

В.И.Харленок, Н.С.Дейкало,
Л.Я.Супрун, А.Ю.Журавлев,
В.Г.Дородейко, Н.И.Киселева

Витебский государственный
медицинский университет,
ЗАО «Медицинское предприятие
Симург», г. Витебск

Новый подход к внутриматочной контрацепции на основе использования белорусских ВМС

Для Республики Беларусь актуальной является разработка новых технологий применения внутриматочной контрацепции, которые позволили бы повысить безопасность применения внутриматочных противозачаточных средств (ВМС) за счет снижения количества осложнений и неудач, так как этот метод является в нашей стране наиболее популярным.

Целью нашего исследования являлась разработка и внедрение дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции на основе использования ряда моделей отечественных ВМС, конструктивные особенности которых позволяют рекомендовать оптимальное внутриматочное средство для каждой конкретной женщины.

Разработанный метод дифференцированного применения внутриматочных противозачаточных средств, основан на введении в полость матки предварительно индивидуально подобранного контрацептива, являющегося наиболее приемлемым для данной женщины, учитывая данные анамнеза, предполагаемый срок использования контрацептива, планы женщины на будущее деторождение, а также время введения контрацептива. Предложенный метод внедрен в ряде регионов Республики Беларусь.

Результаты внедрения дифференцированного подхода к использованию ВМС свидетельствуют о достаточно высокой эффективности метода, установлено увеличение числа женщин, использующих внутриматочные контрацептивы при одновременном уменьшении количества аборт, снижении частоты ряда осложнений (экспульсий, воспалительных заболеваний гениталий, кровотечений). Отмечена большая доступность, так как цена отечественных внутриматочных контрацептивов в 7-10 раз ниже цены импортных.

Демографическая ситуация в Республике Беларусь и странах СНГ характеризуется ухудшением состояния здоровья населения, увеличением общей смертности, снижением рождаемости, отрицательным приростом населения. Так, в нашей республике общая смертность увеличилась с 12,6 ‰ в 1991 году до 16 ‰ в 1999 году, рождаемость за эти годы снизилась с 12,4 ‰ до 8,48 ‰, отрицательный прирост населения за 1999 год составил 7 ‰ [11]. В то же время отмечается чрезмерное распространение искусственных аборт, которые наносят невосполнимые потери здоровью женщин и фактически являются основным методом регуляции рождаемости. Страны СНГ занимают одно из первых мест в мире по количеству производимых аборт, так как современные методы контрацепции не получили еще необходимого широкого применения, отмечается недооценка важности планирования семьи, недостаточная грамотность населения в вопросах контрацепции, необоснованная настороженность к применению ряда современных методов предохранения от беременности.

Внутриматочная контрацепция, согласно данным опроса Министерства здравоохранения Республики Беларусь совместно с Европейским Бюро ВОЗ, является наиболее предпочитаемым методом предупреждения беременности, его хотели бы применять более половины опрошенных женщин, использующих различные противозачаточные средства. В результате проведенного нами изучения применения средств планирования семьи в г. Витебске установлено, что различные методы предохранения от беременности используют 26,9 % подростков, 31,4 % женщин раннего и 41,9 % позднего репродуктивного возраста. Наиболее популярны презерватив (63 %), прерванный половой акт (56 %) и календарный метод (45 %). Хотели бы

применять внутриматочную контрацепцию 46 % опрошенных женщин и 26 % - оральные гормональные препараты.

По данным статистических отчетов, ВМС с целью предупреждения беременности используют в последние годы 19 % российских и около 20 % белорусских женщин фертильного возраста, гормональные противозачаточные средства применяют 4-6 % женщин детородного возраста как в России, так и в Беларуси [1, 9, 11].

Внутриматочная контрацепция полностью отвечает современным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам. Метод является высокоэффективным, обратимым, не требует согласия и участия партнера, применение его не связано с половым актом. Беременность наступает сразу после прекращения использования метода. ВМС не обладают общим влиянием на организм женщины, не усугубляют течение экстрагенитальных заболеваний, антифертильное действие не снижается на фоне приема различных лекарственных препаратов [2, 10]. Метод доступен любым социальным слоям населения из-за невысокой стоимости, особенно при использовании отечественных внутриматочных контрацептивов, цена которых в 7-10 раз ниже импортных.

Необходимо отметить, что в настоящее время не существует идеального способа контрацепции со 100 % эффективностью, который можно было бы рекомендовать каждой женщине. Все современные методы имеют противопоказания к применению, использование их сопровождается рядом побочных эффектов, неудач и осложнений. Осложнения и неудачи при внутриматочной контрацепции обусловлены местными реакциями, возникающими в полости матки, в первую очередь в местах контакта «ВМС-эндометрий», их проявления уменьшаются при оптимально подобранном средстве, что ведет к повышению эффективности и приемлемости метода. Поэтому актуальным является создание современных технологий применения внутриматочных противозачаточных средств.

Не вызывает сомнений, что успешное применение современных высокоэффективных методов регуляции фертильности возможно только при предоставлении пациентке информации и полного комплекса различных противозачаточных средств. При этом решающее значение в выборе того или иного метода контрацепции принадлежит женщине, подробно ознакомленной с преимуществами и

недостатками как рекомендуемого ей, так и других способов предупреждения нежелательной беременности. Таким образом, осуществляется первичный уровень дифференцированного подхода к выбору метода контрацепции, когда определяется конкретный, наиболее приемлемый и желанный для данной пациентки способ. В дальнейшем (второй уровень) определяется конкретный препарат, который будет применять женщина, учитывая ее возраст, планы на будущее деторождение, состояние здоровья и т.д. Такой подход уже успешно используется при гормональной контрацепции. В отличие от гормональных средств подбор оптимальной для данной пациентки модели внутриматочного контрацептива не осуществляется из-за унификации подавляющего большинства современных ВМС, выбор внутриматочного средства обусловлен его наличием в аптечной сети.

До настоящего времени отсутствует индивидуальный подход к определению модели ВМС в зависимости от времени установки (традиционные сроки, после родов, аборта и т.д.), не принимаются во внимание возраст, данные анамнеза, не учитывается предполагаемый срок использования, планы женщины на будущее деторождение. Это снижает эффективность внутриматочной контрацепции, ограничивает круг пациенток, ведет к необоснованному росту осложнений и неудач.

Эффективность внутриматочной контрацепции также зависит от пространственного соотношения ВМС и полости матки, времени введения и строгого соблюдения при этом техники и правил установки различных моделей контрацептива, информированности пациентки о возможных осложнениях и их ранних симптомах, качества последующего медицинского наблюдения.

В Республике Беларусь имеются условия для применения индивидуального, дифференцированного подбора модели ВМС каждой пациентке. С 1991 года медицинским предприятием «Симург» промышленно выпускаются 7 различных моделей внутриматочных противозачаточных средств (рис. 1, 2).

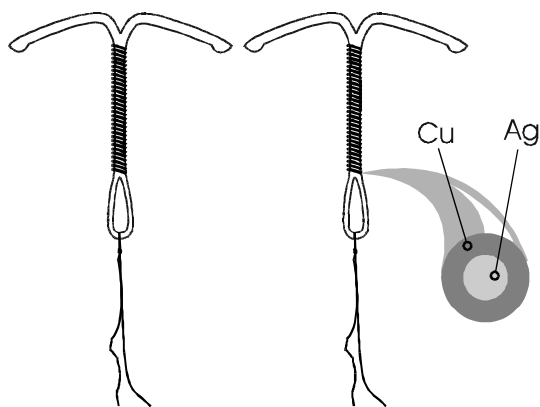


Рис. 1. ВМС «Юнона Био-Т», «Юнона Био-Т Ag».

ВМС «Юнона Био-Т», «Юнона Био-Т Ag». Якорь ВМС изготовлен из полиэтилена высокого давления. Вокруг вертикального стержня якоря имеется медная оплетка, в серебрисодержащем контрацептиве - серебряный сердечник внутри медной проволоки. На конце стержня петля для крепления двух бесцветных трансцервикальных нитей. Длина якоря - 36 мм, ширина - 32 мм. Форма якоря ВМС, в первую очередь, плечиков и угла их расхождения, обеспечивает оптимальное пространственное расположение средства в полости матки (высокое стояние контрацептива и его прижатие к дну матки при ее физиологических сокращениях).

ВМС «Юнона Био-Т Super», на центральный стержень якоря и плечики контрацептива нанесен тонкий слой препарата прополиса, обладающего выраженным бактерицидным и дезинфицирующим действием. Преимуществом прополиса перед другими антибактериальными средствами является сохранение бактерицидных свойств при высыхании препарата в виде тонкой пленки на поверхности ВМС, которая при взаимодействии с биологически активными жидкостями (маточная среда) постепенно растворяется, проявляя при этом свои бактерицидные качества. Это свойство используется для профилактики воспалительных осложнений внутриматочной контрацепции, которые возникают в начальный период применения ВМС и в основном связаны с бактериальной обсеменением эндометрия микрофлорой нижних отделов полового тракта во время введения контрацептива. Даже самое строгое соблюдение правил асептики и антисептики при введении ВМС не предотвращает микробной инвазии в полость матки, при этом микроорганизмы преимущественно эндогенными анаэробами и микроаэрофилами, стерильность

восстанавливается только через 30-40 дней после установки контрацептива.

Введение: техника «изъятия», диаметр вводной трубки - 4,1 мм. Длительность эксплуатации - 5 и 7-8 лет, в зависимости от модели.

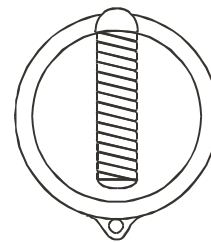


Рис. 2. ВМС кольцеобразной формы «Юнона Био-Т», «Юнона Био-Т Ag»

ВМС кольцеобразной формы «Юнона Био-Т», «Юнона Био-Т Ag». Внутриматочное противозачаточное средство состоит из пластикового замкнутого кольца с внутренним стержнем с медной оплеткой.

В модели «Юнона Био-Т Ag» имеется серебряный стержень внутри медной проволоки. Диаметр кольца размера № 1 - 18 мм; размера № 2 - 24 мм. Поставляется с полимерной вводной трубкой диаметром 4 мм и толкателем.

Отличительной особенностью средства является его форма и наличие двух размеров, что позволяет использовать данный контрацептив как у рожавших (№ 2), так и у нерожавших женщин (№ 1).

Кольцеобразная форма контрацептива практически исключает его экспульсию, это позволяет рекомендовать его широкое применение непосредственно после производства абортов, вакуум-аспирации, в послеродовом периоде, а также у женщин, имеющих в анамнезе самопроизвольное изгнание ВМС других моделей.

ВМС «Юнона Био-Т» кольцеобразной формы является контрацептивом выбора для пациенток, страдающих истмикоцервикальной недостаточностью (ИЦН).

Все описанные модели ВМС прошли соответствующую сертификацию, разрешены к применению практически во всех государствах СНГ. Внутриматочный контрацептив «Юнона Био-Т» имеет Европейский сертификат качества. Медицинское предприятие «Симург» в 1996 году отмечено международной премией «Факел Бирмингама», а в 1999 году - дипломом «VID» (Испания) за качество ВМС.

Широкий спектр моделей белорусских внутриматочных средств позволяет использовать дифференцированный подход к

предупреждению беременности с помощью ВМС. Аналогов такого подхода при внутриматочной контрацепции не существует (табл. 1).

Метод дифференцированного применения внутриматочных средств контрацепции разработан Ю.В. Журавлевым, он основан на индивидуальном подборе ВМС в зависимости от данных анамнеза (наличие ИЦН, воспалительных заболеваний, экспульсий ВМС в прошлом), предполагаемого срока использования и планов женщины на будущее деторождение, времени введения.

Для длительной контрацепции применяются серебросодержащие модели ВМС «Юнона Био-Т Ag», серебряный сердечник в медной оплетке этих моделей обеспечивает противозачаточное действие в течение 7-8 лет.

Для сравнительно непродолжительной контрацепции между родами (4-5 лет) используют средства с чисто медным включением «Юнона Био-Т».

Нерожавшим женщинам рекомендуются контрацептивы значительно меньших размеров - кольцеобразное средство «Юнона Био-Т» № 1.

Таблица 1. Дифференцированный выбор модели ВМС серии «Юнона» по Ю.В.Журавлеву

Группа женщин	Рекомендуемая модель
Длительная (7-8 лет) контрацепция	«Юнона Био-Т Ag», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Контрацепция между родами (4-5 лет)	«Юнона Био-Т»
Для нерожавших женщин	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
Посткоитальная контрацепция нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
рожавшие	«Юнона Био-Т», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Внутриматочная контрацепция сразу после удаления предшествующего ВМС в связи с завершением срока ношения	«Юнона Био-Т Ag», «Юнона Био-Т Super», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Контрацепция после аборта или вакуум- аспирации	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
рожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	«Юнона Био-Т Super»
Наличие в анамнезе беременностей на фоне Т-образных ВМС или их экспульсий	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
ИЦН органического или функцио- нального характера	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2

Желающим начать контрацепцию ВМС непосредственно после прерывания беременности путем медицинского аборта или вакуум-аспирации, нерожавшим женщинам вводится кольцеобразный контрацептив № 1, рожавшим женщинам – № 2.

Пациенткам, страдающим ИЦН, имевшим в прошлом экспульсии ВМС, применяются модели «Юнона Био» и «Юнона Био-Т Ag» кольцеобразной формы № 2. Особенности конструкции кольцеобразных средств обеспечивают их высокое расположение в матке и практически исключают самопроизвольное изгнание.

При наличии в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза используются ВМС «Юнона Био-Т Super», в состав медикаментозного включения этой модели входят препараты прополиса, обладающие дезинфицирующим и антимикробным действием.

Женщинам, желающим продлить контрацепцию ВМС сразу после извлечения предшествующего внутриматочного контрацептива в связи с завершением срока ношения, рекомендуются модели «Юнона Био-Т Ag» и «Юнона Био-Т Super».

Посткоитальная контрацепция: используется для нерожавших женщин

контрацептив кольцеобразной формы «Юнона Био-Т» № 1, а для рожавших - «Юнона Био-Т» или кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» № 2.

Установка ВМС только в последние дни menses существенно ограничивает его доступность, необоснованно увеличивая промежуток между решением женщины и фактическим началом контрацепции.

Внутриматочные средства можно вводить [2, 10]:

- в любой день менструального цикла, при уверенности в отсутствии беременности (наиболее целесообразно с 4 по 19 день);
- в день проведения медицинского аборта, произведенного методом вакуум-аспирации или выскабливания матки;
- в течение 48 часов после нормальных родов;
- через 5-6 недель после неосложненных родов (на фоне лактационной аменореи, при восстановлении менструаций);
- сразу после извлечения ВМС, срок использования которого истек, при желании женщины продолжить внутриматочную контрацепцию;
- с целью посткоитальной контрацепции на 3-4 день после незащищенного полового акта;
- после кесарева сечения строго индивидуально, лучше спустя 3-4 месяца;
- после перенесенного воспалительного процесса половых органов не ранее 6-8 месяцев (при отсутствии обострения).

Материалы и методы исследования

Нами с 1998 года проводилась проспективное наблюдение за 869 пациентками, ВМС которым вводились в соответствии с разработанным и предложенным Ю.В. Журавлевым методом дифференцированного применения различных моделей отечественных внутриматочных контрацептивов. Диспансерное наблюдение в течение 12-18 месяцев осуществлялось при помощи специально разработанной анкеты, которая состояла из 4 частей и включала в себя 133 вопроса. Дифференцированный подход к применению белорусских ВМС внедрен в ряде областей Республики Беларусь (западный и восточный регион, областные центры и районы): г. Витебск, г. Новополоцк (Витебская обл.), г. Бобруйск и Бобруйский район (Могилевская обл.), г. Гродно, г. Щучин

(Гродненская обл.), г. Речица (Гомельская обл.).

Контрацептивы устанавливались по желанию женщин в соответствии с принципами дифференцированного подхода к выбору модели ВМС, в рекомендуемые (расширенные) сроки; в том числе и непосредственно после прерывания беременности, произведенного путем вакуум-аспирации, медицинского аборта, после родов.

Обследование женщин перед установкой ВМС осуществлялось в общепринятом объеме. Кроме того, женщинам, имеющим в анамнезе воспалительные заболевания половых путей, а также при введении ВМС после вакуум-аспирации или медицинского аборта, до операции производилась кольпоскопия и посев из влагалища на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

После установки ВМС назначался прием доксицилина в течение двух дней по 0,1 мг 2 раза в день и аспирина в течение трех дней по 0,25 мг 2 раза в день. При наличии воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе, а также при введении ВМС после вакуумаспирации или медицинского аборта, такая профилактика осложнений была обязательна, при этом длительность антибактериальной терапии иногда увеличивалась до 4-5 дней. Выбор антибиотика (или отказ от него) осуществлялся по усмотрению лечащего врача. Аспирин иногда заменялся другим ингибитором простагландиногенеза. Препараты этой группы назначались также во время месячных (1-3 день) в течение 3 менструальных циклов после введения ВМС.

Плановая повторная явка рекомендовалась после следующей менструации (желательно к врачу, установившему ВМС). При этом производился осмотр женщины, заполнялась вторая часть анкеты, осуществлялось взятие мазков из «U» и «C» на «Gn».

Следующий осмотр женщины назначался после третьих месячных, обследование производилось в объеме, указанном ранее. По показаниям дополнительно производилось УЗИ, кольпоскопия и посев на флору и чувствительность к антибиотикам.

Очередной и последующие осмотры и обследование проводились через 6 месяцев в том же объеме.

При возникновении осложнений или появлении жалоб у пациентки рекомендовалось срочное обращение к врачу. Контрацептив извлекался по истечении срока ношения, в любое время по желанию

женщины, при возникновении соответствующих медицинских показаний.

При помощи математических программ проведен ввод анкет и статистическая обработка результатов применения белорусских ВМС с учетом дифференцированного подхода.

Эффективность внутриматочной контрацепции оценивалась по числу беременностей, наступивших в процессе применения ВМС (индекс Пирля), приемлемости, распространенности, частоте развития осложнений, которые явились причиной преждевременного удаления контрацептива. Опосредованно об эффективности предложенного метода дифференцированного применения внутриматочных контрацептивов можно было судить по снижению частоты аборт и увеличению числа женщин, использующих данный метод предупреждения беременности.

Индекс Пирля вычисляется по формуле: A (число незапланированных беременностей) делится на B (суммарное количество месяцев использования данного метода всеми пациентками) и умножается на 1200 (количество менструальных циклов за 100 лет). Значение индекса Пирля лежит в диапазоне от 0 (неудачи в применении метода отсутствуют) до 1200 (если у всех женщин беременность наступила в течение первого месяца использования ВМС).

Приемлемость метода определялась количеством женщин, которые продолжали использовать данный способ предохранения

от беременности к концу первого года применения ВМС.

Распространенность - это количество женщин, использующих внутриматочную контрацепцию, которая рассчитывается по абсолютным или относительным показателям (на 1000 женщин фертильного возраста или процент от всех женщин детородного возраста).

Результаты и обсуждение

Внутриматочную контрацепцию в основном использовали женщины раннего репродуктивного возраста (79,85 %), этот метод выбрали также 12,13 % женщин в возрасте 36-40 лет, а также 5,44 % старше 40 лет. Большинство наблюдаемых пациенток проживало в городах (82 %) и лишь 18 % в сельской местности. С целью предохранения от беременности внутриматочные средства применяли 56 % служащих и 28 % неработающих женщин, сельскохозяйственные рабочие составили только 16 %. Предупреждали нежелательную беременность с помощью ВМС в подавляющем большинстве замужние (92,1 %) и ведущие регулярную половую жизнь (94,98 %) пациентки, однако этот метод избрали также 7,9 % незамужних и 5,02 % имеющих нерегулярные половые контакты женщин. Имели в анамнезе беременности и роды 94,56 % женщин, 1,65 % - не рожали и 3,77 % - не беременели.

Методы, используемые наблюдаемыми женщинами в прошлом, представлены на диаграмме (рис.3).

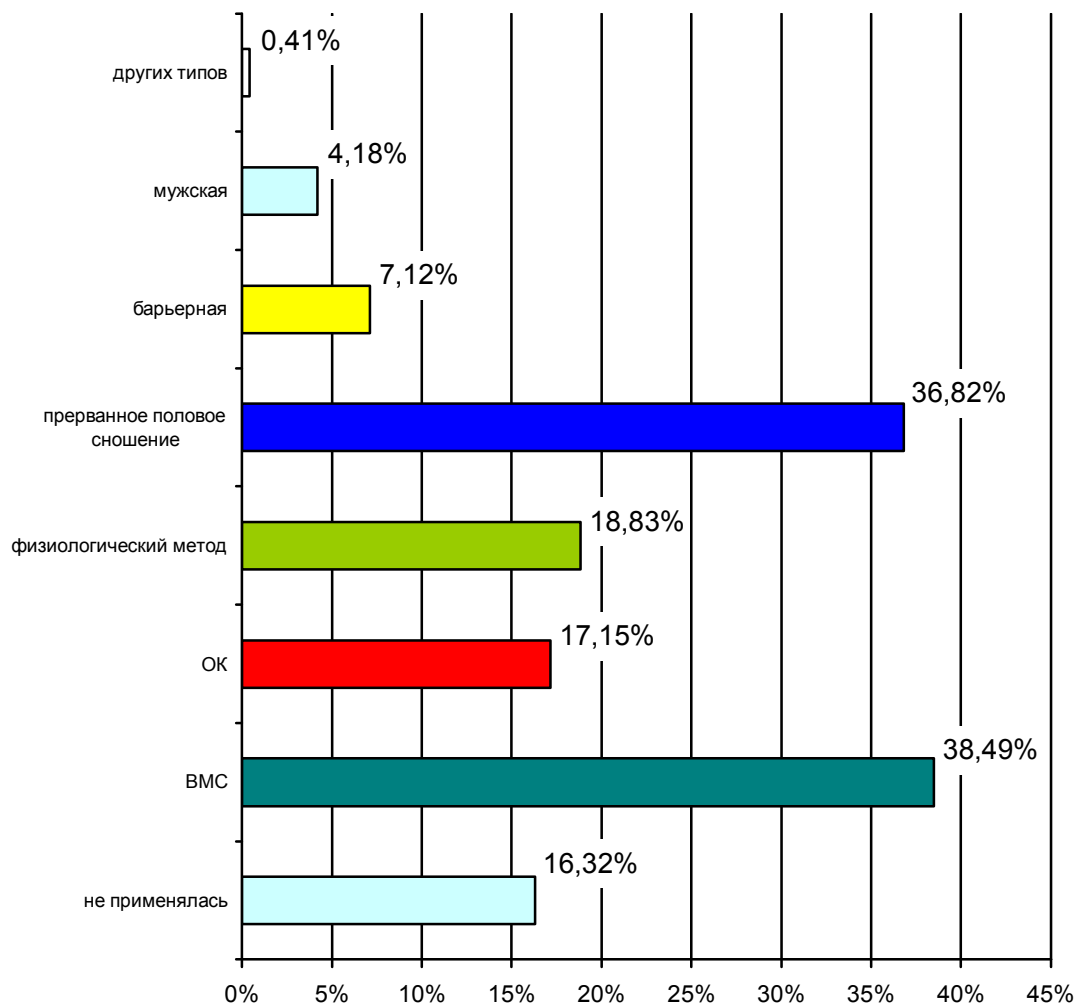


Рис. 3. Ранее применяемые методы контрацепции

Из представленных данных видно, что применяли ранее и снова выбрали ВМС более трети пациенток.

В анамнезе у 16 % пациенток были воспалительные заболевания половых органов, у 18 % неудачи при использовании внутриматочной контрацепции (экспульсии, беременность), у 4 % диагностирована ИЦН. Эта патология могла оказать негативное влияние на применение ВМС.

Во время введения внутриматочного контрацептива у 8,69 % женщин отмечалась боль, которая прошла самостоятельно в течение нескольких минут. Боль наблюдалась в основном у нерожавших и небеременевших женщин, что может быть связано с узостью цервикального канала и небольшими размерами матки. Таких осложнений, как кровотечения, вазо-вагальная реакция, перфорация матки во время установки ВМС не наблюдалось. В некоторых случаях возникла необходимость расширения цервикального канала у женщин, которые перенесли операции на шейке матки.

В процессе адаптации к внутриматочному средству изменения месячных (удлинение,

увеличение кровопотери) отмечали в первое посещение врача после введения ВМС 10,87 %, во второе – 7,9 %, в третье – 2,09 % пациенток. При появлении этих жалоб назначалась фитотерапия, аскорутин, викасол, хлористый кальций, в результате чего эти изменения не привели к анемии и практически все женщины продолжали использовать внутриматочную контрацепцию.

Сформированы группы женщин в зависимости от времени введения внутриматочных противозачаточных средств:

- 1) в различные дни менструального цикла;
- 2) после медаборта путем кюретажа матки;
- 3) после прерывания беременности путем вакуум-аспирации;
- 4) через 5-6 недель после родов, в том числе на фоне лактационной аменореи;
- 5) в традиционные сроки (3-4 день месячных).

Настороженно отнеслись врачи и пациентки к введению ВМС с целью экстренной контрацепции и всего в трех случаях внутриматочное средство введено сразу после извлечения «старого».

Осложнений в процессе наблюдения за этими женщинами не установлено.

Осложнения, которые явились причиной преждевременного удаления ВМС в этих группах, представлены в таблице № 2.

Таблица 2. Причины удаления ВМС в зависимости от времени введения

Причины удаления ВМС	ВМС введено				
	на 3-5 день мenses, %	на 6-14 день менструального цикла	после аборта	после вакуум-аспирации	после родов (5-6 недель)
Беременность	0,49	0	0,6	0	2,94
Экспульсия полная	0,49	0	0	0	25,89
Экспульсия частичная	1,49	0	1,8	2,7	0
Кровотечение	0,49	1,75	1,2	2,7	0
Другие медицинские причины	1,99	0,6	1	0	2,94
Личные причины	1	0	0	0	0
Всего поставлено	201	57	166	37	34
Всего удалено (абс.)	11	1	7	2	4
Всего удалено (%)	5,47	1,75	4,20	5,41	11,76

Из представленных данных видно, что осложнения встречались чаще в группе женщин, которым ВМС вводились на 5-6 неделе после родов. Основным осложнением была экспульсия, в также беременность при недиагностированной частичной экспульсии. Кормление грудью не влияло на частоту этого осложнения, хотя некоторые авторы считают, что в этих случаях риск экспульсии ВМС выше в связи с тем, что инволюция матки у кормящих женщин протекает интенсивнее, чем у не кормящих [10]. По данным литературы [2, 9, 10], меньше осложнений отмечается, если ВМС вводится квалифицированным врачом, близко к дну матки в течение первых 10 минут, 48 часов или через 6-8 недель после родов.

Традиционные сроки, которые продолжают предпочитать врачи, не являются оптимальными, т.к. большое количество (5,47: %) осложнений отмечалось при установке внутриматочных контрацептивов на 3-5 день менструального цикла. Лучшие результаты и меньшее число осложнений (1,75 %) наблюдалось в группе пациенток, ВМС которым вводили на 6-14 день менструального цикла. Динамическое ультразвуковое исследование в различные фазы менструального цикла свидетельствует об оптимальном расположении внутриматочного средства в полости матки и минимальных физиологических сокращениях матки в первую фазу (7-9 день), что объясняет минимальное количество осложнений при установке ВМС в этот период [3].

Также сформированы группы женщин, внутриматочные контрацептивы которым устанавливали с учетом индивидуальных особенностей, данных анамнеза, планов на будущее деторождение, согласно предложенному дифференцированному подходу:

- 1) нерожавшие женщины - 5,52 %;
- 2) желающие длительно использовать ВМС – 46,6 %;
- 3) применяющие ВМС в интервале между родами – 32,22 %;
- 4) пациентки, страдающие ИЦН, – 3,79 %;
- 5) женщины, имеющие в анамнезе неудачи применения ВМС (экспульсии, беременности на фоне ВМС) - 18 %;
- 6) женщины, перенесшие в прошлом воспалительные заболевания гениталий, – 15,42 %.

На протяжении всего периода наблюдения за 869 женщинами установлены следующие осложнения, которые явились причиной преждевременного удаления ВМС: маточная беременность (0,57 %); кровотечения (1,38 %); полная экспульсия (1,96 %); частичная экспульсия (1,03 %). Необходимо отметить, что осложнения встречались в группах женщин, применяющих ВМС с целью длительной контрацепции и предупреждения беременности между родами. У нерожавших женщин, имеющих в анамнезе ИЦН, воспалительные заболевания половых органов, неудачи при использовании внутриматочной контрацепции в прошлом, осложнений установлено не было. Отсутствие осложнений определило более

тщательное обследование накануне установки ВМС и качественное последующее наблюдение.

Самопроизвольное изгнание ВМС в подавляющем большинстве случаев отмечено в течение первых 3-х месяцев использования, чаще при введении после родов. Причем треть пациенток жалоб не предъявляли, и экспульсию диагностировали при плановом посещении женщиной женской консультации, когда врач обнаруживал удлинение или отсутствие нитей. Две трети женщин обратились в женскую консультацию экстренно с жалобами на кровотечение и боли внизу живота. УЗИ позволило рано диагностировать частичную экспульсию.

При кровотечении все пациентки обращались в женскую консультацию экстренно в течение первых трех месяцев использования внутриматочной контрацепции с жалобами на мено- или метроррагии.

Маточная беременность была диагностирована через 7-15 месяцев применения ВМС. У трех женщин причиной преждевременного изъятия внутриматочного контрацептива явилась непереносимость меди, которая проявлялась в виде сыпи, головных болей, повышения артериального давления.

Причинами удаления ВМС в раннем репродуктивном возрасте были в основном экспульсии и беременность, у женщин старше 40 лет – кровотечение. В возрасте 36-40 лет все женщины продолжали пользоваться внутриматочной контрацепцией.

Тщательное обследование пациенток накануне введения ВМС предопределило отсутствие воспалительных заболеваний половых органов у наблюдаемых нами женщин. Соблюдение правильной техники и осторожности при введении ВМС привело к отсутствию такого грозного осложнения, как перфорация матки.

Оценка эффективности предложенной системы дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции проводилась также по индексу Пирля, который составил 0,55 за время использования ВМС серии «Юнона».

Приемлемость, т.е. количество женщин, продолжающих использовать этот метод контрацепции к концу первого года применения ВМС, составила в среднем 94,2 %, в том числе при введении ВМС после родов – 88,2 %; на 3-5 день менструального цикла – 94,5 %; после медицинского аборта – 95,8 %; после вакуум-аспирации – 94,6 % и на 6-14 день менструального цикла – 98,2 %.

Внедрение дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции в практическое здравоохранение, организация кабинетов планирования семьи в женских консультациях привели к снижению количества аборт в Республике Беларусь в 1998 году на 13 %, в 1999 году – на 8 %. В Витебской области в 1999 году произведено аборт на 22 % меньше, чем в 1998.

Вместе с тем, вдвое увеличилось количество женщин, применяющих ВМС с целью предохранения от беременности. В Витебской области в 1998 году введено 7107 внутриматочных контрацептивов, в 1999 году – 12152; в том числе в г.Витебске в 1998 году – 1639, в 1999 году – 3262. Общее количество женщин Витебской области, применяющих этот метод предупреждения беременности, увеличилось за год с 68252 до 72979 человек.

Низкий процент осложнений свидетельствует о том, что правильный подбор модели ВМС, соблюдение техники введения, правильная организация последующего наблюдения за женщинами значительно повышает эффективность метода.

Необходимо отметить, что использование белорусских ВМС делает этот метод более доступным, так как стоимость отечественных контрацептивов в 7-10 раз ниже, чем импортных..

Заключение

Внедрение дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции имеет особое значение для Беларуси, так как данный способ предохранения от беременности является наиболее популярным и его хотели бы использовать более половины женщин фертильного возраста, аналогичная ситуация и в большинстве других государств СНГ. Результаты внедрения дифференцированного подхода к использованию ВМС свидетельствуют о достаточно высокой эффективности и приемлемости метода. Отмечено снижение количества осложнений, которые наносят невосполнимый вред здоровью женщин. Установлено увеличение числа женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, при одновременном уменьшении количества аборт. При использовании белорусских ВМС этот метод контрацепции стал более доступным из-за низкой их стоимости по сравнению с импортными аналогами.

Важное значение при внедрении метода имеет тщательный подход к выбору той или иной модели ВМС, техники и времени введения средства и организация последующего наблюдения за пациентками.

Схематично результаты внедрения дифференцированного подхода к применению

ВМС представлены на рисунке № 4.

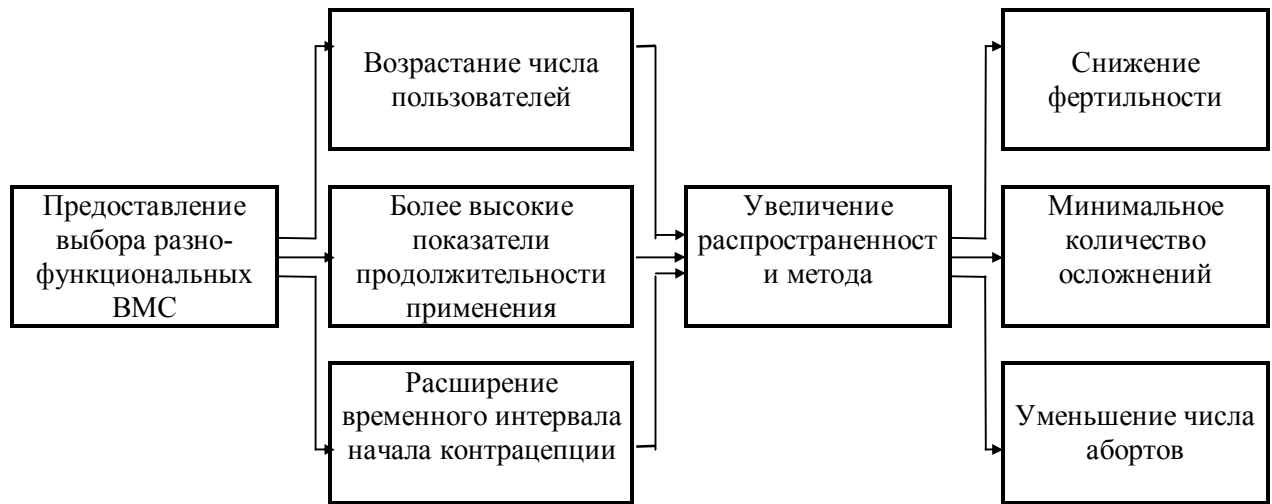


Рис.4. Влияние дифференцированного подхода к применению ВМС на распространение контрацепции и фертильность.

Таким образом, многообразие спиралей «Юнона» с их конкретным предназначением, учитывающим многообразие факторов, позволяет использовать дифференцированный, индивидуальный подход к внутриматочной контрацепции в каждом конкретном случае, что расширяет возможности безопасного, эффективного, экономически наиболее выгодного планирования семьи.

Предложенную систему дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции необходимо рекомендовать для широкого практического применения.

Литература

1. Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. *Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России* М., 1999. 168 с.
2. Блюментал П., Макинтош Н. *Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции. 1996-1998.*
3. Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г., Супрун Л.Я. *Внутриматочная контрацепция. Витебск. 1997. 110 с.*
4. Корхов В.В. *Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов, Спб, «Специлитература», 1996. 171 с.*
5. Кулаков В.И. *Медико-социальные и организационные аспекты планирования семьи в России // Ж. Планирование семьи в Европе, № 2, С. 15-18.*
6. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Гудкова М.А. *Контрацепция после аборта // Ж. Акуш.и гин. 1996, № 6, С. 6-7.*
7. Кулаков В.И., Голубев В.А. *Роль новых медицинских технологий в акушерстве, гинекологии и перинатологии // Ж. Акуш.и гин. 1999, № 2, С. 3-7.*
8. Мануилова И.А. *Современные контрацептивные средства. М, 1993. 200 с.*
9. Прилепская В.Н., Фролова О.Г., Яглов В.В. *Проблемы контрацепции после родов, возможности и особенности применения внутриматочных средств // Ж. Акуш.и гин. 1998, № 6, С. 6-10.*
10. Роберт А. Хетчел, Дебора Ковал, Фелисия Гест и соавт. *Руководство по контрацепции. 1994. 504 с.*