

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К ПРИМЕНЕНИЮ БЕЛОРУССКИХ ВМС.

Методические рекомендации

Витебск – 2000г.

Основное учреждение разработчик:

Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии.

Авторы:

Доцент Журавлев Ю.В., профессор, заслуженный деятель науки РБ Л.Я.Супрун, доцент Харленок В.И., доцент Дейкало Н.С., Журавлев А.Ю.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Минского государственного медицинского института, академик БелАМН, профессор Г.И.Герасимович

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Витебского государственного медицинского университета, профессор Занько С.Н.

Ответственный за выпуск:

Проректор по НИР Витебского государственного медицинского университета, профессор О.-Я.Л.Бекиш

В методических рекомендациях изложены показания и противопоказания для применения внутриматочной контрацепции, дана характеристика различных моделей ВМС. Впервые описан дифференцированный подход к использованию белорусских внутриматочных контрацептивов в зависимости от анамнеза, индивидуальных особенностей организма женщины, времени введения. Представлена различная техника установки, даны рекомендации по наблюдению за женщинами, использующими ВМС для предохранения от нежелательной беременности.

Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Введение

Последние десятилетия вопросы планирования семьи стали объектом государственной политики и специальных международных программ. Международная федерация ответственного родительства или планирования семьи (МФПС) является крупнейшей в мире неправительственной организацией имеющей консультативный статус при ООН. В ее состав входят более 130 национальных ассоциаций планирования семьи.

Планирование семьи, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это предупреждение нежелательной беременности, выбор времени деторождения в зависимости от возраста и состояния здоровья родителей, рождение только желанных детей.

Международные принципы планирования семьи заключаются в следующем:

- предупреждение беременности у женщин до 19 лет
- предупреждение беременности у женщин после 35 лет
- соблюдение интервала между родами не менее 2 лет
- предупреждение беременности у женщин составляющих “группу высокого риска” в связи с наличием экстрагенитальной патологии.

Демографическая ситуация в странах СНГ характеризуется ухудшением состояния здоровья населения, увеличением общей смертности, снижением рождаемости, отрицательным приростом населения. Так, общая смертность в Республике Беларусь увеличилась с 12,6 промилей в 1991 году до 16 промилей в 1999, рождаемость снизилась с 12,4 до 8,48 промилей, отрицательный прирост населения за эти годы составил 7 промилей. Отмечается чрезмерное распространение искусственных абортов, которые фактически являются основным методом регуляции рождаемости, нанося невосполнимые потери здоровью женщин.

Сразу после аборта осложнения встречаются у 5-20% женщин, в основном в виде кровотечения, повреждения тазовых органов, задержки частей плодного яйца, инфекции. Отдаленные осложнения могут проявиться нарушением менструальной функции, хроническими затяжными воспалительными процессами половых органов, которые приводят к выраженным анатомическим изменениям, что в последующем является причиной бесплодия, невынашивания, внематочной беременности, осложнении беременности и родов.

По литературным данным, искусственный аборт в прошлом имели 53% женщин с вторичным бесплодием, 50% - страдающих ИЦН, 44% - оперированных по поводу внематочной беременности.

В настоящее время каждые две из трех наступивших беременностей прерываются. В Республике Беларусь количество искусственных абортов на 100 младенцев, родившихся живыми, колеблется от 150 до 200. В целом их число в 8-10 раз больше, чем в США и развитых странах Европы. Ежегодно к аборту, как методу планирования семьи, прибегают около 10% женщин, причем

три четверти из них находятся в оптимальном для деторождения возрасте (20-34 года).

Страны СНГ занимают лидирующее место в мире по числу производимых абортов потому, что 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.

Нами проведено изучение фертильности и применения средств планирования семьи путем социологического опроса 389 женщин репродуктивного возраста (15-45 лет), посетивших женские консультации и находившиеся на стационарном лечении в гинекологических отделениях г. Витебска. В настоящее время различные методы предохранения от беременности используют 26,9% подростков, 31,4% женщин раннего репродуктивного возраста и 41,9% женщин позднего репродуктивного возраста. Наиболее популярен презерватив – его отметили 63%, затем следует прерванный половой акт (56%) и календарный метод (45%). Современные методы предохранения от беременности (гормональная и внутриматочная контрацепция) использовали в прошлом около 30% опрошенных. За рекомендацией о наиболее подходящем методе предупреждения беременности в женскую консультацию или другие медицинские учреждения обращались 19,2% женщин 15-18 лет, 33,5% - 19-35 лет и 25,7% в возрасте 36-45 лет. Около 30% пациенток не удовлетворены уровнем оказания помощи по вопросам контрацепции. Во всех возрастных группах наиболее предпочитаемым методом предохранения от беременности в будущем является ВМС (46%).

Отмечается четкая зависимость между количеством женщин, применяющих современные методы предупреждения беременности, и числом абортов на 1000 женщин детородного возраста. В Нидерландах, где самая низкая частота абортов в мире (5-6 на 1000 женщин фертильного возраста), современные методы контрацепции применяют 58% женщин, в России (частота абортов 70-80 на 1000 женщин детородного возраста) их используют только 24%.

Частота использования методов контрацепции зависит от национальных традиций, религиозных убеждений, экономических и климатических условий. Например, в Нигерии, где действует почти полный запрет на использование контрацептивов, применяют методы предохранения от беременности 5% женщин, в Англии государство поощряет использование контрацептивов и ими пользуются 83% женщин. На вопросы планирования семьи оказывают влияние законы, издающиеся правительством. Так, в Японии специальное постановление правительства о контрацепции привело к увеличению количества женщин, использующих контрацептивы, с 19,5% до 52% в течение 5 лет. Распространенность различных методов предохранения от беременности так же значительно отличается в странах мира. В Китае предпочтение отдается ВМС и добровольной хирургической стерилизации, которая в Испании и Португалии проводится только по медицинским показаниям. В США, Англии,

Франции широко применяются оральные гормональные препараты, в Японии оральные контрацептивы только недавно утверждены для применения и их использует только 1% женщин.

Применяя современные эффективные, надежные методы предохранения от беременности семья может контролировать количество детей, интервалы между рождением детей, возраст, в котором рождаются дети, качество половой жизни, поскольку уменьшается страх нежелательной беременности.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Внутриматочная контрацепция - это введение в полость матки небольшого (18 – 35 мм) изделия из пластмассы или металла. В настоящее время внутриматочные противозачаточные средства (ВМС) по распространенности занимают второе место в мире после гормональных препаратов среди эффективных и обратимых методов предупреждения беременности. В мире предохраняются от беременности с помощью ВМС более 70 млн. женщин и число их постоянно растет.

Метод внутриматочной контрацепции полностью отвечает требованиям, предъявляемым к контрацептивам.

Достоинства:

- высокая эффективность (индекс Pearle составляет 0,5-1)
- обратимость – в любое время контрацептив может быть извлечен, беременность наступает в ближайшее время
- доступность любым слоям населения
- не требует больших материальных затрат
- не оказывает системного влияния на организм женщины
- не требует согласия и участия партнера
- применение его не связано с половым актом
- одноразовое решение приводит к длительной защите от беременности
- противозачаточное действие не снижается на фоне приема различных лекарственных средств

Недостатки:

- обследование перед введением
- необходим квалифицированный врач для введения и удаления ВМС
- возможно самопроизвольное изгнание контрацептива из матки
- боли и усиление кровянистых выделений в течение первых 3-х месяцев после введения

До настоящего времени не установлен точный механизм действия внутриматочных контрацептивов.

Контрацептивный эффект обеспечивается рядом механизмов, которые приводят к изменению морфологии эндометрия, синтеза биологически активных веществ, способных воздействовать на различные звенья процесса репродукции. Противозачаточное действие ВМС заключается в токсическом

влиянии на сперматозоиды, торможении миграции сперматозоидов из влагалища в маточные трубы, нарушении оплодотворения яйцеклетки, усилении перистальтики маточных труб, механическом отторжении имплантированной бластоцисты от эндометрия.

Полагают, что ВМС нарушают имплантацию и развитие беременности и не влияют на процессы оплодотворения и образования бластоцисты.

Внутриматочные средства приводят:

- неполноценному созреванию эндометрия
- асептическому воспалению (полиморфно-ядерная инфильтрация, увеличение количества макрофагов)
- энзимным нарушениям в эндометрии: повышение активности кислой фосфатазы, изменение концентрации гликогена, белка, РНК, щелочной фосфатазы, что неблагоприятно влияет на процесс имплантации
- травматизации эндометрия, выработке простагландинов, повышению тонуса мускулатуры матки и в результате к изгнанию эмбриона на ранней стадии имплантации
- усилению перистальтики труб, фагоцитозу сперматозоидов макрофагами.

Внутриматочную контрацепцию нужно рекомендовать:

1. При желании женщины использовать этот метод предохранения от беременности, особенно при необходимости длительной контрацепции.
2. В случаях наличия противопоказаний к другим методам (чаще гормональным) предупреждения беременности
3. Пациенткам, которые не могут или не хотят применять средства, о которых нужно помнить ежедневно или непосредственно перед половым актом
4. Кормящим грудью матерям, когда другие методы контрацепции (ГК) противопоказаны или нежелательны
5. Для лечения и профилактики синдрома Ашермана.

Противопоказания к применению ВМС:

Внутриматочная контрацепция абсолютно противопоказана при беременности (подозреваемой или подтвержденной), злокачественных заболеваниях женских половых органов, воспалительных процессах органов малого таза, в том числе при послеродовом или послеабортном эндометрите, заболеваниях, передающихся половым путем, при кровотечениях из половых органов неустановленной этиологии, при аномалиях развития матки, миоме более 8 недель, эндометриозе любой локализации, аллергии на медь.

С осторожностью необходимо применять ВМС у нерожавших женщин; при риске заболеваний, передающихся половым путем (несколько половых партнеров); анемии (гемоглобин менее 90 г/л); при заболеваниях крови; наличии в анамнезе внематочной беременности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВМС

Впервые внутриматочное средство, предназначенное для контрацепции, было описано Richter в 1909 году в виде кольца, изготовленного из

натуральных шелковых нитей. В 1923 году этот контрацептив модернизировал Руст, который прикрепил к нитям стеклянную пластинку, располагающуюся за наружным зевом шейки матки. Почти через 20 лет Графенберг придумал большую жесткость кольцу Рихтера за счет оплетения шелковых нитей проволокой из сплава меди, никеля и цинка, что препятствовало выталкиванию ВМС из матки.

С 1960 года начато производство первых ВМС из пластмассы с добавлением сульфата бария для придания рентгеноконтрастных свойств (спирали Маргулиса), которые открыли, так называемое, второе поколение ВМС. Из пластмассовых инертных средств наибольшее распространение получила предложенная в 1962 году петля Липпса в виде двойной буквы S, которая выдержала длительное (более 25 лет) испытание временем. В петле Липпса впервые была применена нейлоновая нить для контроля за нахождением ВМС в матке и для его удаления. Нить стала обязательной частью подавляющего большинства последующих внутриматочных средств.

Важным этапом в дальнейшем совершенствовании ВМС явилось использование обнаруженного в эксперименте Zipper и соавт. контрацептивного действия меди. Было установлено, что в присутствии меди в полости матки у кроликов и хомяков отмечается задержка выделения ЛГ и овуляция (Laumas K., 1969). Исследования Железнова Б.И. и соавт. (1979) указывают на отсутствие пролиферативных изменений в эндометрии под влиянием ВМС с медью, что позволяет рекомендовать этот метод контрацепции для широкого применения. Немаловажное значение имеет площадь медной оплетки: при увеличении площади оплетки до 200 и более мм количество нежелательных беременностей уменьшалось в несколько раз. Объем медного покрытия определяет и длительность использования ВМС, т.к. скорость диффузии ионов меди во времени носит экспоненциальный характер. Доказано, что медь из полости матки не адсорбируется, не возникает интоксикации медью, не повышается уровень меди в крови и экскреция ее. Введение меди во внутриматочные контрацептивы позволило уменьшить его размеры без снижения эффективности.

С целью замедления процессов коррозии меди для обмотки стали использовать тонкую медную трубку с серебрянным сердечником, выполняющим функцию протектора меди, что увеличивает время действия ВМС. Добавление меди и серебра увеличивает также и сперматоксический эффект. Частота наступления нежелательной беременности при применении ВМС с серебром в 2 раза ниже, чем при использовании одной меди.

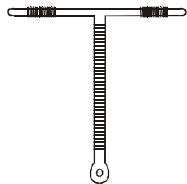
Совершенствование моделей ВМС привело к созданию более 50 видов внутриматочных контрацептивов, которые отличаются друг от друга размерами, формой, жесткостью, включением в средство меди, серебра, золота, прогестерона.

Медь-, серебро- и золотосодержащие ВМС

Большинство современных медьсодержащих ВМС имеют Т-образную форму, лишь некоторые из них различаются по размерам, например,

контрацептив “Medusa-Pessar” (Германия), выпускается трех типов – стандартный, короткий и мини.

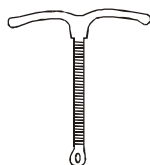
Медикаментозное включение во внутриматочное средство представлено в виде медной проволоки (с серебряным сердечником или без него) или разнообразных втулок из чистого металла.



“TCu-380A”, “TCu-380Ag” (“Коппер-Т”) (США).

Устройство Т-образной формы из гибкого полиэтилена с нанесенным слоем меди. В моделях TCu-380Ag серебряная проволока (сердечник) внутри медной проволоки.

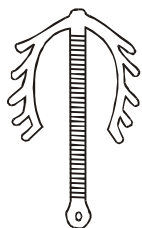
Способ введения: техника “изъятия”. Срок эксплуатации 3 года, с серебром до 7-10 лет. Эффективность от 0,5 на 100 женщино-лет при применении TCu-380Ag.



“Nova-T”, модель Tcu200 Ag (Шеринг, Германия).

Контрацептив из полиэтилена с сульфатом бария, медная проволока с серебряным сердечником намотана на вертикальную ось. Трансцервикальные нити белые. При установке используется техника “изъятия”. Продолжительность действия 5 лет. Эффективность

1,2 на 100 женщино-лет.



“Мультилоуд-375” (“MLCu-375”) (Нидерланды).

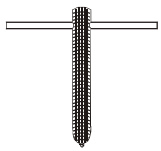
Полиэтиленовое внутриматочное средство с гибкими зубчатыми плечиками. Каждая из моделей имеет 3 размера: стандартный, короткий и мини. Трансцервикальные нити черные или бесцветные. Введение: техника “ретракции”. Срок ношения - 5 лет. Величина индекса Pearle составила 1,2 на 100 “женщино-лет”.



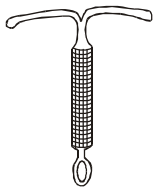
“Rico Aurum”. Австрийской фирмой “Trnka GesmbH&Co KG SOHNGEN OSTERREICH” выпускается контрацептив из металлического золота – “Rico Aurum”, препарат разрешен к применению в России.

Внутриматочный цельнометаллический золотой контрацептив имеет сдвоенный пластинчатый стержень, каждая из плоскостей которого переходит в вогнутые плечики сложной геометрической конфигурации, которые заканчиваются небольшими оливами. ВМС вводится с использованием техники “изъятия”. Оливы в проводник полностью заправлять не следует, так как это может привести к необратимой деформации боковых ветвей контрацептива. Нужно фиксировать трансцервикальные нити к вводной трубке, что позволяет удерживать якорь в положении готовности к введению. Техника дальнейших манипуляций по установке ВМС аналогична применяемой при введении многих пластмассовых, медьсодержащих средств.

ВМС, высвобождающие гормоны



“Прогестасепт” (“Progestasept”). ВМС производства США изготовлено из этилен-винил-ацетат-кополимера. Вертикальная ось имеет резервуар с 38 мг прогестерона и сульфата бария (для рентгеноконтрастности) на силиконовой масляной основе. Выделяет в полость матки через полупроницаемую мембрану прогестерон, скорость диффузии 65 мкг в сутки. Трансцервикальные нити синие. Способ введения: техника “изъятия”. Продолжительность действия от 1 до 1,5 лет. Индекс Pearle 1,6 на 100 женщино-лет.



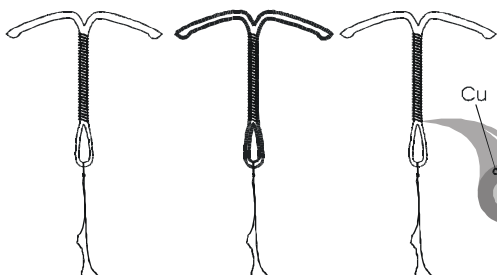
“Мирена” (Шеринг, Германия). Контрацептив изготовлен на базе “Nova-T”, вертикальная ось имеет цилиндрический резервуар с полупроницаемой мембраной наполненный смесью полидиметилсилоксана с 52 мг левоноргестрела. Скорость выделения гормона в полость матки 20 мкг в сутки. Две черные трансцервикальные нити. Способ введения: техника “изъятия”. Продолжительность использования до 5 лет. Индекс Pearle 1,1-2,3 на 100 женщино-лет.

ВМС СЕРИИ “Юнона Био-Т” (РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ)

В г. Витебске медицинским предприятием “Симург” разработаны и с 1991 года промышленно выпускаются различные модели внутриматочных контрацептивов серии “Юнона”, которые полностью соответствуют международным стандартам, не уступают лучшим зарубежным образцам и рекомендованы к применению Министерствами здравоохранения Беларуси, России и других стран СНГ.

Внутриматочные контрацептивы серии “Юнона” имеют Европейский сертификат качества (МЮФ, Австрия), в 1996 году предприятие-производитель “Симург” за высокое качество ВМС награждено международной премией США “Факел Бирмингама”, в 1999 году - премией Испании “VID”.

“Юнона Био-Т”, “Юнона Био-Т Super”, “Юнона Био-Т Ag”.



Контрацептив **“Юнона Био-Т”** является основной, базовой моделью Т-образного, медь-содержащего средства, якорь которого имеет оригинальную форму с оптимальными механическими характеристиками.

ВМС из полиэтилена высокого давления, вокруг вертикального стержня медная оплетка площадью 380 мм. На конце стержня петля для крепления двух бесцветных трансцервикальных нитей. Длина якоря 36 мм, ширина 32 мм. Боковые плечики заканчиваются специально вогнутыми оливами для обеспечения стабильного контакта с эндометрием. Оригинальная 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 физиологических сокращениях). В результате отличительной особенностью ВМС «Юнона Био-Т» является обеспечение

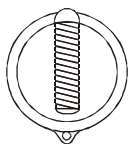
постоянного, оптимального, не зависящего от сокращений матки, усилия в местах контакта плечиков контрацептива и эндометрия. Величина усилия определена при экспериментальных исследованиях, подтвержденных клиническими результатами, которые получены при сравнительном изучении эффективности и приемлемости наиболее распространенных в Республике Беларусь зарубежных моделей современных медикаментозных внутриматочных контрацептивов.

В моделях “Юнона Био-Т Ag” внутри медной проволоки оплетки помещен серебрянный сердечник диаметром 0,1 мм, что существенно удлиняет срок эксплуатации контрацептива.

“Юнона Био-Т Super” - якорь покрыт тонким слоем прополиса, обладающего бактерицидными и дезинфицирующими свойствами. Для обработки используется настойка прополиса (1:10) на 80% спирте, производства Новосибирского ХФЗ, Россия. Прополис представляет собой сложную систему, которая содержит около 55% смолы, до 10% эфирных масел, около 30% воска и приблизительно 5% других веществ. Биологические свойства прополиса, в частности его антимикробная активность, определяются наличием ряда природных соединений таких как флавоны, флавоныны, флавонолы, производных коричной кислоты, ацетоксибетулинола, ряда ароматических альдегидов и кислот. Преимуществом прополиса перед другими антибактериальными средствами является сохранение бактерицидных средств 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. Данное свойство используется для профилактики воспалительных осложнений внутриматочной контрацепции, возникающих в начальный период применения ВМС. Даже самое строгое соблюдение правил асептики и антисептики при введении внутриматочных средств не предотвращает микробной инвазии в полость матки, при этом микроорганизмы представлены преимущественно эндогенными анаэробами и микроаэрофилами, стерильность восстанавливается только через 30-40 дней после установки контрацептива.

ВМС с прополисом не следует рассматривать как средство обладающее противовоспалительными свойствами. Выраженная антимикробная активность прополиса проявляется сравнительно короткое время сразу после введения контрацептива, однако и этот эффект является существенным, особенно у женщин с воспалительными заболеваниями в анамнезе.

Введение: техника “изъятия”. Длительность эксплуатации 5-8 лет в зависимости от модели. Индекс Pearle составляет от 0,5 до 1,15 на 100 женщино-лет.



“Юнона Био - П”. Внутриматочное противозачаточное средство в виде пластикового замкнутого кольца с внутренним стержнем, вокруг которого размещена медь. На нижнем полюсе кольца находится петля для крепления трансцервикальных нитей. Диаметр кольца размера № 1 - 18 мм; величина медного покрытия 210 мм, размера № 2 - 24 мм, площадь

медного покрытия 325 мкм. Поставляется с полимерной вводной трубкой диаметром 4 мм, имеющей передвижной пластмассовый ограничитель (для обозначения глубины введения средства и направления плоскости раскрытия кольца) и толкатель. Форма и наличие двух размеров позволяет использовать этот контрацептив как у рожавших (№ 2), так и у нерожавших женщин (№ 1). Имеются модификации с намоткой проволоки с серебряным сердечником в качестве протектора меди, что увеличивает срок эксплуатации до 7-8 лет.

Кольцеобразная форма контрацептива практически исключает его экспульсию, что позволяет рекомендовать широкое применение непосредственно после производства аборта, в послеродовом периоде, при ИЦН, а также у женщин с экспульсией ВМС других моделей в прошлом. Длительность эксплуатации – 3-5 лет Индекс Пирля - 0,8 – 1,0.

Техника введения: техника «ретракции», при наличии толкателя – «изъятия»

Преимущества ВМС серии “Юнона Био-Т”:

- низкая частота наступления беременности
- минимальное количество осложнений, характерных для данного метода контрацепции (самопроизвольное изгнание ВМС, воспалительные заболевания, кровотечения)
- легкость, безболезненность, полная безопасность введения
- наличие всех моделей контрацептивов серии “Юнона Био-Т” позволяет использовать дифференцированный подход к применению ВМС и каждой пациентке может быть установлен наиболее подходящий именно для нее контрацептив
- дифференцированный, индивидуальный подход к контрацепции расширяет круг женщин, применяющих ВМС.

Метод дифференцированного применения внутриматочных противозачаточных средств по Ю.В. Журавлеву

Не вызывает сомнений, что успешное применение современных высокоэффективных методов регуляции фертильности возможно только при предоставлении информации о полном комплексе различных противозачаточных средств. Решающее значение в выборе того или иного метода контрацепции должно принадлежать 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 наиболее приемлемый и желанный для данной пациентки способ. В дальнейшем (второй уровень) врач, глубоко аргументируя, предлагает наиболее приемлемую для данной пациентки модель ВМС, учитывая ее возраст, планы на будущее деторождение, данные анамнеза (количество и исходы предыдущих беременностей и родов; наличие ИЦН, воспалительных заболеваний, экспульсий ВМС в прошлом), предполагаемый срок использования и т.д. Отсутствует индивидуальный подход к определению наиболее подходящей модели контрацептива в

зависимости от времени установки (традиционные сроки, после родов, аборта и т.д.). Такой подход уже успешно используется при гормональной контрацепции. В отличие от гормональных средств выбор оптимальной для данной пациентки модели внутриматочного контрацептива не осуществляется из-за унификации подавляющего большинства современных моделей ВМС. 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.

Широкий спектр моделей белорусских внутриматочных средств позволяет использовать дифференцированный подход к предупреждению беременности с помощью ВМС. Аналогов такого подхода при внутриматочной контрацепции не существует.

Метод дифференцированного применения внутриматочной контрацепции, разработанный Журавлевым Ю.В., основан на индивидуальном подборе ВМС в зависимости от данных анамнеза, предполагаемого срока использования и времени введения, планов женщины на будущее деторождение.

Для длительной контрацепции применяются серебросодержащие модели ВМС “Юнона Био-Т Ag”, серебряный сердечник в медной оплетке данных средств обеспечивает противозачаточное действие в течение 7-8 лет.

Для сравнительно непродолжительной контрацепции между родами -(4-5 лет) применяются средства с чисто медным включением “Юнона Био-Т”.

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

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-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.

Дифференцированный выбор модели ВМС серии “Юнона” по Журавлеву Ю.В.

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 нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био-Т” №1, Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био-Т Ag ” №1
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 функционального характера	Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био-Т” №2, Кольцеобразный контрацептив “Юнона Био-Т Ag ” №2

ВРЕМЯ ВВЕДЕНИЯ ВМС

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

Внутриматочные средства можно вводить:

- в любой день менструального цикла, при уверенности в отсутствии беременности, оптимальным периодом является 4 - 19 день цикла

- в день 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 и в случаях восстановления менструаций
- сразу после извлечения ВМС, срок использования которого истек
- с целью посткоитальной контрацепции на 3-4 день после незащищенного полового акта.
- после кесарева сечения через 3-4 месяца
- после перенесенного воспалительного процесса половых органов не ранее 6-8 месяцев

Метод дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции внедрен в ряде регионов Республики Беларусь (западные и восточные районы, областные и районные центры). В Витебской, Гомельской, Гродненской и Могилевской областях проводилось проспективное наблюдение за 869 женщинами, введение внутриматочных контрацептивов которым производилось в соответствии с разработанным методом дифференцированного применения различных моделей белорусских ВМС.

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

Внутриматочную контрацепцию предпочитали женщины в раннем репродуктивном возрасте (79,85%), замужние (92,1%), ведущие регулярную половую жизнь (94,98%). Ранее применяли и снова выбрали ВМС для предохранения от беременности 16,22% женщин в возрасте 18-25 лет; 48,72% - 26-35 лет; 62,07% - 36-40 лет и 38,46% - старше 40 лет.

Наибольшее количество осложнений, явившихся причиной преждевременного удаления ВМС, наблюдалось в группе женщин, внутриматочные контрацептивы которым введены на 5-6 неделе после родов (11,76 %). Традиционные сроки установки (3-4 день месячных), по-прежнему предпочитаемые врачами гинекологами, не являются оптимальными (5,47% осложнений). Лучшие результаты и меньшее число осложнений наблюдались при установке ВМС на 6-14 день менструального цикла (1,75 %).

На протяжении всего периода наблюдения за 869 женщинами установлены следующие осложнения, явившиеся причиной преждевременного удаления ВМС: маточная беременность (0,54%); кровотечения (1,39 %); полная (1,94%) и частичная экспульсия (1,08%). В подавляющем большинстве случаев самопроизвольное изгнание отмечено в течение первых 3-х методов использования, чаще при установке после родов. Таких осложнений, как боли внизу живота, воспалительные заболевания женских половых органов, перфорация матки, зарегистрировано не было.

Оценка эффективности предложенной системы дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции проводилась также по индексу Pearle, 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 94,2 %.

Внедрение системы дифференцированного подхода к внутриматочной контрацепции в практическое здравоохранение, а также повышение внимания к вопросам планирования семьи, 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 1998 году произведено 21462 медаборта, в 1999 году – 16724, что на 22 % меньше. Динамика снижения количества абортов на 100 живорожденных в г. Витебске выглядит так: 197 в 1997 году, 173,46 в 1998 году и 150,2 в 1999 году.

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 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.

Нужно отметить, что использование белорусских ВМС делает этот метод более доступным, так как стоимость отечественных контрацептивов в 8-10 раз ниже, чем импортных.

ВВЕДЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Методика установки ВМС проста, выполнима в амбулаторных асептических условиях, но требует от медицинских работников определенной подготовки.

Накануне женщина тщательно обследуется для выявления противопоказаний к применению данного метода контрацепции.

Перед установкой проводится гинекологическое обследование для определения размеров и положения матки. В асептических условиях обнажаются в зеркалах шейка матки и влагалище, обрабатываются трижды раствором антисептика. Затем шейка матки фиксируется за переднюю губу пулевыми щипцами. Стерильным зондом определяется направление оси цервикального канала и длина полости матки для определения глубины введения ВМС. Затем, после подготовки ВМС к введению, медленно и осторожно, легко и безболезненно устанавливается внутриматочный контрацептив.

Недопустимо прикосновение маточного зонда и вводной трубки ВМС к стенкам влагалища и зеркалам.

Редко возникает необходимость расширения цервикального канала дилататорами Гегара до № 3-4. Согласно данным Мануиловой И.А. (1989), трудности при установке ВМС отмечаются у 10,5% женщин.

Иногда, особенно у нерожавших и эмоциональных женщин, при введении развивается вазо-вагальная реакция, причинами которой является узость шейечного канала, сравнительно малые размеры матки, эмоциональные реакции. У некоторых пациенток сразу после установки ВМС могут появиться боли внизу живота и тошнота.

Для профилактики вазо-вагальной реакции и болезненности при установке рекомендуется парацервикальная анестезия: по 1-2 мл 1% раствора лидокаина вводят парацервикально на 4 и 8 часах. Обезболивание наступает через 2-5 минут. При проведении данной процедуры необходимо следить за возможным появлением симптомов интоксикации (тошнота, головная боль, головокружение, звон в ушах, покалывание в области губ). Для предупреждения болезненности при введении можно назначить анальгетики (анальгин, аспирин и т.д.) за 30 минут до и через 24 часа после установки ВМС.

При возникновении вазо-вагальной реакции, сильной боли сразу после введения контрацептива необходимо применить обезболивающие средства, ввести внутримышечно 0,4-0,5 мг атропина.

Сильная боль сразу после установки иногда возникает при использовании контрацептива большого размера или из-за неправильного раскрытия его в полости матки. В этих ситуациях ВМС необходимо удалить, можно ввести внутриматочный контрацептив меньшего размера, четко соблюдая технику введения.

Техника введения различных моделей ВМС

Техника установки разных типов ВМС отличается (разные вводные трубки, поршень проводника, тип упаковки), поэтому следует каждый раз знакомиться и придерживаться инструкций по технике введения контрацептива.

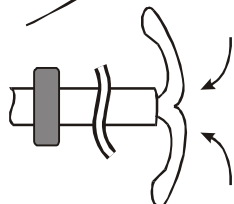
Контрацептивы серии “Юнона Био-Т” выпускаются в стерильной блистерной упаковке, выполненной на упаковочной машине “Transoject-Germany”, что позволяет соблюдать бесконтактную (внутри упаковки) технологию подготовки ВМС к введению. Упаковка вскрывается только со стороны трансцервикальной нитей.

Подготовка ВМС к введению

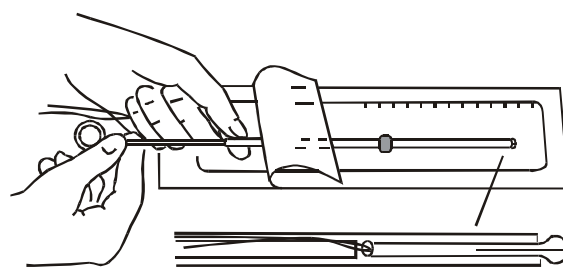
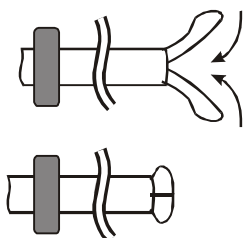
Проверить совмещение плоскостей плечиков якоря и ограничителя



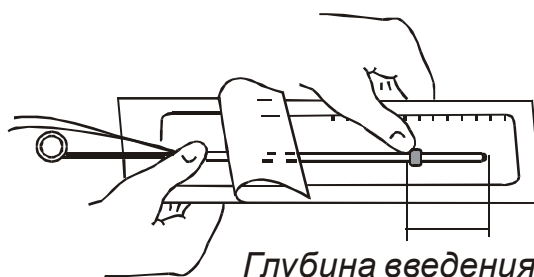
Начальное положение плечиков якоря



Конечное положение плечиков якоря



Ввести толкатель в трубку до якоря



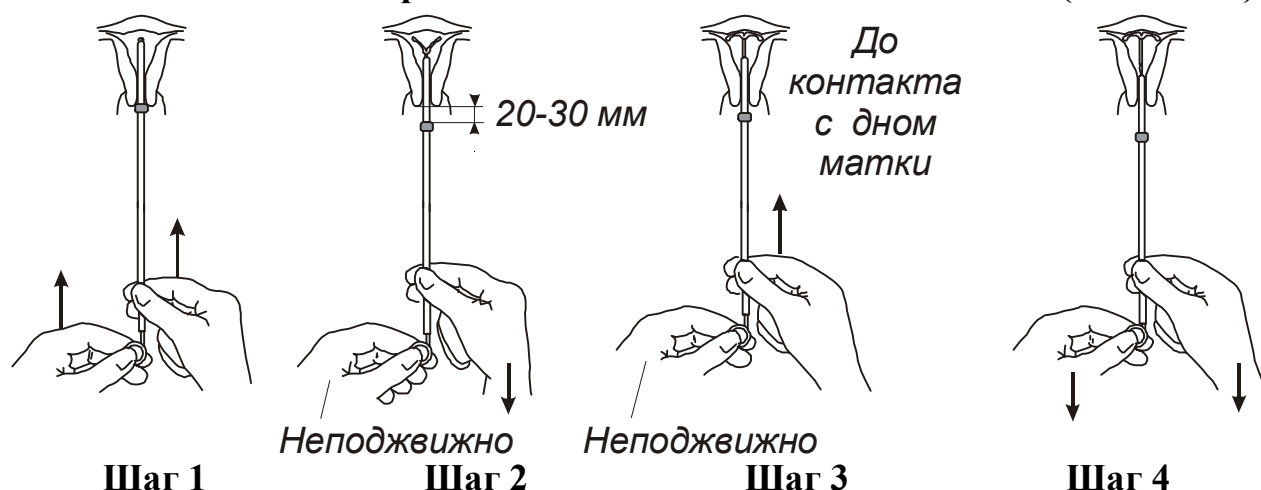
Шаг 1. Раскройте упаковку ВМС в указанном на этикетке месте. Правой рукой возьмите трубку за ограничитель, а левой рукой втяните за нити горизонтальные нити внутриматочного контрацептива в трубку. Их головки должны закрыть отверстие вводной трубки. Если в процессе втягивания контрацептива за нити возникнут затруднения, следует заправить плечики ВМС в трубку правой рукой.

Шаг 2. Введите толкатель в трубку до соприкосновения с контрацептивом. При этом левая рука удерживает нити и трубку.

Шаг 3. Установите подвижный ограничитель на вводной трубке на расстояние, соответствующее длине матки по зонду. При соприкосновении верхнего края ограничителя с шейкой в полости матки остается место для раскрытия плечиков.

Важно, чтобы при бесконтактных манипуляциях со средством внутри упаковки плоская часть ограничителя и контрацептив оставались в одной плоскости (плоскости пакета). В этом случае раскрытие плечиков Т-образного и расположение кольцеобразного контрацептивов наилучшим образом будет соответствовать полости матки.

Техника введения Т-образных моделей ВМС «Юнона Био-Т» («изъятие»)



Шаг 1. Введите подготовленный внутриматочный контрацептив в полость матки до ограничителя. Движение осуществляется обеими руками, т.е. вводной трубкой и толкателем одновременно.

Шаг 2. Вводную трубку потяните назад до кольца на поршне не давая толкателю перемещаться. Толкатель должен оставаться неподвижным, поддерживая контрацептив. В это время горизонтальные ветви Т-образного контрацептива раскрываются в полости матки, что обеспечивает правильное положение ВМС и устраняет риск перфорации.

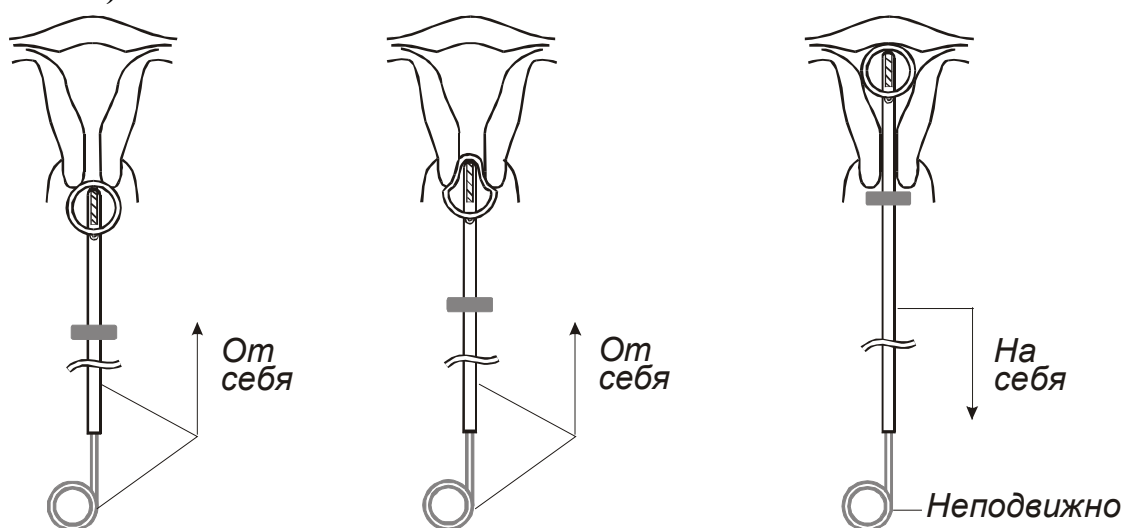
Шаг 3. Вводную трубку тракцией вверх возвратите в первоначальное положение, толкатель должен оставаться неподвижным. Таким образом обеспечивается окончательное расположение контрацептива у дна матки.

Шаг 4. Извлеките толкатель, а затем вводную трубку. Обрежьте контрольные нити на расстоянии 2-3 см.

Примечание. При выполнении шагов 2 и 3 движение осуществляется только вводной трубкой, толкатель остается неподвижным.

Технику «изъятия» используют при установке Т-образных ВМС других фирм.

Введение кольцеобразного ВМС с использованием толкателя («изъятие»)



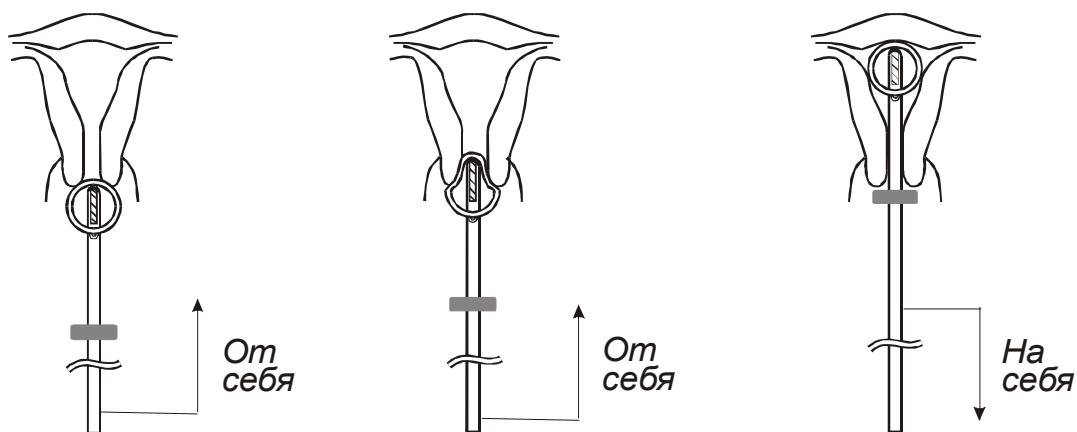
Шаг 1. Введите проводник с ВМС в полость матки тракцией вверх до соприкосновения ограничителя с шейкой матки.

Шаг 2. Извлеките вводную трубку на 1-2 см (до кольца на трубке), держите толкатель при этом неподвижно.

Шаг 3. Удалите толкатель из проводника.

Шаг 4. Удалите вводную трубку из матки, обрежьте трансцервикальные нити на расстоянии 2-3 см от наружного зева шейки матки.

Введение кольцеобразного ВМС без толкателя («ретракция»)



Шаг 1. Введите трубку с ВМС в полость матки тракцией вверх до соприкосновения ограничителя с шейкой матки.

Шаг 2. Удалите вводную трубку из матки, обрежьте трансцервикальные нити на 2-3 см от шейки матки.

Метод ретракции используется при введении ВМС «Мультилоуд».

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ, ПРИМЕНЯЮЩИМИ С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ ВМС

С целью профилактики осложнений в день установки и два последующих дня целесообразен прием антибиотиков широкого спектра в общепринятой дозировке (доксциклин 200 мг внутрь за 1 час до введения, через 12 часов еще 100 мг или эритромицин 50 мг за 1 час до и 50 мг через 6 часов после введения). Для снижения тонуса матки рекомендуется назначение ингибиторов простагландиногенеза (индометацин, аспирин и др.) по 1 таблетке 2 раза в день. Ингибиторы простагландиногенеза необходимо применять также в первые 3 дня трех последующих менструальных циклов.

Период адаптации организма к ВМС длится около 3 месяцев. Сразу после установки внутриматочного контрацептива женщину могут беспокоить незначительные кровянистые выделения из половых путей, небольшие боли внизу живота, которые должны пройти через 2-3 дня. Для снятия болей можно принять 1-2 таблетки анальгина, аспирина.

В течение 8-10 дней необходимо воздержаться от половой жизни, физических нагрузок, занятий спортом, посещения бани, сауны.

Даже при хорошем самочувствии через 10 дней пациентка должна посетить врача.

В течение 2-3 месяцев после введения ВМС месячные могут быть более обильными и длительными, иногда могут отмечаться и незначительные кровянистые выделения из половых путей между ними. Женщине нужно рекомендовать во время менструации осматривать гигиенические прокладки, чтобы вовремя заметить выпадение спирали с менструальными выделениями.

В дальнейшем необходимы регулярные осмотры у гинеколога: через 1, 3, 6 месяцев после введения внутриматочного контрацептива, затем 1-2 раза в год в течение всего времени применения ВМС.

При использовании внутриматочной контрацепции нужно соблюдать обычный гигиенический режим, рекомендуемый здоровым женщинам. Женщина должна знать ранние признаки возможных осложнений, при появлении которых необходимо немедленно обратиться к врачу:

- задержка месячных
- боли внизу живота, боли во время полового сношения
- повышение температуры тела, необычные выделения из половых путей
- спустя три месяца менструации остаются длительными, обильными, появилась слабость, чувство недомогания.

По истечении срока использования ВМС контрацептив нужно обязательно извлечь.

Этот метод предохранения от нежелательной беременности не оказывает влияния на детородную функцию, беременность может наступить сразу после извлечения ВМС, независимо от длительности его применения.

Каждой пациентке сразу после введения ВМС рекомендуется выдавать памятку, образец которой представлен в приложении.

Показания для извлечения ВМС.

Внутриматочный контрацептив нужно извлечь по желанию женщины, при истечении срока эксплуатации ВМС, наступлении менопаузы, возникновении осложнений и противопоказаний, требующих удаления контрацептива. При желании женщины продолжить данный метод предохранения от беременности сразу после извлечения ВМС можно использовать новый контрацептив, “отдых” при применении внутриматочных средств не требуется.

Длительность использования различных моделей ВМС «Юнона»:

«Юнона Био-Т»	5 лет
«Юнона Био-Т Ag»	7-8 лет
«Юнона Био-Т Super»	5 лет
Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1	3 года
Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2	5 лет
Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1	5 лет
Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2	7 лет.

Техника извлечения:

Процедуру извлечения внутриматочного контрацептива проводит только врач лучше во время менструации, сама пациентка этого делать не должна.

В асептических условиях необходимо шейку матки обнажить в зеркалах, трансцервикальные нити фиксировать зажимом без острых насечек и осторожно, медленно, с постоянной тракцией тянуть на себя. При этом плечики Т-образного ВМС сгибаются вверх, а кольцо сжимается, и средство легко удаляется из матки. При затруднениях извлечения ВМС необходимо произвести парацервикальную анестезию и после фиксации шейки матки пулевыми щипцами расширить цервикальный канал дилататорами Гегара до № 4-5, затем извлечь контрацептив тракциями за трансцервикальные нити. Расширить цервикальный канал можно при помощи ламинарии.

При обрыве или отсутствии («потере») нити ВМС можно извлечь при помощи крючка или кюретки Новака, крючка типа Грифенберга, а также узких щипцов, т.н. аллигаторов, которые дают возможность захватить внутриматочное средство или нити расположенные в полости матки. Если извлечь ВМС все-таки не удастся пациентку необходимо направить в стационар для гистероскопии.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВМС И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Внутриматочной контрацепции сопутствует риск развития таких осложнений и неудач как беременность, самопроизвольное изгнание (экспульсия), воспалительные заболевания половых органов, кровотечение, боль, перфорация матки при введении и использовании ВМС. Все эти осложнения можно предупредить при соблюдении следующих мер:

- проведение тщательного обследования женщин на наличие противопоказаний к применению ВМС
- дифференцированный подход к выбору модели ВМС, исходя из индивидуальных особенностей организма женщины, планов на деторождение, времени введения контрацептива
- использование правильной техники введения внутриматочного контрацептива и оптимальных сроков для его установки
- профилактическое назначение антибиотиков и ингибиторов простагландиногенеза в первые дни после введения и в течение трех первых менструальных циклов во время месячных
- своевременное комплексное лечение осложнений данного вида контрацепции

Маточная беременность чаще возникает при не диагностированных случаях частичной или полной экспульсии ВМС. Необходимо сразу удалить контрацептив, желательно эту беременность прервать, т.к. около 50% маточных беременностей, возникающих на фоне ВМС, заканчивается самопроизвольным выкидышем, преждевременными родами (в 4 раза чаще), повышается риск внутриматочной инфекции и септического аборта. Отмечены случаи повреждения плода и развитие аномалий, особенно при использовании медьсодержащих ВМС. Если женщина хочет сохранить эту беременность, ее нужно предупредить о возможных осложнениях. После родов внутриматочный контрацептив чаще выделяется с последом, однако, в 20% случаев он остается в матке и подлежит инструментальному удалению.

Риск возникновения **внематочной беременности** при применении внутриматочной контрацепции несколько выше, чем при использовании других современных методов предохранения от беременности (1,9-9,25% по данным различных авторов). Это может быть связано с тем, что использование внутриматочных контрацептивов сокращает число внутриматочных имплантаций до 99,5%, а трубных – до 95%, т.к. изменяется перистальтика маточных труб, развитие и нормальное продвижение плодного яйца. Частота эктопической беременности уменьшается при использовании внутриматочных средств с медью. Процент женщин, перенесших внематочную беременность, возрастает соответственно длительности использования данного метода контрацепции.

Тщательный отбор пациенток, использование медьсодержащих контрацептивов, строгое соблюдение времени использования внутриматочных средств ведет к снижению риска эктопической беременности.

Самопроизвольное (полное или частичное) изгнание внутриматочных средств наблюдается в 2-7% случаев в течение первого года применения, причем частота экспульсии инертных ВМС значительно выше, чем медикаментозных.

Около половины случаев экспульсий приходится на первые часы после введения за счет повышения тонуса и стремления матки избавиться от

внутриматочного контрацептива, затем вероятность изгнания остается высокой в первые три месяца использования. Часто самопроизвольное изгнание происходит во время менструации.

На частоту экспульсий влияют анатомо-физиологические особенности, техника введения контрацептива, уровень расположения его в матке, квалификация врача, устанавливающего ВМС, возраст женщины, наличие родов в анамнезе, время введения контрацептива, правильный подбор модели внутриматочного средства.

В основе самопроизвольного изгнания лежит постепенное или быстрое повышение тонуса и возбудимости матки, которое приводит к ее сократительной деятельности.

К признакам экспульсии относятся схваткообразные боли внизу живота, межменструальные кровянистые выделения, удлинение нитей, ощущение ВМС во влагалище или цервикальном канале, кровянистые выделения после полового сношения, диспареуния. При объективном исследовании внутриматочный контрацептив может находиться во влагалище, цервикальном канале, отсутствуют нити, а также ВМС при зондировании матки, УЗИ или рентгенологическом обследовании органов малого таза.

При частичном самопроизвольном изгнании внутриматочный контрацептив необходимо удалить. При желании женщины продолжить этот метод предохранения от беременности можно ввести новый контрацептив другой формы и размера сразу или во время следующего менструального цикла.

С целью профилактики применяют средства, снижающие тонус матки (гормоны желтого тела, антагонисты простагландинов и др.)

Воспалительные заболевания гениталий при использовании ВМС являются самым серьезным осложнением, наблюдаются у 0,43-4,0 % женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию. Возникновение часто связано с наличием заболеваний, передающихся половым путем, либо с обострением хронического воспалительного процесса, которые не были диагностированы до введения ВМС. Наблюдаются у 0,43-4,0 % женщин. Среди причин преждевременного удаления контрацептива по медицинским показаниям воспалительные заболевания занимают второе место после кровотечений.

Риск развития этого осложнения выше у молодых, сексуально активных женщин, особенно при наличии нескольких половых партнеров, а также при наличии воспалительных заболеваний половых органов в анамнезе. Частота воспаления уменьшается с возрастом женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию. Небольшие размеры полости матки у нерожавших женщин обуславливают часто смещение ВМС в матке, что предрасполагает к развитию восходящей инфекции гениталий.

Воспалительные заболевания половых органов обычно диагностируются в первые три месяца после введения ВМС. Если воспалительный процесс возникает позже, можно расценить как вновь возникшее заболевание. Частота воспалительных заболеваний гениталий снова возрастает с истечением срока использования контрацептива.

При возникновении воспалительных заболеваний тазовых органов ВМС нужно обязательно извлечь, провести курс противовоспалительного лечения. Использовать внутриматочную контрацепцию снова можно через 6-12 месяцев.

Одной из причин досрочного удаления ВМС являются **маточные кровотечения** (5-15%). Характер менструального кровотечения может иметь различные формы – обильные и длительные менструации, длительные межменструальные кровянистые выделения. Потеря крови более 80 мл за каждую менструацию расценивается как меноррагия и может привести к развитию железодефицитной анемии.

Увеличение объема кровопотери во время месячных при использовании ВМС в определенной степени обусловлено механическим повреждением эндометрия в зонах контакта с контрацептивом, повышением выработки местных простагландинов. Микроэрозирование слизистой оболочки матки, вызванное некрозом вследствие трения и давления ВМС, усиливается во время месячных из-за сокращений матки. Степень выраженности травматических повреждений эндометрия зависит от физико-математических характеристик внутриматочного контрацептива. Большие по размеру, жесткости и площади внутриматочные средства без медикаментозных включений вызывают и больший объем менструальной кровопотери по сравнению с небольшими медь- и гормоносодержащими ВМС.

Критериями для решения вопроса об удалении ВМС при кровотечении являются показатели гемоглобина, гематокрита. Если кровотечения беспокоят женщину более 3 месяцев и развивается анемия целесообразно извлечь контрацептив.

Боль может быть связана с повышением тонуса матки в течение 1-3 дней после установки ВМС, а так же в течение нескольких последующих менструаций. При небольших болях можно назначить 1-3 таблетки аспирина или других ингибиторов простагландиногенеза.

Сразу после введения внутриматочного средства сильная боль может возникать при использовании ВМС большого размера или из-за неправильного раскрытия средства в полости матки. В этих ситуациях контрацептив нужно удалить, можно ввести новое внутриматочное средство меньшего размера, четко соблюдая правила установки.

При появлении кровотечения и сильных болей необходимо исключить экспульсию, перфорацию матки, воспалительные заболевания половых органов, самопроизвольный аборт, внематочную беременность.

Перфорация матки чаще всего происходит при введении контрацептива, поэтому необходимо строго соблюдать методику установки и осторожность.

Частота перфораций зависит от квалификации и опыта врача, техники введения, анатомо-физиологических особенностей половой системы женщины, времени введения.

Диагноз перфорации при введении ВМС устанавливается на основании появления боли, кровотечения в брюшную полость, симптомов раздражения брюшины. Эти симптомы не всегда бывают ярко выражены, поэтому если

женщина не выдела выпавшей спирали, а нитей во влагалище нет, имеются нечеткие боли внизу живота нужно прибегнуть к УЗИ, рентгенографии, гистероскопии, лапароскопии.

В случае внедрения контрацептива в стенку матки (частичная перфорация) необходимо использовать гистероскопию. Если ВМС находится в брюшной полости применяют лапароскопию или лапаротомию.

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 абортов. 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.

Многообразие спиралей "Юнона" с их конкретным предназначением, учитывающим многообразие факторов, позволяют использовать дифференцированно индивидуальный подход в каждом конкретном случае внутриматочной контрацепции. Результаты исследования дифференцированного подхода к использованию ВМС расширяют возможности безопасного, эффективного, экономически наиболее выгодного планирования семьи.

Приложение

ПАМЯТКА ЖЕНЩИНАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМ ВНУТРИМАТОЧНЫЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ.

Вы избрали для предохранения от беременности современный, эффективный, надежный, безопасный, длительно действующий, удобный, широко распространенный в мире метод.

Внутриматочная контрацепция это введение в полость матки небольших размеров средства различной формы.

Период адаптации организма к ВМС длится около 3 месяцев. Сразу после установки внутриматочного контрацептива Вас могут беспокоить незначительные кровянистые выделения из половых путей, небольшие боли внизу живота, которые должны пройти через 2-3 дня. Для снятия болей можно принять 1-2 таблетки анальгина, аспирина. В течение 8-10 дней необходимо воздержаться от половой жизни, физических нагрузок, занятий спортом, посещения бани, сауны.

Даже при хорошем самочувствии через 10 дней Вы должны показаться врачу.

В течение 2-3 месяцев после введения в матку ВМС месячные могут быть обильными и длительными, иногда могут отмечаться и незначительные кровянистые выделения из половых путей между ними. Во время менструации необходимо осматривать гигиенические прокладки, чтобы вовремя заметить выпадение спирали с менструальными выделениями.

Повторные осмотры у гинеколога Вы должны пройти через 1, 3, 6 месяцев после введения внутриматочного контрацептива, затем 1-2 раза в год в течение всего времени применения ВМС.

При использовании внутриматочной контрацепции нужно соблюдать обычный гигиенический режим, рекомендуемый здоровым женщинам.

Однако, как при любом современном методе предохранения от беременности, редко могут возникнуть осложнения. Вам нужно знать и научиться обращать внимание на ранние признаки, при появлении которых необходимо немедленно обратиться к врачу:

- задержка месячных (очень редко может наступить беременность)
- боли внизу живота, боли во время полового сношения
- повышение температуры тела, боли внизу живота, необычные выделения из половых путей (возможно воспалительные заболевания половых органов)
- спустя три месяца менструации остаются длительными, обильными, появилась слабость, чувство недомогания.

По истечении срока использования ВМС, который указал Вам врач, контрацептив нужно обязательно извлечь. Если Вам нравится этот метод предупреждения нежелательной и Вы хотели бы его продолжить, после предварительного обследования в день извлечения «старого» ВМС можно установить новый.

Помните, что удалить внутриматочное средство можно в любое время по Вашему желанию. Этот метод предохранения от беременности не оказывает

влияния на детородную функцию, беременность может наступить сразу после извлечения ВМС, независимо от длительности его применения.

Извлекается ВМС из матки легко, безболезненно, однако не следует это делать самостоятельно.

Вам введена модель _____

Дата введения ВМС _____

Извлечь ВМС необходимо « ____ » _____

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ	5
ХАРАКТЕРИСТИКА ВМС.....	6
<i>Медь-, серебро- и золотосодержащие ВМС</i>	7
<i>ВМС, высвобождающие гормоны</i>	8
ВМС СЕРИИ “Юнона Био-Т” (РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ).....	9
<i>Метод дифференцированного применения внутриматочных противозачаточных средств по Ю.В. Журавлеву</i>	11
ВРЕМЯ ВВЕДЕНИЯ ВМС.....	13
ВВЕДЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ.....	15
<i>Техника введения различных моделей ВМС</i>	16
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ, ПРИМЕНЯЮЩИМИ С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ ВМС	20
<i>Показания для извлечения ВМС.</i>	21
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВМС И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
ПРИЛОЖЕНИЕ	26