включає 3 фази:

1. Гострий період (6-12 годин).
2. Підгострий період (2-6 тижнів).
3. Відстрочений період (до 6 місяців).

Упродовж перших 10 днів після пологів відбувається повне закриття каналу та епітелізація внутрішньої поверхні матки; за 3 тижні — закриття зовнішнього вічка; протягом наступних 5-6 тижнів спостерігається закінчення виділення лохій, 6-8 тижнів — повна інволюція матки. У цей час величина матки відповідає її розмірам до початку вагітності [1].

Відновлення репродуктивної функції є відправним моментом для настання несвоєчасної вагітності в післяпологовому періоді. Необхідно пам'ятати, що у 20% жінок, які годують груддю, овуляція настає через 6 місяців після пологів, у жінок, які не годують грудним молоком, — через 2-3 місяці, а 60-70% овуляцій є потенційно фертильними. У 20-71% жінок, які не годують грудним молоком, овуляція випереджає першу менструацію [2]. Тим більше, що близько 20% подружніх пар мають статеві стосунки в перший

© Н.Я. Жилка

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 78

місяць після пологів, 95% подружніх пар мають статеві стосунки протягом 3 місяців після пологів [3]. Тобто, відновлення інтимних стосунків тісно пов'язано з відновленням репродуктивної функції та настанням небажаної вагітності, що потребує консультування подружньої пари з питань контрацепції в кожному окремому випадку. Контрацептив має рекомендуватись залежно від репродуктивних планів подружжя, віку сексуальних партнерів, стану їх здоров'я, можливостей та бажання.

Несвоєчасна вагітність у післяпологовому періоді, а саме вагітність, яка настала під час короткого періоду між пологами, тривалість якого менше ніж 2 роки, має ризики як для матері, так і для майбутньої дитини.

На сьогодні виділяють такі ризики вагітності, яка настала під час періоду між пологами, тривалість якого менше ніж 2 роки:

1) для матері — материнська смертність; нутритивна недостатність: анемія, дефіцит фолатів; істміко-цервікальна недостатність; патологія ремоделювання ендометрія; неповноцінність рубця після кесарева розтину; гестаційні та післяпологові ускладнення: еклампсія, кровотечі;

2) для дитини — передчасне народження (недоношеність); низька маса при народженні; затримка внутрішньоутробного розвитку; смертність при народженні та протягом 5-річного періоду [4, 5].

Натепер також вірогідно доведено, що недостатній інтервал між пологами є негативним чинником дитячої смертності. Проміжок часу між пологами 36-41 міс. порівняно з інтервалом 24-29 міс. сприяє зниженню ризику неонатальної смертності на 26%, ризику малюкової смертності — на 41%, смертності дітей у віці до 5 років — на 70% [4, 6].

Наслідками незапланованих вагітностей у країнах Європи, як правило, є індукований аборт у 64% випадків, у 11% — самовільний аборт і лише у 25% — народження дитини [7].

Після операції кесаревого розтину (КР) мінімальний інтервал між пологами та наступною бажаною вагітністю має бути не менше ніж 18-23 міс., а в ідеалі — не менше ніж 2-3 роки. У разі настання незапланованої вагітності раніше ніж через 18-23 міс. може спостерігатися неповноцінність рубця на матці та загроза розриву матки; ризик розвитку залізодефіцитної анемії, оскільки крововтрата під час операції КР у 2 рази вища; ризик народження недоношеної дитини [8, 9].

Особливості післяпологової контрацепції полягають у дотриманні прав пацієнтки, її бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву [10].

Оптимальний контрацептив у післяпологовому періоді визначається за такими критеріями:

- прийнятний профіль безпеки;
- зручний у застосуванні;
- ефективний;
- без ризиків для матері та дитини;
- тривалість застосування не менше ніж 2-3 роки.

Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді.

Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію, тому при підборі контрацептиву в післяпологовому періоді необхідно враховувати, що:

- контрацептивна ефективність методу лактаційної аменореї (МЛА) становить від 93,5 до 100%;
- контрацептиви прогестагенового ряду не впливають на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини;
- використання комбінованих оральних контрацептивів (КОК) у перші 6 місяців після пологів впливає на зменшення кількості грудного молока і має негативний вплив на ріст дитини протягом перших 3 тижнів після пологів. Також КОК збільшують ризик тромбозу;
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК) протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції);
- ВМК та метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) не впливає на кількість та якість грудного молока (ВООЗ, 2012).

Перед тим, як запропонувати контрацептив, необхідно провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. Можливі методи описано нижче.

Метод лактаційної аменореї (МЛА) — основними умовами цього методу є годування груддю одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудне вигодовування (не менше ніж 8-10 разів на добу) за умови відсутності менструації (аменорея). Метод має високу ефективність і значну користь як для здоров'я матері, так і дитини.

Контрацептиви прогестагенового ряду рекомендують:

- жінкам, які використовують метод МЛА, можна застосовувати тільки через 6 місяців після пологів;

- жінкам, які не годують груддю, можна застосовувати негайно, за умови відсутності вагітності;
- жінкам, які годують груддю, але чергують із прикормом дитини, через 6 тижнів після пологів.

Внутрішньоматкові контрацептиви застосовуються:

- постплацентарно або протягом 48 годин після пологів чи операції кесарів розтин, які відбулися без ускладнень;
- у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено постплацентарно.

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК):

- не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів;
- якщо жінка не годує груддю, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС):

- застосовується одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів;
- якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів.

Бар'єрні методи застосовуються з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки — через 6 тижнів після пологів) [10].

Якщо говорити про ідеальний контрацептив сучасності в післяпологовому періоді, то це може бути внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) Джайдес за своїми характеристиками: найменша з існуючих ВМС, що важливо для післяпологового періоду; мінімальна доза вивільнення ЛНГ при початковій швидкості виділення *in vivo*: 14 мкг/добу; тривалість застосування становить 3 роки, що достатньо для оптимального інтервалу між пологами; не містить естрогену, переважно локальна дія [11].

Локальна дія ВМС-ЛНГ полягає в збільшенні в'язкості цервікального слизу, що перешкоджає проходженню сперми через цервікальний канал та запліднення; впливає на сперму через інгібування рухливості та функції сперматозоїдів, попереджуючи запліднення; викликає пригнічення росту ендометрія, що створює відсутність умов для імплантації; мінімальна системна експозиція та мінімальний вплив на овуляцію [12].

Висновки

Таким чином, для досягнення оптимального інтервалу між пологами з метою відновлення жіночого організму для виношування та народження наступної здорової дитини подружжю необхідно рекомендувати ідеальний за зручністю, ефективністю, безпечністю, тривалістю використання контрацептив у кожному окремому випадку, дотримуючись правил застосування.

Надійшла до редакції 12.03.2018 р.

Список використаної літератури

1. Romano M. et al. Postpartum period: three distinct but continuous phases // J. Prenat. Med. — 2010. — Vol. 4 (2). — P. 22-25.
2. Jackson E., Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating woman: a systematic review // Obster. Gynecol. — 2011. — Vol. 117 (3). — P. 657-662.
3. Byrd J.E. Sexuality during pregnancy and the year postpartum // J. Fam. Pract. — 1998. — Vol. 47 (4). — P.. 305-308.
4. USAID, A Trainer's Reference Guide. Second Edition / October 2010, Healthy timing and spacing of pregnancy.
5. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. — Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005.
6. Fotso J.C., Cleland J., Mberu B., Mutua M., Elungata P. Birth spacing and child mortality: an analysis of prospective data from the Nairobi urban health and demographic surveillance system // J. Biosoc. Sci. — 2013. — Vol. 45 (06). — P. 779-798.
7. Sedgh G. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends /G. Sedgh // Stud. Fam. Plann. — 2014. — Vol. 45 (3). — P. 301-314.
8. Caesarean section Clinical guideline (NICE), 2012.
9. Report of a WHO technical consultation on birth spacing, 2005.
10. Наказ МОЗ України від 21 січня 2014 року № 59 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».
11. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Джайдес, затверджена МОЗ України 18.05.2016.
12. Bayer Health Care Pharmaceuticals Inc. Jaydess. Summary of Product Characteristics. — 2012.

Postpartum contraception

N.Ya. Zhilka

Abstract

The article presents data on the pattern of the postpartum period regarding fertility and maternal and neonatal complications in the event of an unplanned pregnancy in the postpartum period. The possibilities for prevention of unwanted pregnancy in the postpartum period for breastfeeding and non-breastfeeding women are considered. Recommendations on the use of postpartum contraception to achieve the optimal interval between births for the restoration of the female body, gestation and birth of the following healthy child are given.

Keywords: postpartum period, fertility, contraception.

БЕЗКОШТОВНА on-line передплата с. 78