

Кузина О.В.

ИМПЛАНТАЦИОННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Россия, 119991, г. Москва

Для корреспонденции: Кузина Ольга Владимировна, студентка V курса лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Россия, 119991, г. Москва; e-mail: olga.kuzina.95@mail.ru

Имплантационная контрацепция, несмотря на некоторые побочные действия и противопоказания, проявила себя не только как пролонгированный метод с высокой эффективностью и безопасностью, но также как метод с высокой степенью комплаентности. Это говорит о том, что данный способ предохранения легко использовать любой пациентке, а значит, его потенциал контрацептивной надёжности будет реализован в самой высокой степени.

Ключевые слова: имплантационная контрацепция; методы предохранения; чистогестагенная контрацепция; пролонгированная контрацепция; обзор.

Для цитирования: Кузина О.В. Имплантационная контрацепция: современный взгляд на проблему. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2018; 5(4):193-196. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-193-196>

Kuzina O.V.

IMPLANTATION CONTRACEPTION: A MODERN VIEW ON THE PROBLEM

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

Implantable contraception, despite some side effects and contraindications, has shown itself not only as a prolonged method with high efficacy and safety, but also as a method with a high degree of compliance. This suggests that this method of protection is easy to use for any patient, which means that its potential for contraceptive reliability will be realized to the highest degree.

Key words: implantable contraception; protection methods; progestin-only contraception; prolonged contraception; overview.

For citation: Kuzina O.V. Implantation contraception: a modern view on the problem. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2018; 5(4): 193-196. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-193-196>

For correspondence: Olga V. Kuzina, a fifth-year student of the Medical Faculty of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: olga.kuzina.95@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 31.07.2018
Accepted 07.11.2018

Введение

Один из важнейших факторов в снижении материнской и младенческой смертности и сохранении здоровья женщин — рациональное планирование семьи и профилактика абортот. Главной особенностью ситуации, характеризующей современное состояние проблемы планирования семьи в Российской Федерации, выступает высокая распространённость абортот, одной из причин которой признано преобладание малоэффективных средств контрацепции [1]. Опыт показывает, что чем реже пациентке приходится активно участвовать в контрацептивных мероприятиях, тем результативнее будет сама стратегия предупреждения нежеланной, а иногда и недопустимой беременности [2]. В англоязычной литературе для обозначения обратимых контрацептивов пролонгированного действия используют термин «long-acting reversible contraception» (LARC). К ним относят средства, которые необходимо принимать или использовать не чаще 1 раза в месяц. В данной статье приведены данные об эффективности, безопасности и побочных эффектах имплантационной

контрацепции; оценены плюсы и минусы данного метода контрацепции.

Импланон и Импланон НКСТ

Экспертами ВОЗ наиболее эффективными и безопасными методами предохранения от нежелательной беременности признаны методы имплантационной контрацепции [3]. В России они представлены препаратами Импланон и Импланон НКСТ.

Имплантаты Импланон и Импланон НКСТ (биоэквивалент) — высокоселективные гестагены последнего поколения, содержащие этоноргестрел, который активно подавляет овуляцию. Контрацептив вводится под кожу на 1–5-й день менструального цикла, сразу после абортот или на 21–28-й день после родов. Устанавливают препарат на три года, после чего его удаляют или меняют. Импланон подавляет овуляцию в результате угнетения секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); способствует торможению пролиферативных процессов и развитию атрофических изменений в слизистой оболочке

матки, что препятствует имплантации; вызывает изменение консистенции цервикальной слизи, что затрудняет и нарушает пенетрацию сперматозоидов [4]. Подкожные имплантаты признаны ВОЗ наиболее эффективными и безопасными методами контрацепции. Индекс Перля при их применении составляет 0,05 (см. таблицу).

В имплантате Импланон НКСТ содержится дополнительно 15 мг сульфата бария, делающего его рентгеноконтрастным, в отличие от Импланона, который визуализируется только с помощью ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии. Несомненным преимуществом по сравнению с другими гормональными контрацептивами является высокая комплаентность. После удаления подкожного имплантата овуляторный менструальный цикл и фертильность восстанавливаются в течение 3 нед у 90% пациенток, использовавших этот метод контрацепции [6].

В рекомендациях ВОЗ по использованию методов предохранения от нежелательной беременности указано, что чистогестагенная гормональная контрацепция безопасна не только для молодых здоровых женщин, но и для женщин после 40 лет, а также для имеющих факторы риска тромбофилических осложнений, артериальную гипертензию, сахарный диабет, наследственную и приобретённую тромбофилию и ожирение. Исследования по применению подкожных имплантатов с этоногестролом убедительно продемонстрировали отсутствие клинически значимого влияния на систему свёртывания крови. Риск венозных и артериальных тромбозов после установки как Импланона, так и Импланона НКСТ не отличается от такового у женщин, не использующих методы гормональной контрацепции [6].

Имплантационная контрацепция у женщин с ожирением

При выборе метода контрацепции у женщин с ожирением учитывается не только степень надёжности контрацептивного средства, но и его потенциальное влияние на углеводный и липидный обмен, систему гемостаза, сердечно-сосудистую систему и функции других органов, вовлечённых в патологическую цепь обменных нарушений [7]. В статье С.А. Левакова «Возможности контрацепции на фоне ожирения» (2016 г.) описаны два научных исследования. По итогам первого исследования у женщин с ожирением и сахарным диабетом на фоне использования Импланона отмечалось снижение содержания в крови общего холестерина и липопротеинов низкой плотности. В последнем проспективном когортном исследовании не было выявлено статистически значимого различия контрацептивной эффективности имплантата в группе женщин с ожирением ($n = 729$) и нормальной массой тела ($n = 439$). Расчётный показатель составил одну нежелательную

Сравнительная эффективность различных методов контрацепции [5]

Метод контрацепции	Количество беременностей на 100 женщин в год	
	прогнозируемое	фактическое
Отсутствие метода	85	85
Спермициды	18	29
Презерватив	2	15
КОК	0,3	8
Накожный пластырь Евра	0,3	8
Вагинальное кольцо НоваРинг	0,3	8
Инъекции ДМПА (инъекционный препарат Депо-Провера)	0,3	3
Внутриматочное медьсодержащее устройство (ВМУ)	0,6	0,8
Хирургическая стерилизация	0,5	0,5
Внутриматочная спираль (ВМС) Мирена	0,2	0,2
Подкожный имплантат	0,05	0,05

беременность на 1377 женщино-лет. Концентрация этоногестрела в крови была на 30–60% ниже у женщин с ожирением по сравнению с таковой у женщин с нормальной массой тела, но контрацептивный эффект сохранялся. Другое сравнительное исследование показало, что на фоне использования имплантата частота наступления беременности в группе женщин с массой тела более 70 кг была в 5 раз выше, чем в группе женщин с нормальной массой тела. Но в целом у женщин с ожирением наблюдался высокий контрацептивный эффект, он составил 0,86 беременности на 100 женщино-лет в течение 7 лет применения препарата.

Совместимость с грудным вскармливанием

В России согласно Национальным медицинским критериям приемлемости средств контрацепции, Импланон и Импланон НКСТ лактирующим женщинам можно устанавливать по истечении первых 6 нед послеродового периода. До этого срока применение метода не рекомендовано. Важно отметить, что аналогичные рекомендации в США допускают имплантацию подкожных рилизинг-систем уже через 4 нед после родов. К тому же введение средства кормящим женщинам менее чем через месяц после родов отнесено к более безопасной (по сравнению с российскими критериями) категории 2. Некормящим вводить подкожный имплантат можно в течение 1–3 дней после родов [2].

В работе «Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности» под редакцией В.Е. Радзинского (2015 г.) представлены результаты сравнительного наблюдения за действием контрацептивов, содержащих только прогестины; они свидетельствуют о том, что эти контрацептивы не оказывают влияния ни на способность женщины успешно начать и продолжать грудное вскармливание, ни на рост и развитие детей. В рандомизированном контролируемом исследовании приняли участие 69 женщин: 35 из них контрацептив-

ный имплантат установили через 1–3 дня после родов, а 34 — в стандартное время, то есть через 4–8 нед после родов. На протяжении полугода исследователи не выявили различий между группами ни по лактогенезу, ни по составу грудного молока, ни по фактору риска невозможности грудного вскармливания. Не менее интересен результат ещё одного исследования, где здоровые лактирующие женщины сделали свой выбор в пользу подкожного имплантата или ВМС, а за состоянием их детей наблюдали на протяжении 3 лет. В этом исследовании не выявили различий между группами детей в показателях роста, веса, а также в особенностях психомоторного и физического развития.

Дополнительные положительные эффекты

Чистогестагенные имплантаты не увеличивают частоту внематочной беременности и безопасны после родов. Кроме того, у большинства женщин происходит уменьшение симптомов дисменореи и предменструального синдрома. По результатам 11 клинических исследований, при применении Импланона купирование симптомов дисменореи произошло у 77% женщин, значительное уменьшение выраженности симптомов — у 6% [3].

Получены данные об эффективности гормональной релизинг-системы с этюногестролом при лечении симптомов эндометриоза [7]. Доказано отсутствие влияния гестаген-содержащих имплантатов на изменения гистологии эндометрия и цитологии шейки матки у женщин после 2 лет применения. Рассматривая контрацепцию у женщин с эндометриозом, следует также учитывать, что прогестинные гормональные контрацептивы или монотерапия прогестагенами относятся к терапии эндометриоза 1-й линии. В рандомизированном исследовании среди женщин с лапароскопически и гистологически подтверждённым наружным генитальным эндометриозом 2–4-й степени было показано, что к окончанию 6 мес применения Импланона пациентки отмечали уменьшение диспареунии, дисменореи и нециклических тазовых болей на 68% [2].

Следует отметить, что только лишь контрацептивного эффекта от применения Импланона современной женщине недостаточно. Одним из веских оснований для его использования или отказа от него является влияние на сексуальную функцию. В сравнении с группой контроля все, применявшие имплантационную контрацепцию, отметили улучшение сексуальной функции уже через 3 мес после начала использования: снизилось беспокойство, а число половых контактов и выраженность сексуального удовлетворения стали больше [8].

Побочные эффекты и противопоказания

В современной литературе описаны и минусы использования имплантационной контрацепции. Известны случаи неправильного введения подкожного контрацептива (отсутствие имплантата, глубокое введение, повреждение нервов или сосудов), но эти осложнения

достаточно редкие [9]. После установки имплантата примерно половина женщин отмечают возникновение редких, частых или длительных кровотечений в силу особенностей влияния прогестагенов на структуру и функции эндометрия, а также на состояние сосудистой сети. У 20% пользовательниц менструальный цикл не изменяется. Нарушения цикла служат причиной 11% отказов от применения прогестагенных контрацептивных препаратов, однако этот синдром следует рассматривать не как осложнение метода, а как закономерную реакцию эндометрия на действие прогестерона [8]. На частоту и продолжительность маточного кровотечения влияет как исходное состояние эндометрия перед началом применения прогестагеновых контрацептивов, так и уровень циркулирующих в крови эстрогенов, именно поэтому так важно уделить вопросу консультирования пациентки должное внимание. При наличии частых и/или длительных кровяных выделений на фоне методов пролонгированной чистогестагенной контрацепции необходимо также исключить и другие возможные причины: беременность, патологию шейки матки и инфекции, передаваемые половым путем [3].

Возможно также ухудшение симптомов дерматии (акне), которое отмечают 10–14% женщин, применяющих имплантационную контрацепцию, но в то же время состояние кожи, наоборот, может улучшиться либо не меняться. В любом случае с течением времени выраженность нежелательного эффекта заметно снижается.

Лишь в одной ситуации применение имплантатов представляет высокий риск для здоровья и потому категорически не рекомендовано — это при раке молочной железы в настоящий момент, а также новообразованиях в молочной железе неясной этиологии.

Заключение

Аборт по-прежнему чаще других причин нарушает репродуктивное здоровье российских женщин. Именно поэтому так важно максимально широкое внедрение в России действенной альтернативы искусственному прерыванию нежеланной беременности. Учитывая глобальную значимость такой цели, как сохранение репродуктивного потенциала страны, можно уверенно говорить о том, что одно только распространение знаний об эффективных способах контрацепции уже имеет огромное значение в национальном масштабе. Но зачастую серьёзным препятствием становится удобство применения того или иного средства — фактор, который напрямую влияет на комплаентность женщины, или её приверженность предложенному методу. И хочется отметить, что имплантационная контрацепция обладает не только высокой эффективностью и безопасностью, но также имеет высокую степень комплаентности.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Имплантационная контрацепция — долгожданное решение. *Status Praesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак*. 2015; (1): 26-7.
2. Радзинский В.Е., ред. *Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности* (Приложение к журналу *Status Praesens*). М.: Редакция журнала Status Praesens; 2015.
3. Пустотина О.А. Чистогестагенная имплантационная контрацепция. *Медицинский совет. Гинекология*. 2015.
4. Арндт И.Г., Мхитар'ян А.Г. Применение пролонгированного контрацептива импланон у кормящих женщин. *Молодой учёный*. 2016; (13-4): 1-3.
5. Trussell J., Henry N., Hassan F. et al. Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2013; 87: 154-61.
6. Арндт И.Г., Петров Ю.А. Особенности менструального цикла при применении подкожных контрацептивов. *Современные проблемы науки и образования*. 2016; (2): 147.
7. Леваков С.А., Боровкова Е.И. Возможности контрацепции на фоне ожирения. Эффективная фармакотерапия. *Акушерство и гинекология*. 2016; (1-2): 30-1.
8. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета. *Валеология*. 2016; (2): 31-4. DOI: 10.18522/2218-2268-2016-2-31-34
9. Арндт И.Г., Олейник В.Ю. Анализ кровянистых выделений при применении подкожных гормональных контрацептивов. *Молодой учёный*. 2016; (13.4): 30-1.

REFERENCES

1. Implantable contraception is a welcome decision. *Status Praesens. Ginekologiya. Akusherstvo. Besplodnyy brak*. 2015; (1): 26-7. (in Russian)
2. Radzinskiy V.E., ed. *Prolonged contraception. Convenience as a pledge of reliability (Supplement to the magazine Status Praesens). [Prolongirovannaya kontratseptsiya. Udobstvo kak zalog nadëzhnosti (Prilozheniye k zhurnalu Status Praesens)]*. Moscow: Editorial Board Status Praesens; 2015. (in Russian)
3. Pustotina O.A. Pesticide implantable contraception. *Meditinskiy sovet. Ginekologiya*. 2015. (in Russian)
4. Arndt I.G., Mkhitar'yan A.G. The use of prolonged contraceptive implanton in lactating women. *Molodoy uchenyy*. 2016; (13—4): 1-3. (in Russian)
5. Trussell J., Henry N., Hassan F. et al. Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2013; 87: 154-61.
6. Arndt I.G., Petrov Yu.A. Features of the menstrual cycle with the use of subcutaneous contraceptives. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016; (2): 147. (in Russian)
7. Levakov S.A., Borovkova E.I. Possibilities of contraception against obesity. *Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya*. 2016; (1-2): 30-1. (in Russian)
8. Petrov Yu.A. Specificity of reproductive and contraceptive behavior of medical university students. *Valeologiya*. 2016; (2): 31-4. (in Russian)
9. Arndt I.G., Oleynik V.Yu. Analysis of bleeding in the application of subcutaneous hormonal contraceptives. *Molodoy uchenyy*. 2016; (13.4): 30-1. (in Russian)

Поступила 31.07.2018
Принята к печати 07.11.2018