

УДК 615.477.87

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

З. Н. Якубова, В. М. Кошкин, Р. С. Барышкина, Л. Ф. Шилова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Внутриматочная контрацепция наибольшее распространение получила в нашей стране с конца 60-х годов. В настоящее время внутриматочной контрацепцией пользуется более 100 миллионов женщин во всем мире [3, 4]. Изучено влияние внутриматочных средств (ВМС) на многие физиологические функции женщины, а также определена эффективность их применения. Механизму действия ВМС посвящено немало работ.

Целью нашего исследования являются выяснение оптимальной продолжительности непрерывной экспозиции и перерывов при замене контрацептива, возрастных ограничений к применению внутриматочной контрацепции. Для решения этих задач проведены клинические наблюдения за 368 женщинами в возрасте от 18 до 54 лет, применявших внутриматочную контрацепцию. Статистическому анализу подвергнуты 10 тысяч карт диспансерного наблюдения женщин по материалам Татарского республиканского центра контрацепции.

Распределение женщин по возрастным группам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возраст обследованных женщин

Возраст, лет	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46 и старше
Число женщин	40	2066	3653	2503	1166	512	100

Как видно, преобладали женщины детородного возраста от 21 до 35 лет. Все они до введения ВМС имели беременности за 1—9 мес. 100 женщин были в климактерическом периоде.

Непосредственно после введения ВМС появлялись боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, связанные, по нашему мнению, с травмированием эндометрия во время введения внутриматочного контрацептива. Эти осложнения исчезали без лечения.

Таблица 2
Продолжительность метrorрагии, болей и адаптации после введения ВМС

Возраст, лет	Продолжительность осложнений, дни		Продолжительность адаптации, мес
	метrorрагия	боль	
15—20	3,7	2,1	8,8
21—25	2,8	1,7	5,6
26—30	2,7	1,8	6,0
31—35	2,9	1,8	6,8
36—40	3,2	2,1	6,9
41—45	6,4	3,8	10,2

Как видно из табл. 2, наибольшая продолжительность кровянистых выделений из половых путей и болей внизу живота, возникающих непосредственно после введения ВМС, наблюдалась у женщин старше 40 лет, что, по-видимому, связано с возрастными особенностями эндометрия.

В табл. 2 представлены данные продолжительности осложнений и адаптации, проявляющейся в виде гиперполименореи, в различных возрастных группах.

Как видно, замедленная адаптация происходит у женщин в возрасте до 20 и

после 40 лет, впервые начавших пользоваться ВМС. Кроме того, в период адаптации из 512 женщин старше 40 лет сильные боли внизу живота и длительные кровянистые выделения из половых путей были отмечены у 184 (36%), что послужило медицинским показанием для удаления ВМС у 21% женщин. В других возрастных группах гиперполименорея или межменструальные кровотечения встречались у 10% женщин, что согласуется с данными литературы [1, 2]. Удалить ВМС по медицинским показаниям приходится у 0,6—3,0% женщин, что также согласуется с литературными данными. При повторном введении ВМС через 1—2 менструальных цикла (после удаления для замены) адаптация проходит гораздо легче, чем после первичного введения, боли отмечаются реже, а кровянистые выделения в основном связаны с непосредственным травмированием эндометрия при введении ВМС. При заменах ВМС перерывы более 2 менструальных циклов чреваты возникновением нежеланной беременности и, как следствие, абортми (в 30% случаев по нашим наблюдениям), что снижает эффективность решения основной задачи контрацепции — искоренение абортов. Отсюда следует, что первичное введение ВМС женщинам старше 40 лет нецелесообразно.

По мнению некоторых авторов, при применении ВМС возрастает частота эндометриозов. Поэтому во время перерывов при замене ВМС мы рекомендуем пользоваться гормональными контрацептивами типа «Овидон» или «Ригевидон».

Длительная непрерывная экспозиция ВМС (свыше 6 лет) безвредна для организма женщины, но нежелательна, так как удаление контрацептива сопряжено с затруднениями вследствие того, что в 80—90% случаев обрываются нити ВМС и приходится применять модифицированный крючок Грэфенберга с расширением цервикального канала.

При изучении отдаленных результатов применения ВМС, в частности течения климакса у женщин, длительно пользовавшихся внутриматочной контрацепцией (от 5 до 15 лет), нами обследовано 100 женщин в возрасте от 42 до 54 лет. Обнаружено, что физиологическое течение климактерического периода у женщин, длительно предохранявшихся от непланируемой беременности внутриматочной контрацепцией, встречается в 2,5 раза чаще, чем у женщин, пользовавшихся традиционными средствами контрацепции (55 женщин контрольной группы).

Зависимость тяжести климактерического синдрома от продолжительности применения ВМС и кратности замен контрацептива представлена в таблице 3.

Как видно из табл. 3, чем длительнее применение ВМС, тем легче течение климактерического синдрома, особенно при заменах ВМС через каждые 4—6 лет. Более продолжительная экспозиция ВМС без замены до 10—15 лет усугубляет течение климактерического синдрома. Климактерический синдром у женщин, применявших ВМС до 5 лет, протекает почти так же, как и у женщин, пользовавшихся традиционными методами контрацепции.

ВЫВОДЫ

1. Длительное применение внутриматочной контрацепции до менопаузы безвредно для организма женщины при условии замены ВМС каждые 4—6 лет и диспансерного наблюдения.
2. Повторные введения ВМС после удаления для замены рекомендуются через 2 менструальных цикла с использованием в это время гормональных пероральных контрацептивов.
3. Первичное применение ВМС после 40 лет нецелесообразно из-за часто возникающих осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мануилова И. А., Антипова Н. Б. Акуш. и гин., 1978, 10.— 2. Паршина Л. А., Конищева О. Э. Там же, 1977, 12.— 3. Петров-Маслаков М. А.,

Таблица 3
Течение климактерического синдрома в зависимости от продолжительности применения ВМС и кратности их введения

Продолжительность применения ВМС, лет	Кратность введения ВМС	Течение климактерического синдрома, %			
		физиологическое	легкое	среднее	тяжелое
15	3	96	4	0	0
15	2	92	8	0	0
15	1	78	16	6	0
10	2	90	6	2	2
10	1	82	8	5	5
5	1	50	20	20	10

УДК 618.291—07:618.346—008.8

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА ПО КЛЕТОЧНОМУ СОСТАВУ И ТРОМБОПЛАСТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Д. П. Игнатъевз, Б. Г. Садыков, Н. Д. Бодуа

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В акушерской практике нередко требуется досрочное прерывание беременности в интересах плода или матери. Классическим примером первой ситуации является резус-конфликтная беременность. Заболевание почек, поздний токсикоз беременных нередко принимают такое течение, что продолжение беременности представляет серьезную угрозу для здоровья матери и плода. Однако досрочное родоразрешение увеличивает риск гибели новорожденного вследствие недоношенности, поэтому перед акушером стоит серьезная задача — выбрать такой момент для родоразрешения, когда, с одной стороны, плод еще не очень серьезно поражен вследствие заболевания матери, а с другой — он уже достаточно зрелый для внеутробного существования.

Неточное определение срока беременности по данным анамнеза (дата последних месячных, первого шевеления плода) может привести к серьезным диагностическим ошибкам. Физические методы исследования (пальпация, измерение) ненадежны вследствие различной толщины передней брюшной стенки, колебаний размеров плода в зависимости от генетических, обменных и других факторов. Неточен, к тому же небезопасен, рентгенологический метод, основанный на выявлении оссификации различных отделов плода. Ультразвуковое определение бипариетального размера головки и роста плода требует специальной аппаратуры и опытного специалиста.

Околоплодные воды являются средой, в которой развивается плод в период его внутриутробного существования, их качественный состав зависит от роста плода и его состояния.

По данным Г. А. Паллади и соавт. (1980), при беременности 37 нед в амниотической жидкости содержится около 2 мг креатинина. В околоплодных водах уровень креатинина выше, чем в крови матери и плода. Увеличение содержания креатинина с увеличением срока беременности связано с функцией почек плода и выделением богатой креатинином мочи в амниотическую жидкость. Кроме того, концентрация креатинина возрастает по мере уменьшения объема околоплодных вод, что имеет место в последние недели беременности, и увеличения массы мышечной ткани плода. Уровень креатинина может меняться также при позднем токсикозе, сахарном диабете, развитии у плода гемолитической болезни. Таким образом, по содержанию креатинина в амниотической жидкости нельзя точно определить зрелость плода, по нему можно судить, скорее всего, о тяжести его состояния.

Показателем зрелости легочной ткани плода и, следовательно, готовности его к внеутробному существованию служит уровень фосфатидилхолина и сфингомиелина, а точнее, их соотношение, равное 2 или более [3]. Увеличение количества фосфатидилхолина способствует образованию сурфактанта, выстилающего альвеолы легких и обеспечивающего их стабильность в процессе дыхания. Поскольку жидкость, находящаяся в бронхиальном дереве, принимает участие в образовании амниотической жидкости, концентрация фосфатидилхолина в них отражает содержание сурфактанта в легких плода. Однако сложность его определения не позволяет пока широко внедрить этот метод в практику.

Клеточный состав амниотической жидкости также меняется с увеличением срока беременности. С помощью окраски по Папаниколау изменение клеточного состава околоплодных вод было охарактеризовано морфологически. Установлено, что с увеличением срока беременности растёт количество безъядерных полигональных