



Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова

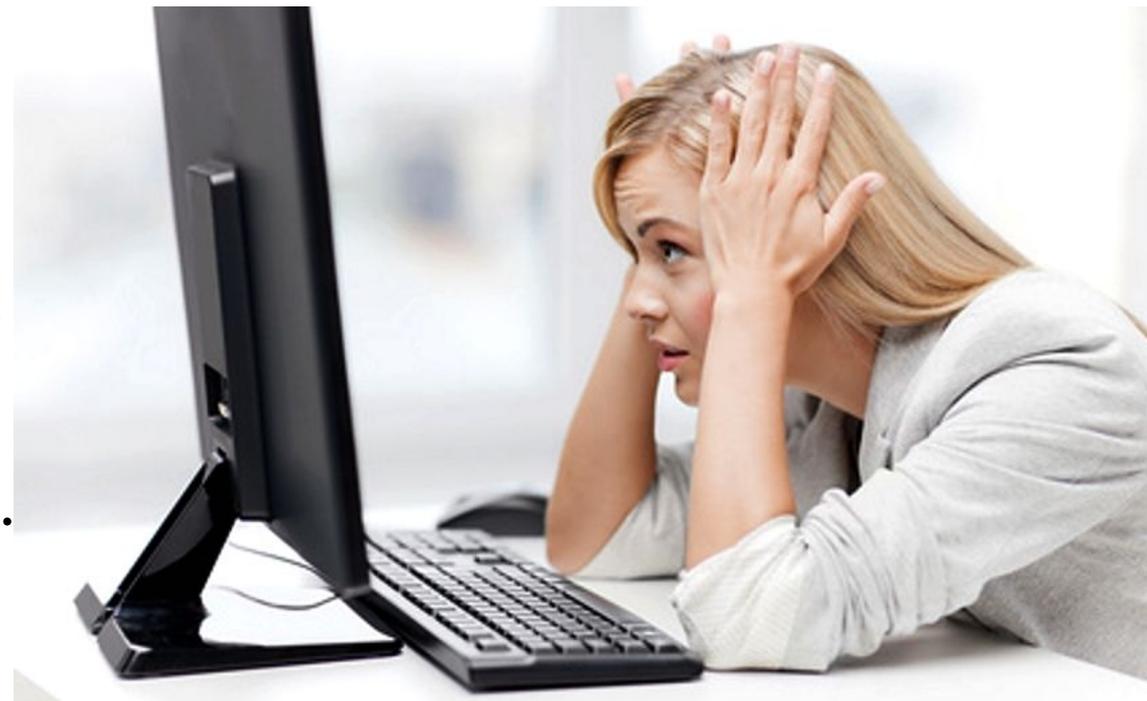
Контрацепция

Почему мы говорим о контрацепции?

Ежемесячно в интернете задают 300 000 вопросов по теме контрацепция. И со временем этих вопросов не становится меньше...

Всего 100 лет назад девушка в 18-25 лет уже не только становилась мамой, но и превращалась в завзятую домохозяйку...

Сегодня это возраст надежд, больших планов и устремлений, претворение в жизнь которых возможно благодаря контрацепции.



Современная Россия

Страна	Число абортсв на 1000 женщин фертильного возраста
Нидерланды	5,3
Великобритания	14,2
Россия	35,6

От 7 до 10% женщин, перенесших операцию прерывания беременности, становятся бесплодными.

Ежегодно количество бесплодных россиянок увеличивается на 200-250 тыс. чел.

Контрацепция

Пролонгированная контрацепция -

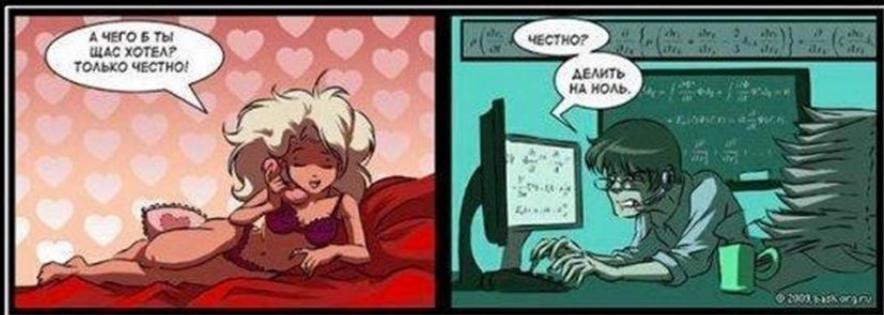
эта группа контрацептивных средств получила свое название от латинского слова *prolongus*, что означает «длительный, продолжающийся». В отличие от гормональных противозачаточных таблеток, которые необходимо принимать ежедневно, препараты пролонгированного действия вводятся в организм женщины единовременно и предохраняют от беременности в течение длительного срока: от трех месяцев до пяти лет.

Контрацепция (новолат. *contraceptio* — противозачатие, от лат. *contra* — против и *conceptio* — зачатие), методы и средства предупреждения беременности.



Эффективность контрацепции

100%-ая контрацепция



Забей на СЕКС - дели на НОЛЬ!

Противозачаточным средством года признана ипотека, второе место прочно удерживает новая иномарка, взятая в кредит.



Показателем эффективности любого средства контрацепции является индекс Перля - это число беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, использовавших тот или иной метод контрацепции.

Чем ниже величина индекса, тем надежнее исследуемый метод контрацепции.

Пролонгированная контрацепция

1. Внутриматочная контрацепция;
2. Гормональная контрацепция:
 - Инъекционные контрацептивы;
 - Импланты;
 - Гормональное кольцо для вагинального применения;
 - Контрацептивный пластырь.
3. Хирургические методы контрацепции.

Внутриматочная контрацепция

Внутриматочная контрацепция - это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным ВОЗ, в настоящее время более 60 млн женщин используют различные виды ВМК, которые по популярности уступают только КОК. В России, согласно статистическим данным, данный метод контрацепции по популярности занимает первое место (по данным Минздравсоцразвития РФ, в 2004 г. 13,86% женщин репродуктивного возраста использовали различные виды ВМК).

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Несмотря на большую историю внутриматочной контрацепции, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм действия ВМК.

Существует несколько теорий:

- теория abortивного действия;
- теория асептического воспаления;
- теория энзимных нарушений и подавления функциональной активности эндометрия, что делает невозможным имплантацию оплодотворенной яйцеклетки;
- теория ускоренной перистальтики маточных труб и сперматотоксического действия ионов меди.

По-видимому, нельзя рассматривать ту или иную теорию как превалирующую, так как в осуществлении контрацептивного действия ВМК играют роль несколько механизмов



Преимущества ВМК

Преимущества ВМК:

- высокая эффективность (индекс Перля от 0,3-0,5 при использовании мирены; 1-2 при медьсодержащих);
- отсутствие системных метаболических эффектов на организм женщины;
- быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК;
- отсутствие связи с половым актом;
- отсутствие влияния на грудное вскармливание;
- экономическая выгода:
- вводят однократно на длительный срок;
- низкая стоимость;
- нет необходимости в регулярном приёме таблеток.

Недостатки ВМК:

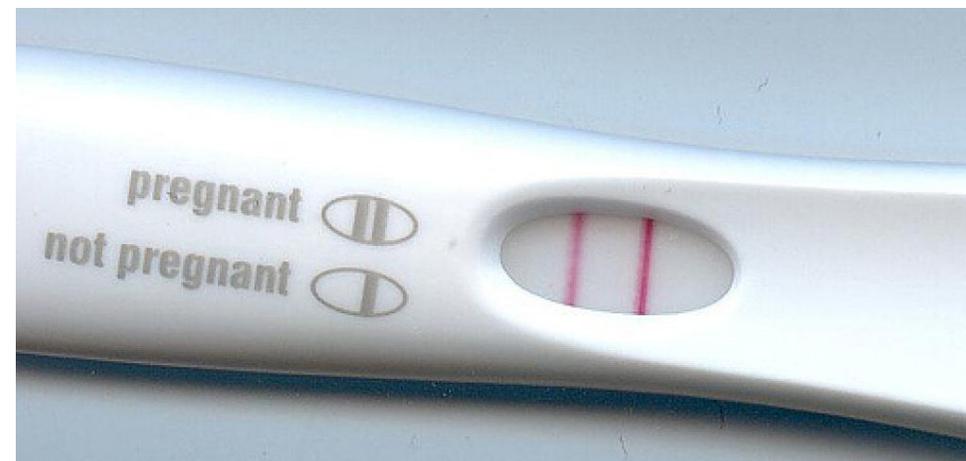
- боли в низу живота, особенно в течение первого года применения ВМК;
- обильные менструации, которые могут привести к возникновению железодефицитной анемии;
- достаточно высокий риск развития ВЗОМТ в первые недели после введения ВМК;
- необходимость проверки контрольных нитей ВМК после каждой менструации, так как может произойти экспульсия ВМК;
- ограниченная возможность применения у молодых нерожавших женщин.

Противопоказания к ВВЕДЕНИЮ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, противопоказания подразделяются на абсолютные и относительные.

Абсолютные противопоказания к применению ВМК:

- острые и подострые ВЗОМТ;
- часто рецидивирующие хронические воспалительные заболевания половых органов;
- злокачественные образования тела или шейки матки;
- кровотечения из половых путей неясной этиологии;
- предполагаемая или существующая беременность.



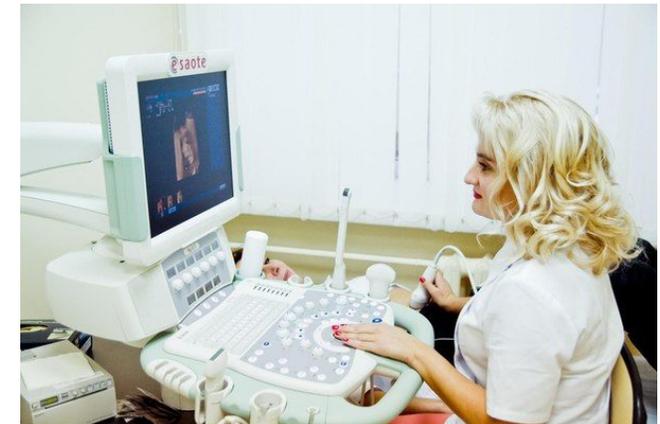
Относительные противопоказания к применению ВМК

- ВЗОМТ в анамнезе, эндоцервицит, вагинит на момент осмотра;
- дисменорея, гиперполименорея, менометроррагия, ГПЭ и полипоз эндометрия;
- множественная ММ с наличием узлов, деформирующих полость матки, мешающая введению ВМК;
- эндометриоз шейки и тела матки и яичников;
- врождённые пороки развития матки — двурогая или седловидная матка;
- гипоплазия матки;
- деформация шейки матки и стеноз цервикального канала;
- наличие в анамнезе внематочной беременности;
- анемия, коагулопатии или приём антикоагулянтов в настоящее время;
- хронические экстрагенитальные заболевания воспалительной этиологии с частыми обострениями, в том числе туберкулёз;
- ревматические заболевания сердца, подострый эндокардит, пороки клапанного аппарата;
- тяжёлые формы аллергии, особенно к меди, болезнь Вильсона–Коновалова;
- повторные экспульсии ВМК;
- инфицированный аборт в течение последних 3 месяцев;
- перенесённые инфекции половых путей в течение последних 12 мес, в том числе венерические заболевания;
- наличие нескольких половых партнёров;
- лечение иммунодепрессивными средствами.

Обследования до введения ВМК

Перед введением ВМК необходимо провести соответствующее медицинское обследование, которое включает:

- тщательный сбор анамнеза в целях исключения возможных противопоказаний к введению ВМК;
- бактериологическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на флору и степень чистоты;
- клинические анализы крови и мочи;
- детальное обследование цервикального канала на ИППП;
- кровь на RW, ВИЧ, HBsAg вируса гепатита В и С;
- расширенную кольпоскопию;
- УЗИ органов малого таза



Условия для введения ВМК

Существует много различных мнений о времени введения ВМК. По данным экспертов ВОЗ, ВМК можно вводить в любой день менструального цикла. Однако общепринятым временем для введения ВМК считается 4–8 й день менструального цикла, когда слизистая оболочка матки менее ранима, а цервикальный канал приоткрыт, что облегчает введение ВМК.

Кроме того, ВМК может быть введён сразу или в течение 4 дней после искусственного или самопроизвольного прерывания беременности при отсутствии признаков воспаления или кровотечения. Если в данные сроки это не осуществлено, то введение ВМК рекомендуют отложить до наступления очередной менструации.

ВМК также может быть введён в течение 48 ч после родов, однако риск экспульсии при этом повышается. Если в указанное время ВМК не введён, то это следует произвести через 4–6 недель после родов.

Введение ВМК допустимо при I и II степени чистоты мазка. Рекомендовать введение ВМК женщинам, прошедшим лечение по поводу ВЗОМТ, можно только спустя 6–10 месяцев при отсутствии симптомов воспалительного процесса.

Методика введения ВМК

1. Наружные половые органы, влагалище и шейку матки обрабатывают дезинфицирующими растворами.
2. Во влагалище вводят зеркала и шейку матки захватывают пулевыми щипцами.
3. Зондируют матку.
4. ВМК, помещённый в специальный шприцпроводник, без расширения цервикального канала вводят в полость матки. Движением поршня ВМК медленно продвигают в полость матки. Введённый ВМК обычно располагается во фронтальной плоскости полости матки.
5. Контрольные нити ВМК остаются во влагалище и позволяют контролировать положение ВМК и своевременно диагностировать его экспульсию.



НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТКАМИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМИ ВМК

В течение первой недели после введения ВМК не рекомендуют половую жизнь и интенсивную физическую нагрузку.

Первый контрольный осмотр врача производят через 7–10 дней, чтобы проверить наличие нитей, убедиться, что ВМК установлена правильно, и разрешить половую жизнь без использования дополнительного метода контрацепции. Также проводят УЗИ в целях уточнения расположения ВМК в полости матки.

Последующие осмотры следует проводить через 1 мес, в дальнейшем достаточно не реже 1 раза в 6 мес, а затем ежегодно с проведением бактериоскопического исследования отделяемого шейки матки. УЗИ рекомендуют производить по показаниям. Следует обучить пациентку после каждой менструации пальпаторно проверять наличие нитей, чтобы не пропустить экспульсию ВМК. При отсутствии нитей необходимо провести УЗИ органов малого таза.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения, связанные с введением ВМК, чаще наблюдают у пациенток с нарушением менструального цикла в анамнезе, хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза в стадии ремиссии и при недоучёте противопоказаний к введению ВМК.

Осложнения, связанные с ВМК, принято делить на 3 группы:

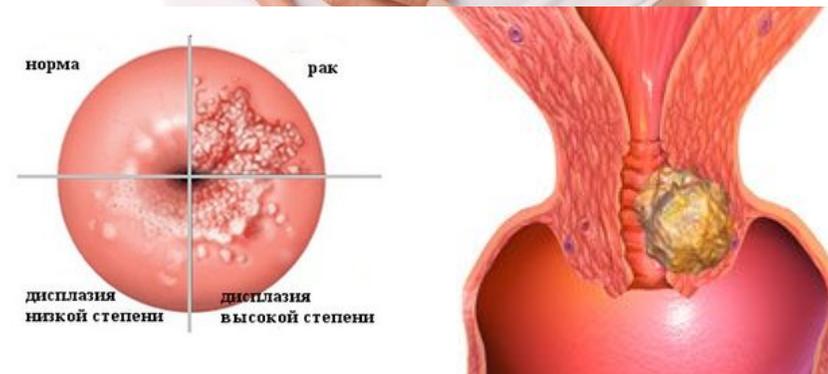
- *Осложнения, возникшие в момент введения ВМК*, — разрыв шейки матки, кровотечения, перфорация матки, вазовагальный рефлекс.
- *Осложнения, возникшие в процессе контрацепции*, — болевой синдром, менометроррагии, экспульсии ВМК, ВЗОМТ, наступление беременности.
- *Осложнения, возникшие после извлечения ВМК*, — хронические эндометриты и сальпингоофориты, бесплодие, внематочная беременность.

Наиболее часты из возможных осложнений болевой синдром, кровотечения, экспульсия и ВЗОМТ. Незначительные боли могут появляться сразу после введения ВМК, но они прекращаются через несколько часов или после лечения. Боли в межменструальном периоде и во время менструации наблюдают в 9,6–11% случаев, чаще у нерожавших.

Показания к удалению ВМК

Удаление ВМК производят по следующим показаниям:

- по желанию женщины;
- по истечении срока использования;
- при менопаузе (год спустя после последней менструации);
- в ряде случаев по медицинским показаниям:
 - беременность;
 - боли;
 - кровотечение, угрожающее жизни женщины;
 - острые ВЗОМТ;
 - рак тела или шейки матки;
 - перфорация или частичная экспульсия



МЕТОДИКА ИЗВЛЕЧЕНИЯ ВМК



Обычным методом ВМК рекомендуют извлекать во время менструации с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Перед удалением предварительно проводят влагалищное исследование. Шейку матки обнажают в зеркалах, затем её и влагалище обрабатывают любым антисептиком. Контрольные нити ВМК захватывают корнцангом или пинцетом и, потягивая медленно, извлекают средство.

Эффективность ВМК

Добавление меди и серебра в стержень внутриматочных контрацептивов позволило снизить частоту возможных осложнений в 2–9 раз. По данным многих исследований, эффективность инертных средств в среднем составляет 91–93%, гормонпродуцирующих — 99,8%. В то же время повысилась контрацептивная эффективность медьсодержащих ВМК: по данным ВОЗ, она составляет 93,8%. На основании многочисленных научных и клинических исследований можно сделать вывод, что в настоящее время из ВМС наиболее эффективными и приемлемыми внутриматочными средствами являются медьсодержащие – Т Cu380 А© («золотой стандарт»), мультилоад Ку375© (Multiload Cu375©), а также гормональная рилизингсистема Мирена©-сочетает свойства внутриматочной и гормональной контрацепции (содержит левоноргестрел).

Мультилоад Ку375© отличается от Тобразных спиралей уникальным анатомичным дизайном: наличием округлых боковых элементов (плечиков), в результате чего отсутствует раздражение углов матки и снижается риск экспульсий. В связи с тем, что используется монофиламентная нейлоновая нить, снижен риск воспалительных заболеваний органов малого таза.

Всё это позволяет сделать вывод, что в настоящее время наиболее эффективны и приемлемы медьсодержащие ВМК.



Восстановление фертильности после удаления ВМК

По результатам многочисленных исследований установлено, что фертильность у большинства женщин после удаления ВМК восстанавливается в течение года. Частота запланированных беременностей в течение 12 мес достигает 72–96%.

Внутриматочная контрацепция не влияет на последующую фертильность и служит одним из эффективных и приемлемых методов регуляции рождаемости.

В заключение можно сказать, что внутриматочная контрацепция — высокоэффективный метод предупреждения нежелательной беременности. Эффективность ВМК достигает 99,8% (т.е. индекс Перля равен 0,2), она не оказывает системного отрицательного влияния на организм, проста в применении, может использоваться длительно, а фертильность восстанавливается достаточно быстро после удаления контрацептива.

Появление принципиально новых видов ВМК расширяет возможности надёжной контрацепции с минимальными побочными реакциями.

Гормональные инъекционные контрацептивы (депопрепараты)

Это высокоэффективный метод длительного действия, содержащий один гормон — гестаген. В России зарегистрированы два препарата: «Депо-Провера»(США) и «Netoen» («Нэт-эн») (Германия). «Депо-Провера» вводится внутримышечно с помощью шприца. Обычно доза препарата составляет 150мг. Одна инъекция обеспечивает контрацепцию в течение 3 месяцев. «Netoen» представляет собой маслянистый раствор, который вводится уколom внутримышечно (в ягодицу) один раз в 2 месяца. Эти препараты подходят женщинам старше 35 лет. Первую внутримышечную инъекцию делают в любой из первых 5 дней менструального цикла.



Механизм действия инъекционных препаратов

- подавление овуляции;
- сгущение цервикальной слизи, что препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки;
- изменение структуры эндометрия, что затрудняет имплантацию;
- снижение сократительной активности маточных труб.

Преимущества и недостатки инъекционных контрацептивов

Преимущества инъекционных контрацептивов:

- высокая эффективность;
- длительное действие;
- небольшое число побочных эффектов;
- отсутствие эстрогензависимых осложнений;
- возможность применять препарат с лечебной целью при гиперпластических процессах эндометрия, доброкачественных заболеваниях молочных желез, миоме матки, аденомиозе.



Недостатки инъекционных контрацептивов:

- отсроченное восстановление фертильности (от 6 мес. до 2 лет после прекращения действия препарата);
- частое возникновение кровяных выделений (последующие инъекции приводят к аменорее);
- невозможность прекратить контрацептивную защиту в любое желаемое пациенткой время;
- необходимость регулярных обращений в клинику для повторных инъекций.

Подкожные импланты (капсулы)

В 80-е годы XX века большую популярность приобрела имплантационная контрацепция. Этот метод продолжает совершенствоваться и по сей день. Наиболее известным из имплантационных препаратов является Норплант, содержащий левоноргестрел.

Механизм действия:

- подавление овуляции — происходит в результате ингибирующего воздействия на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему и, как следствие этого, наблюдают подавление секреции гонадотропинов ЛГ и ФСГ;
- воздействие на эндометрий — характеризуется торможением пролиферативных процессов и развитием атрофических изменений в слизистой оболочке матки, что препятствует имплантации;
- изменение консистенции цервикальной слизи, что затрудняет и нарушает пенетрацию сперматозоидов;
- предполагают возможность воздействия левоноргестрела на активность ферментов, участвующих в процессе проникновения сперматозоидов в яйцеклетку.

Норплант

В последнее время широкое распространение получил финский контрацептив «Норплант». Он состоит из шести капсул длиной 3,4 см., которые содержат левоноргестрел. Действие препарата рассчитано на 5 лет, его вводят под кожу внутренней стороны предплечья веерообразно через небольшой разрез под местной анестезией. Противозачаточное действие заключается в том, что ежедневно из капсул высвобождается необходимая доза гормонов, и овуляция не наступает. Рекомендуется вводить «Норплант» с первого по седьмой день менструального цикла, после медицинского аборта или через 6-8 недель после родов.

Эффективность контрацепции: индекс Перля составляет 0,2-1,6.

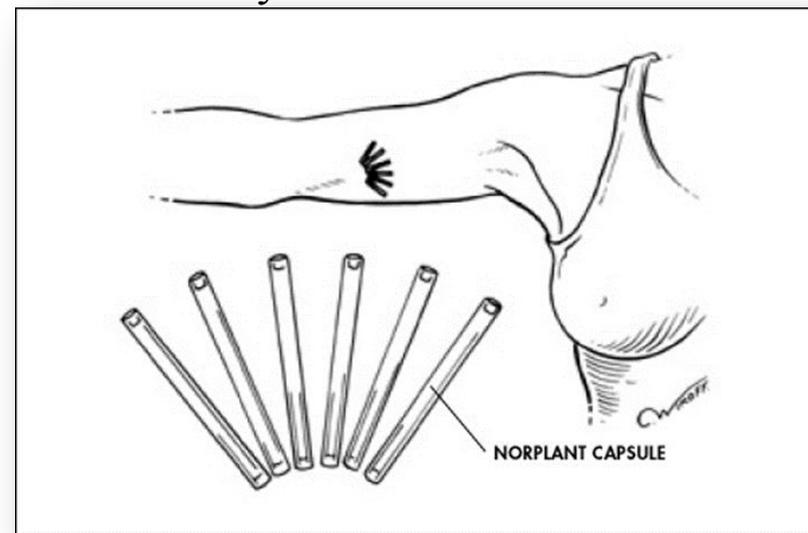
По истечении срока действия или по желанию пациентки контрацептив удаляют хирургическим путем. Фертильность восстанавливается в течение нескольких недель после извлечения капсул.

Достоинства метода:

- Высокая эффективность;
- Длительность контрацепции;
- Безопасность (небольшое число побочных эффектов);
- Обратимость;
- Отсутствие эстрогензависимых осложнений;
- Отсутствие необходимости ежедневного приема препарата.

Недостатки метода:

- Частое возникновение кровяных выделений;
- Необходимость хирургического вмешательства для введения и удаления капсул.



Гормональное кольцо для вагинального использования

Анатомо-физиологические особенности влагалища определяют благоприятные условия для введения различных лекарственных средств, в том числе и гормонов.

В начале 90-х годов путем многочисленных клинических исследований было апробировано и впоследствии внедрено в клиническую практику контрацептивное влагалищное кольцо *НоваРинг*.

В сутки из кольца высвобождается 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела, который представляет собой активный метаболит дезогестрела, что обеспечивает высокую контрацептивную эффективность.



Преимущества влагалищного кольца

Влагалищный путь введения позволяет достичь существенных преимуществ:

1. достигается стабильный гормональный фон;
2. отсутствует первичное прохождение через печень и ЖКТ. Это позволяет достичь необходимой эффективности и отличной переносимости на меньших, чем в таблетках, ежедневных дозах гормонов.

Таким образом, системное влияние на организм женщины минимально, к тому же комплекс не влияет на массу тела в связи с минимальной дозой и стабильным уровнем гормонов в крови.

Основной механизм действия — подавление овуляции. Кроме того, «НоваРинг» вызывает повышение вязкости цервикальной слизи.

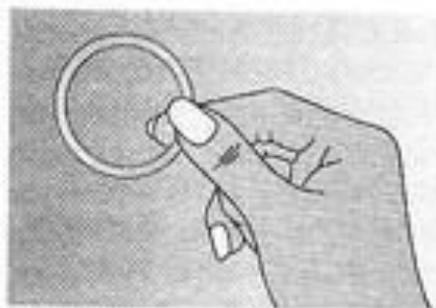


Рисунок 1
Выньте НоваРинг® из упаковки

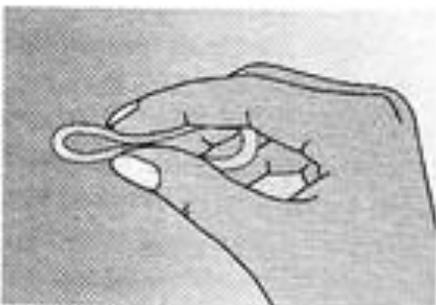


Рисунок 2
Сожмите кольцо



Рисунок 3
Выберите удобное положение для введения кольца



Рисунок 4А



Рисунок 4В

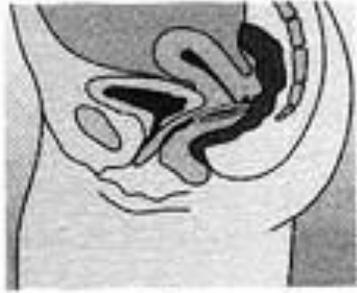


Рисунок 4С

Одной рукой введите кольцо во влагалище (Рисунок 4А), при необходимости другой рукой разведите половые губы. Протолкните кольцо во влагалище до удобного положения кольца (Рисунок 4В). Оставьте кольцо во влагалище на 3 недели (Рисунок 4С).



Рисунок 5
Чтобы удалить кольцо, его необходимо подцепить указательным пальцем или сжать указательным и средним пальцем и вытянуть из влагалища

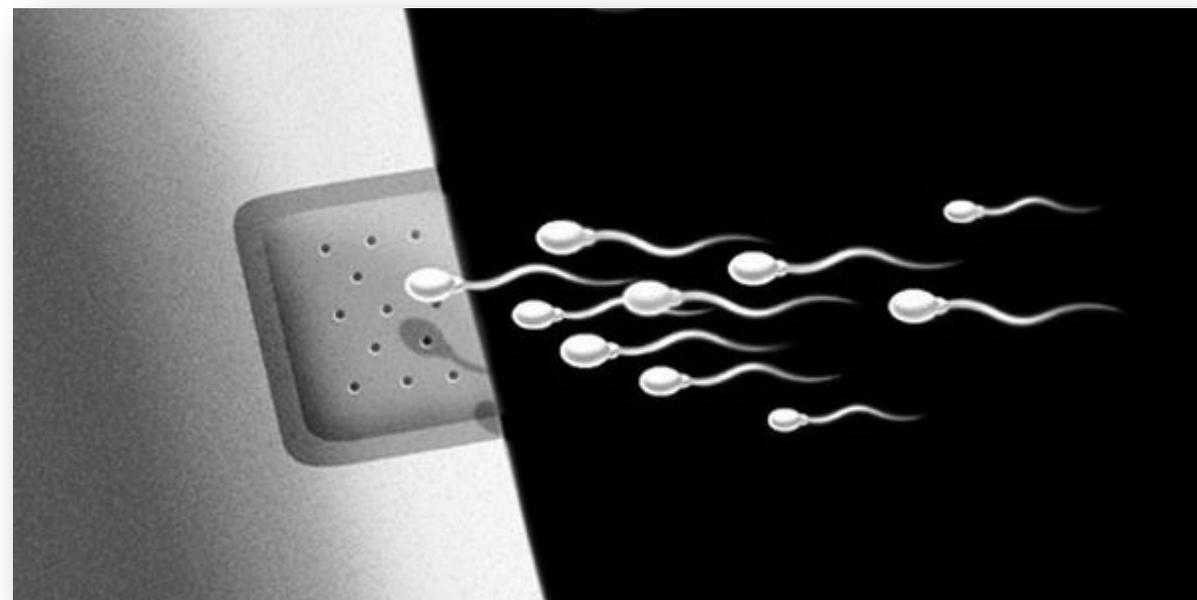
Техника использования вагинального кольца

Каждое кольцо предназначено для применения в течение одного менструального цикла. Женщина сама вводит и удаляет его. «НоваРинг» вводят с 1-го по 5-й день менструального цикла, в течение 3 недель он находится во влагалище, затем его удаляют и делают 7-дневный перерыв, после чего вводят следующее кольцо. В течение первых 7 дней применения вагинального кольца необходимо использовать презерватив. В последующих циклах нет необходимости в дополнительном использовании какой либо контрацепции.

Трансдермальные контрацептивы

Трансдермальная контрацептивная система «Евра» — комбинированный эстрогенгестагенный контрацептив. Евра© — тонкий пластырь бежевого цвета, каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола и 6 мг норэлгестромина (биологически активный метаболит этинилэстрадиол+норгестимата). По дозировкам поступающих в кровь гормонов система «Евра» соответствует микродозированным оральным контрацептивам. В системный кровоток в сутки поступает 150 мкг норэльгестромина и 20 мкг этинилэстрадиола.

Пластырь является трехслойным и по своей структуре напоминает трехмерную матрицу. Внешний слой пластыря обычно делается из полиэстера, на нем закрепляется средний слой, в котором и содержатся гормоны. Внутренний слой предназначен для защиты — перед использованием этот слой необходимо удалить. Не стоит ошибочно полагать, что пластырь толстый. На самом деле он очень тонкий, и его присутствие на теле практически незаметно.



Правильность использования трансдермальных контрацептивов

Закрепить пластырь можно в нескольких местах, все зависит от предпочтений женщины. Чаще всего его приклеивают на ягодицы, нижнюю область живота, на плечо или область лопаток. Ежедневно пластырь высвобождает определенную дозу гормонов — как эстрогенов, так и прогестагенов. Они блокируют овуляцию.

Схема приема данного контрацептива следующая. Один пластырь обеспечивает желаемый эффект в течение семи дней. Поэтому раз в неделю, в один и тот же день, старый пластырь необходимо удалить, а вместо него приклеить новый. При этом рекомендуется менять место нанесения пластыря.

В течение трех недель наклеиваются один за одним три пластыря. Каждый из них носится неделю. Далее следует недельный перерыв, в течение которого происходит менструальноподобное кровотечение.



ягодицы



живот



лопатку



плечо

Преимущества и недостатки контрацептивного пластыря

Преимущества пластыря:

- удобство применения;
- выделение минимальных доз гормонов;
- отсутствие эффекта первичного прохождения через печень и ЖКТ;
- быстрое восстановление фертильности после отмены;
- возможность применения у женщин различного возраста;
- возможность самостоятельного использования (без участия медицинского персонала);
- небольшое число побочных эффектов.

Недостатки пластыря:

- иногда пластырь может отклеиться, его можно смыть водой и т.д.;
- если потеря пластыря не замечена женщиной в течение 48 ч, возможно наступление беременности;
- ограниченное количество зон тела, на которые можно приклеивать пластырь;
- возможность местных побочных реакций;
- заметен на коже, мужчины могут задавать вопросы: «что это?» и «ты порезалась?»
- не подходит девушкам, склонным к полноте.

Хирургическая контрацепция (стерилизация)

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) или женская хирургическая контрацепция — необратимый и один из наиболее эффективных методов предохранения от беременности. Индекс Перля составляет 0-0,2.

ПОКАЗАНИЯ

Показание к ДХС — желание полного предотвращения оплодотворения. К медицинским показаниям относят наличие у женщины тяжёлых пороков развития и расстройств сердечнососудистой, дыхательной, мочевыделительной и нервной системы, злокачественных новообразований, заболеваний крови (противопоказаний к беременности и родам по состоянию здоровья).

Противопоказания

Абсолютные:

- острые ВЗОМТ.

Относительные:

- генерализованная или очаговая инфекция;
- сердечнососудистые заболевания (аритмия, артериальная гипертония);
- респираторные заболевания;
- опухоли (локализованные в малом тазу);
- диабет;
- кровотечения;
- выраженная кахексия;
- спаечная болезнь органов брюшной полости и/или малого таза;
- ожирение;
- пупочная грыжа (для лапароскопии и срочных послеродовых вмешательств).

Вопрос о стерилизации умственно отсталых пациентов остаётся спорным.

Техника операции

Оптимальными сроками проведения операции являются первые несколько дней после менструации, первые 48ч. после родов. Возможна стерилизация во время кесарева сечения.

От всех пациенток получают письменное информированное согласие на проведение операции.

ДХС основана на создании искусственной непроходимости маточных труб хирургическим путём во время лапароскопии, минилапаротомии или лапаротомии (например, во время кесарева сечения).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕРЕВЯЗКА ТРУБ

В настоящее время лапароскопический метод ДХС широко распространён во многих странах мира.

Достоинства метода:

- малоинвазивность;
- практически не оставляет рубцов на коже;
- возможно проведение операции в амбулаторных условиях с использованием местной анестезии;
- процедура хорошо переносится пациентками;
- короткий период реабилитации.

Минилапаротомия

Выполняется небольшой разрез передней брюшной стенки длиной 3–6 см.

Её эффективность, число интраоперационных и послеоперационных осложнений, темпы реабилитации аналогичны показателям при использовании лапароскопической технологии. Простота исполнения, отсутствие потребности в сложном оборудовании и инструментарии сделали трубную ДХС при минилапаротомии альтернативой лапароскопической операции.

Время, необходимое для выполнения операции, независимо от доступа (лапароскопия или мини-лапаротомия) составляет 10-20мин.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛЬПОТОМИЧЕСКОГО ДОСТУПА

При использовании кольпотомического доступа прямокишечно-маточное пространство вскрывают ножницами, выводят в рану одну из маточных труб до того момента, пока не будут видны бахромки трубы, после чего накладывают шов почти посередине трубы, чуть ближе к бахромкам. Трубу перевязывают нитью из неабсорбирующего материала и вытягивают наружу. После этого трубу раздавливают и перевязывают способом Мадленера. То же самое делают со второй трубой. Концы всех швов обрезают только после того, как хирург перевязал обе трубы и произвёл ревизию их ампулярных отделов. Разрез брюшины и влагалища зашивают непрерывным матрасным швом.

Таким образом, у ДХС кольпотомическим доступом есть определённые *преимущества*:

- отсутствие косметических дефектов на передней брюшной стенке;
- экономическая выгода (нет необходимости в применении дорогостоящего оборудования);
- общедоступность (может быть выполнена в условиях любого гинекологического отделения);
- стерильность достигается непосредственно после хирургического вмешательства (в отличие от мужской стерилизации).

В настоящее время наиболее распространённые способы создания окклюзии маточных труб можно разделить на 4 группы:

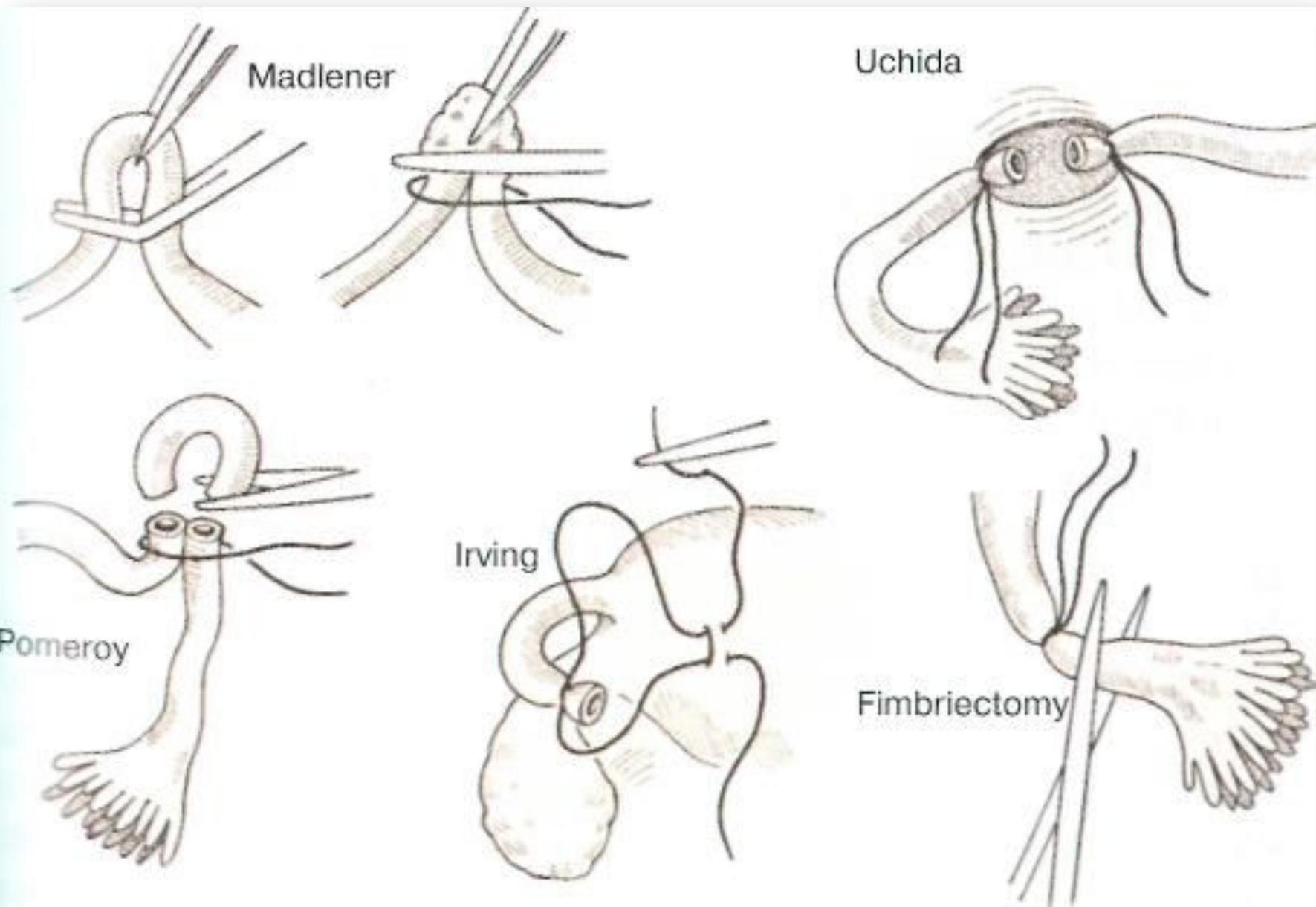
● Методы перевязки и разделения (по Померою, по Паркланду). Маточные трубы лигируют с помощью шовного материала (перевязка) с последующим пересечением (разделение) или иссечением (резекция) фрагмента трубы. *Метод Помероя:* маточную трубу складывают с образованием петли, перетягивают рассасывающимся шовным материалом и иссекают вблизи места перевязки. *Метод Паркланда:* маточную трубу перевязывают в двух местах с удалением небольшого внутреннего участка.

● Механические методы, основанные на блокировании маточной трубы с помощью специальных устройств: силиконовых колец, зажимов (зажим Фильши, изготовленный из титана, покрытого силиконом; пружинный зажим Халка–Вульфа).

Зажимы или кольца накладывают на перешеек маточной трубы на расстоянии 1–2 см от матки. Преимущество зажимов — меньшая травматизация тканей трубы, что облегчает проведение реконструктивных операций в целях восстановления фертильности.

● Методы с использованием теплоэнергетического воздействия, основанные на коагуляции и блокировании маточных труб на расстоянии 3 см от матки.

● Прочие методы: введение в маточные трубы удаляемой пробки, жидких химических веществ, вызывающих образование рубцовой стриктуры труб.



ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ МЕТОДА

Преимущества метода:

Одноразовое вмешательство, обеспечивающее долговременную защиту от беременности;

Незначительное количество побочных эффектов

Недостатки метода:

- необратимость процесса (успех восстановительной процедуры не может быть гарантирован);
- существующий, хотя и небольшой риск осложнений (кровотечение, ранение соседних органов, инфицирование, риск трубной беременности и др.);
- кратковременный дискомфорт и боль после выполнения процедуры;
- необходимость высокой квалификации врача;
- метод не предохраняет от ИППП.

Осложнения

Осложнения возникают в результате создания доступа в брюшную полость или в результате самой ДХС. Частота выраженных осложнений после проведения всех типов стерилизации составляет менее 2%. Следует различать ранние и поздние осложнения.

Ранние осложнения:

- кровотечения;
- повреждение кишечника и развитие послеоперационной инфекции.

Осложнения возникают в 1 случае на 2000 стерилизаций. Общая летальность после трубной ДХС составляет 3–19 на 100 000 процедур.

Поздние осложнения:

- изменения менструального цикла;
- обильные кровотечения;
- психические нарушения

Ведение послеоперационного периода

В послеоперационном периоде необходимо:

- физический и половой покой в течение 1 недели;
- исключение водных процедур (душ) в течение 2–3 дней.