кой трансформации эндометрия у женщин репродуктивного возраста и возможного влияния неблагоприятных экологических факторов Уральского региона на возникновение и течение данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В., Бонтэ Я., Вишневская А. С. Гормонотерапия рака эндометрия. Санкт-Петербург, 1994.

2. Вихляева Е. Н., Щедрина Р. Н. Клинико-прикладное значение исследования гормональной реакции при стойкой гиперпластической трансформации эндометрия // Акушерство и гинекология. 1998. № 11. С. 26—30.

3. Макаров О. В., Исаева Е. Г. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению предрака эндометрия // Акушерство и гинекология. 1993. № 7. С. 8—12.

МЕТОДИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРЕПАРАТОМ ДЕПО-ПРОВЕРА

В. Н. Прохоров, П. А. Ильенкова

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

В настоящее время проблема контрацепции в послеродовом периоде остается весьма актуальной [1, 2]. На протяжении последних лет остается весьма высоким удельный вес женщин, прервавших нежелательную беременность в течение первых 6 месяцев после родов. Консультирование по проблеме контрацепции в послеродовом периоде начинается обычно в школе матери, проводимой в женской консультации во II половине беременности, а затем в раннем послеродовом периоде врачами послеродового отделения и участковым акушером-гинекологом женщинам излагаются основные представления о принципах выбора метода контрацепции. Перед врачами стоит сложная задача — дать конкретные рекомендации о методе предохранения от беременности, поскольку неясно, каким будут в динамике состояние шейки матки, уровень и длительность периода лактации, вероятность развития послеродовых заболеваний и т. д. По этой причине решение о методе предохранения в данном периоде носит нередко временный характер, поскольку постоянная методика контрацепции будет определяться позднее.

Индивидуальные консультации для подбора метода контрацепции, идеального для данной супружеской пары, обычно откладываются до 6 недель послеродового периода. К методам, используемым для контрацепции в данном периоде, обычно относят следующие: а) лактационная аменорея; б) ВМС; в) барьерные ме-

тоды (презервативы, колпачки) обычно в сочетании с химической контрацепцией; г) мини-пили; д) Депо-Провера (дезоксимонопровераацетат или ДМПА); е) оральные контрацептивы.

Основными критериями подбора метода контрацепции в послеродовом периоде являются: 1) регулярность и частота половых контактов; 2) кратность и достаточность грудного вскармливания; 3) состояние шейки матки и наличие воспалительных изменений на шейке матки и во влагалище; 4) особенности течения беременности, родов и послеродового периода; 5) наличие экстрагенитальной и гинекологической патологии; 6) наличие установившегося менструального цикла.

Грудное вскармливание является эффективным способом контроля рождаемости только в случае ановуляции, т. е. когда физиологические механизмы организма родильницы препятствуют созреванию фолликула и выходу в брюшную полость яйцеклетки. Центрами планирования семьи выработаны рекомендации по использованию алгоритмов, при условии выполнения которых метод лактационной аменореи (МЛА) способен обеспечить рациональную эффективность в пределах 90%. Следует отметить, что предсказание овуляции в каждом конкретном случае является наиболее сложной задачей. Традиционные представления о том, что «нет менструации при кормлении грудью — нет беременности», нередко приводит к плачевным результатам. Поскольку определить продолжительность периода бесплодия при лактации достаточно сложно, необходимо использование более современных технологий для контрацепции у этих женщин.

Основой для данного исследования явилась необходимость в выработке конкретных рекомендаций по применению контрацептивного препарата ДМПА в послеродовом периоде в зависимости от особенностей клинической ситуации. Преимуществами применения данного препарата для кормящих грудью женщин являются: 1) высокая контрацептивная эффективность (показатель контрацептивных неудач для него — 2 случая на 100 женщин в течение года), 2) хорошая переносимость, 3) отсутствие негативного влияния на лактацию, 4) удобство применения: однократная внутримышечная инъекция препарата делается каждые 3 месяца. Недостатком этого метода является возникновение ациклических маточных кровотечений, обычным методом лечения которых является применение оральных контрацептивов или эстрогенов, использование которых при лактации является нежелательным. При назначении ДМПА могут также возникать нарушения менструального цикла в виде аменореи, гипо- и опсоменореи и длительного кровомазания после прекращения действия препарата [1].

Целью настоящего исследования была выработка рекомендаций по применению Депо-Провера для женщин, нуждающихся в контрацепции после родов, и прогнозирование риска осложнений, в т. ч. ациклических кровотечений, а также наблюдение за дальнейшей «контрацептивной судьбой» этих пациенток после прекращения лактации.

За период с 1996 по июнь 1998 года в условиях женской консультации Октябрьского района г. Екатеринбурга был проведен анализ контрацептивного эффекта ДМПА, назначенного после родов в группе из 153 женщин. Средний возраст пациенток составил 25,5+4,1 лет. Из них первобеременных первородящих было 88 человек(57,5%), повторнобеременных первородящих — 30 женщин (19,6%), повторнородящих — 5 человек (3,3%), многорожавших — 5 человек (3,3%). Экстрагенитальная патология встретилась у 53 женщин — 34,6%.

Критериями отбора пациенток для назначения ДМПА после родов были:

— наличие лактации;

— противопоказания для введения ВМС и для назначения других методов контрацепции;

— наличие экстрагенитальной патологии, а также осложнений беременности и родов;

— регулярность половых контактов;

— желание самой пациентки.

Противопоказаниями для введения ВМС было наличие различных вариантов гинекологической патологии, удельный вес которой достигал 58,2% (89 человек). Среди всех гинекологических заболеваний эндоцервикоз был отмечен у 50 женщин (32,7%), кольпит, эндоцервицит — у 12 пациенток (7,8%), хроническая внутриматочная инфекция, хронический аднексит в анамнезе — у 19 женщин (12,4%), фибромиома матки — у 5 пациенток (3,3%), «свежий» рубец на матке — у 34 женщин (22,2%).

Перед введением ДМПА для каждой пациентки была организована индивидуальная консультация с подробным информированием о контрацептивном действии данного препарата и его возможных побочных эффектах. Инъекции ДМПА по 150 мг внутримышечно 1 раз в 3 месяца проводились в условиях женской консультации. Всем женщинам выдавалась памятка о времени следующего визита.

В последующем осуществлялся контроль состояния репродуктивного здоровья после введения ДМПА и дальнейшая «контрацептивная судьба» женщин. Из 153 женщин регулярно посещали женскую консультацию лишь 54 пациентки, остальные выбыли из-под наблюдения через различные интервалы времени, несмотря на

проводимые с ними беседы и выдачу специальных памяток. Средний возраст регулярно наблюдавшихся женщин составил 25,8±3,9 лет. Из них первобеременными первородящими были 34 женщины (63,0%), повторнобеременными первородящими — 8 (14,8%), повторнородящими — 12 женщин (22,2%). «Свежий» рубец на матке имели 19 пациенток (35,2%), эндометрит после родов перенесли 2 женщины (3,7%).

Введение первой инъекции ДМПА было осуществлено в сроке менее 2 месяцев после родов у 5 женщин (9,3%), на 60-й день после родов — у 27 (50,0%), на 90-й день после родов — у 11 пациенток (20,4%), после 90-го дня — одной пациентке (1,9%). Вторая инъекция ДМПА была сделана пациенткам на фоне продолжающейся лактации, а в некоторых случаях и появившихся менструаций. Однократная инъекция была сделана 29 женщинам, двукратная инъекция — 18 пациенткам, трехкратная — 3 женщинам, более 3 инъекций было сделано 4 женщинам.

Выявленные у данной группы женщин нарушения менструального цикла после введения ДМПА были отнесены к 2 типам:

1) умеренные менструальноподобные кровянистые выделения продолжительностью до 1 недели — у 7,4% пациенток. Всем этим женщинам ДМПА было введено после 90-го дня послеродового периода;

2) появление длительных кровомазаний без клинической и лабораторной симптоматики анемии — у 14 женщин (25,9% случаев). Данные нарушения возникли на 2-м или 3-м месяце действия первой инъекции и во время действия второй инъекции у 7 пациенток (12,9%) на фоне снижения или прекращения лактации; причем у 6 из 7 женщин были «свежие» рубцы на матке в сочетании с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий в анамнезе. У остальных 7 женщин (12,9%) длительные кровомазания развились уже после прекращения контрацептивного действия ДМПА, и эти женщины также имели хронические воспалительные заболевания гениталий, в том числе патологию шейки матки (в основном эндоцервициты и эндоцервикозы).

В дальнейшем переход на прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) был осуществлен у 31 пациентки. Из них 7 женщинам была введена ВМС, 8 перешли на барьерные методы контрацепции, 1-й пациентке был введен Норплант, а у 7 женщин, которые прекратили использование ДМПА и не применяли другие методы контрацепции, в течение последующего года возникла незапланированная беременность, прерванная медицинским абортом.

Следует указать, что в целом риск возникновения кровомазания и даже ациклических кровотечений у женщин после введения ДМПА в послеродовом периоде достаточно высок. Обычно они развиваются на протяжении первых двух месяцев после 1-й инъекции. «Поздние», т. е. развивающиеся после 2-й или 3-й инъекции ДМПА, осложнения в виде ациклических кровотечений возникают чаще всего при его применении на фоне снижения лактации, указывающем на готовность организма женщины к возобновлению менструальной функции. Весьма высок риск появления ациклических кровотечений у женщин, которым препарат вводился при наличии лактации и уже появившихся менструаций.

Вероятность развития скудных ациклических маточных кровотечений как в периоде контрацептивного действия ДМПА, так и в последующем высока в группе женщин, имевших в анамнезе хронические воспалительные заболевания гениталий или «свежий» рубец на матке.

Вероятно, это связано с «чистым» гестагенным действием ДМПА на эндометрий и в меньшей степени на миометрий у женщин, перенесших осложненные роды (кесарево сечение, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, послеродовый эндо- и метроэндометрит), т. е. у женщин, имеющих различные патологические состояния матки, ведущие к замедлению эпителизации и восстановлению нормального функционального эндометрия, включая полноценную сократительную активность матки.

В связи с этим введение ДМПА на протяжении первых 6 недель послеродового периода женщинам, угрожаемым на развитие гнойно-септических заболеваний, в том числе перенесшим патологическую беременность или осложненные роды, мы считаем нецелесообразным.

Учитывая отсутствие нормальных менструальных циклов у всех женщин, пользующихся ДМПА при лактации, следует рекомендовать при ее прекращении переход на другой вид контрацепции, предпочтительно оральные контрацептивы (естественно, с учетом противопоказаний). Нами используется схема назначения ОК (три-регол, микрогинон, триквилар, марвелон, ригевидон, силест) на 2—3 месяца с контрацептивной и регулирующей менструальный цикл целью за 1 неделю до предполагаемого срока прекращения действия инъекции Депо-Провера. В дальнейшем при отсутствии противопоказаний возможно введение ВМС. От введения ВМС сразу после прекращения действия Депо-Провера рекомендуется воздерживаться в связи с повышенным риском возникновения воспалительных изменений в эндометрии. На фоне атрофии, вызываемой ДМПА, ВМС вызывает асептическое воспа-

ление, т. е. в этом случае повышен риск длительных кровотечений и при их возникновении достаточно трудно дифференцировать причину указанных кровотечений: или это проявление вяло текущего эндометрита на фоне ВМС, или это остаточное действие ДМПА. В данном случае предлагается прием ОК без удаления ВМС на 1—2 месяца с целью дифференциальной диагностики и лечебными целями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инъецируемые гормональные контрацептивы: вопросы применения и безопасности. ВОЗ. — Женева, 1985.
2. Хэтчер Р. А., Ковал Д., Гест Ф. и др. Руководство по контрацепции. — США, Джорджия. — 1994.

СОСТОЯНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ ТЕЛА МАТКИ

Р. И. Файзуллин, С. К. Володин

Кафедра акушерства и гинекологии 1 КГМА, г. Казань

Миома матки — наиболее часто наблюдаемая опухоль внутренних половых органов женщины. По данным различных авторов (Вихляева Е. М., Василевская Л. Н., 1981; Савицкий Г. А., 1994), у 78% больных миомой матки возникают показания к хирургическому лечению (Краснопольский В. И., 1985; Киселев С. И., Селивестров А. А., Мурашко А. В., 1995; Verkauf B. S., 1992). Последствиями хирургического вмешательства являются различные сдвиги в гомеостазе организма, проявляющиеся, в частности, в нарушении умственной и физической работоспособности.

Вопросы диагностики миомы матки, показания к консервативному и хирургическому лечению, методики оперативных вмешательств, послеоперационные осложнения широко освещены в литературе. Имеются сообщения о нарушении функции ряда органов и систем после удаления матки. Все вышеперечисленное, безусловно, может отражаться на снижении трудоспособности больных миомой матки. Трудоспособность — состояние здоровья, позволяющее человеку выполнить работу определенного объема и качества. Понятие трудоспособность можно разделить на физическую и умственную работоспособность.