

УДК 618.14:615.1477.87

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ**Прокопенко Н.А.***ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.fortis@inbox.ru*

Беременность при наличии контрацептива (ВМС) в полости матки встречается преимущественно в первые 12 мес. применения (особенно на 1 – 5-м месяце), реже – в более отдаленные сроки. Доказано, что если незапланированное зачатие наступило при нахождении ВМС в матке, то обычно нет и отрицательного влияния ни на беременность, ни на роды. Показано, что почти 50% случаев маточной беременности, возникшей на фоне ВМС, заканчиваются самопроизвольным абортom. Преждевременные роды у этих женщин наблюдаются чаще, чем в обычной популяции. В 20% беременностей контрацептив остается в полости матки до родов, располагаясь в области плаценты, оболочек, и не приводит к акушерским осложнениям и уродствам плода. Отмечено, что диагностика внематочной беременности у женщин с ВМС in situ представляет определенные трудности, особенно при подостром течении, так как симптомы могут быть расценены как побочные реакции данного метода контрацепции.

Ключевые слова: внутриматочная контрацепция, беременность, самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, внутриматочная контрацепция и роды

INTRAUTERINE CONTRACEPTION AND PREGNANCY**Prokopenko N.A.***SBEI HPE Rostov State Medical University of Health Service Ministry, Rostov-on-Don,
e-mail: fortis.fortis@inbox.ru*

Pregnancy in the presence of a contraceptive device (IUD) in the uterus occurs mostly in the first 12 months. (especially in the 1 – 5th month), at least – in a long-term period. It is proved that if unplanned conception occurred when finding the IUD in the uterus, it is generally no negative effect on either pregnancy or the birth. It has been shown that almost 50% of cases of uterine pregnancy, occurred against the backdrop of the Navy, come to an end in spontaneous abortion. Premature birth of these women are more common than in the general population. In 20% of pregnancies contraceptive remains in the uterus before delivery cavity being located in the area of the placenta, membranes, and it does not lead to obstetric complications and deformities ploda. Otmecheno that the diagnosis of ectopic pregnancy in women with IUDs in situ presents certain difficulties, especially in subacute because the symptoms can be considered as side effects of the contraceptive method.

Keywords: intrauterine contraception, pregnancy, spontaneous miscarriage, ectopic pregnancy, intrauterine contraception and childbirth

Одним из самых распространенных [15, 26, 28], популярных [9, 16, 27], доступных [19, 20] и онкологически безопасных [10, 12, 18] методов предупреждения незапланируемой беременности является внутриматочная контрацепция [11, 13, 17].

Данные литературы свидетельствуют, что, несмотря на высокую эффективность внутриматочных противозачаточных средств (ВМС) [14, 16], в ряде случаев возможно развитие беременности, при наличии контрацептива в полости матки. Причины наступления беременности во многом определяются несоответствием величины ВМС полости матки и частичной экспульсией контрацептива [2]. Было обнаружено, что частота неудач внутриматочной контрацепции достоверно снижается с увеличением возраста пользователей [6]. Очевидно, это зависит от физиологического снижения женской фертильности с возрастом.

Беременность при наличии контрацептива в полости матки встречается преимущественно в первые 12 мес. применения (особенно на 1 – 5-м месяце), реже – в бо-

лее отдаленные сроки. С. Nahmanovici [41] отмечали более частое развитие беременности у нерожавших женщин (7,3%), чем у рожавших (3,62 – 5,1%).

Наблюдение за пациентками, которым ВМС было введено после искусственного аборта, показало, что частота наступления беременности у них не выше (4%), чем при введении контрацептива вне беременности.

Многие исследователи отмечают, что если незапланированное зачатие наступило при нахождении ВМС в матке, то обычно нет и отрицательного влияния ни на беременность, ни на роды [38].

Ряд авторов [45] выявили у женщин, забеременевших с ВМС в полости матки, повышение частоты самопроизвольных абортов по сравнению с женщинами, забеременевшими после незамеченного выпадения внутриматочного контрацептива. J. Perlmutter [45] наблюдал больший процент самопроизвольных абортов при применении контрацептивов с медной оплеткой. А. Jain [36] считает, что находящееся рядом с плодным яйцом ВМС стимулирует

сокращения матки, увеличивает вероятность самопроизвольного аборта.

Другие исследователи диагностировали самопроизвольные аборт в 10 – 16% случаев, которые обычно проходили во второй половине беременности, преждевременные роды – в 10 – 20%. Р. Krieglsteiner наблюдал самопроизвольные аборт у женщин, забеременевших при ВМС *in situ*, в I триместре у 46,8%, в начале II триместра – у 53,1%, преждевременные роды – у 17,4%, мертворождения – у 1,9%.

По данным ВОЗ [3, 25], почти 50% случаев маточной беременности, возникшей на фоне ВМС, заканчиваются самопроизвольным абортom. Преждевременные роды у этих женщин наблюдаются в 4 раза чаще, чем в обычной популяции. Удаление ВМС на ранней стадии беременности снижает этот показатель на 50%. Однако другие авторы не диагностировали самопроизвольных абортов при беременностях, произошедших с контрацептивами их модели в полости матки. Н. Tatum [39] редко наблюдал преждевременные роды у таких женщин.

Большой процент осложнений при беременности, протекающей на фоне ВМС в полости матки, наблюдали Н. Hall [35]. Они применяли внутриматочные противозачаточные средства различного типа у 2330 женщин и наблюдали эффект в течение 20 444 циклов. Число беременностей, наступивших несмотря на наличие внутриматочного контрацептива, составило 136.

По мнению И.А. Мануиловой [7] лучше предложить женщине прервать беременность, если она наступила на фоне применения внутриматочного контрацептива. Некоторые авторы предлагают бережное удаление ВМС, не нарушая плодного яйца, на ранних сроках беременности. Другие исследователи считают, что если женщина согласна иметь ребенка, необходимости в извлечении контрацептива нет.

И.В. Кузнецова [6] отмечает, что «поскольку медь не оказывает тератогенного эффекта, беременность, возникшую на фоне ВМС, по желанию женщины можно сохранить; с целью снижения риска невынашивания беременности ВМС рекомендуется осторожно удалить; при невозможности удаления ВМС женщина должна быть информирована об угрозе невынашивания беременности».

Большинство авторов [40] не обнаружили возрастания частоты пороков развития или других повреждений плода, если беременность доношивалась при ВМС в матке, так как контрацептив обычно располагался экстраамниально или был покрыт плацентой. После родов внутриматочный контра-

цептив изгонялся вместе с оболочками или плацентой. Однако у 20% женщин ВМС может оставаться в полости матки после родов и подлежит удалению [41].

По данным ВОЗ [3,25], в 20% беременностей контрацептив остается в полости матки до родов, располагаясь в области плаценты, оболочек, и не приводит к акушерским осложнениям и уродствам плода. При возникновении беременности на фоне ВМС эксперты ВОЗ [3, 25] рекомендуют поступать следующим образом: 1) если женщина хочет сделать искусственный аборт, следует удалить ВМС и произвести выскабливание полости матки; 2) если женщина хочет сохранить беременность и нити видны, ВМС следует извлечь, осторожно их потянув; 3) если женщина хочет сохранить беременность, а нити не видны, необходимо провести тщательное обследование для выявления возможных осложнений. При наличии признаков внутриматочной инфекции и сепсиса обязательны кюретаж полости матки и терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Вопрос о возможности проведения мини-аборта при наличии ВМС в полости матки пока не изучен, хотя многие специалисты не видят противопоказаний к этой манипуляции.

Внимание специалистов занимает вопрос о взаимосвязи внутриматочной контрацепции и внематочной беременности, частота которой возросла в последние годы [33], в частности в Англии, Финляндии, США, Швеции [46]. Частота внематочной беременности у женщин, не применяющих ВМС, колеблется в пределах 0,08 – 1,5% [31].

М. Lehfeltd [39], V. Nesit [42], D. Grimes [34] диагностировали внематочную беременность у женщин с ВМС *in situ* чаще по сравнению с 1% в общей популяции. Другие авторы [31] также указывают на сравнительно частое наступление эктопической беременности при внутриматочной контрацепции. По данным M. Dini, B. Notol [30], ВМС играет определенную роль в возникновении трубной беременности, так как ее частота у женщин, не пользующихся контрацепцией, составляет 0,3 – 0,5%, при ВМС – 1,9 – 9,25%.

Женщины, в анамнезе которых отмечены эктопические беременности, имеют дополнительный повышенный риск их повторного возникновения. Анамнестические указания на эктопическую беременность не являются противопоказанием и не служат ограничением для введения ВМС, но требуют более внимательного отношения ко всем вероятным признакам внематочной бере-

менности. В целом следует отметить, что риск эктопической беременности на фоне применения медьсодержащих ВМС остается ниже, чем у женщин, не использующих контрацепцию [6].

Существует мнение, что частота внематочной беременности при наличии ВМС не выше, чем в контрольной группе [44]. При сравнении результатов применения пластиковых, медьсодержащих и прогестеронвыделяющих ВМС не установлено значительной разницы в частоте наступления эктопической беременности [33].

Имеется предположение, что частота внематочной беременности возрастает при увеличении срока пребывания ВМС. А. Jain [37] обнаружил внематочную беременность у 0,8% женщин, пользующихся ВМС до 1 года, и у 5% – в течение 3 лет и более.

Н. Tatum [47] изучали частоту внематочной беременности у женщин, применяющих медьсодержащие контрацептивы. Установлено возрастание числа эктопических беременностей: 1,6% при ношении ВМС в течение 1 года и 7,3% – более 2 лет. Авторы связывают увеличение частоты внематочных беременностей с тем, что количество их увеличивается и в общей популяции, а число маточных беременностей при более продолжительном использовании ВМС снижается. Поэтому наблюдается относительный рост числа эктопических беременностей.

Увеличение относительной частоты трубных и яичниковых имплантаций по сравнению с маточными объясняют прямым химическим действием секрета полости матки на бластоцисту и редким ретроградным забрасыванием маточного секрета в трубы [2].

Возможно, что основным фактором, связывающим ВМС с внематочной беременностью, является субклиническая инфекция внутренних половых органов.

Более высокую частоту внематочных беременностей по отношению к маточным у женщин – носительниц ВМС можно объяснить либо тем, что ВМС не предотвращает внематочную беременность так же эффективно, как маточную, либо возникновением инфекции, связанной с ВМС в трубах, что нарушает продвижение оплодотворенного яйца. Эти гипотезы не исключают друг друга. Оба фактора, по мнению авторов, могут играть роль и влиять на частоту внематочных беременностей у женщин с ВМС.

Противозачаточное действие ВМС снижается с увеличением расстояния между местом нахождения контрацептива и местом имплантации яйцеклетки [11]. Ис-

пользование ВМС снижает число маточных имплантаций на 99,5%, трубных – 95%, но не предотвращает яичниковой беременности [39]. Авторы наблюдали 45 внематочных беременностей у носительниц ВМС, из которых 5 были яичниковыми. У женщин, не пользующихся ВМС, соотношение между яичниковой и другими разновидностями эктопической беременности составляет 1:100.

При использовании ВМС описаны также единичные случаи брюшной беременности [43].

Диагностика внематочной беременности у женщин с ВМС *in situ* представляет определенные трудности, особенно при подостром течении, так как симптомы могут быть расценены как побочные реакции данного метода контрацепции [31].

Эксперты ВОЗ [3, 25] считают, что наличие внематочной беременности следует предполагать при любой беременности на фоне ВМС, при задержке менструации или нерегулярных кровянистых выделениях из влагалища с болезненными спазмами внизу живота. При внематочной беременности тест на беременность бывает положительным лишь в 40% случаев. Поэтому, если не удастся установить наличие маточной беременности, рекомендуется направить женщину в стационар для обследования и наблюдения. Выполняя выскабливание полости матки при подозрении на начальную стадию беременности у женщин с ВМС при недавнем его использовании, рекомендуется провести гистологическое исследование abortивного материала на наличие трофобластической ткани, чтобы исключить вероятность внематочной беременности.

Анализ статистических данных о связи между эктопической беременностью и внутриматочными контрацептивами позволил предположить экспертам ВОЗ [3, 25], что у женщин с ВМС риск внематочной беременности немного выше, чем у женщин, не пользующихся противозачаточными средствами. Эти данные, однако, трудно интерпретировать, так как женщины, пользующиеся и не пользующиеся ВМС, могут различаться и по ряду других показателей. По мнению автора, даже если признать, что применение ВМС влечет повышенный риск внематочной беременности, все же он невелик – 1–1,2 на 1000 женщин.

Список литературы

1. Аноприенко С. Современные методы контрацепции. – М.: Феникс, 2008. – 172 с.
2. Боров В.И. Гинекологическая заболеваемость женщин, длительно применяющих внутриматочные противозачаточные средства // Акушерство и гинекология. – 1987. – № 7. – С.45-47.

3. ВОЗ. Свод правил по применению средств контрацепции. – Женева, 2005. – 166 с.
4. Ерофеева П.В. Профилактика повторного аборта // Эффективная фармакотерапия. – 2010. – № 2. – С. 8–14.
5. Захарова Т.Г. Контрацепция как основной метод планирования семьи в работе семейного врача // Земский врач. – 2015. – № 3. – С. 5–11.
6. Кузнецова И.В. Современная внутриматочная контрацепция // Гинекология. – 2012. – № 4. – С. 62–67.
7. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. – М., 1993. – 213 с.
8. Пестова Т.И. Медико-социальные аспекты внутриматочной контрацепции и состояние здоровья женщин при ее сверхдлительном использовании / Пестова Т.И., Брюхина Е.В., Пестов А.С. // Гинекология. – 2003. – № 5. – С. 210–212.
9. Петров Ю.А. Клинико-морфологическая характеристика и онкологические аспекты применения внутриматочных контрацептивов: автореф. дисс. канд. мед. наук. – Краснодар, 1984. – 18с.
10. Петров Ю.А. Оценка онкологического риска внутриматочной контрацепции на основе цитологических исследований эндометрия // Вопросы онкологии. – 1985. – № 12. – С. 53–56.
11. Петров Ю.А. Состояние слизистой оболочки матки при длительной внутриматочной контрацепции // Российский медицинский журнал. – 1986. – № 5. – С. 102–103.
12. Петров Ю.А. Особенности гиперпластических процессов слизистой оболочки матки у женщин, применяющих внутриматочные контрацептивы // Вопросы охраны материнства и детства. – 1985. – № 11. – С. 67.
13. Петров Ю.А. Особенности митотического эндометрия при различных сроках применения внутриматочных контрацептивов // Российский медицинский журнал. – 1985. – № 11. – С. 100–101.
14. Петров Ю.А. Клинико-морфологическая характеристика и онкологические аспекты применения внутриматочных контрацептивов: дисс. канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 1984. – С. 165.
15. Петров Ю.А. Гистохимическое исследование гликогена в эндометрии женщин, применяющих внутриматочные противозачаточные средства / Петров Ю.А., Долженкова Л.М. // Акушерство и гинекология. – 1985. – № 9. – С. 57–58.
16. Петров Ю.А. Допустимая длительность применения полиэтиленовых внутриматочных контрацептивов / Петров Ю.А., Ковалева Э.А. // Акушерство и гинекология. – 1986. – № 7. – С. 40–41.
17. Петров Ю.А. Исследование полового хроматина эндометрия как теста для оценки безвредности внутриматочной контрацепции / Петров Ю.А., Ковалева Э.А. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1986. – № 9. – С. 72.
18. Петров Ю.А. Проллиферативные изменения слизистой оболочки матки / Петров Ю.А., Ковалева Э.А. // Вопросы онкологии. – 1986. – № 3. – С. 49–52.
19. Петров Ю.А. Состояние эндометрия при внутриматочной контрацепции / Петров Ю.А., Рымашевский Н.В., Ковалева Э.А. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1988. – № 3. – С. 59–62.
20. Петров Ю.А. Воспалительные заболевания органов малого таза при внутриматочной контрацепции / Петров Ю.А., Рымашевский Н.В., Павлова А.П. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1990. – № 11. – С. 57.
21. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 423 с.
22. Прилепская В.Н. Новые возможности и перспективы современной контрацепции // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 63–65.
23. Подзолкова Н.М. Современная контрацепция: новые возможности и критерии безопасности / Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Колода Ю.А. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. – 128 с.
24. Радзинский В.Е. Регулирование рождаемости в современном мире // Status Praesens. – 2013. – № 5. – С. 5–9.
25. Руководство ВОЗ «Медицинские критерии приемлемости использования некоторых методов контрацепции» ВОЗ. – 2009. 4-е издание.
26. Рымашевский Н.В. Внутриматочная контрацепция. / Рымашевский Н.В., Петров Ю.А., Ковалева Э.А. – Ростов-на-Дону: Издательство Ростовского университета, 1990. – 128 с.
27. Рымашевский Н.В. Слагаемые супружеского счастья. / Рымашевский Н.В., Петров Ю.А., Ковалева Э.А. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1995. – 416 с.
28. Чернышов В.Н. Любовь Семья Здоровье / Чернышов В.Н., Петров Ю.А., Орлов В.И. – М.: МЕДпресс-информ. – 2005. – 280 с.
29. Avecilla-Palau A, Moreno V. Uterine factors and risk of pregnancy in IUD users: a nested case-control study. *Contraception* 2003; 67: 33–7.
30. Dia M. Grossesses extra-uterines chez les femmers porteus chez les femmes porteuses dun sterilite. A propos de 19 nouvelles observations / Dia M, Notol B. // *Rev.frans.Gynec.* – 1989. – № 6. – P. 429–433.
31. Ebeling K. Exstrauteringraviditat und intrauterinpressar // *Zbl.Gynak.* – 1991. – № 8. – P. 260–263.
32. Gaja R. La contraceptionrauterine et ses complications / Gaja R., Bosacki C.E. // *J.Med.Lyon.* – 1991. – № 52. – P. 371–378.
33. Gibor Y. Grossesse extra-eterine et IUD / Gibor Y., Pharriss B. // *Contracept.Fertil.Sex.* – 1990. – № 2. – P. 109–120.
34. Grimes D. // *J.A.M.A.* – 1996. – V. 265 –P. 69–75.
35. Hall H. A comparative evaluation of intrauterine contraceptive devices // *Amer. Obstet. Gynec.* – 1993. – № 5. – P. 671–681.
36. Jain A. Analysis of Intrauterine Contraception. – Amsterdam, 1995. – P. 3.
37. Jain A. Regulation of guman Fertiliti. – Copengagen, 1997. – P. 361–379.
38. Jaworski E. Przypadek przebicis macy pelta antyconcepcyjina Kippessa // *Pol. Tyd. Lek.* – 1994. – № 1. – P. 21–22.
39. Lehfeldt H. Intrauterine Pessare (IUD) // *Zbl.Gynak.* – 1997. – № 24. – P. 1473–1483.
40. Mishell D. Intrauterine Devices // *Clin. Obstet. Gynec.* – 1989. – № 1. –P. 27–37.
41. Nahmanovici C. Grossesses sur sterilet // *Contracept. Fertile. Sex.* – 1989. – № 5. – P. 341–347.
42. Nesit V. Histologie endometria u Krvaceni pri UID in situ // *Cs. Gynec.* – 1995. – № 6. – P. 427–431.
43. Obolensky W. Schwangerschalten bei liegendem an Intrauterinpressar // *Geburtsh. U. Frauenheilk.* – 1995. – № 8. – P. 632–639.
44. Ory H. A review of the association between IUD s and acute pelvic inflammatory disease *J.Reprod.* – 1988. – № 4. – P. 200–204.
45. Permuter J. Pregnancy and the IUDs // *J.reprod.med.* – 1988. – № 3 – P. 133–137.
46. Sivin I. Cooper-T use and ectopic pregnancy rates in the United States // *Contracept.* – 1989. – № 2. – P. 151–174.
47. Tatum H. Contraception and sterilization practicies and extrauterine pregnancy: a realistic perspective // *Fertil.Steril.* – 1987. – № 28. – P. 407–421.