

УДК 618.146–018.73–02

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Петров Ю.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com

Отмечено, что такое тяжелое осложнение, как перфорация матки, при применении внутриматочных контрацептивов, наблюдается у 0,003–0,8% пациенток. Показано, что частота перфораций зависит от разновидности контрацептива, материала, из которого он изготовлен, а также анатомических особенностей матки (ретрофлексия матки, рубцовое сужение и деформация шейечного канала, узость наружного зева после диатермокоагуляции шейки матки и др.). По данным ВОЗ перфорация матки обычно происходит в трех местах: в дне матки, в углу между шейкой и телом матки и в самой стенке шейки матки. Обнаружено, что иногда перфорация отмечается при удалении контрацептива ввиду неправильного введения и положения его в матке или в случае использования инструментов (расширители, кюретки, абортанги) для извлечения контрацептива. Доказано, что перфорация чаще происходит, если внутриматочное средство вводят в период от 48 часов до 6 недель после родов. Это случается вследствие ретракции и инволюции матки. Возможно, что в данном случае меняется положение контрацептива в полости матки. Частота перфорации снижается, если внутриматочное противозачаточное средство вводят сразу после отделения плаценты или в раннем послеродовом периоде.

Ключевые слова: внутриматочная контрацепция, осложнения контрацепции, перфорация матки, осложнения внутриматочной контрацепции

PERFORATION OF THE UTERUS DURING THE USE OF INTRAUTERINE DEVICES (REVIEW)

Petrov Y.A.

Rostov State Medical University of Health Service Ministry, Rostov-on-Don,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com

Noted that such serious complication as perforation of the uterus, the application of intrauterine contraceptives is observed in 0.003 to 0.8% of patients. It is shown that the frequency of perforations depends on the variety of contraceptive material from which it is made, as well as the anatomical features of the uterus (retroflexion of the uterus, cicatricial contraction and deformity of the cervical canal, narrowness of the external OS after diathermocoagulation cervix, etc.). According to WHO, perforation of the uterus usually occurs in three places: in the bottom of the uterus, in the corner between the neck and body of the uterus and in the wall of the cervix. Discovered that sometimes the perforation is marked at removal of contraceptive due to improper administration and position it in the uterus or in the case of instruments (dilators, curette, aborting) for the extraction of contraceptive. It is proved that perforation occurs more frequently if the intrauterine device administered during the period from 48 hours to 6 weeks after birth. This happens due to the retraction and involution of the uterus. It is possible that in this case changing the position of the contraceptive in the uterine cavity. The frequency of perforation is reduced if an intrauterine device is introduced immediately after the placenta or in the early postpartum period.

Keywords: intrauterine contraceptive, complications of contraception, perforation of the uterus, complications of intrauterine contraception

Каждый метод контрацепции кроме высокой эффективности [4, 12, 9], должен быть безвреден для организма женщины [5, 14]. В литературе обсуждаются многие нюансы внутриматочной контрацепции [11, 10, 7, 8], в том числе ее побочные эффекты и осложнения [15, 16, 13, 6].

Самое грозное осложнение при применении внутриматочных противозачаточных средств – это перфорация матки, которая наблюдается у 0,003–0,8% женщин [28, 23, 18 и др.]. По данным экспертной группы ВОЗ, перфорация матки при ношении контрацептива встречается с большими колебаниями (один случай на 150–9000 введений).

Это осложнение при внутриматочной контрацепции чаще наблюдали иностранные ученые – 1:350–1:2500 [24], реже – отече-

ственные авторы – 1:5000. Лишь три случая перфорации тела матки из 30000 (1:10000), состоящих на диспансерном учете в связи с введением внутриматочных контрацептивов, наблюдали Б.М. Кошкин и соавт. [3]. У всех трех женщин перфорация тела матки и проникновение контрацептива в брюшную полость протекали бессимптомно. У одной перфорация была выявлена через неделю после введения контрацептива, у двух других – через 6 лет эксплуатации внутриматочного средства. В двух последних случаях женщины обратились для удаления контрацептивов, которых не оказалось в полости матки. На обзорных рентгенограммах они были обнаружены в брюшной полости. Два контрацептива удалены хирургическим путем.

Частота перфораций зависит от вида контрацептива, материала, из которого он изготовлен, а также анатомических особенностей матки (ретрофлексия матки, рубцовое сужение и деформация шеечного канала, узость наружного зева после диатермокоагуляции шейки матки и др.).

Установлена разная встречаемость перфораций при применении различных типов внутриматочных средств: петли, кольца – 1:1000, банты – 12:1000 [29], щит Далкона – 0,4:1000, петля Липпса – 1,1:1000 [27]. Исследователи [29] пришли к выводу, что перфорация чаще встречается при применении контрацептивов в виде банта или дуги, наиболее редко – при использовании петли Липпса. В нашей стране чаще других вызывали перфорацию матки «зонтики», что привело к отказу от этой разновидности контрацептивов.

Перфорация матки обычно происходит в трех местах: в дне матки, в углу между шейкой и телом матки и в самой стенке шейки матки (данные ВОЗ, 2005). В первом или втором месте – обычно во время введения внутриматочного средства, в третьей локализации перфорация может произойти в любое время, так как данное средство способно иногда проникать в стенку шейки или тела матки (траслокация).

Иногда перфорация отмечается при удалении контрацептива ввиду неправильного введения и положения его в матке или в случае использования инструментов (расширители, кюретки, абортанги) для извлечения контрацептива. Было описано даже трехкратное прободение стенки матки металлическим кольцом при его извлечении [20].

В литературе приводятся случаи внедрения в шейку матки или в стенку влагалища конца стержня спирали Маргулиса и отрыва части контрацептива с перфорацией матки в момент его извлечения [29]. Самопроизвольная перфорация матки может быть также следствием выталкивания внутриматочного средства по мере роста и развития плодного яйца [17].

Считается, что перфорация тела матки контрацептивом возникает вследствие неправильного подбора его по размеру. Под давлением контрацептива на стенку матки с усилием, обусловленным его упругостью, нарушается кровообращение 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 внутриматочного средства объясняется, во-первых, длительностью данного процесса, во-вторых, отсутствием в матке

большого количества нервных окончаний [3]. Врачи советуют производить тщательный подбор контрацептива по размеру.

Перфорация чаще происходит, если внутриматочное средство вводят в период от 48 часов до 6 недель после родов. Это случается вследствие ретракции и инволюции матки. Возможно, что в данном случае меняется положение контрацептива в полости матки. Частота перфорации снижается, если внутриматочное средство вводят сразу после отделения плаценты или в раннем послеродовом периоде (данные ВОЗ, 2005). Перфорация наблюдается гораздо чаще при введении жестких внутриматочных средств со свободными концами, а также таких средств, конфигурация которых не соответствует форме полости матки. Замечено также, что угроза перфорации стенки матки возрастает при введении контрацептива сразу после аборта или в послеродовый период [19, 26].

Если во время процедуры введения у женщины возникает острая боль или если при очередном осмотре нитей не видно, а женщина не отмечает выпадения контрацептива, следует заподозрить перфорацию. Если значительные схваткообразные боли держатся непрерывно, в течение нескольких дней после введения контрацептива, то можно думать либо о большом растяжении полости матки, либо о частичной или полной перфорации [1].

Для уточнения диагноза перфорации матки внутриматочным контрацептивом женщине рекомендуется направить в стационар, где можно прибегнуть к рентгенографии (рентгеноскопии), ультразвуковому исследованию и др.

Было изучено 356 случаев перфорации матки, приведенных в литературе, и предложена их классификация и тактика действий при этом осложнении внутриматочной контрацепции [30]. I степень перфорации – внутриматочное средство частично проникает в маточную мышцу (возможно его извлечение вагинальным путем). II степень перфорации – контрацептив полностью располагается в мышце матки (рекомендуется его удаление абдоминальным путем). III степень перфорации – частичное или полное попадание внутриматочного средства в брюшную полость.

Большинство авторов рекомендует при выходе контрацептива в брюшную полость произвести лапаротомию и удалить его. Особенно это относится к медьсодержащим внутриматочным средствам, которые вскоре после попадания в брюшную полость вызывают воспалительную реакцию органов брюшной полости и приводят

к спаечным процессам [28]. Но часть исследователей [21] считает возможным оставлять контрацептивы открытого типа (петли и др.) в брюшной полости, прибегая к их извлечению лишь при клинической симптоматике. И только внутриматочные средства закрытого типа (кольца, дуги) рекомендуют обязательно удалять.

Для профилактики перфорации матки необходимо соблюдать следующие условия [2]:

- перед введением контрацептива произвести тщательное двуручное исследование и осторожное зондирование полости матки;
- обратить внимание на положение (антеверзия, ретроверзия) и выправить неправильное положение с помощью щипцов, накладываемых на переднюю или заднюю губу шейки матки;
- подобрать размер внутриматочного средства, соответствующий величине полости матки;
- пользоваться шприцем-проводником, изготовленным только из пластика; проводить индуктор соответственно направлению шеечного канала;
- проявлять особую осторожность при введении внутриматочных контрацептивов в период лактации, а также женщинам, подвергавшимся ранее оперативным вмешательствам на матке;
- при надобности произвести расширение цервикального канала до 5–6 номеров расширителей Гегара перед введением внутриматочного средства;
- не фиксировать введение контрацептива из шприца-проводника.

Таким образом, при соблюдении всех условий и правил введения внутриматочного противозачаточного средства перфорация стенки матки контрацептивом встречается крайне редко или не наблюдается вообще.

Список литературы

1. Алипов В.И., Корхов В.В. Противозачаточные средства. – Л., 1995.
2. Гуртовой Б.Л. Внутриматочная контрацепция // Акушерство и гинекология. – 1991. – №2. – С. 54–58.
3. Кошкин Б.М., Барышкина Р.С. Современные аспекты длительного применения внутриматочных контрацептивов // Казанский медицинский журнал. – 1996. – №2. – С. 111–113.
4. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета // Валеология. – 2016. – №2. – С. 31–34
5. Петров Ю.А. Онкологический риск при использовании внутриматочных противозачаточных средств // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №3. – С. 131.
6. Петров Ю.А. Современные контрацептивные средства. Учебно-методическое пособие для студентов. – Ростов-на-Дону: издат. РостГМУ, 2016. – 98 с.
7. Петров Ю.А. Нюансы митотического режима эндометрия при использовании внутриматочных противозачаточных средств // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016 – №4–5. – С. 922–925.
8. Петров Ю.А. Воздействие продолжительной внутриматочной контрацепции на эндометрий // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №5. – С. 6.
9. Петров Ю.А. Информированность студентов медицинского вуза в вопросах контрацепции // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016 – №5–5. – С. 751–753.
10. Петров Ю.А. Состояние эндо- и эктоцервикса женщин, применяющих внутриматочную контрацепцию // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6. – С. 7.
11. Петров Ю.А. О механизме противозачаточного действия внутриматочных средств // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №8–5. – С. 724–726.
12. Петров Ю.А., Лалаян Р.С., Арндт И.Г. Состояние гениталий при длительной внутриматочной контрацепции // Молодой ученый. – 2017. – №3–3 (137). – С. 39–42.
13. Петров Ю.А., Лалаян Р.С., Галущенко Е.М. Митотический режим эндометрия как тест для оценки безвредности внутриматочной контрацепции // Молодой ученый. – 2017. – №3. – 3(137). – С. 42–45.
14. Субботин В.М. Редкие осложнения внутриматочной контрацепции с формированием инородных тел брюшной полости и мочевого пузыря / В.М. Субботин, М.И. Давидов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – № 4. – С. 86–88.
15. Чурилов А.В. Внутриматочная контрацепция в развитии абсцедирующих заболеваний придатков матки / А.В. Чурилов, С.В. Кушнир, А.Ф. Махмуд // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2006. – № 4. – С. 663–665.
16. Шестакова И.Г. Дифференцированный подход к назначению левоноргестрел выделяющей внутриматочной системы / И.Г. Шестакова, М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова // Доктор.Ру. – 2014. – № 8–2 (96). – С. 5–11.
17. Baue S. Zervikale Perforation und intrauterine iravidität bei liegendem Kupfer-T. // Ieburtsh. u. Frauenheilk. – 2009. – №4. – P. 298–299.
18. Berendes H. Contraceptive Evaluation // Contracept. – 2009. – № 4. – P. 409–414.
19. Brooks P. eta I. Removal of intra-abdominal intraterine contraceptive devices through a peritoneoscope with the use of intraoperative fluoroscopy to aid localization//Amer. J. Obstet. Gynec. -2012. – № E – P. 104–106.
20. Jessen D. Intrauterine foreign body // Amer. J. Obstet. Gynec. 1999. – P. 1023–1032.
21. Lippes J. Contraception with intrauterine plastic loops // Amer. J. Obstet. Gynec. – 2009. -№7. – P.1024–1034.
22. Marshall B. etal. Fatal streptococcus pyogenes septicemia associated with an IUDs // Obstet. and Gynec. – 2013. – № 1. – P. 83–87.
23. M i s h e 11 P. Intrauterine Devices // Clin. Obstet. Gynec. 2009. – № 1. -P. 27–37.
24. Mitchel IR.el a I//J. Clin. Pathol. 1997. № 11. P. 1021 – 1024.
25. Potts D. et al. Effectiveness and Risks of Birth-control Methods // Brit. med. Bull. – 2100. – №1. – С. 26–37.
26. Rosenfield A. G., Gastadot R. G. Early Postpartum Imediate Postabortion Intrauterine Contraceptive Device Insertion // Amer. S. Obstet. Gynec. -2004. -№ 8. P. 1104–1114.
27. Snowdon R. et al. The United Kingdom Daikon Shield Trial: Two Years of ODservation // Contracept. – 2005. – № 1. – P. 1–14.
28. Tatum H., Schmidt F. Contraception and sterilization practicies and extra- uterine pregnancy: a realistic perspective // Fertil. Steril. – 2007. – V. 28. – P. 407–421.
29. Tietze C., Lewit A. Use-effectiveness of oral and intrauterine contraception // Fertil. and Steril. 2007. – №8. – P. 508–513.
30. Zakin D. etal. Complete and partial uterine perforation following insertion IUD // Obstet. and Gynec. Survey. – 2001. – № 7. – P. 33.