

вует 4—5-месячному возрасту (имеются точки окостенения в головчатой и крючковатой костях).

Осмотр эндокринологом: отсутствие отечности, пастозности, брадикардии, гиперхлестеринемии. В связи с опережением костного возраста гипотиреоз отвергнут.

Данное сообщение приведено с целью ознакомления педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов с редко встречающимися наследственными заболеваниями. Описанные случаи встретились впервые за последние 16 лет среди 6000 наблюдавшихся детей в отделениях патологии новорожденных.

Поступила 10.07.84.

УДК 615.477.87

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Б. М. Кошкин, Р. С. Барышкина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. Б. Г. Садыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Внутриматочные контрацептивы наиболее полно отвечают требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам: удобны в применении, доступны, эффективны, безвредны [8, 15]. Нами проведен анализ 5 тысяч карт диспансерного наблюдения женщин, применяющих внутриматочные контрацептивы от 1 до 17 лет. Их эффективность составила по нашим данным 97,1%, по сведениям других авторов — от 91 до 99,4% [1, 8, 9].

Большинство женщин применяют именно этот метод предохранения от беременности. По их словам, в семье стало спокойно, исчезли конфликты с мужем, которые были раньше, при другом методе контрацепции, исчез страх перед нежеланной беременностью [6]. Однако наряду с положительными моментами при длительном пользовании внутриматочными средствами (ВМС) встречаются и отрицательные явления. Так, непосредственно после введения внутриматочного контрацептива появляются незначительные боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, связанные, как нам кажется, с травмированием эндометрия во время введения ВМС. Эти симптомы не требуют лечения и прекращаются самостоятельно [2]. По нашим данным, продолжительность таких болей и кровянистых выделений у женщин от 20 до 40 лет составляет 2—3 дня. Однако в возрастных группах до 20 и старше 40 лет их продолжительность увеличивается до 6—7 дней и больше, что вынуждает удалять ВМС по этим показаниям. Следовательно, применение внутриматочных контрацептивов у женщин моложе 20 и старше 40 лет сопряжено с опасностью возникновения осложнений, что необходимо учитывать при диспансерном наблюдении за ними. Мы считаем, что увеличение продолжительности болей и кровянистых выделений, возникающих непосредственно после введения ВМС, связано с возрастными морфологическими особенностями эндометрия.

В связи с длительными кровотечениями типа метроррагии или полигиперменореи ВМС удаляется в 1,5—24% случаев [3, 18]. По этим же причинам нами удалены ВМС у 213 женщин, причем у 79 ($\approx 37\%$) из них было выявлено выпадение предлежащей петли ВМС в цервикальный канал, которая оказывала давление на его стенку и вызывала образование кровоточащего пролежня и субъективное ощущение продолжительных болей ноющего характера. В подобных случаях при потягивании за нити ВМС извлекалось без всякого усилия, его нижняя петля оставалась отогнутой и не принимала своего первоначального положения. После извлечения такую спираль следует сразу же заменить на новую и объяснить женщине, обычно уже разочарованной в этом методе, причину беспокоивших ее ощущений. Нераспознанное частичное выпадение предлежащей петли ВМС в цервикальный канал также может, по нашему мнению, вызвать наступление беременности.

Наши клинические и лабораторные исследования, а также данные литературы позволяют утверждать, что расстройства менструальной функции по типу удличения продолжительности менструации и кровопотери при ней в первые 5—10 мес экспозиции ВМС не являются следствием метода. Отмеченные нарушения возникают в процессе адаптации организма к внутриматочно введенному инородному телу и требуют не удаления контрацептива, а назначения болеутоляющих и кровоостанавливающих средств [8, 15, 16].

При изучении неспецифической реактивности организма у 100 женщин при наличии ВМС в полости матки от начала применения и до 5 лет выявлена некоторая иммунологическая перестройка организма, наиболее выраженная в первые 1—3 мес экспозиции (подъем уровня пропердина до $5,75 \pm 0,39$ усл. ед.). Через 6—9 мес уровень пропердина возвращался к исходному ($3,98 \pm 0,39$ усл. ед. в контроле). Обнаруженные колебания неспецифической реактивности организма мы связываем с такими клиническими проявлениями адаптации, как тупые боли внизу живота и поясничной области, нарушения менструальной функции.

Нами установлено, что продолжительность адаптации зависит от возраста: у женщин до 20 лет она составляет около 9 мес, от 20 до 40 лет — 5—6 мес, старше 40 лет — 10—11 мес. Кроме того, в периоде адаптации у этих женщин иногда возникали обильные кровотечения, не прекращавшиеся после симптоматического лечения и потребовавшие у 24 из 100 удаления контрацептива. В других же возрастных группах ВМС по указанным причинам были удалены у 3 из 300 наблюдавшихся нами женщин, что согласуется с данными литературы [3].

Боли схваткообразного характера, возникающие в любой период применения ВМС, чаще в первые месяцы, бывают при самопроизвольном изгнании контрацептива [2, 15]. Частота экспульсий ВМС находится в прямой зависимости от отбора и подготовки женщин к введению контрацептива. Разрывы шейки матки, повторные аборт в анамнезе, физические напряжения в периоде адаптации и во время месячных способствуют выпадению ВМС.

Воспалительные заболевания при внутриматочной контрацепции наблюдаются обычно у тех женщин, в анамнезе которых отмечены повторные аборт или воспалительные процессы гениталий. Частота их колеблется от 0,43 до 4,0% [4, 14], по нашим данным — у 80 (1,6%) из 5000 женщин. Очень редко встречается острое воспаление гениталий (у 5 из 5000 женщин), чаще — обострение хронического воспаления [3, 11, 12]. По медицинским показаниям из-за этого осложнения приходится удалять ВМС у 2% женщин [9, 10, 13].

Обычные полиэтиленовые спирали типа Липпса не контрастируются при рентгенографии, что иногда необходимо для диагностики. Добавление же 25% сернокислого бария в полиэтилен влекло за собой ухудшение эластичности и гибкости контрацептива. При удалении такие ВМС часто ломаются на несколько частей, что учащается с увеличением срока их экспозиции. Через 5—6 лет применения контрацептива, по нашим наблюдениям, нарушения их целостности встречаются в 80—95% случаев. Удалять части контрацептивов мы рекомендуем в стационарных условиях и очень осторожно, так как специальных инструментов для их удаления нет и приходится пользоваться подручными средствами, такими как кюретка, изогнутый зонд, самодельный крючок и т. п. Манипуляции ими могут привести, как известно, к тяжелым последствиям, при этом особенно опасны самодельные инструменты.

Одним из серьезных осложнений применения ВМС является перфорация тела матки контрацептивом. Частота данного осложнения, по литературным данным, колеблется от 1 : 350 до 1 : 2500 [5, 15]. В нашей практике случаи перфорации тела матки наблюдались у трех женщин из 30 000, состоящих на диспансерном учете в связи с введением внутриматочных контрацептивов. По данным научной группы ВОЗ (1969), хирургическое удаление ВМС, попавшего в брюшную полость, обязательно для средств замкнутой формы и желательно для контрацептива типа петли Липпса.

У всех трех женщин перфорация тела матки и проникновение ВМС в брюшную полость протекали бессимптомно. У одной женщины перфорация была выявлена через неделю после введения контрацептива, у двух других — через 6 лет экспозиции ВМС. В двух последних случаях женщины обратились для удаления контрацептива, которого не оказалось в полости матки. На обзорных рентгенограммах ВМС были обнаружены в брюшной полости. Два контрацептива были удалены хирургическим способом. У одной женщины контрацептив находился на крыле подвздошной кости, и удаления ВМС ей не производилось, однако вот уже в течение 2 лет она не предъявляет никаких жалоб.

Мы считаем, что перфорация тела матки контрацептивом возникает вследствие неправильного подбора его по размеру. Под давлением контрацептива на стенку матки с усилием, обусловленным упругостью спирали, нарушается кровоснабжение и образуется изъязвление. Когда базальный слой эндометрия в месте давления исчезает, контрацептив проникает через мышечный слой матки из-за наличия отрицательного давления в брюшной полости. Безболезненное проникновение ВМС объясняется, во-первых, длительностью данного процесса, во-вторых, отсутствием в матке большого количества нервных окончаний. Следовательно, чтобы избежать такого

грозного осложнения, как перфорация матки, необходим тщательный подбор контрацептива по размеру.

Сведения о частоте эктопической беременности при длительном применении ВМС разноречивы: некоторые авторы считают, что число внематочных беременностей возрастает в связи с применением ВМС [7], по мнению других, вероятность эктопической беременности остается прежней [8] или же уменьшается [17]. Согласно результатам наших исследований, частота случаев эктопической беременности зависит больше от количества произведенных абортот и перенесенных хронических воспалительных заболеваний гениталий, чем от применения ВМС.

Исследования показали, что у женщин, длительно применявших внутриматочные контрацептивы, климактерический период протекает с меньшими патологическими отклонениями при условии замены ВМС не позднее чем через 5 лет.

Таким образом, внутриматочная контрацепция, несмотря на некоторое количество осложнений, является наиболее приемлемым современным массовым средством борьбы с абортами. Правильное применение метода с соблюдением всех противопоказаний, тщательный подбор и последующее диспансерное наблюдение женщин способствуют резкому снижению числа осложнений при использовании внутриматочных контрацептивов, сохранению здоровья женщин и профилактике патологического климакса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А. И., Ермакова Л. В. В кн.: Научные труды Рязанского медицинского института, т. 58, 1976.— 2. Барышкина Р. С., Якубова З. Н. Акуш. и гин., 1977, 12, 34.— 3. Бобрик Г. Н., Каминская В. Т., Пухальская К. П. В кн.: Тезисы III съезда акушеров-гинекологов БССР. Гродно, 1979.— 4. Харкевич Н. И., Журавлев Ю. В., Никонова Р. И., Михайлова Л. В. Там же.— 5. Berndes H. Contraception, 1979, 19, 4.— 6. Seralak J., Havranek F. Cs. Gynec., 1967, 34, 32.— 7. Dja M., Notol B. Rev. franc. Gynecol., 1979, 44, 6.— 8. Feichtinger W., Abarumich A., Beck A., Haveléc L. Wien. Klin. Wschr., 1980, 92, 14.— 9. Joworska-Karwowska J., Lukasik I. Ginek. pol., 1980, 51, 7.— 10. Lang N., Werner M., Boehm M. «Geburtsh. u. Frauenheilk.», 1976, 36, 1.— 11. Larsson B., Wenbergren M. Contraception, 1977, 15, 2.— 12. Liu D. T., Melville H. A., Measday B., Melcher D. Amer. J. Obstet. Gynec., 1975, 122, 1.— 13. Mall-Hæfeli M. Gunäk. Rundsch. (Basel), 1978, 18, 3—4.— 14. Marin J. M., Parrilla J. J. et. al. Rev. Est. Obstet. Gynecol., 1980, 3, 254.— 15. Mitchell R. G., Guillecaud J., Day D. G. J. Clin. Pathol., 1977, 30, 11.— 16. Newton J., Szontagh F., Lebech P., Rowe P. Contraception, 1979, 6, 575.— 17. Ory H. W. Obstet. Gynec., 1981, 57, 2.— 18. Shaw S. T., Masculay L. K., Hohman W. R. Contraception, 1979, 19, 1.

Поступила 06.06.85.

УДК 616.71—002.27—07

ОБ УСТОЙЧИВОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АСИММЕТРИИ ПРОПРИОЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Л. Л. Протасова

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В патогенезе позвоночного остеохондроза немаловажная роль принадлежит не только состоянию пассивных элементов позвоночно-двигательного сегмента, его костных, хрящевых и фиброзных образований, но и мышцам, соединяющим два смежных позвонка. Нарушение координации их движений, необходимых синергий и реципрокных иннерваций способствует микротравматизации межпозвонкового диска и развитию остеохондроза [3]. Среди афферентаций, влияющих на быстроту и соразмерность движений, особое место принадлежит проприоцепции. Ранее ее нарушение при остеохондрозе рассматривалось лишь как одно из проявлений корешкового синдрома или другого очагового поражения [1, 4].

Нами была исследована глубокая чувствительность у 89 больных с различными синдромами поясничного остеохондроза, в том числе и не корешковыми, в возраст-