

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Кулланма ҳукукида
УДК:611.66:615.256.3:616-06

ҚОДИРОВА ШАҲНОЗА АКТАМОВНА

«БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИ АСОРАТЛАРИ»

5А 510101- акушерлик ва гинекология
мутахассислиги бўйича магистрлик даражаси учун

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ

Илмий раҳбар: тиббиёт фанлари доктори
профессор **Негмаджанов Б.Б**

САМАРҚАНД - 2014

Мундарижа:

Аббреватура	4
Кириш	5
I - боб. Адабиётлар шархи	
1.1. БИВ тарихи.....	11
1.2. БИВ хилма-хиллиги.....	14
- Мис, кумуш ва олтин сакловчи БИВ лар.....	17
- Гормон ажратувчи БИВ лар.....	19
1.3. БИВ таъсир килиш механизми.....	16
1.4. БИВ киритиш техникаси.....	18
1.5. БИВ ни куллашнинг оптимал вакти	19
1.6. БИВни киритиш этаплари.....	19
1.7. БИВдан фойдаланаётган аёллар кузатуви	20
1.8. БИВни куллашга карши курсатмалар	20
1.9. БИВ асоратлари ва уни бартараф этиш йуллари	21
1.10. БИВ асоратларини олдини олиш мезонлари.....	22
1.11. БИВни киритиш вақтида юзага келувчи асоратлар.....	22
1.12. Контрацепция жараёнида юзага келадиган асоратлар.....	24
1.13. БИВ олиб ташлангандан сунг юзага келадиган асоратлар.....	27
1.14. БИВни олиб ташлашга курсатмалар.....	28
II- боб. Тадкикот материали ва услублари.....	
2.1. Тадкикот учун материал йигиш.....	29
2.2. Тадкикот усуллари.....	32
III-боб. Тадкикот натижалари.....	41
3.1. БИВ асоратлари кузатилган беморларни паспорт маълумотлари ва контрацептивнинг куйилиш вақти, муддатига боғликлиги.....	38
3.2. БИВ кулланилгандан сунг учраган асоратлар тахлили.....	44

Хотима.....	60
Хулоса.....	66
Амалий тавсиялар.....	67
Илова.....	68
Адабиётлар руйхати.....	69

Аббреватура

БИВ - бачадон ичи воситаси

ЖЙОЮИК - жинсий йуллаб оркали юкадиган инфекцион касалликлар

КОК - комбинацион орал контрацепция

КЧОЯК - кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари

ЛАУ - лактацион аменорея усули

ССТ - Согликни Саклаш Ташкилоти

УРВИ - уткир респиратор вирусли инфекция

УТТ - ультратовуш текшируви

ХРОКС - хомила ривожланишдан оркада колиш синдроми

КИРИШ

Мавзунинг долзарблиги.

Замонавий тиббиётнинг асосий вазифалардан бири аёллар соғлигини сақлаш ва бехатар оналик ва болаликни таъминлашдир [9]. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш концепциясини асосий тамойили оилани режалаштиришдир. Тугишни режалаштириш, аёллар соғлигини сақлаш, оналар ва болалар улимини камайтириш, аборт билан боғлиқ бўлган касалликларнинг олдини олишга замонавий контрацепцияни тугри куллаш орқали эришилмоқда[11,13,14,15]. Замонавий контрацепция усуллари самарали куллаш орқали куплаб ривожланган мамлакатларда оналар ва болалар улимини камайтириш билан боғлиқ демографик, ижтимоий ва тиббиёт муаммолар уз ечимини топомқда. Бундан ташқари хомиладорликни режалаштирган ҳар бир аёл уз репродуктив саломатлигини сақлайди. [1].

Бачадон ичи воситаси (БИВ) контрацепция воситалари ичида энг кенг тарқалган усулларида бири бўлиб, стерилизациядан сунг 2- уринда туради[30]. Ҳозирги кунда БИВнинг 50 дан ортиқ тури мавжуд бўлиб, тахминан 100 млн. дан ортиқ аёллар режасиз хомиладорликдан сақланиб келмоқда [5]. Бошқа маълумотларга қура, 150 млн. аёл БИВ дан фойдаланади[29]. Ушбу воситадан фойдаланувчиларининг купчилиги Хитойга тугри келиб, бу курсаткич 40% га тенг. Ушбу воситадан фойдаланиш курсаткичи турли китъаларда турличадир. Бу курсаткичнинг юқорилигини Осиё китъасида қуриш мумкин. (15%-Иордания, 49%-Кореяда). Европа давлатларида эса бирмунча камроқ: Нидерландия-3%, Норвегия-23%, Шимолий Америка регионида бу курсаткич жуда пастдир. Масалан, АКШда атиги 2% ни ташкил қилади. [28]. Бошқа давлатларда контрацепциянинг бу усулидан фойдаланиш – Вьетнам, Швеция ва Финляндияда юқори курсаткичлардалигини қуриш мумкин. Бизнинг мамлакатимизда эса 65,6 %ни ташкил қилади. БИВ нинг кулланилиши

кечки репродуктив ёш - 35 ёшда 44%ни, анамнезида 4 ва ундан ортиқ тугруқ булган аёлларда 62 %ни ташкил қилади. Статистик маълумотларга қура, БИВдан фойдаланиш уй бекаларини ичида 91%ни ташкил қилади. [25]. Сунгги маълумотларга қура, репродуктив ёшдаги аёлларни 16% и БИВдан фойдаланишади. [30]. БИВдан эрта репродуктив ёшдаги аёллар (79,85%), турмушга чиққанлар (92,1%), доимий жинсий ҳаёт кечирувчилар (94,98%) асосан қўп қўллаши қўлаб манбаларда қўратилган. Ҳомиладорликдан сақланиш мақсадида 18-25 ёшдагилар-16,22%, 26-35 ёшдагилар 48,72%, 36-40 ёшдагилар 62,7%, 40 ёшдан катталар эса 38,46% ҳолларда БИВдан фойдаланишади. БИВ нинг самарадорлиги 99,8% ни ташкил қилиб (Перля индекси – 2,0 га тенг), бу усул организмга системли салбий таъсир қўратмайди. Қўлланилишининг оддийлиги, турли ижтимоий қатламга бирдек қўлланилиши мумкинлиги, фертиллигининг эса контрацепция воситасининг олиб ташлангандан сунг тезда тикланиши туфайли бу усул кенг қўлланилади. БИВ ҳозирги вақтда жуда кенг ва эффективли қўлланилиши ҳақида юқорида қўратиб қўйилди. Бир томондан, БИВ жуда қўлаб афзалликларга эга бўлса, иккинчи томондан яллиғланиш жараёнларининг учраш қўраткичининг юқорилиги, бачадон миома ва аденомиозининг юзага келиши, сўт безининг дисгормонал касалликлари қаби негатив таъсирлари ҳам бор[7].

Бу усулнинг юқори эффективлиги билан бир қаторда ўзига яраша камчиликларини ҳам айтиб ўтиш жоиз. Энг кўп учрайдиган асоратлар: оғриқ синдроми(14%), ҳайз циклининг бузилиши(1,5-20%), экспульсиялар(0,7-30%), бачадон бўйни патологиялари(20,4%), кичик чанок бўшлиғи органлари яллиғланиш касалликлари(0,43-9%), перфорация(0,2-1,2%), ҳомиладорлик(0,5-2%), бачадондан ташқари ҳомиладорлик(1,9-9,25%) ва х.к. Бундан ташқари БИВдан фойдаланадиган аёлларнинг кўпчилигида соматик патологияларнинг учраш кўрсаткичи ҳам анча юқори. Улардан анемия 80,6%, ошқозон ичак тракти касалликлари 32,3% ва сийдик

ажратиш системаси касалликлари 12,5% ҳолларда учрайди. Шу билан бир қаторда, БИВ олиб ташлангандан сўнг ҳомиладорлик юзага келган ҳолатларда ҳомиладорлик ва туғруқнинг кўплаб асоратлар билан кечиши ҳам диққатга сазовордир, қусиш синдроми ($74,1 \pm 2,7$), бола ташлаш хавфи ($42,6 \pm 3,0$), кўпсувлилик ($5,3 \pm 1,4$), плацентанинг олдинда ётиши ($4,1 \pm 1,2$), ХРОҚС ($17,8 \pm 2,4$), туғруқ кучлари аномалиялари ($8,4 \pm 1,7$), туғруқнинг 3 даврида қон кетишлар ($6,4 \pm 1,5$), чақалоқлар асфиксияси ($36,9 \pm 3,0$), перинатал ўлим (19,0%) шулар жумласидандир. БИВ таъсирида юқорида айтиб ўтилган асоратларнинг кўплаб учраши бизни бу мавзу бўйича илмий изланиш олиб боришга ундади.

Лойиҳанинг мақсади:

Бачадон ичи воситаси куллаганда асоратлар учраш даражасини аниқлаш, омилларни урганиш ва бартараф этиш йўлларини ишлаб чиқиш.

Вазифалар:

1. Бачадон ичи воситаси қўлланганда юзага келадиган асоратлар учраш даражасини аниқлаш
2. Бачадон ичи воситасини қўллаганда асоратларга сабаб бўлувчи омилларни ўрганиш
3. Бачадон ичи воситасининг асоратларини бартараф этиш йўлларини ўрганиш

Материал ва текшириш усуллари:

1. Охирги 10 йил ичида БИВ асоратлари билан мурожаат қилган беморлар касаллик тарихини ретро ва проспектив ўрганиш.
2. Клиник-лаборатор текширувлар (қон умумий, биохимик таҳлиллари, кин суртмасини бактериоскопияси) ўтказиш
3. Қорин ва кичик чаноқ бўшлиғи органларини эхографик ва рентгенологик текшириш

Илмий янгилик:

Охирги 10 йил мобайнида 3 сон тугрук мажмуасида БИВ асоратлари ўрганилди ва асоратларни олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар алгоритми ишлаб чиқилди

Амалий аҳамияти:

Ўтказилган илмий изланиш натижалари БИВ асоратларини олдини олишга қаратилган чора тадбирлар алгоритмини ишлаб чиқишда ва натижада, фертил ёшдаги аёллар репродуктив саломатлигини сақлашда хизмат қилади.

Диссертация натижаларини амалиётга жорий этиш:

Диссертация натижалари ва ишлаб чиқилган алгоритм Самарканд шаҳри 3-сон Тугрук комплексида аёлларга БИВ куллашдан олдин бу контрацептивнинг асоратларини камайтиришга хизмат қилиш мақсадида амалиётга жорий қилинади.

Илмий ишнинг асосий маъно-мазмунини муҳокама:

Илмий иш СамМИ Педиатрия факультети, даволаш факультети ва ВМОФ Акушерлик ва гинекология кафедралараро йиғилишида муҳокама қилинди.

Илмий мақолалар

Илмий иш мавзуси бўйича 2 та илмий мақола, 1 та тезис chop этилган:

1. «Внутриматочное средство. Возможные осложнения». Доктор ахборотномаси. Самарканд 2012 й. №4.
2. “Возможные осложнения при применения внутриматочного средства”. Проблемы биологии и медицины. Самарканд 2013 й. №4
3. “Баъадон ичи воситаси кулланилганда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар”. Самарканд 2013 й. №4.

Илмий ишнинг тузилиши ва ҳажми.

Илмий иш 74 бет, кириш, адабиётлар шарҳи, 3 боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар, илова ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан таркиб

топган, диссертация таркибига бундан ташкари 15 та диаграмма, 4 та жадвал ва 13 та расм киритилган.

I БОБ. Адабиётлар шархи.

Замонавий тиббиётнинг асосий вазифалардан бири аёллар соғлигини сақлаш ва бехатар оналик ва болаликни таъминлашдир [9]. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш концепциясини асосий тамойили оилани режалаштиришдир. Туғишни режалаштириш, аёллар соғлигини сақлаш, оналар ва болалар улимани камайтириш, аборт билан боғлиқ бўлган касалликларнинг олдини олишга замонавий контрацепцияни тугри куллаш орқали эришилмоқда[11,13,14,15]. Замонавий контрацепция усуллари самарали куллаш орқали куплаб ривожланган мамлакатларда оналар ва болалар улимани камайтириш билан боғлиқ демографик, ижтимоий ва тиббиёт муаммолар уз ечимини топомқда. Бундан ташқари хомиладорликни режалаштирган ҳар бир аёл уз репродуктив саломатлигини сақлайди. [1].

1.1 .БИВ тарихи. БИВ энг қадимги контрацепция усулларида бири ҳисобланади. БИВ ҳақида дастлабки концепциялар бундан 4000 йил олдин пайдо бўлган. Албатта, бу даврлардаги БИВ ҳозирги замонавий юқори технологияли ва хавфсиз воситадан фарқ қилган. БИВ ҳақидаги замонавий қарашлар 926 йилдан бошланган, бу даврда немис врачлари Эрнст Грефенберг илк бор бронза ва мисдан таркиб топган ҳалқани кашф қилган. БИВ қандай ва қай тарзда қўлланилганлиги ҳақида етарли ва тўлиқ маълумотлар йўқ. Лекин шуниси маълумки, қадим-қадим замонларда Африка қабилалари узоқ ва оғир карвон юришлари пайтида урғочи туяларнинг бачадон бўшлиғига майда тошчаларни солиб қўйишган[2]. Шунга ўхшаш аналогик воситалардан Қадимги Грецияда ҳам фойдаланишган. XIX асрларда БИВ сифатида баъзи бир ўсимликлардан ҳам фойдаланилган. Унинг гуллари ички бўғизга, пояси эса цервикал каналга жойлаштирилган. XIX асрнинг охирига келиб, пиёзча кўринишидаги махсус тугмачалар ёки бачадон бўйни қалпоқчаларидан фойдаланила бошланди. Бу

воситалардан ҳаттоки, бачадон тушиш ҳолатларида бачадонни фиксация қилиш мақсадида фойдаланишган[4]. Бундай контрацепция воситалари фил суягидан, оддий ва қора дарахтдан, ойна, қалай, олтин, платина ва олмосдан тайёрланган[7]. 1902 йилда германиялик Холвег металл пружинадан цервикал бачадон ичи пессарийини кашф қилди[32]. Карл Паст 1926 йилда шойидан ҳалқа кўринишидаги пессарий яратди, у ойнали оёқчага мустаҳкамланди. Оёқча бошқа учи билан бачадон бўйни ташқи бўғизига жойлашган ойнали пластинка билан бириктирилди. Бундай кўринишдаги контрацепция воситаси ташқи жинсий органлар, қин ва юқори жинсий йўллар ўртасида кўприк вазифасини ўтаган, бу эса кичик чанок аъзолари яллиғланиш касалликларига сабаб бўлган. Шу сабабли гонорея каби специфик яллиғланиш касалликлари пайдо бўлиши учун яхши шароит яратилди ва шу кўринишдаги БИВни танқид қила бошладилар.

Маълумотларга кўра, бачадон ичи контрацепцияси билан 1909 йилда вальденбурглик доктор Вихтер сезиларли шуғулланди ва ўзининг “Ҳомиладорликдан сақланишнинг энг янги профилактик усуллари” номли мақоласини журналларда эълон қилди. Муаллиф бунда иккита шойидан иборат ҳалқа ва уларни бирлаштирувчи бронзали ипни таклиф қилди. Бу мослама катетер орқали бачадон бўшлиғига киритилди[36].

Бироқ бу кашфиёт унча кўп қўлланилмади. БИВ ни яратишда ва мукаммаллаштиришда катта ҳисса қўшган гинекологлардан бири Графенберг ҳисобланади[21]. 1920 йилдан бошлаб, у янги БИВ ни яратиш устида ишлай бошлади. Дастлаб у шойи материалдан ясалган турли хил конструкциялар устида тажрибалар ўтказди. Бироқ кўплаб экспульсиялар, меноррагия ва огрик синдроми туфайли бу конструкциядан воз кечишга тўғри келди. Кўплаб ижодий изланишлар натижасида шойи иплардан иборат ва немис кумуши билан атрофи ўралган Графенберг ҳалқаси номи билан машҳур БИВни яратди. 1928-1930 йиллар орасида яратилган кашфиётни фақатгина Германия ҳудудида ишлатишди. 1929

йилда хавфсиз дори воситалар бўйича Лондон комиссияси Графенбергнинг кумушли халкасини тан олди ва психосексуал бузилиши бўлган аёлларда контрацепция мақсадида ишлатила бошланди. Бундай контрацептив туфайли хомиладорликдан куркиш стресси йуколди [7,23,1]. Шу каби БИВ ни куплаб кулланилиши билан кичик чанок бушлиги аъзоларини яллигланиши касалликлари сони орта бошлади. Шу сабаб билан 1931 йилда Франкфуртда булиб утган Акушер-гинекологлар Кенгашида БИВ бутунлай таъкикланди ва аёллар соглиги учун хавфли деб топилди. Нацист ва яхудий врачлар репрессияси ва сиёсати урнатилгандан сунг БИВ аёллар аклий ва психик саломатлиги учун хавфли деб таъкиклаб куйилди. Графенберг эса 1940 йилда АКШга кочиб кетди. Графенберг халкасининг энг катта камчилиги -экспульсиялар юкори курсаткичи булиб, бу камчилик япон олими Ота томонидан 1934 йилда бартараф этилди. У Графенберг конструкциясининг мукаммаллаштирди. Халка марказига диск кушди ва Пресса халкаси деб номлади. Бу конструкция Японияда хуфёна ишлатила бошланди. Ота илк бор пластмассани БИВ ни тайёрлашда ишлата бошлади. Бирок у паст сифатли эди. Шунинг учун ишлаб чиқарилмади. Графенберг ва Ота халкалари 2- жахон уруши даврида унутилиб кетди. Бирок урушдан кейинги биринчи 10 йилликда аҳоли катта суръатда купая бошлади. Бу эса контрацепция соҳасида илмий ишланмалар ишлаб чиқишга туртки булди. 1953 йилда доктор иерусалимлик Огатенгемер Графенберг халкасини 1500 нафар аёлда самарали куллай бошлаганлигини оммага маълум килди. [43].

Япониялик гинеколог Ишигама эса 20000 аёлга Ота халкаси самарали эканлигини айтиб кетди. 1962 йилда тиббий статист Графенберг тарафдори Кретофор Титус БИВ бўйича биринчи Жахон симпозиумини ташкиллаштирди. Моргилиус ва Липпслар уз БИВ воситаларини такдим этишди. Улар БИВни эффективлиги ва клиник-натижаларини айтиб утишди. Доктор Моргилиус илк бор термопластика тайёрланган восита

муаллифидир. Айнан у БИВ пластмассасига барий сульфатни рентгеноконтрастли хусусият бериш учун кушди. Кейинчалик эса муаллиф спиралга стержень киритди. Бу эса спирални бачадон бушлигидан чиқарилишини енгиллаштирди[43,46]..

1961 йилда Липпс куплаб тажрибалар асосида узининг илонсимон конфигурацияли БИВни яратди. Контрацептив **Липпс ковузлоги** деб ном олди. Бу илмок сополимер этилен ва винилацетатдан тайёрланган булиб, организм туқималарига инерт ва зарарсиз, эластик ва мустаҳкамдир. Уз шаклини 35-40 градусда саклаб туради, реактив яллигланиш чақирмайди ва узок вақт мобайнида организмда туриши мумкин. Липпс илмогини эластиклиги ва қайишқоклиги туфайли шприц утказувчи билан осон киритиш мумкин ва бачадонга эса цервикал канални кенгайтирмасдан туриб киритиш мумкин. Липпс айтадики, у яратган конструкция бачадон бушлигига спираль ёки халкага нисбатан купрок мос келади. Нейлон ип билан таъминланган булиб бу воситанинг пастки қисмига бириктирилгандир, бу эса БИВ ни олишга қулайлик тугдиради. Илмокнинг пастки қисмига бириктирилган юмалок шаклча кирган ва қалинлашган юқори илмокнинг учи перфорация хавфининг қамайтиради[3,9]. 1962-1970 йилларда яратилган ва тупланган тажрибалар асосида Липпс илмоги немедикаментоз кам зарарли восита сифатида хомиладорликдан сакланиш учун ишлатила бошланди. Охириги йилларда яна куплаб БИВ яратилди. Улар бир-биридан улчами ва шакли тузилиши билан фарқ келади. Улардан бири — Dalkon Shield (автор — Davis X.J., 1970 й.) булиб, у яратган БИВ самарасиз булиб чиқди. Бу қуллаганда, най хомиладорлиги , яллигланиш касалликлар 5 баробар ошди. Унинг асоратлари сабаби резинали иплар булиб, у орқали микроблар кин орқали бачадон бушлигига утган. Немедикаментоз пластмассали БИВ БИВнинг биринчи авлоди ҳисобланади. Уларнинг эффективлиги 1 йилда 100 та аёлга 5.3 та хомиладорлик тугри келади[7].

БИНинг 2-авлоди – мис сакловчи БИН хисобланиб, у 1969 йилда яратилган. Зиппер куёнларда килган тажрибаларида миснинг антинедацион эффектини аниклади, Татум эса пластмассали БИНга мис кушиб янада такомиллаштирди[36].

Хозирги вақтда мис сакловчи БИНинг куплаб турлари мавжуд ва янги ишланмалари устида куплаб ишлар олиб борилмоқда. Эффективлигини ошириш ва кулланилиши давомийлигини ошириш, асоратлар ва ножуя таъсирларини камайитириш мақсадида мис юзаси, майдони, улчами ва оптимал шакллари яратиш устида изланишлар кетмоқда. Энг куп таркалган БИН: Т Cu – 200, Т Cu – 200В, Т Cu – 200С, Т Cu – 200 Ag. *Мисни куп микдорда сакловчилар: TCu380A, Multiload -375.*

Охирги йилдаги илмий изланишлар натижасида турли хил БИНлар яратилди. Уларни ичида диққатга сазовори Мирена сингари гормон ишлаб чиқарувчи БИНлардир[1,67].

Доктор Луккайнен ундан мисни олиб урнига левоноргестерол сакловчи вертикал стерженли резервуарни яратди. Натижада узок муддатли синамалардан сунг [3,6] левоноргестрол ажратувчи бачадон ичи системаси - Мирена бозорга чикди. У 1990 йилдан бери ишлатилиб келинмоқда. Куллаш муддати 5 йил. Мирена таркибига кировчи левоноргестрол аёл организмига худди левоноргестрол таблеткаси каби таъсир курсатади. Бу гестаген эндометрийга таъсир курсатиб, цервикал бушликни куюклаштиради, натижада сперматозоидларнинг киндан бачадон бушлигига утишига тусик пайдо булади. Гормон ажратувчи Мирена хозирги вақтда энг яхши восита хисобланади. [3,6,7].

1.2.БИН нинг хилма-хиллиги. БИН нинг моделларини мукаммаллаштириш БИНинг 50 дан ортик турларини яратилиши га сабаб булди. Улар бир-бири билан учами, шакли, каттиклиги, таркибига мис, олтин, кумуш, прогестерон тутиши билан фарк килади.

1. *Мис, кумуш ва олтин сакловчи БИВ* - Т-шаклида булиб, улар улчамлари билан фарк килади. Масалан, Medusa-pessar 3 та типда чиқарилиб, улар стандарт киска ва мини тизимда бўлади. БИВ га медикаментоз воситалар мис урамлари орасида ва бошқа куринишларда кушилади. *TCu-380A, TCu380Ag (Коннер- Т)*. Бу восита Т- шаклида булиб, кайишкок полиэтилен ва мис копламалардан иборат. *TCu380Ag*- эса таркибида кумуш сакловчи урамлари булиши билан фарк килади. Ишлатилиш муддати 3 йил, кумуш билан эса 7-10 йилгача. *TCu380Ag* нинг эффективлиги 100 та аёлга 0,5 га тугри келади. *NOVA –Т, Т Cu-200Ag, (Шеринг)*. Бу контрацептив полиэтилен, барий сульфат ва мис кумушдан иборат урамлардан таркиб топган. Трансцервикал иплари ок, ишлатилиш муддати - 5 йил. Эффективлиги хар 100 та аёлга 1,2 ни ташкил килади.

Мультилоуд-375(MLCu-MLCu-375) полиэтиленли кайишкок тишсимон елкачалардан иборат. Хар бир модел 3 улчамда: стандарт киска ва мини бўлади. Трансцервикал иплари кора ёки рангсиз. Киритиш «ретрокула» техникасида кулланилиши муддати - 5 йил. Перля индекси 100та аёлга 1.2 ни ташкил килади.

Rici Aurum Австрияда ишлаб чиқарилган булиб, олтиндан таркиб топган. Бу восита олтиндан иборат булиб 2 та стерженьдан ташкил топган. Хар икала стержень мураккаб куринишли кабарик елкачалардан билан тугайди. Учида куплаб оливалар жойлашган. Трансцерикал ипларни киритувчи найча яхшилаб фиксация килиш жуда мухим. Бу якорни киритишга тайёр холатда ушлаб туради. Манипуляцияни кейинги юборилиши техникаси худи бошқа турдаги БИВ ни юбориш каби давом эттирилади. [10,27].

Гормон ажратувчи БИВ лар. “Прогестасент” (“Progestasept”). Бу контрацептив АКШда ишлаб чиқилиб, этинил-винил-ацетат-кополимердан иборат. Вертикал ук 38 мг прогестерон ва барий сульфат сакловчи резеруардан иборат. Бачадон бушлигига ярим утказувчи мембрана оркали

суткасига 65 мкг тезликда прогестрон ишлаб чикаради. Кулланиш давомийлиги 1-1.5 йил, Перля индекси 100та аёлда 1.6га тенг [8].

“Мирена” (Шеринг, Германия). Бу контрацептив восита “Nova-T” базасида тайёрланиб, ярим утказгич цилиндрик мембранали вертикал уқдан иборат, бунинг ичида полидиметилсилаксан ва 52 мг левоноргестрол мавжуд. Гормоннинг бачадон бушлигига ажралиш тезлиги суткасида 20 мкг. Иккита кора трансцервикал ипдан иборат. Кулланиши муддати 5 йил. Перля индекси-100та аёлга 1,1-2,3 га тенг [7,9,17,43].

1.3.БИВ нинг таъсир килиш механизми. БИВ кулланилганда эндометрийда ёт жисмга нисбатан ривожланувчи асептик яллигланиш жараёни юзага келади. Бунда эндометрийда лимфоцитар ва лейкоцитар инфильтрация кузатилиб, бу жараён плазматик хужайралар томирлар утказувчанлигининг ошиш ва х.к. таъсирида бўлади. Бундан ташкари, эндометрийда менструал цикл фазаларига хос бўлмаган морфофункционал жараёнлар юзага келади. Лекин ҳозирги вақтгача БИВ таъсир механизми ҳақида аниқ бир фикр йук (Прилепская, Кулаков). Хар хил назариялар мавжуд. [23,29,36].

■ БИВ таъсир килиш назариялари:

☐ Абортив таъсир назарияси.

☐ Асептик яллигланиш назарияси.

☐ Энзим бузилиши ва эндометрийнинг функционал активлигини сусайтирувчи назария..

☐ Бачадон найларининг перистальтикасининг жадаллашишидан ва мис ионларининг сперматоксик таъсири назарияси.

Куруниб турибдики, юқоридаги назарияларни у ёки бунисини ягона теория сифатида қабул қилиб бўлмайди. Уларни ҳаммасини бирлашган

холда қабул қилиш мумкин[17]. Ҳозирги замонавий қарашларга қура БИВнинг яна қуйидаги таъсир механизмлари мавжуд:

А) Овуляцияни тормозлайди.

Б) тухумдон функцияларини сусайтиради.

В) Урунган ва урунмаган тухум ҳужайрани бачадон найлари бўйлаб ҳаракатини ўзгартиради.

Г) Эндометрийни имплантацион хусусиятини йўқотади. Спермалар миграцияси йўқолади.

Приматларга мансуб бўлмаган баъзи ҳайвонларда ўтазилган тажрибалар шуни кўрсатадики, БИВ бачадонда простагландинлар(PGF_{2a}) ишлаб чиқаришни кўчайтиради. БИВ атрофида тўнган ҳужайралар ўт жисм ва мисга нисбатан простагландинлар ишлаб чиқаради. Баъзи олимлар простагландинлар миқдорининг цервикал суюқлик таркибида олиниши бутун менструал цикл мобайнида сакланиб туради, деб таъкидлашади [37,65]. Простагландинлар - жуда фаол биологик актив моддалар бўлиб, репродукциянинг деярли барча этапларида, шу жумладан, урунган жараёни ва бластоцистнинг имплантацияси жараёнларида ҳам фаол иштирок этади. Шунинг учун БИВ қиритилгандан сўнг бачадон бўшлиғида маҳаллий биохимик ва томирлар ўтказувчанлигининг ошиши кўзатилади, бачадон мускулатураси ва бачадон найларининг фаоллиги ортади. Натижада урунган тухум ҳужайранинг ўтиши тезлашади, бластоцисталар ривожланиши учун қоқлай шароит тўғилади ва унинг имплантациясига тўқинлик юзага келади.

Ҳозирги вақтда БИВ бачадон бўшлиғига қиритилгандан сўнг ўт жисмга нисбатан биохимик ва ҳужайравий реакциялар кўзатилади, эндометрий тўқимасида специфик ўзгаришлар юзага келади: қон – томир ўтказувчанлигининг ошиши, шиш, нейтрофиллар, моноклеар ва макрофаглар иштирокида лейкоцитар инфильтрация ва х.к. кўзатилади. [54,60].

Гистологик текширишлар шуни курсатадики, БИВ бачадон бушлигига киритилгандан сунг эндометрий стромасида полиморф ядроли лейкоцитлар (лимфоцит ва моноцитлар) пайдо булади, баъзи холларда плазматик хужайралар пайдо булади.

Хаммага маълум булган асептик яллигланиш теориясига мувофик барча БИВ эндометрий тукумасида лейкоцитлар миграциясини стимуллайди. Бачадон бушлигида макрофаглар бластоцистлар имплантациясига тускинлик килади. Бундан ташкари макрофаглар ишлаб чиқарилган протеаза ва энзимлар уругланган тухум хужайрани улдиради. Шундай қилиб, БИВ таъсир механизми қуйидагича хулоса қилинади: ёт жисм таъсири остида бачадон ичи мухити узгаради ва имплантация процесси учун тускинлик юзага келади. Баъзи олимлар эса энзим бузилишлар теориясини тан оладилар [49,71]. У шундан иборатки, БИВ эндометрида ферментлар таркибини узгартиради ва сперматозоидлар яшаши учун ноқулай шароит яратади. Бунда нордон фосфатазининг активлиги ошади, гликоген концентрацияси узгаради, оксил, РНК, ишқорий фосфатаза ва карбонангидраза активлиги пасаяди. Карбонангидраза рух сакловчи фермент бўлиб, имплантацияда иштирок этади, деб ҳисоблашади. У ёки бу теориялардан қуриниб турибдики, БИВ эрта муддатларда инсон улимига олиб келади. Шунинг учун ҳам бу усул абортга тенглаштирилади. [77,78].

1.4.БИВ киритиш техникаси. БИВ ни киритишдан олдин аёл барча клиник текширувлардан утиши жуда муҳим.

БИВ киритишдан олдин қуйидаги тиббий текширувлардан утиши лозим [23,54,67]

- БИВ ни куллашга қарши курсатмалар бор – йуклигини аниқлаш мақсадида тулик анамнез йиғиш;
- Қин ва бачадон бўйнини бактериоскопик текшириш;
- Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;

- Жинсий йул билан юкадиган инфекциялар, жумладан сифилис, ОИВ, гепатит В, С ва х,к ларни инкор этиш максатида текшириш;
- Кольпоскопия;
- Кичик чанок бушлиги органлари эхографик текшируви. [27,43].

1.5. БИВ ни куллашнинг оптимал вакти . БИВ ни куллаш вакти:

- ССТ экспертлари хулосасига кура БИВ ни хайз циклнинг барча кунда куллаш мумкин.
- БИВ ни куллашда умумий кабул килинган вақт деб хайз циклнинг 4-8 кун хисобланади. Чунки бу вақтда эндометрий кам зарарланади ва бачадон буйни сал очилган булади, бу эса БИВ ни киритишни енгиллаштиради, менструация хомиладорлик йуклигининг энг ишончли белгиси хисобланади. Процедура тугагандан сунг юзага келувчи конли ажралмалар эса аёл учун дискомфорт тугдирмайди, худди менструациядаги кон кетиш сингари давом этаверади[3,54].
- БИВ ни сунъий абортдан ёки уз-уздан юзага келган бола ташлашдан сунг ёки 4 кун мобайнида куллаш мумкин. Лекин агарда яллигланиш ва кон кетиш кузатиладиган булса бу карши курсатма хисобланади. Агар курсатилган вақтда БИВ кулланилмаса, бу процедурани кейинги менструация бошлангандан сунг бажаришга тугри келади[67,68].
- Бундан ташкари БИВ ни тугрукдан сунг ёки 48 соат мобайнида ҳам киритиш мумкин. Бирок бунда жуда куплаб асоратлар жумладан, экспульсия перфорация ва х.к. кузатилиш эхтимоли юкори. Агар юкорида курсатилган вақтда процедура кулланилмаса тугрукдан сунг 4-6 хафтадан сунг ҳам бажариш мумкин. [12,19].

1.6. БИВ ни киритиш этаплари

- Кин оркали текшириш ва бачадонни зондлаш.
- БИВ асептик шароитда утказгич ёрдамида бачадон бушлигига киритилади, контрол иплари эса кинда колдирилади. Бу эса экспульсияни уз вақтида аниклаш имконини беради[6,17,53].

- БИВ ни бачадон бушлигига киритиш аёлларда огрик кузатилмайди ва анестезия килиш керак эмас. Аёллар бу процедурани яхши қабул қиладилар. БИВ ни киннинг I ва II тозалик даражасида қуллаш мақсадга мувофиқ. Агарда аёлларда кин тозалик даражасининг III ва IV даражалари аниқланган бўлса, тулик текшириш ва даво муолажалари талаб қилинади. Агарда аёлларда кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари аниқланган бўлса, факатгина касаллик хронизацияси ва рецидивланиши 6-10 ой мобайнида кузатилмасагина қуллаш мумкин. [7,49].

1.7. БИВ дан фойдаланаётган аёллар кузатуви:

- БИВ киритилгандан сунг 1 ҳафта мобайнида жинсий ҳаёт ва интенсив физик зуриқишлар мумкин эмас[10,15,58].
- Биринчи контрол курик БИВ киритилгандан 7-10 кундан сунг олиб берилади. Бунда БИВнинг иплари текширилади ват тугри ёки нотугри қуйилганлиги текширилади. Бундан ташқари УТТ ҳам қуллаш мумкин.
- Кейинги курик 1 ойдан сунг, ундан кейингиси эса 6 ойда 1 марта, кейинчалик эса ҳар йилда 1 марта кин суртмасини бактериоскопик текшириш ва УТТ утқазилади[45,51].
- Аёлга ҳар менструциядан сунг трансцервикал ипи бор – йуклигини пальпатор текшириб туриш талаб этилади. Агар ипи бўлмаса кичик чанок органлари УТТ тавсия қилинади[13,19,28].

1.8. БИВ қуллашга қарши қурсатмалар. Қуйидаги *мутлак қарши қурсатмалар* мавжуд:

- Бачадоннинг аномалиялари – анатомик аномалия; жумладан икки шохли бачадон, цервикал стеноз бачадон бушлигидаги турли хил ҳосилалар кичик ёки жуда катта бачадон бушлиги ва х.к. Бундай паталогиялар натижасида БИВ ни киритиш ва уни олиб ташлаш жараёнлари қийин кечади ва асоратланиши мумкин[6,8,27,29].
- Кичик чанок органлари фаол инфекцион касалликлари, тугрукдан кейинги эндометрит, септик абортлардан сунг ёки жинсий йул билан юқувчи

инфекцион касалликларда БИВ куйиш мумкин эмас, чунки БИВ инфекцион агентларни юкори жинсий органларга таркалишида воситачи булиб хизмат килади[13,27].

- Хомиладорликда ва хомиладорликка шубха булган холатларда.
- Тугмаган аёллар. Бирок баъзи адабиётларда курсатилишича БИВ ни нафакат тугмаган аёлларда, балки кандли диабетларда, юрак орттирилган порокларида, бачадон буйни дисплазияларида, ановулятор циклларда, лактоция вактида ва глюкокортикоидлар кулланиладиган вақтда ҳам куллаш мумкин эканлиги айтиб утилган. [3,7,9,19].
- Вильсон касаллиги ёки мисга аллергия булган холатларда мис сакловчи БИВ ни куллаш мумкин эмас, бундай холларда гормон сакловчи БИВ ни куллаш мақсадга мувофик.
- Охиригача диагностика килинмаган бачадондан кон кетишлар, чунки нерегуляр кон кетишлар БИВ кулланганда кузатиладиган кон кетишлар билан адаштирилиши мумкин.
- Сут беи раки. [7,47,48]

Нисбий қарши қўрсатмалар:

- БИВ ЖЙОЮИК лари борлигига шубха қилинадиган ва шунга асос булган холатларда (бирдан ортик жинсий партнёри бор аёллар), ёки анамнезида гонорея ёки хламидиядан даволанган холатлар булса; [7]
- Дисменорея ёки меноррагия булса; [17]
- анамнезида БИВ билан боғлиқ асоратлар кузатилган булса.

1.9. БИВ асоратлари ва уни бартараф этиш йуллари.

БИВнинг контрацепциянинг бошка усулларига нисбатан афзаллиги ҳаммага маълум. Афсус, БИВнинг қўлаб асоратлари мавжуд. БИВ жинсий органлар яллигланиш касалликлари, кон кетиш, огрик, БИВни куйиш вакти ва контрацепция мобайнида перфорация қаби асоратларга сабаб булиши мумкин. Улардан энг қўп учрайдиганлари огрик синдроми(14%), менструал

циклнинг бузилиши (1,5-20%), экспульсиялар (0,7-30%), кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари (0,43-9%) кабилар киради. [12,19,29].

Бошқа маълумотларга кура узок муддатли кузатувлар натижасида хомиладорлик -0,54%, кон кетиш -1.33%, тулик-1,94% ва кisman экспульсия- 1,8% каби асоратлар кузатилдики, бу БИВ ни олиб ташлашга курсатма булди. БИВ ни киритиш вактида кузатиладиган асоратлардан купинча анамнезида дисменорея, кичик чанок органлари касалликлари ва шунга ухшаш карши курсатмалар эътиборга олинмаган холда утказилганлигини билдиради[3,45,55,67]..

БИВ асоратларини 3 гурухга булиш мумкин.

1. БИВ ни куйиш вактидаги асоратлар.
2. Контрацепция мобайнида кузатиладиган асоратлар.
3. БИВ ни олиб ташлагандан сунг юзага келдаиган асоратлар[23,25,37].

1.10. БИВ асоратларини олдини олиш критериялари:

Аёлларга БИВ ни куллашга монеликлар бор-йуклигини тулик текшириш.

1. БИВ ни танлашда хар бир аёл организмни индивидуал хусусиятларини хисобга олган холда, фарзанд куриш ваكتини режалаштирган холда амалга ошириш.
2. БИВ ни куйиш техникаси ва оптимал вактига амал килиш.
3. БИВ куйилгандан сунг дастлабки кунларда ва уч менструал цикл мобайнида хайз вактида антибиотик ва простагландиногенез ингибиторларини профилактика максидида куллаш.
4. БИВ асоратларини уз вактида комплекс даволаш.

Энг куп асоратлардан огрик синдроми, экспульсия ва кичик чанок органлари яллигланиш касалликларини айтиб утиш мумкин[11,12,19]..

1.11. БИВ ни киритиш вактида юзага келувчи асоратлар.[5,9]

1. Бачадон буйни йиртилиши,

2. Бачадондан кон кетиш.
3. Бачадон перфорацияси.

Бачадон перфорацияси - бу асорат купинча БИВни куйиш вақтида кузатилиб, 0,04-1,2% ни ташкил килади[12,19,41,48].. БИВни куйиш техникаси амал килмаганда ва уни куллашга қарши курсатмаларни ҳисобга олмаган вақтида кузатилади. Перфорациялар учраш курсаткичи врач тоифаси ва малакасига, куйиш техникасига, аёл жинсий органларининг анатомофизиологик хусусиятларига ва БИВни куйиш вақтига боғлиқ. Бу асоратга бачадон деворини куп тугрук ва абортлардан сунг юмшаб қолиши ва бачадон конфигурацияси ва ҳолатининг турли хил узгаришлари олиб қилиши мумкин[12,25,43,65,66].

Бачадон буйни ва бушлигини узунлигини нотугри баҳолаш ва утказувчи уқни жуда ҳам чуқур қиритилишига ва бу эса бачадон буйни шикастланишига олиб келади. Агар БИВ нотугри қиритилса ва горизонтал елкалари вертикал текисликда жойлашса, бачадон девори пенетрацияси эҳтимоли юқоридир. Бачадон перфорацияси қисман ва тулик бўлиши мумкин[1,5,7,11,14,19,21]. Агар перфорация бўлишига шубҳа қилинса дарров гистероскопия утказилиши керак. Перфорация ташҳиси БИВни қиритилишдаги оғрик пайдо бўлиши, қорин бушлигига қон кетиши қорин парда таъсирланиш симптомлари пайдо бўлишига асосланиб қуйилади[3,32,67].

Бу симптомлар ҳамма вақт ҳам тулик намоён бўлмайди. Агар аёл БИВни тушиб қетганлигини қурмаса ва қинда эса врач БИВ ипчасини қурмаса УТТ, рентген, гистероскопия ва лапароскопияга шошилиш керак. БИВ бачадон деворига қолиб қетган бўлса - гистероскопия, қорин бушлиги тушиб қетган бўлса- лапароскопия ёки лапаротомия қилинади[11,45,56]. Бу операцияларни қилиш имкони бўлмаса, УТТ ва рентген текшируви тавсия қилинади. БИВ таъсиридаги бачадон перфорациясида бачадонни перфорациясини бартараф этиш ёки ампутацияси амалиётлари қулланилади.

Шундай ҳоллар ҳам бўлганки, перфорация узок йиллар мобайнида аникланмаган[18,32].

БИВни корин бушлигига тушиши ичак тутиши ва ичак перфорацияси, перитонитлар, битишмалар каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин[4,25].

1.12.Контрацепция жараёнида юзага келадиган асоратлар.

- Огрик синдроми ва БИВ экспульсияси[7,41,45].

Огрик БИВ қуйилгандан сунг 1-3 кун давомида бачадон тонусини ошиши натижасида кузатилади[4,6,45,50,52]..

Унча қучли бўлмаган огрикларда аспирин ёки простагландиногенез ингибиторларидан тавсия қилинади[2,4,7,12,13].. БИВни қиритгандан сунг бирдан огрик пайдо бўлиши мумкин. Бу БИВни бачадонга нотугри жойлашганлигини ёки БИВни улчами катталигини билдиради. Бу ҳолларда зудлик билан воситани олиб ташлаш керак, кичик улчамли воситани қуйиш тавсия қилинади. Корин пастида огрик пайдо бўлса, даволашлардан сунг утиб кетади[4,6,8,23]. БИВ қуйилгандан сунг дастлабки кунларда менструал циклида огрик пайдо бўлиши мумкин. БИВ экспульсияси ва огрик синдроми купинча ёш тугмаган аёлларда кузатилиб, бу ёшда бачадон қисқарувчанлигини активлигини билдиради ва шунга боғлиқ. Экспульсияни учраш даражаси БИВнинг типига ва улчамига боғлиқ бўлиб, таркибида мис сакловчи БИВда 6-16% ҳолатларда учрайди. Леваноргестерол сакловчи «Миренада» 2,5-6,5% беморларда учрайди[12,19]. Ёш утиши билан тугрук ва абортлар сонининг ошиши билан экспульсиялар учраши камаяди. Экспульсия БИВ қуйилганнинг 1-кунларида ёки 1-3 ойларда купрок учрайди. Бунда одатда огрикни анальгетиклар ва спазмолитиклар билан огрикни бартараф этиб бўлмайди. Агар огрик интенсив ва доимий характерда бўлса, спирал улчами мос эмаслиги туфайли бачадон бушлиги чузилганлиги ёки ҳавфли асорат бачадон буйни перфорацияси ҳақида уйлаш зарур. Огрик синдромини

сабабини киёсий ташхислашда БИВни бачадон бушлигидаги ёки эмаслиги аниклашда УТТ ва гистероскопия энг яхши ахборот беради[7].

БИВ ни уз-уздан тушиши бундан ташкари менструация вақтида куп кузатилади. Экспульсия курсаткичида бачадон анатомио-физиологик хусусиятлари, контрацептив киритиш техникаси, БИВни бачадонда жойлашиши даражаси, врач махорати, аёл ёши, тугруқлар бор-йўқлиги, БИВнинг турига ва х.к ларга боғлиқ. Экспульсия белгиларига қорин пастида хуружсимон оғриқ, менструация орасида қонли ажралмалари, БИВ ипини узайиши, қинда ёки цервикал каналда сезилиши, Жинсий алоқадан сунг қонли ажралмалар, диспареуния ва х.к лар қиради. Обектив текширганда қинда цервикал каналда БИВни топиш мумкин, ёки БИВ ипи топилмайди[4,7,9,11,34]. Бундан ташкари бачадонни зондлаганда, кичик чанок бушлигини УТТ қилганда, рентгенологик текширганда асоратларини аниқлаш мумкин. БИВни қисман экспульсиясида контрацептивни олиб ташлаш тавсия этилади[11,19].

БИВни қўллаганда **генитал органларни яллигланиши** энг жиддий асоратлардан бири бўлиб, 0,43-4,0% ҳолатларда учрайди. Мис сакловчи БИВлар таъсирида КЧОЯКдан 3.8-14,3% ҳолларда эндо ва экзоцервицитлар, эндометрит ва пельвиоперитонит ёки абсцесслар юзага келади[1,19,21]. Шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, қўпинча барча яллигланиш жараёнлардан олдин сурункали касалликлар қўзғалиш фазасига ўтиб олиб, шундан юзага келади. Агар яллигланиш жараёнлари БИВ киритилгандан 20 кундан сунг қилиб чиқса, унинг БИВ асорати сифатида, агар 3 ойда ва ундан қўп бўлган муддатда қўзғатилса, унда янгидан юзага келган яллигланиш жараёни деб қаралиши керак. Яллигланиш жараёнларнинг юзага қилиш сабаблари жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар ёки БИВ қўйилгунча аниқланган сурункали касалликларнинг қўзиши бўлиши мумкин. Контрацептив воситанинг вақтидан олдин олиб ташлашга

курсатмалар ичида яллигланиш касалликлари кон кетишдан сунг иккинчи уринда туради[4,5,16].

Бу асорат курсаткичи ёш аёллар, сексуал фаол аёллар, айникса бир нечта жинсий партнёрли аёлларда юкоридир. БИВ билан боглик яллигланиш жараёни ёш утиши билан камайиб боради. Тугмаган аёлларда бачадон бушлигининг тор булиши БИВни бачадон ичида куп силжишига ва натижада кутарилувчи инфекциянинг пайдо булишига хизмат килади[12,13,45,46]. Бундан ташкари яллигланиш жараёнлари БИВнинг фойдаланиш муддатининг тугаши натижасида хам булиши мумкин. Чанок органлари яллигланиш касалликларида дархол БИВни олиб ташлаш ва яллигланишга карши даво килинади. БИВни эса 6-12 ойдан кейин куллаш мақсадга мувофикдир. Спирални олиб ташлаш ва антибактериал терапия хар бир аёл учун индивидуал олиб борилади. Яллигланишнинг энг хавфли асоратлари - тубоовариал йирингли хосилаларни пайдо булишидир. Бу асорат БИВ дан узок муддатли фойдаланиш натижасида - 6-7 йил ва ундан куп муддатларда пайдо булади[12,19,26,28].

Бачадондан кон кетиш - жуда хавфли асоратлардан бири хисобланиб, 5-15% холлардан учрайди[5,16]. Менструация вактида кон кетиш характери турлича булиши мумкин: узок вақт ва куп микдорли, менструация орасида узок муддатли конли ажралмалар келишидир. Менструация вактида 80 мл дан ортик кон йукотилса, меноррагия сифатида бахоланади, темир танкислиги камконлигига олиб келади. БИВни куллаш вактида меноррагияни булиши контрацептив восита билан контакт булган сохадаги эндометрийнинг механик зарарланиши ва маҳаллий простагландинларнинг куп микдорда ишлаб чикилиши билан боглик[3,16,23]. Бачадоннинг микроэрозияга учраган шиллик кавати менструация вактида кискаради ва уша сохалардан кон кетади[12,16,24].

Эндометрийнинг травматик жароҳатланиш даражаси БИВни физико-математик хусусиятига боглик. Таркибида куп микдорда мис сакловчи ва

улчами катта ва юзаси катта булган БИВ, кам микдорда мис сакловчи ва медикаментоз БИВларга нисбатан куп микдорда меноррагияга сабаб булади[7,3,20]. Кон кетишда БИВни олиб ташлаш мезони булиб, гемоглобин ва гематокрит курсаткичларининг камайиши хисобланади. Агар кон кетиш аёлнинг 3 ойдан ортик муддатда безовта килса, камконлик ривожланди, бу эса БИВни олиб ташлашга курсатма хисобланади[4].

Хомиладорлик юзага келиши. БИВни юкори эффективлигига карамасдан 0,5-2% холатларда хомиладорлик кузатилиши мумкин[23,45,49]. Хомиладорлик купинча контрацептивнинг тулик ёки кисман экспульсиясининг уз вактида аникланмаганлигидан келиб чиқади. Агар шундай холат кузатилса, БИВни дархол олиб ташлаш ва хомиладорликни узиш тавсия килинади. БИВ фонида юзага келган хомиладорликда 50% холатларда уз-уздан бола тушиши, муддатдан олдин тугруклар (4 марта юкори), бачадон ичи инфекцияси ва септик абортлар юзага келади[1,9,13].

Агар аёл шу хомиладорликни узишни хохламаса, у холда юзага келиши мумкин булган асоратлар хакида огохлантирилади. Одатда тугрукдан сунг БИВ йулдош билан бирга ажралади. 20% холларда эса БИВ бачадонда колиб кетади. Инструментлар билан олишга тугри келади[5,9].

Бачадондан ташкари хомиладорлик. Контрацепциянинг бошка усулларига нисбатан БИВда купрокдир. 1,5-9,25% холларда учрайди. Бунинг сабаблари БИВ куллаш вактида бачадон ичидаги имплантациялар сони 99,5% гача кискаради, бачадон найидаги эса 95% гача ортади[12,13]. Бачадон найлари перистальтикаси узгариб хомила тухум хужайралари харакати узгради. Эктопик хомиладорлик курсаткичи мис сакловчи контрацептивлар кулланганда юкоридир. БИВ куйилгандан сунг вакти-вакти билан текширувлардан утиб туриш бу асоратларни камайтиради[4,5,16].

1.13.БИВ олиб ташлангандан сунг юзага келадиган асоратлар:

- Сурункали эндометрит ва сальпингофоритлар.
- Бепуштлиқ.
- Эктопик хомиладорлик[4,30,34].

1.14. БИВни олиб ташлашга курсатмалар:

- Аёл хошиши.
- Фойдаланиш муддатини тугашиши.
- Менопауза.
- Бачадон танаси ва буйни раки.
- БИВ ни қисман эспульсияси ва бачадон перфорациялар[22].
- Хомиладорлик.
- Огриклар.
- Аёл хаётига хавф солувчи қон кетишлар.
- Қичик қанок органлари яллигланиш қасалликлари[1,21].
- Бачадон буйни эрозияси[21].

Шундай қилиб, адабиётлар шарҳидан қуйидагича хулоса қилиш мумкин: БИВ эффеқтив, қулай, оммабоп булганлиги учун жуда қуп қулланилади, шунинг учун қуплаб асоратларга сабаб булади. Бу асоратларнинг олдини олиш учун етарлича чора-тадбирлар ишлаб қикилмаган.

II БОБ. ТАДКИКОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ

2.1. Тадкикот учун материал йиғиш

Тадакикот Самарканд шаҳар №3 сон тугрук мажмуасининг гинекология булими базасида олиб борилди. БИВ купчилик гинекологик беморларга даволаш курси тугагандан кейин маълум муддатгача соғломлаштириш давомида контрацепция мақсадида куйилади. Шунингдек, тугрук булимида тугрукдан сунг аёлнинг хоҳиши ва қарши курсатмаларни эътиборга олган ҳолда БИВ куйиш мумкин. Бундан ташқари амбулатор муружаат қилган аёлларга ҳам гинекология булимида БИВ куйилади. Шундай қилиб, 2002-2012 йил давомида жами 150 нафар БИВ куйилган аёллар қузатув остига олинди. Қузатув энг қамида 6 ой мобайнида олиб борилди.

Асосий гуруҳни БИВ асоратлари билан 2012-2013 йил мобайнида №3 сон тугрук мажмуасига муружаат қилган 25 нафар беморлар ташқил қилди ва ретроспектив тарзда урганилди

Проспектив текширув учун танланган аёллардан уларнинг тушунган ҳолдаги ёзма розилиги олинди. Аёлларнинг шахсий ҳаётига ва саломатлик ҳолатига доир барча маълумотлар сир сақланиши қафолатланди. Шундан кейин ҳар бир аёл билан индивидуал суҳбат олиб борилиб, қеракли текширувлар утқазилди. Доимий мулоқотда булиш учун уларнинг телефон рақамлари олинди.

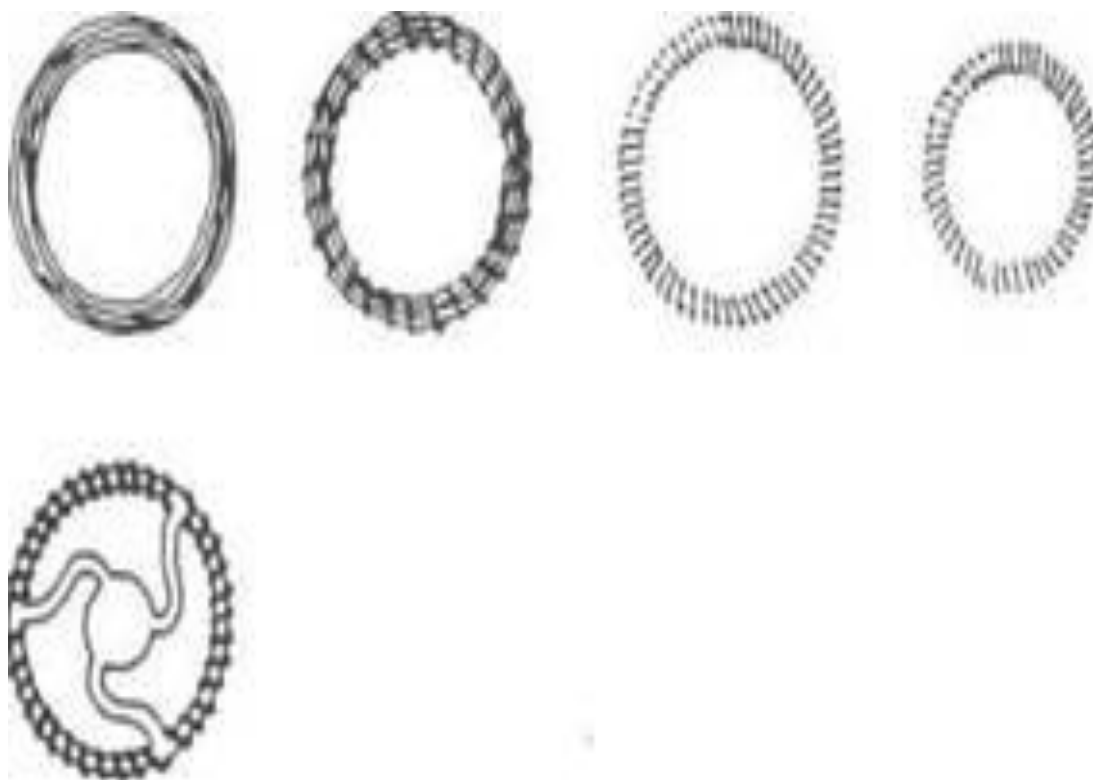
Барча БИВ куйилган аёллар махсус ишлаб қикилган қузатув қартаси асосида ҳар томонлама ва қуқур урганилди. Қузатув қартаси 35 та параметрдан иборат. Умумий клиник, гинекологик, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари бақарилди. Бақадон ичи воситасининг қанча вақтдан бери мақжудлиги, аввал утқазилган даволаш муолажалари ва

уларнинг натижалари, бошқа гинекологик касалликлар билан боғликлигига эътибор қаратилди.

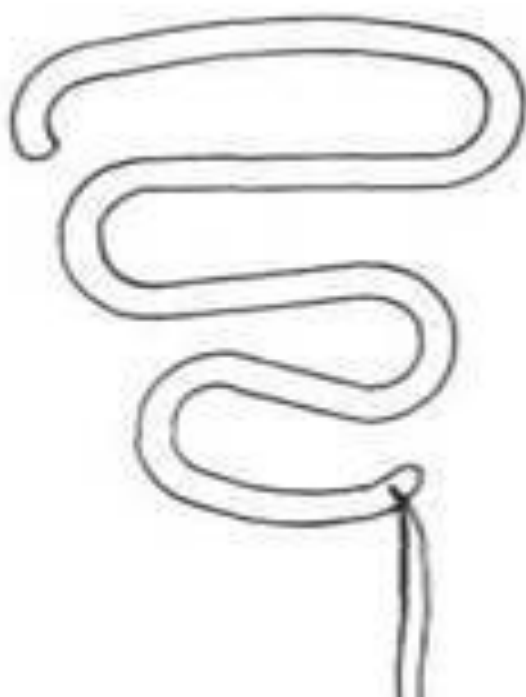
БИВ қуйилиши нохуш ҳолатларга олиб келган аёлларда бунинг сабабларига ҳам алоҳида эътибор қаратилди: БИВ қайси вақтда ва қандай шароитда қуйилганлиги, БИВ қуйишдан олдин қандай текширишлар олиб борилганлиги, сурункали яллигланиш касалликларининг мавжудлиги, уларнинг пайдо бўлган вақти ва кечиши, ҳомиладорлик ва тугруқлар сони, кечиши ва натижалари (тугрукдаги травма, чилла даври йирингли-септик инфекциялари), TORCH - инфекцияга текшириш ва ҳоказолар. Менструал функция ва ажралмаларнинг даволашдан олдин ва кейин узгаришига ҳам аҳамият берилди. Агар даволашдан сунг ҳомиладорлик ва тугрук руй берган бўлса, уларнинг кечиши ва натижасига эътибор қаратилди.

БИВ қуйилгандан кейин ҳеч қандай асоратлар қузатилмаган беморлар назорат (проспектив) гуруҳини ташкил этди. Бу беморлар фақат проспектив қузатув асосида 2011 йил мартдан 2013 йил мартгача бўлган вақт мобайнида тупланди. Бу беморларда БИВ қуйилишдан олдин ва кейин барча керакли текшириш усуллари утказилган, қарши курсатмалар ва курсатмалар қатъий ҳисобга олинди.

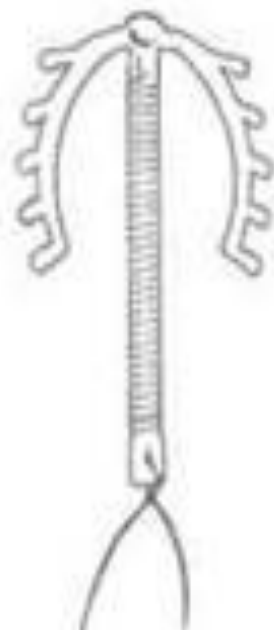
Шундай қилиб, ретроспектив гуруҳига жами 25 та, проспектив гуруҳига 125 нафар бемор киритилди. Мазкур гуруҳларда БИВ қуйилгандан кейинги саломатлик ҳолати, руй берган асоратлар ва уларнинг сабаблари таҳлил қилинди.



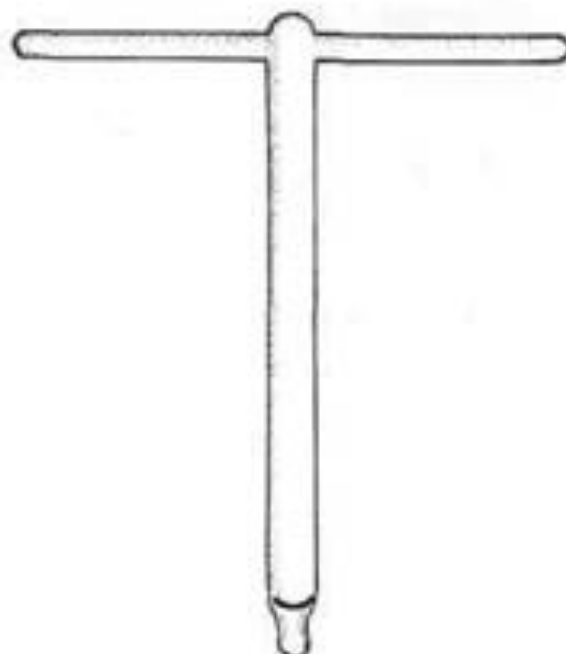
1-расм. Графенберг ва Ота халкалари



Расм 2. Липс ковузлоги.



Расм 3. Cu-7 Gravigard (Searl, АКШ). **Расм 4.** Multiload Cu-375



Расм 4. Си Т 380 А.

Расм 5. Прогестасепт.

2.2. Тадкикот усуллари

Асосий гуруҳдаги, яъни БИВ асоратлари кузатиш гуруҳда утказилган текшириш натижалари (жадвал 1) куйидагича булди:

№	Текшириш услублари	Сони	%
1	Умумий клиник текшириш	25	100%
2	Гинекологик текшириш	25	100%
3	Сонография (Ультратовуш текшириш)	25	100%
4	Кольпоскопия	13	33,3%
5	Бактериоскопик текшириш	12	40%
6	Биопсия	4	8,9%
7	Кон ва сийдик умумий тахлили	25	100%
9	Биохимик анализлар	4	9%
10	Кон ивиш тизимини текшириш	25	50%
12	Мутахассислар консултацияси	12	26,7%
13	ЭКГ	13	28,9%
	Умумий	413	-

Жадвал 1.

Текшириш услублари ва ҳажми

Жами булиб, 413 та клиник-лаборатор ва аппаратли текширишлар утказилган.

Маълумки, БИВ куйишдан олдин аёлларни асосий текширувлардан утиши асоратлар хавфини анчагина камайтиради. Бизнинг тадқиқотларимизда ҳам бу уз аксини топиб, куйидаги курунишни олди

Асосий текширувлар	Асосий гуруҳ (n=25)		Назорат гуруҳи (n=25)	
Кичик чанок органлари УТТ	7	28%	25	100%
Кон умумий тахлили	5	20%	25	100%
Киндаги суртмани бактериоскопик текширув	3	12%	25	100%
Кузгуларда куриш	25	100%	25	100%

Жадвал 2.

БИВ куйишдан олдинги текширувлар хулосаси куйидагича булди:

Текширувлар	Текширув натижалари	Проспектив гуруҳ (n=25)	%
УТТ	Жинсий органларда патология йук	10	40%
	Бачадон ретроверсияси	8	32%
	Сурункали метроэндометрит	3	12%
	Сурункали аднексит	4	16%

	Бачадон гиперплазияси	-	
Кон умумий тахлили	Нормал картина	21	80%
	Огир даражали анемия	1	8%
	Лейкоцитоз	3	12%
	Тромбоцитопения	-	
Киндаги суртмани бактериоскопик текширув	Киннинг I-II тозалик даражаси	22	88%
	Киннинг III тозалик даражаси	3	12%
	Киннинг IV тозалик даражаси	-	
Кузгуларда куриш	Патология йук	19	76%
	Эндоцервицит	4	16%
	Бачадон буйни эрозияси	2	8%

Жадвал 3

Маълумки, БИВ куйилган аёллар муолажадан сунг 10 кун, 1ой, 3 ой утгач, кейин хар 6 ойда профилактик текширувдан утиб туришлари керак. Текширув учун одатда аёллар БИВ куйган шифокорга мурожаат киладилар. Бунда аёлнинг шикоятлари, хайз цикли хусусиятлари сураб суриштирилади, кейин бемор креслога таклиф этилиб, махсус гинекологик текширишдан утказилади. БИВ холати асосан кузгуларда курганда БИВ муйловчаларининг холатига караб аникланади. Агар БИВ пастга силжиган

булса унинг муйловчалари узайиб колган булади, баъзан хатто унинг пастки учи бачадон буйни ташки тешигидан куриниб туради. Бундай холатларда БИВ ни олиб ташлаш тавсия этилади.

УТТ БИВ холатини урганиш учун энг мухим текшириш усулларида бири булиб, у БИВ нинг бачадон бушлигида кандай жойлашгани, унинг шохчалари ва пастки учи каерда турганлиги аник тиник куринади. Адабиёт маълумотлари ва кузатишлардан шу нарса маълум булдики, БИВ бачадон бушлигида 95-97% холатларда буйлама жойлашади, 3-5% холатларда кундаланг ёки 45 градус бурчак остида кийшик жойлашиши мумкин. Бу нарса асосан УТТ текширувида, шунингдек, рентгенографияда аникланиши мумкин.

УТТ да БИВ холатидан ташкари бачадоннинг жойлашуви, улчамлари, М-эхо калинлиги ва эхоструктураси, тухумдонлар холати, уларнинг улчамлари, шунингдек, бошка кичик чанок аъзоларининг холати батафсил урганилди. БИВ куйилишидан олдин мавжуд булган касалликлар ва ундан кейин ривожланган патологик холатлар урганилди.

УТТ трансабдоминал ва трансвагиналсонография шаклида утказилди. УТТ №3 сон тугрук мажмуасининг гинекология булимида ва тугрук булимларида утказилди.

Aloka SSD 500 УТТ аппарати абдоминал ва вагинал датчиклар билан қўлланилди (Расм 1).



Расм 6. Aloka SSD 500 УТТ аппарати абдоминал датчик билан.

Аппарат барча чуқурликларда автоматик фокус олиш хусусиятига эга, стандарт датчики 3,5 МГц, видеочикиш портлари, принтери, кушимча монитор билан жихозланган.

Лаборатор текширувлардан умумий кон ва сийдик тахлили, кон ивиши тизими ҳолати, курсатмаларга қараб кон биохимик тахлили, биопсия ва цитологик текширишлар утказилди. Бу текширишлар аёлнинг умимий соматик ва репродуктив саломатлиги ҳолатини урганиш учун утказилди.

Олинган натижалар таҳлил қилиниб, тегишли ҳулосалар чиқарилди.

III -боб. Тадкикот натижалари.

3.1.БИВ асоратлари кузатилган беморларни паспорт маълумотлари ва контрацептивнинг куйилиш вакти, муддатига боғликлиги.

Бизнинг кузатувимизга БИВ асоратлари билан 3-тугрук мажмуасига охириги 10 йил мобайнида мурожаат килган ва даволанган 25 та бемор (асосий гурух) ва 3-тугрук мажмуасига амбулатор шароитда мурожаат килган ва кузатув утказилган 125 та аёл (назорат гурух) булди. Асоратлар кузатилган беморларнинг касаллик тарихи изчиллик билан тахлил килиниб, БИВ асоратларига сабаб булган омиллар урганилди.

Унга кура асоратлар яшаш жойига кура куйидагича кузатилди:

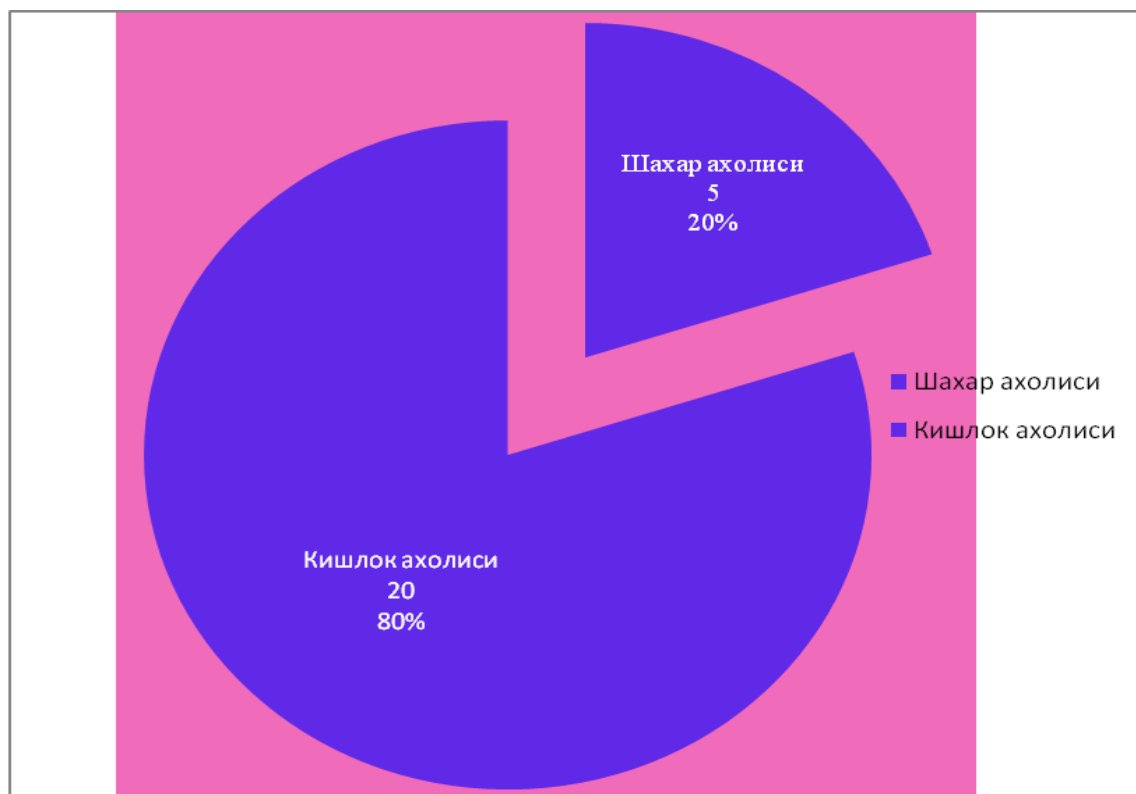


Диаграмма №1.БИВ асоратларини яшаш жойи буйича тақсими

Ушбу диаграммадан (Диаграмма №.) куришиб турибдики, асоратлар кишлок аҳолисида куп фоишларда учрайди. Бунга сабаб аёлларнинг уз вактида мурожаат килмаганлиги ва бирламчи тиббий тармокнинг яхши ишламаганлигидир.

Бундан ташқари касби бўйича ҳам назорат гуруҳ таҳлил килинганда (Диаграмма №2) асоратларнинг салмокли улуши уй бекаларига тугри келди:

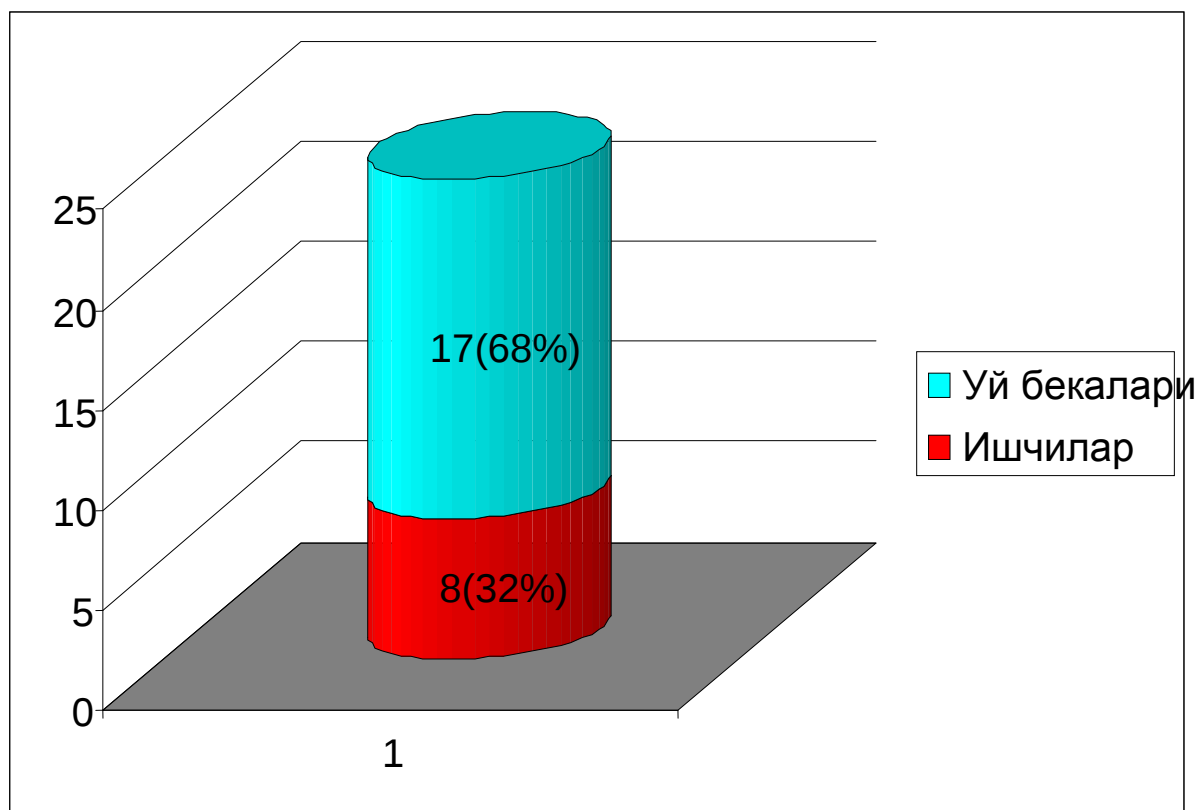


Диаграмма №2. Ижтимоий ҳолати бўйича тақсимооти

Ушбу диаграммадан куришиб турибдики, асоратларнинг 68%и уй бекалари зиммасига тугри келган бўлса, 32%и ишчилар зиммасига тугри келди.

Паритет бўйича ҳам таҳлил утказилди. Бунда қуйидаги натижалар олинди:

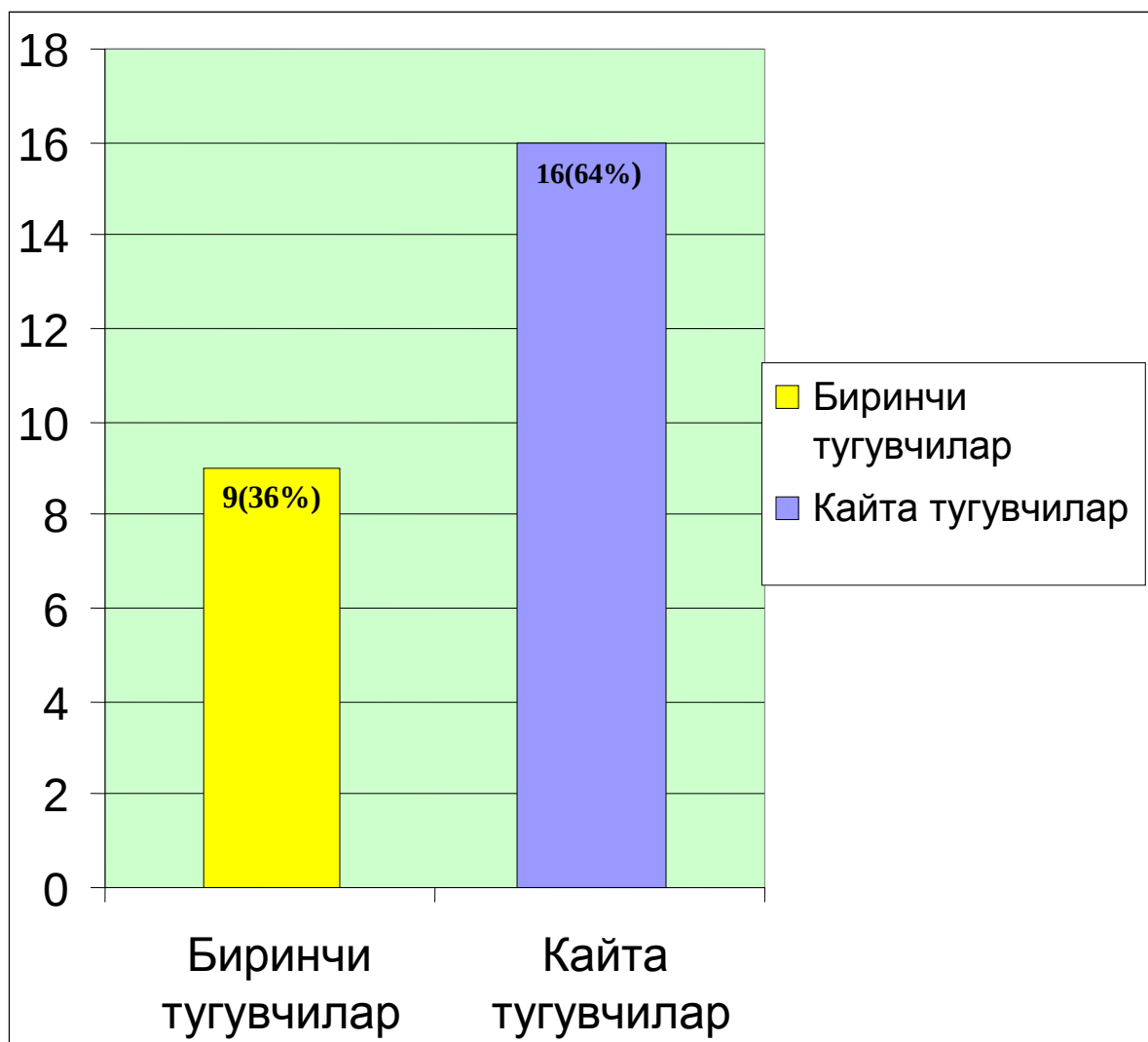


Диаграмма №3. БИВ асоратларини паритет бўйича тақсими

Асосий гуруҳдаги, яъни БИВ асоратлари билан муружаат қилганлар паритет бўйича таҳлил қилинганда биринчи туғувчилар 9(36%) нафарни, қайта туғувчилар эса 16 (64%) нафарни ташкил қилди (*Диаграмма №3*).

Ушбу гуруҳдагилар яшаш манзили бўйича ўрганилганда асоратлар асосан Ургут туманида яшовчиларда кўпроқ кузатилди, Нурабод ва Пахтачи туманларида эса энг кам асоратлар кузатилганлиги аниқланди (*Диаграмма № 4*).

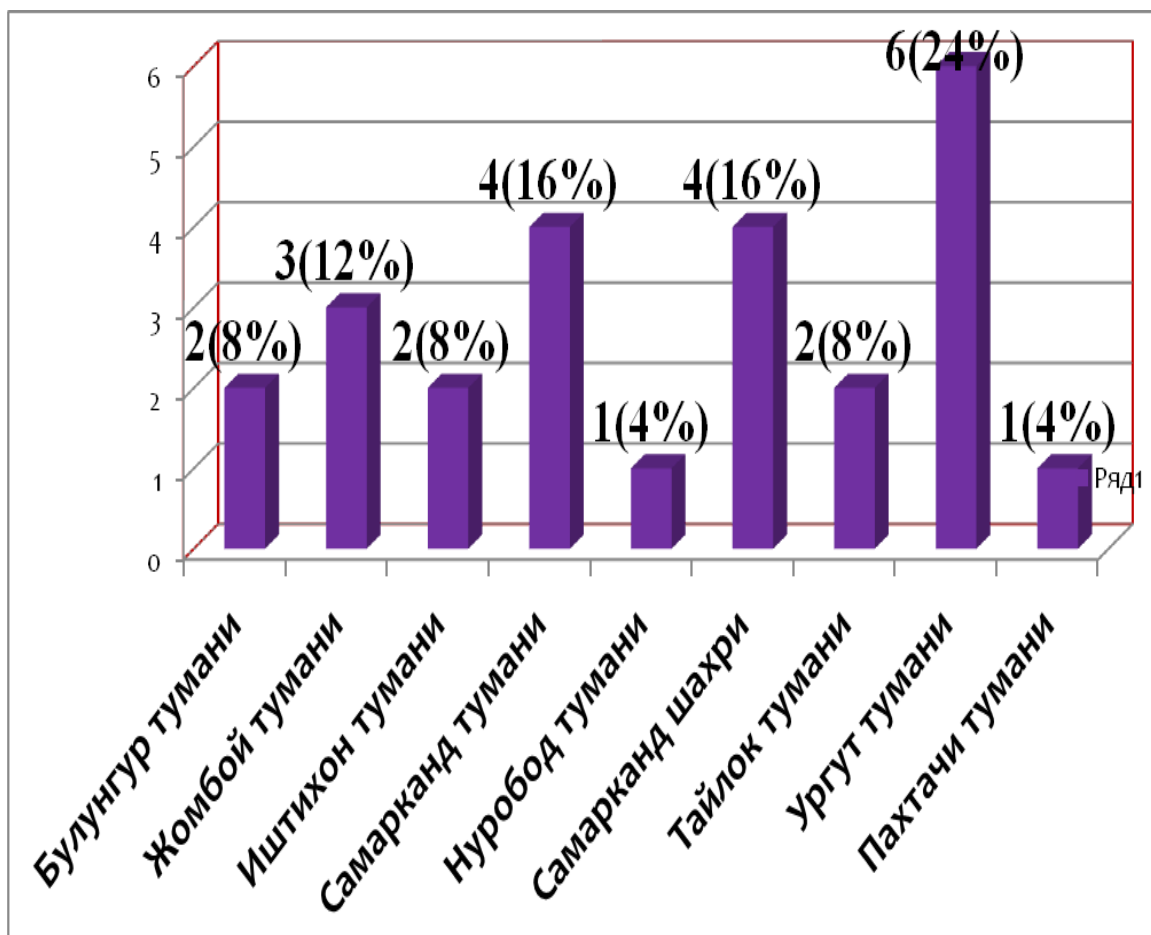


Диаграмма № 4. БИВ асоратларини регионлар буйича тақсимланиши

Бизга маълумки, БИВ асосан фертил ёшдаги барча аёлларга қўйилади. Асосий гуруҳдаги беморлар касаллик тарихи ёши бўйича таҳлил қилинди. Бунда 20-35 ёшлар орасида асоратлар куп учраганлиги аниқланди. Буни айнан шу ёшда фаол жинсий ҳаёт, контрацепцияга эҳтиёжнинг юқорилиги билан тушунтириш мумкин. Бундан ташқари, бу ёшда жинсий органлар яллиғланиш касалликларининг учраш даражаси юқоридир (Диаграмма № 4).

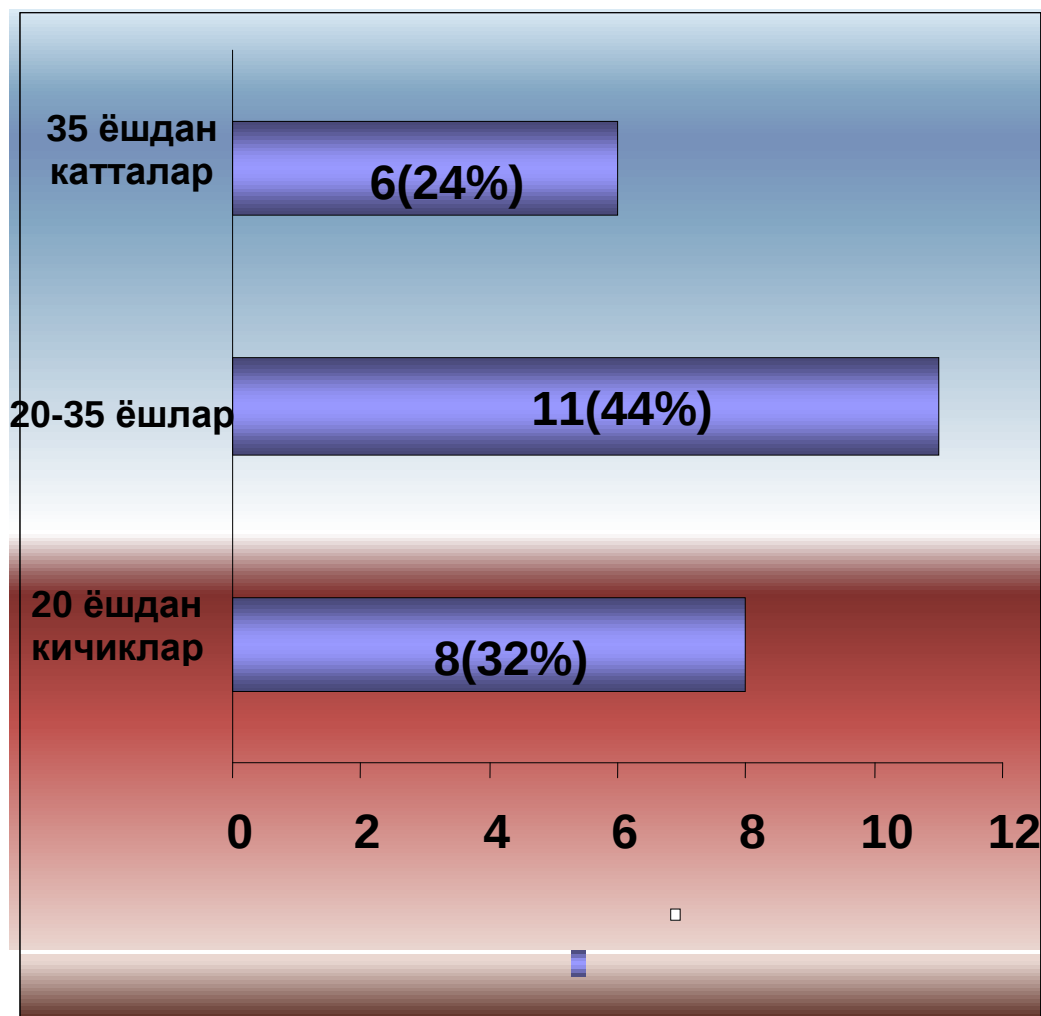


Диаграмма №5. Асоратларнинг ёш бўйича тақсимооти

Бу диаграммада асоратлар ёш бўйича тақсимооти кўрсатилган:

20 ёш ва ундан кичиклар- 6 нафар беморда (24%)

20-35 ёшлар ораси – 11 нафар беморда (44%)

35 ёшдан катталар – 8 нафар беморда (32%) кўзатишган.

КАСАЛЛИКЛАР Экстрагенитал касалликлар	ретроспектив(назорат) гурухи (n=25)	проспектив(асосий)гурух (n=25)
аппендицит	3	2
вирусли гепатит	5	3
сурункали колит	2	-
УРВИ	25	125
Жинсий органлар касалликлари		
эндометрит	6	2
эндоцервицит	5	4
сурункали метроэндометрит	8	1
аднексит	4	6
тухумдон поликистози	3	1
бачадон миомаси	7	1

Жадвал № 4. Беморлар бошдан утказган касалликлари.

Юкоридаги жадвалда иккала гуруҳдаги пациентнинг бошдан утказган касалликлари курсатилган. Бунда иккала гуруҳдаги беморларнинг барчасида уткир респиратор вирусли инфекциялар учраган. Жинсий органлар касалликларидан эса назорат гуруҳида аднексит устунлик килса, асосий гуруҳда эса сурункали метроэндометрит билан касалланганлар 8 нафарни ташкил килади (*Жадвал № 4*).

3.2.БИВ кулланилгандан сунг учраган асоратлар тахлили

Бизга мурожаат килган асосий ва назорат гуруҳдаги беморлар субъектив сураб суриштирилганда уларнинг асосий шикоятлари корин пасти соҳасидаги огрик, меноррагия, оралик соҳасидаги дискомфортга булди. Бунда биз асосий гуруҳ ва назорат гуруҳни бир-бири билан солиштириб тахлил килдик.

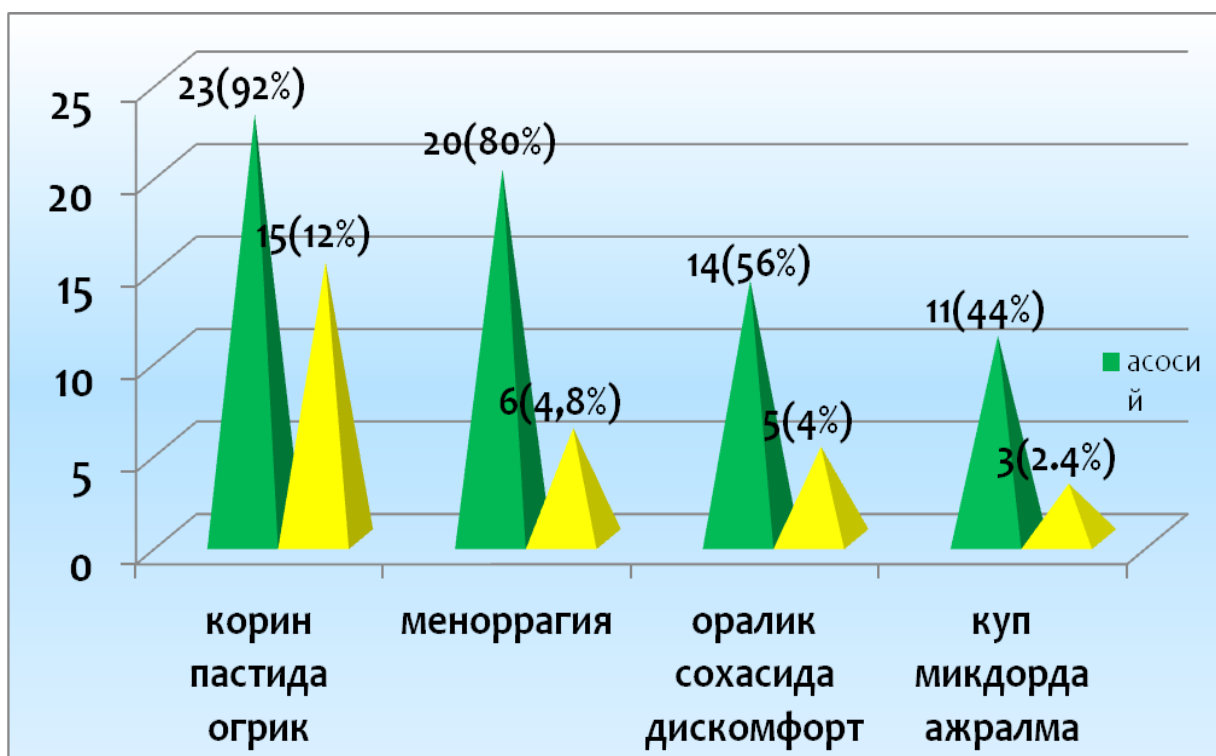


Диаграмма № 6. Асосий шикоятлар буйича беморларнинг кийсий тахсимоти.

Юкоридаги жадвалга куруниб турибдики, асосий гуруҳда деярли барча беморларда корин пастида огрик кузатилди. Бу холат назорат гуруҳида асосан БИВ куйилгандан сунг 3-4 ой мобайнида кузатилиб, кейинчалик камайган (Диаграмма № 6):

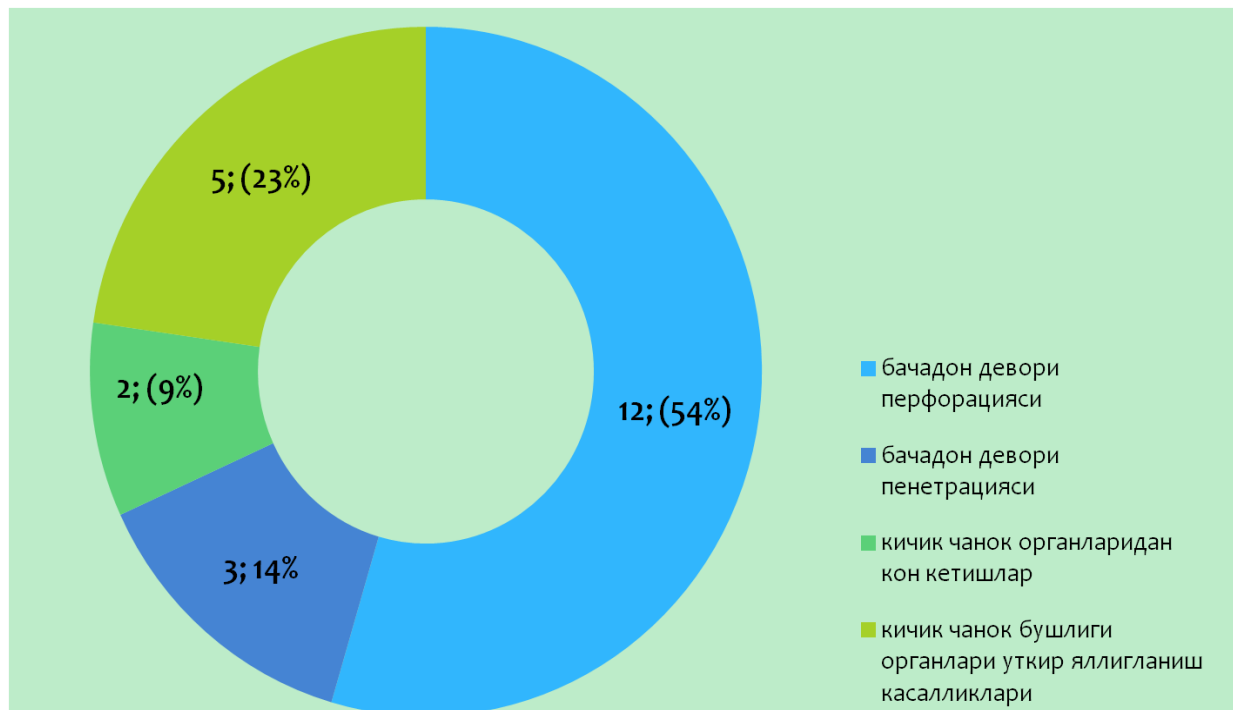
Асосий гуруҳда: корин пастида огрик – 23 нафар беморда (92%),
Меноррагия – 20 нафар беморда (80%),
Оралик соҳасидаги дискомфорт – 14 нафар беморда (56%),
Киндан куп микдорда ажралмалар – 11 нафар беморда (44%)
кузатилди.

Назорат гуруҳида эса: корин пастида огрик – 15 нафар беморда (12%),
Меноррагия – 6 нафар беморда (4,8%),
Оралик соҳасидаги дискомфорт – 5 нафар беморда (4%),
Киндан куп микдорда ажралмалар – 3 нафар беморда (2,4%)
кузатилди.

БИВ асоратларини шартли равишда 2 гуруҳга булиш мумкин:

1. БИВ куйилиш вақтидаги асоратлар – эрта асоратлар
2. БИВ куйилгандан сунг, яъни контрацепция вақтидаги асоратлар – кечки асоратлар.

БИВ нинг эрта асоратлари сифатида шартли равишда бачадон девори перфорацияси, кичик чанок бушлиги органларидан кон кетишлар ва кичик чанок бушлиги органлари уткир яллигланиш касалликлари ва хоказоларни курсатишимиз мумкин. Бу асоратларнинг нисбати бизнинг изланишларимизда куйидагича тус олди:



*Диаграмма №7. Асосий гуруҳдаги эрта асоратларнинг учраш
курсаткичи*

Юқоридаги диаграммадан куриниб турибдики, бачадон девори перфорацияси асосий гуруҳда энг куп учровчи асоратлардан бири булса, кичик чанок органларидан кон кетишлар атиги 2 та беморда кузатилди.





Расм 6,7,8. БИВ таъсирида бачадон перфорацияси

БИВ куйилгандан сунг учровчи асоратлар, кечки асоратлар сифатида меноррагия, бепуштлиқ, бачадондан ташқари хомиладорлик, бачадон буйнидаги узғаришлар, анемия, жинсий органлар яллигланиш касалликлари ва х.к ни курсатишимиз мумкин. Огрик синдромини ҳам эрта, ҳам кечки асорат сифатида айтишимиз мумкин.



Диаграмма №8. Кечки асоратларнинг учраши

Юкоридаги диаграммадан куриниб турибдики, асосий гуруҳдаги 17 нафар беморда кичик чанок органлари сурункали яллигланиш касалликлари учраса, бу курсаткич назорат гуруҳда 2 нафарни ташкил килди. Дисменорея эса асосий гуруҳда – 16 нафар беморда кузатилган булса, назорат гуруҳида эса 15 нафар беморда кузатилди (Диаграмма №8).

Дисменорея билан асоратланган ҳолатларда асосан БИВ куйилгандан сунг биринчи 3 ойликда кучайганлиги аникланди. 3 ойдан сунг эса бу асоратларни бирмунча камайганлигини куришимиз мумкин:

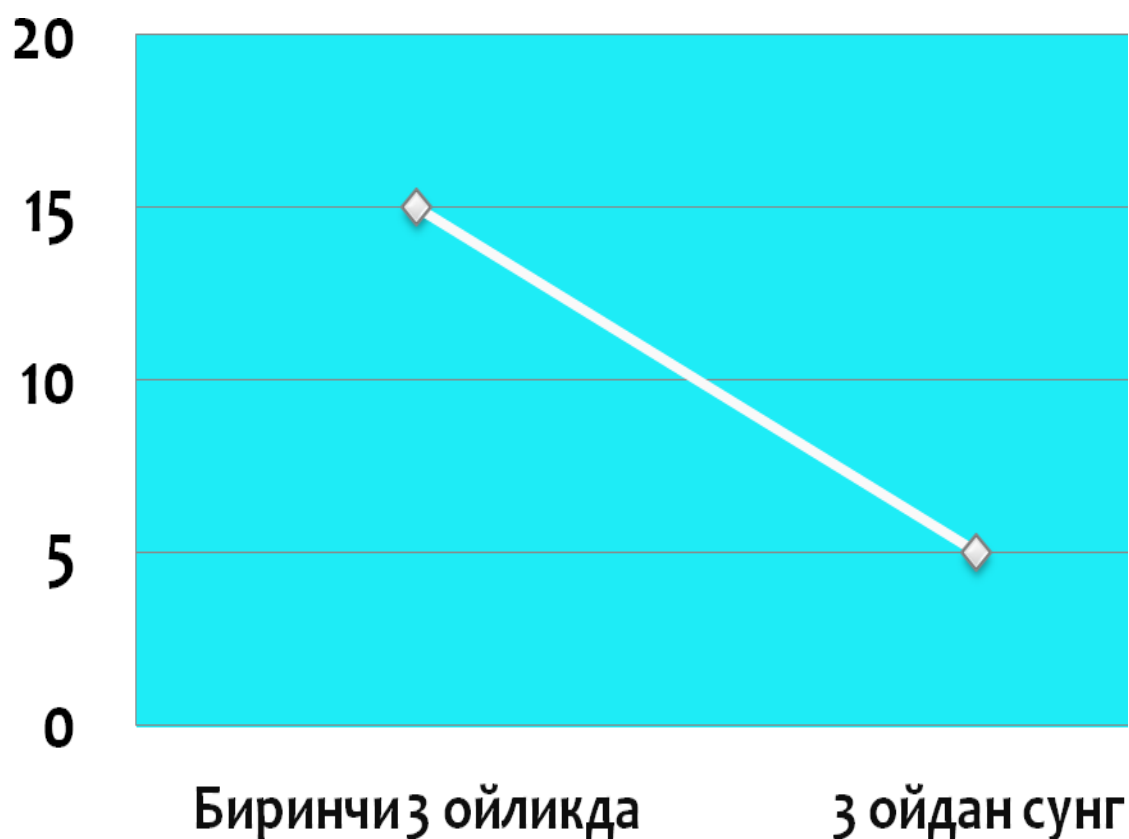


Диаграмма №9. Назорат гуруҳда меноррагиянинг вақтга боғлиқ равишида узгариши

БИБ нинг куп учровчи асоратларидан яна бири бачадон буйнидаги узгаришлардир. Улар бизнинг изланишларимизда куйидагича тус олди:



Диаграмма №10. Бачадон буйнидаги узгаришлар.

Ушбу диаграммадан куришиб турибдики, асосий гуруҳдаги беморларнинг 7 нафарида (44%) эндоцервицит, 10 нафарида (56%) бачадон буйни эрозияси аникланди (Диаграмма №10).

Бундан ташкари асосий гуруҳдаги беморлар аксарият кисмида БИБ нинг атипик жойлашуви ташхиси куйилган ва бу асоратлар бартараф килинган:

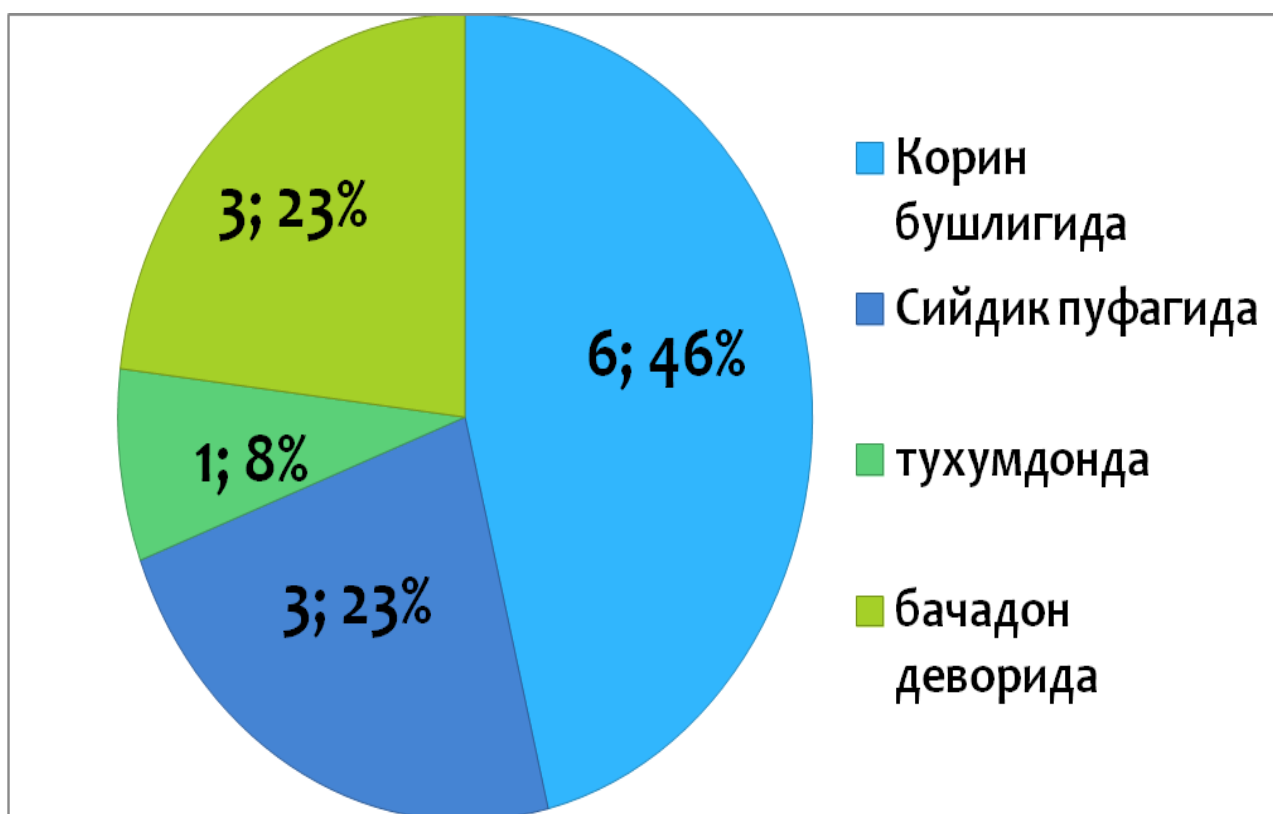


Диаграмма №11. БИВ атипик жойлашуви.

Асосий гуруҳдаги жами 12 нафар беморда БИВ нинг атипик жойлашуви, яъни бачадондан ташкарида жойлашуви кузатилди:

6 нафар (46%) беморда – корин бушлигида,

3 нафарида (23%) – сийдик пуфагида,

1 нафарида эса (8%) – тухумдонда,

3 нафарида эса (23%) – бачадон деворида жойлашганлиги аникланди (Диаграмма №11).

БИВнинг типига кура асоратлар учраши асосий гуруҳда куйидагича тус олди:

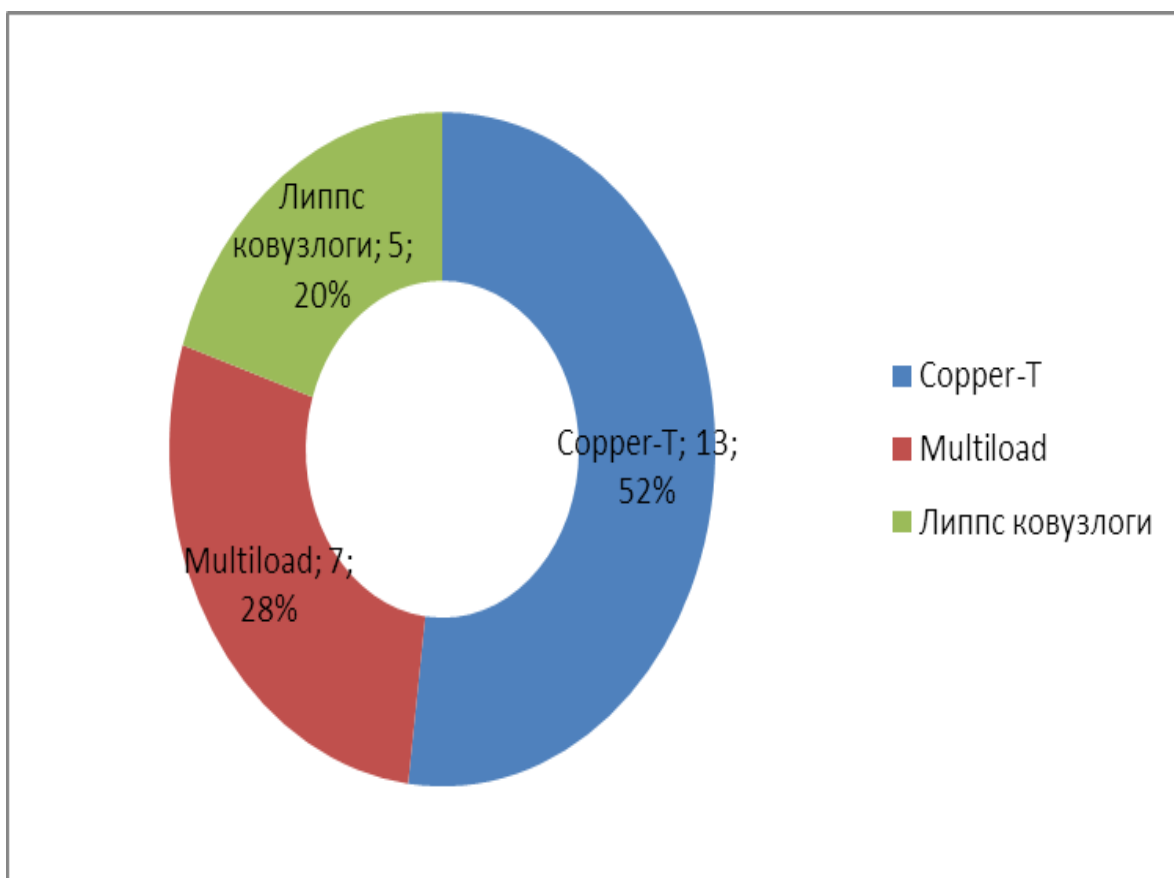


Диаграмма №12. Асоратларнинг БИВ типига кура учраши.

Диаграммадан куриниб турибдики, Copper-T – 13 та беморда (52%), Multiload- 7 та (28%) беморда, Липпс ковузлоги – 5 та(20%) беморда асоратларга сабаб булган.

Асосий гуруҳда учраган асоратлар турлича бартараф этилди:

Уларни ичидан ярмини (50%) БИВни олиб ташлаш операцияси ташкил килган булса, 17% дан эса тенг равишда Лапаротомия. БИВ ни олиб ташлаш ва бачадонни кириш операциялари ташкил килди. 8% ни бачадон кинусти ампутацияси ташкил килган булса, энг кам курсаткич гистеротомия ва ичак резекцияси (4%дан) кабиларга тугри келди (Диаграмма №13).

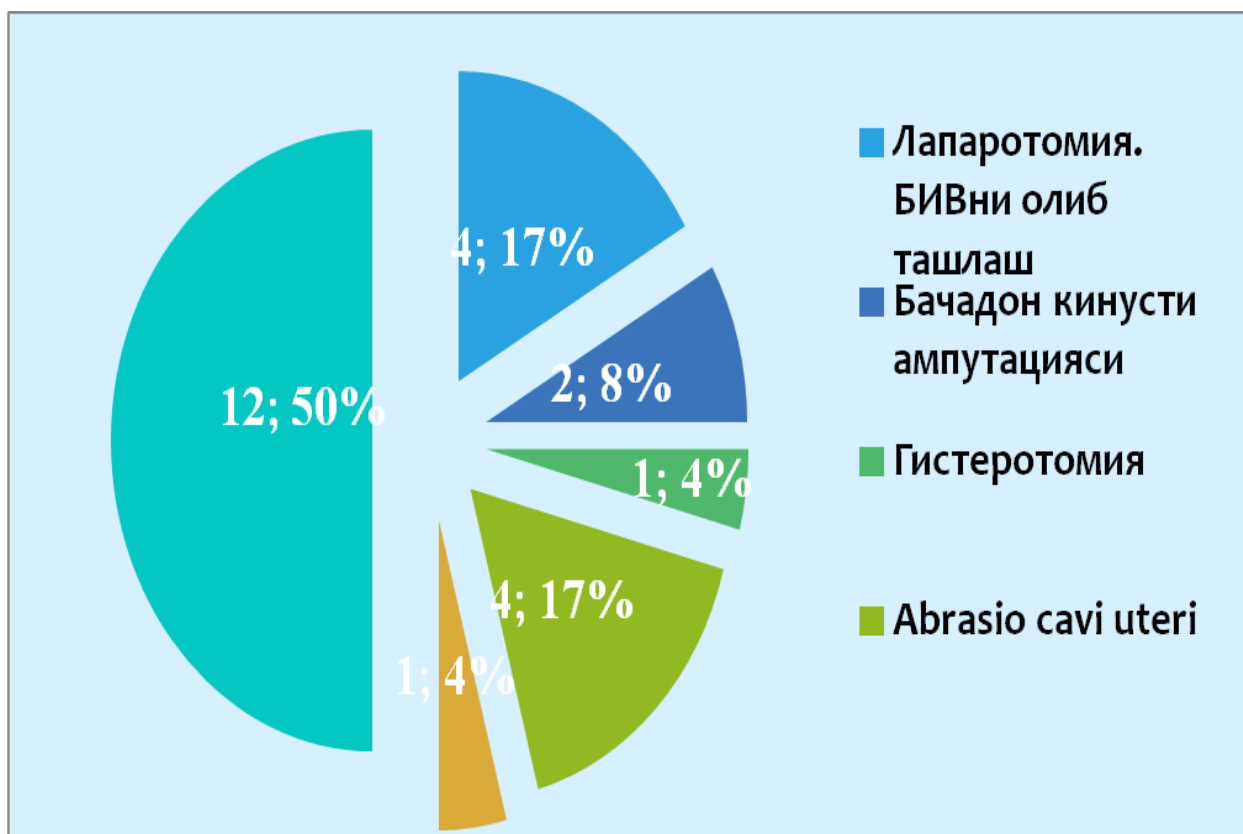


Диаграмма №13. Асоратларнинг асосий гуруҳда бартараф этилиши

Лапаротомия оркали БИВ ни олиб ташлаш операциясига курсатма булиб, БИВ нинг атипик жойлашуви булса, бачадон кинусти ампутацияси операциясига курсатма булиб эса бачадон девори перфорацияси ва ичак резекцияси сабаб булди. БИВ ни олиб ташлаш операциясидан сунг БИВ ни олиб ташлаш имкони булмаган холларда лапаротомия гистеротомия операцияси утказилган. Бачадон бушлигини кириш операциясига курсатма булиб эса БИВ ни олишни иложи булмаган холда БИВ ни олишга уриниш булган.

Адабиётларда БИВ асоратларининг учраш даражаси контрацептивнинг кулланилиш муддатига ҳам боғликлиги айтиб утилган. Шу мақсадда ретроспектив гуруҳдаги беморлар касаллик тарихларини таҳлил қилиш мобайнида шу хусусиятларга ҳам катта эътибор қаратдик. Унга қура қуйидагилар аниқланди:

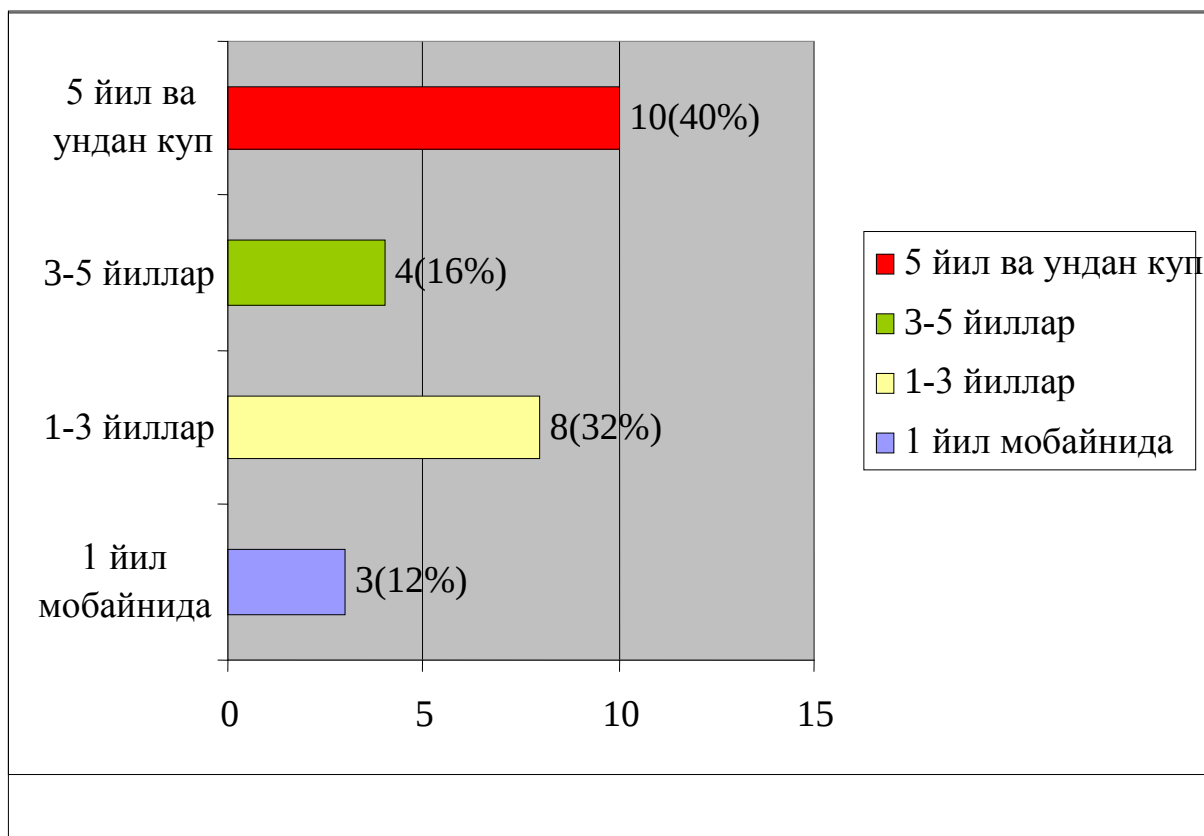


Диаграмма №14. БИВ асоратларининг кулланилиш муддатига қура тақсими.

Ушбу диаграммадан БИВ асоратлари 10 нафар(40%) беморда контрацептивдан узок муддат, яъни 5 йилдан узок муддатда фойдаланилганда қуралигини қуришимиз мумкин.

Асоратларнинг юзага қелишида БИВ нинг қайси вақтда қурилиши ҳам катта аҳамиятга эга. Бизнинг тадқиқотларимизда ҳам бу уз аксини топди.

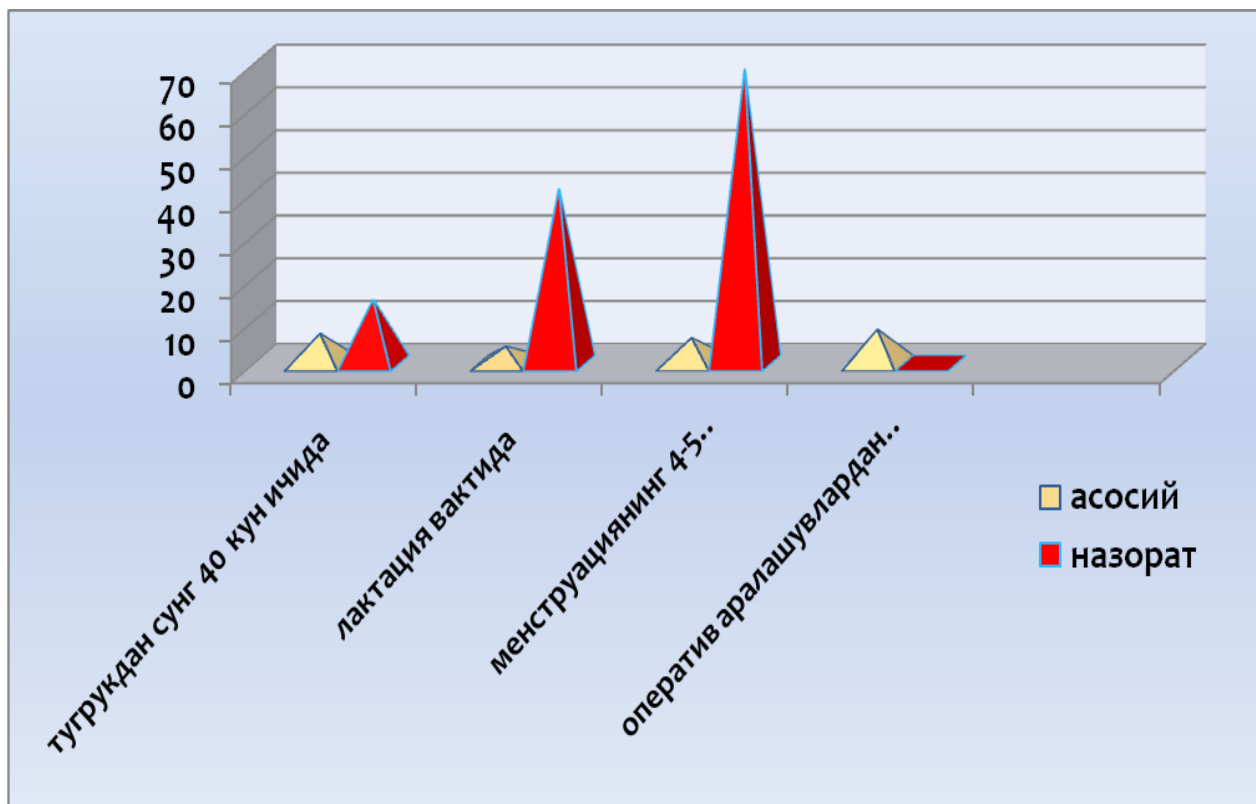


Диаграмма №15. БИВ асоратларини контрацептивнинг куйилиш вақтига кура тақсими.

Диаграммадан куришиб турганидек, назорат гуруҳида БИВ асосан менструациянинг 4-5 кунларида куйилган (16 нафар беморда), тугрукдан сунг ва оператив аралашувлардан сунг бирорта ҳам беморга куйилмаган. Асосий гуруҳда эса аксинча, оператив аралашувлардан сунг 8 нафар(32%) беморга куйилган, тугрукдан сунг 40 кун ичида 7 нафар(28%) беморга, менструациянинг 4-5 кунларида 6 нафар(24%) беморга ва лактация вақтида энг кам, яъни 4 нафар(16%) беморга куйилган.

Клиник мисол.

3-Тугрук комплексига 2012 йил 10 декабрда 26 ёшли бемор Х.Т. мурोजаат килиб келди.

Келгандаги шикоятлари: умумий холсизлик, корин пасти ва унг ёнбош сохасидаги хуружсимон огрик, огрикнинг кескин харакатлар килганда кучайишига.

Анамнезидан: Бемор узини 4-5 кундан бери касал деб хисоблайди. Бемор бундан 10 кун олдин Самарканд Вилоят Онкология Диспансери гинекология булимида бачадон буйни эрозияси таихиси билан мурोजаат килган, ва у ерда бачадон буйнини конизация килиш муолажаси утказилган ва уша ерда бирдан БИВ (Copper-T) куйилган. Шундан сунг юкоридаги шикоятлар кузатилиб, бизга мурोजаат килган.

Бемор Х.Т 3 та хомиладорликдан 3 нафар фарзанди бор. Шу вақтгача контрацепциянинг БИВ, ЛАУ, КОК каби усулларида фойдаланиб келган. БИВ дан 1 – марта фойдаланганида 2 ойдан сунг экспульсияси кузатилган. Кейин КОК лардан фойдаланган.

Объектив курганда: Бемор умумий ахволи коникарли. Хуши узида. Тери ва куринарли шиллик каватлари оч пушти рангда. Юрак кон томир системасида узгаришлар йук. Пульс 84 зарба 1 минутда. АҚБ 100/60 мм.сим.уст.га тенг. Упкасида везикуляр нафас эшитилади. Тили нам, ок караи билан копланган. Корин юмиок. Унг ёнбош сохаси пальпацияда огрикли. Ичаклар перистальтикаси эшитилади. Жигар ва талок катталашмаган. Пастернадский симптоми икки томонлама манфий. Диурез эркин. Катта тахорати кабзиятга мойил.

Status gynecologicus. Таики жинсий органлари нормал ривожланган. Тукланиш аёлларга хос.

Бимануал курганда: Кинга кириш эркин. Кин туккан аёлларга хос. Бачадон буйни конизациядан кейинги холатда. БИВ иплари куринмайди. Бачадон каттик, пальпацияда бироз огрикли, катталашмаган. Бачадон ортиклари катталашмаган. Ажралмалар шилликли, куп микдорда.

Беморга умумий клинико-лаборатор, инструментал текширишлар утказилган.

УТТ да корин бушлигида ёт жисм деб хулоса берилган.

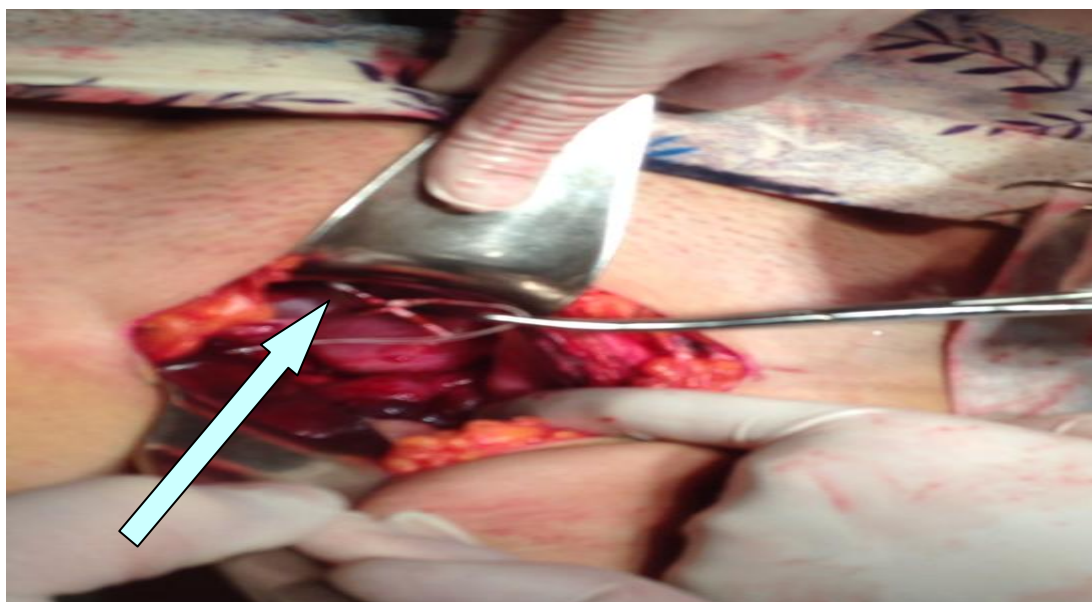
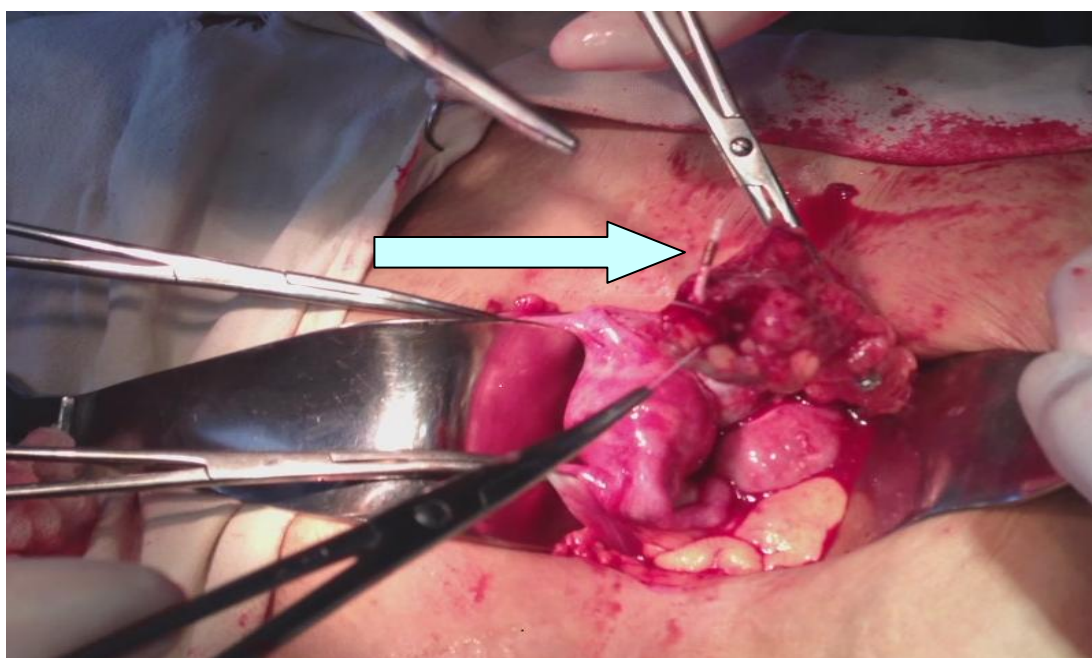
Корин бушлиги обзорли рентгенографияси утказилди:



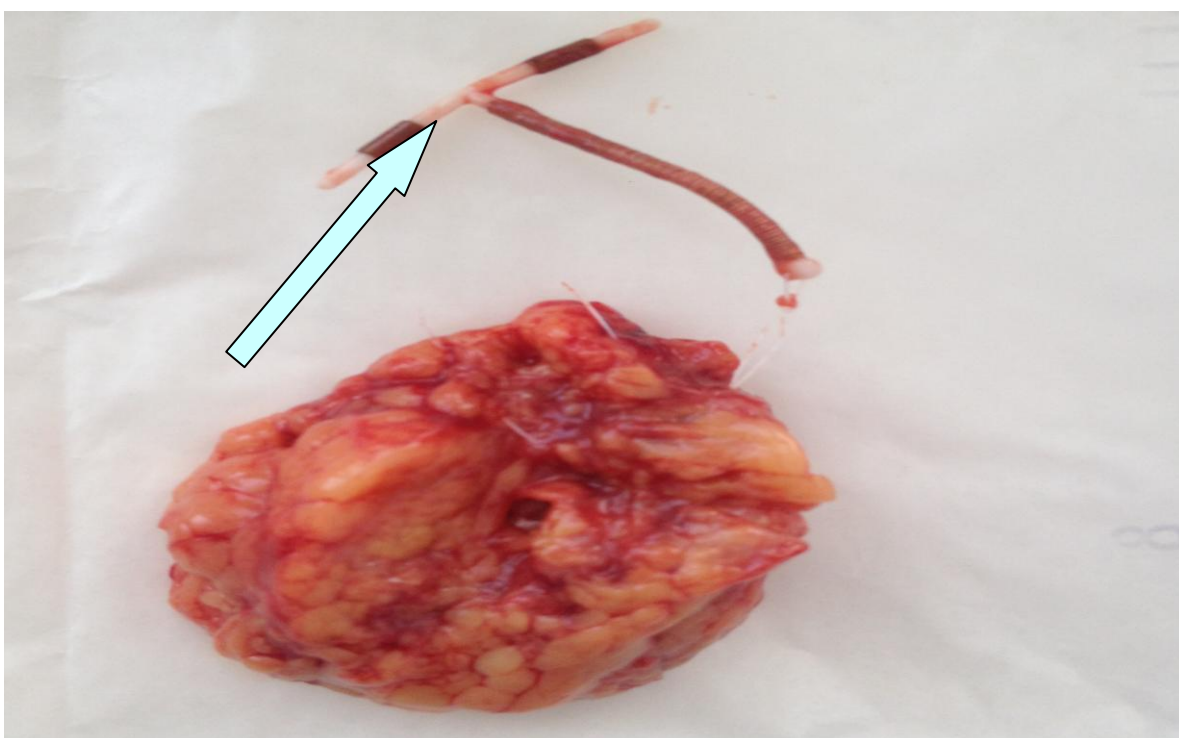
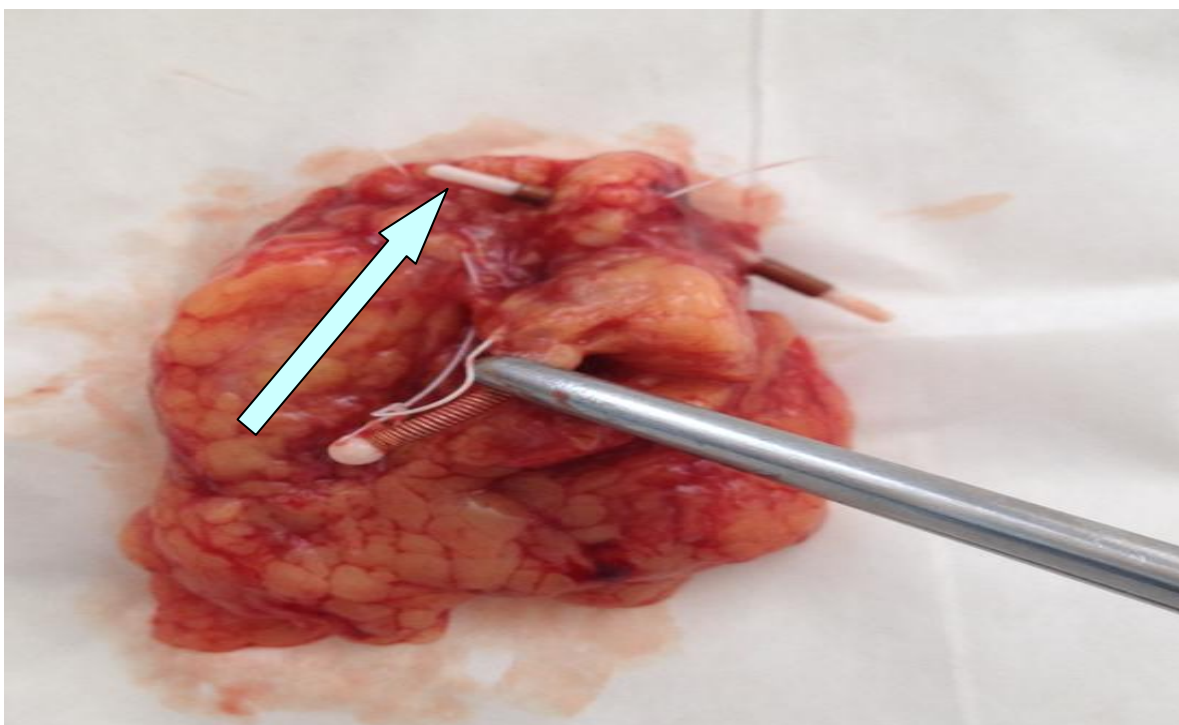
Расм № 9. Корин бушлиги обзор рентгенограммаси. Корин бушлигида ёт жисм.

Ташхис: БИВ атипик жойлашуви. БИВ корин бушлигида жойлашуви.

2012 йил 10 декабрда шошилиш равишда Лапаротомия. Корин бушлиги органлари ревизияси. Унг томонлама ёт жисмни катта чарви бир кисми билан резекцияси жаррохлик амалиёти утказилди.



Расм № 10,11. Корин бушлигидан БИВнинг олиниши (Стрелка оркали БИВ курсатилмокда).



Расм 12, 13. Макропрепарат. БИВнинг чарвида жойлашуви (Стрелка оркали БИВ курсатилмоқда)

Хулоса килиб айтганда, БИВ асоратларининг учраш даражаси мазкур контрацептивни тугри танланиши, вакти, муддати, паритетга боғлиқдир.

БИН куллашдан олдин текширувлар утказилиб, индивидуал ёндашилганда асоратлар камайишига эришилди.

Хотима.

Хозирги вақтда БИВ Бутун дунё бўйича режалаштирилмаган хомиладорликдан сакланишда 2 –уринда туради ва қарийб 150 млн аёл контрацепциянинг бу усулидан фойдаланади [D. Arcenges and oth.].Шунинг учун ҳам контрацепциянинг ушбу усулининг асоратлари куп. Бизнинг таҳлилларимиз натижасида эса БИВ Ўзбекистонда контрацепция ичида 1-уринни эгаллаши билан юқоридаги статистик маълумотлардан фарқ қилди.

Адабиётларда БИВ асорати қайта тукканларда биринчи тукканларга нисбатан камроқ учраши айтиб утилган [Прилепская В.Н. 2000]. Бизнинг тадқиқот натижалари шуни қўрсатдики, аксинча қайта тукканларга(63%) нисбатан биринчи тукканларда(37%) камроқ учраши аниқланди.

Олимова О.Т маълумотларига қўра БИВ асоратлари қўпинча 20-35 ёшларда учрайди. Бизнинг қўзатувимиздаги беморларнинг аксарияти ҳам 20-35 ёшлар(44%) орасига тўғри қелди ва бу билан юқоридаги маълумотлар билан мос тўшади.

Ижтимоий ҳолати бўйича таҳлил қилинганда асоратларнинг асосий улуши уй бекалари (68%) зиммасига тўғри қелди. Бу эса юқорида айтиб утилганидек, уй бекалари поликлиника, ҚВП ларга ўз вақтида мурўжаат қилмасликлари билан боғлиқ бўлиб, юзага қелган асоратлар ўз вақтида аниқланмаслиги тўғайлидир.

Адабиётларда ёзилишича, БИВ билан боғлиқ асоратлар юзага қелганда аёлларнинг шикоятлари қорин пастидаги қўчли оғриққа, оралик соҳасидаги ноҳушлиққа, қиндан қўп миқдорда ажралмалар қелиши ва иккиламчи бепуштликка бўлган[Прилепская В.Н. 2000]. Бизнинг изланишларимиз ҳам ҳудди шундай натижаларни қўрсатмоқда.

Қўрбанова М.Х маълумотларига қўра, БИВни қиритиш вақтида юзага қеладиган асоратлар қўпинча анамнезида дисменорея, қичик чанок

органлари яллигланиш касалликлари булган холларда куп учрайди. Ретроспектив гурухдаги беморлар касаллик тарихлари урганилганда анамнезида эндометрит, метроэндометрит, эндоцервицит каби касалликлар булган ва натижада, БИВ асоратлари юзага келишига сабаб булган. Адабиёт маълумотлари ва бизнинг тахлил натижаларимиз бир-бирига мутаносибдир.

Фадеева Е.Г маълумотларига кура дисменорея -20%, КЧОЯК – 9%, кон кетишлар - 1,33% холатларда учраган. Бизнинг кузатишларимиз натижалари эса куйидагича тус олди: асосий гурухда дисменорея – 13%, КЧОЯК – 26%, кон кетишлар - 8,5%, бачадондан ташкари хомиладорлик – 0,8%, бачадон буйнидаги узгаришлар - 40%. Юкоридаги адабиётлар ва текширув натижаларини солиштирганимизда дисменорея ва КЧОЯК учраш курсаткичи номутаносибдир, яъни бизнинг тахлил натижаларимизда КЧОЯК устунлик килди.

Хэтчер Р.А ва Grimes D.D кабиларнинг курсатишича, меноррагия БИВ куйилгандан сунг дастлабки 2-3 ойларда кузатилади, кейинчалик эса аста-секин камаяди ва бу организмнинг мослашув жараёни сифатида каралган. Бизнинг кузатувимиз натижаларида эса меноррагия дастлабки 3 ойда кучайган, 3 ойдан сунг эса бу асоратлар бирмунча камайган.

БИВ бачадон буйнида эндо- ва экзоцервицит, эрозия каби турли хил патологияларга сабаб булади.[Aveculla-Palau,Thiery M]. Асосий ва назорат гурухидаги беморлар тахлили шуни курсатдики: эндоцервицит – 57%(13 та бемор), бачадон буйни эрозияси 43% (10 та бемор) холларда учради.

Прилепский В.Н маълумотларига кура, БИВ перфорация билан асоратланганда БИВнинг атипик жойлашуви кузатилади. Уларни ичидан энг куп сийдик пуфагида жойлашуви учрайди, деб курсатилган. Асоратлар билан мурожаат килган назорат гурухида эса корин бушлигида энг куп - 58%(7), сийдик пуфагида – 25%(3) ва тухумдонда – 17% (2) холларда

учради. Адабиётлардаги маълумотлар билан солиштирганда корин бушлигида куп учраши билан фарк килди.

Журавлев Ю.В, Супрун Л.Я ва б. маълумотларида курсатилишича, БИВ асоратларининг учраш курсаткичи контрацептивнинг типига хам боглик. Авваллари куп кулланган БИВларда асорат учраш курсаткичи хозирги замонавий БИВларга нисбатан купрокдир. Бизни тадкикотларимизда хам бу уз исботини топди: бунда COPPER-Т кулланганларнинг 52% (13нафар) беморда, Multiload кулланганларнинг 28% (7 нафар) ва Липпс ковузлоги эса 20% (5та) беморда асоратларга олиб келган.

Прилепская В.Н, Роговская С.А кабиларнинг таъкидлашича, БИВни куллашдан олдин аёл гинекологик саломатлиги тугрисида маълумот берувчи асосий текштрувлардан утказилиши шарт. Бу эса БИВ куллашга карши курсатмалар бор-йуклиги хакида маълумот беради ва натижада юзага келиши мумкин булган асоратлар камайишига эришиш мумкин. Асоратлар кузатилган беморлар касаллик тарихлари тахлил килинганда БИВ куйишдан олдин 7 нафар (28%)и УТТ, 5 нафар (80%), 3 нафар (12%)ида кин тозалик даражасини аниклаш каби текширувлар утказилган, холос. Назорат гурухида эса барча аёлларга текширувлар утказилган ва куллаш мумкин булмаган холларда БИВ куйиш бутунлай инкор килинган.

БИВ асоратлари учраши БИВдан узок муддатли фойдаланиш натижасида 6-7 йил ва ундан куп муддатларда пайдо булади. (Tatum H.J, Shmidt F.H., Jain A.K. Бу маълумотлар бизнинг кузатишларимизда хам уз аксини топди:асоратларнинг асосий кисми, яъни 10 нафар беморда БИВ 5 йил ва ундан куп муддатларда кулланилганда кузатилган.

БИВ ни куллаш вакти ССТ экспертлари хулосасига кура, хайз циклнинг барча кунида куллаш мумкин. БИВ ни куллашда умумий кабул килинган вакт деб хайз циклнинг 4-8 куни хисобланади. Чунки бу вақта

эндометрий кам зарарланади ва бачадон буйни сал очилган булади, бу эса БИВ ни киритишни енгиллаштиради, менструация хомиладорлик йуклигининг энг ишончли белгиси хисобланади. Процедура тугагандан сунг юзага келувчи конли ажралмалар эса аёл учун дискомфорт тугдирмайди, худди менструациядаги кон кетиш сингари давом этаверади. БИВ ни сунъий абортдан ёки уз-уздан юзага келган бола ташлашдан сунг ёки 4 кун мобайнида куллаш мумкин. Лекин агарда яллигланиш ва кон кетиш кузатиладиган булса бу карши курсатма хисобланади. Агар курсатилган вақтда БИВ кулланилмаса, бу процедурани кейинги менструация бошлангандан сунг бажаришга тугри келади. Бундан ташкари БИВ ни тугрукдан сунг ёки 48 соат мобайнида хам киритиш мумкин. Бирок бунда жуда куплаб асоратлар, жумладан, экспульсия перфорация ва х.к. кузатилиш эхтимоли юкори. Агар юкорида курсатилган вақтда процедура кулланилмаса тугрукдан сунг 4-6 хафтадан сунг хам бажариш мумкин. [Прилепская В.Н]. Бизнинг кузатишларимизда асосий гуруҳда оператив аралашувлардан сунг 8 нафар(32%) беморга куйилган, тугрукдан сунг 40 кун ичида 7 нафар(28%) беморга, менструациянинг 4-5 кунларида 6 нафар(24%) беморга ва лактация вақтида энг кам, яъни 4 нафар(16%) беморга куйилган ва шунинг учун куплаб асоратларга сабаб булган. Назорат гуруҳида БИВ асосан менструациянинг 4-5 кунларида куйилган (16 нафар беморда), тугрукдан сунг ва оператив аралашувлардан сунг бирорта хам беморга куйилмаган. Шунинг учун асоратлар деярли учрамаган. Адабиёт маълумотлари ва бизнинг кузатиш натижаларимиз бир-бирига мос келади.

Хэтчер Р.А., Ковал Д., Хомасуридзе А. маълумотларига кура, БИВ асоратларини олдини олиш критериялари:

- Аёлларга БИВ ни куллашга монеликлар бор-йуклигини тулик текшириш.
- БИВ ни танлашда хар бир аёл организмини индивидуал хусусиятларини хисобга олган холда, фарзанд куриш вақтини режалаштирган холда амалга ошириш.

-БИВ ни қуйиш техникаси ва оптимал вақтига амал қилиш.

-БИВ қуйилгандан сунг дастлабки кунларда ва уч менструал цикл мобайнида хайз вақтида антибиотик ва простагландиногенез ингибиторларини профилактика мақсадида қўллаш.

-БИВ асоратларини уз вақтида комплекс даволаш. Биз юқоридаги критерияларга асосланиб, асоратларни олдини олишга қаратилган чоратadbирлар алгоритмини ишлаб чиқдик ва бу алгоритм асосида аёлларни назорат қилиб турдик. Натижада асоратлар анчагина камайди. Юқоридаги критерияларга асосланган алгоритм асосида асоратларнинг камайиши адабиётлардаги маълумотлар билан мос тушади.

Хулоса қилиб айтганда, адабиётлардаги маълумотлар ва изланиш натижаларини солиштирганимизда, маълумотлар деярли бир-бирига мос тушади:

-БИВ Ўзбекистонда контрацепция ичида 1-уринни эгаллайди,

-БИВ асоратлари қайта тукканларга(63%) нисбатан биринчи тукканларда(37%) камрок қўзатилди.

-БИВ асоратлари учраган беморларнинг аксарияти 20-35 ёшлар(44%) орасига тугри келди.

-Аёлларнинг шикоятлари қорин пастидаги қучли оғриққа, оралик соҳасидаги ноҳушлиққа, қиндан қўп микдорда ажралмалар қелишига бўлди.

- Анамнезида эндометрит, метроэндометрит, эндоцервицит қаби қасалликлар бўлган аёлларда БИВ асоратлари қўпроқ қўзатилди.

- меноррагия дастлабки 3 ойда қучайган, 3 ойдан сунг эса бу асоратлар бирмунча камайди.

- БИВ бачадон бўйнида эндо- ва экзоцервицит, эрозия қаби турли хил патологияларга сабаб бўлгани аниқланди.

-Асоратлар билан мурोजаат қилган асосий гуруҳда қорин бўшлиғида энг қўп - 58%(7), сийдик пуфағида – 25%(3) ва тухумдонда – 17% (2) ҳолларда учради.

-COPPER-T русумли БИВ кулланганларнинг 52%, (13 нафар) беморда, Multiload кулланганларнинг 28% (7 нафар) ва Липпс ковузлоги эса 20% (5нафар) беморда асоратларга олиб келган.

- асоратлар БИВ 5 йил ва ундан куп муддатларда кулланилган беморларда энг куп кузатилган.

Хулосалар

1. БИВ асоратларини учраш курсаткичи куйидагича: эрта асоратлардан, бачадон девори перфорацияси -54%(12 нафар), БИВни бачадон деворига ушиб кириши -14%(3), кичик чанок органларидан кон кетишлар – 9%(2 нафар), кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари -23%(6 нафар) беморда кузатилса, кечки асоратлардан, дисменорея – 76%(16 нафар), бачадондан ташкари хомиладорлик –8%(2 нафар), бачадон буйнидаги узгаришлар - 36%(9 нафар) ҳолатларда кузатилди. Бундан ташкари 58% ҳолларда корин бушлигида, 25% ҳолларда сийдик пуфагида, 17% ҳолатда тухумдонда атипик жойлашуви кузатилди.

2. БИВ асоратларига сабаб булувчи омиллар:

-БИВ куйишдан олдинги текширувлар (УТТ, кин тозалик даражаси, бимануал курик, умумий кон тахлили ва х.к.)

-БИВ куйилгандан сунг вакти-вактида гинеколог текширувидан утказилмаслиги

-БИВ кулланилиш муддатига амал килинмаслик

-БИВни куйиш техникасига совукконлик билан караш

-БИВни куйиш вактига амал килмаслик.

- Контрацепция усулининг индивидуал танланмаслиги

3. БИВ асоратларини камайтириш учун контрацептив куйилгандан сунг уз вактида, яъни 10 кун, 1 ой, 3 ой ва 6 ойда контрацептив ҳолати назорат килинди ва БИВ асоратлари анча камайди.

Амалий тавсиялар

1. БИВ куллашдан олдин камида жинсий органлар УТТ, кин тозалик даражаси, бимануал текшириш, кузгуларда курик каби асосий текширувлар утказилиши шарт.
2. БИВни куйилиш ваки ва муддатига катъий амал килиш зарур.
3. БИВ куйилгандан сунг 10 кун, 30 кун, 3 ой ва хар 6 ойда УТТ кин тозалик даражаси ва кузгуларда курик утказилиб турилиши керак. Агар аёл саломатлигига салбий таъсир курсатувчи холатлар кузатилса БИВ ни олиб ташлаш ва контрацепциянинг бошка тури кулланилиши керак.

Адабиётлар руйхати

1. Акилова С.А. Особенности течения и исходы гестационного процесса у женщин, применявших различные методы регулирования рождаемости. Автореф. дисс. .Душанбе 2007.
2. Акишин А.Г. Случай ультразвуковой диагностики инородного тела матки (внутриматочная спираль), перфорирующего ее переднюю стенку и проникающего в мочевого пузырь // Эхография. 2001. - Т. 2, №1. -С. 109-111.
3. Аюпова Ф.М., Хамдамова М.Т. Клиническме аспекты применения медьсодержащих внутриматочных контрацептивоа // O'zbekiston tibbiyot jurnali-2010.-N#6/-C/59-64.
4. Галота В.Я., Бенюк В.А. «Гинекология», Москва, стр. 388-390
5. Журавлев Ю.В.,
6. Курбанова М.Х. Послеродовая контрацепция родильниц с экстрагенитальной патологией: Автореф. дис. д-ра мед наук, Душанбе, 2001 30 с.
7. Линева О.И., Михайлова Г.А., Чернова Н.К. и др. План семьи. 1998; 1: 35
8. Микова В.Н., Влияние различных видов внутриматочной контрацепции на органы репродуктивной системы и метаболизм эстрогенов Пермь 2010
9. Насирова З.А., Негмаджанов Б.Б., Сафаров А.Т., Агабабян Л.Р. Контрацепция после кесарева сечения
10. Олимова О.Т. Влияние внутриматочной контрацепции на репродуктивное здоровье женщин. Душанбе 2005
11. П. Уилсон «Гинекологические заболевания», Москва 2002, стр. 150
12. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Тагиева А.В. Внутриматочная контрацепция.медпресс. М., 2000 г.

13. Прилепская В.Н, Острейкова Л.И. Клинические аспекты применения внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы у женщин в пременопаузе // Материалы 4-го Российского форума «Мать и дитя». - Москва, 2002. -№ 2. С. 313-315
14. Прилепская В.Н. Внутриматочная контрацепция. — М.: МЕДпресс, 2000. С. 45-67.
15. Прилепская В.Н. Возрастные особенности шейки матки. Современные методы диагностики патологии шейки матки // Акушерство и гинекология. 2000. - №6. - С. 51-54.
16. Прилепская В.Н. Гормональная контрацепция. М.: МЕДпресс, 2001. - 215 с.
17. Прилепская В.Н. Контрацепция в различные возрастные периоды жизни женщины // Гормональная контрацепция / -М.: МЕДпресс, 2000. С. 30-53.
18. Прилепская В.Н. Контрацепция у женщин переходного возраста // Русский медицинский журнал. 1999. - Т.6, №5. - С. 320-326.
19. Прилепская В.Н. Эндометриоз и контрацептивные гормоны: возможности и перспективы // Гинекология 2007. - Т. 5, №1. - С. 39.
20. Прилепская В.Н. Эндометриоз и контрацептивные гормоны: возможности и перспективы // Трудный пациент. 2007. - Т. 5, №1. - С. 123.
21. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Роговская Контрацептивные и лечебные аспекты современных методов контрацепции (клинические лекции). // Акушерство и гинекология 2006.
22. Прилепская В.Н., Острейкова Л.И. // Гинекология. 2006. — Т.8, №2. - С. 54.
23. Прилепская В.Н., Тагиева А.В. Гормональная внутриматочная релизинг-система «Мирена» // Контрацепция и здоровье женщины. 2000. - № 1. - С. 37.
24. Прилепский В.Н. Внутриматочная контрацепция.. М.: 2000

25. Фадеева Е.Г. Прогнозирование и лечение осложнений внутриматочной контрацепции. Автореф. дисс. ...канд. Мед.наук. Иваново, 2005 г
26. Хэтчер Р.А., Ковал Д., Хомасуридзе А. и др. Руководство по контрацепции (междунар. изд.), 2002
27. Allen RH, Goldberg AB, Grimes DA. Expanding access to intrauterine contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:456.e1-5
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Intrauterine device. Number 59. *Obstet Gynecol* 2005;105:223-232
29. Avecilla-Palau A, Moreno V. Uterine factors and risk of pregnancy in IUD users: a nested case-control study. *Contraception* 2003; 67: 33–7.
30. Backman T, Huhtala S, Blom T et al. Length of use and symptoms associated with premature removal of the levonorgestrel intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users. *BJOG* 2000;107:335-342
31. Bonacho I, Pita S, Gomez-Besterio MI. The importance of the removal of the intrauterine device in genital colonization by actinomyces. *Gynecol Obstet Invest* 2001;52:119-123. (Level I)
32. Browne H, Manipalviratn S, Armstrong A. Using an intrauterine device in immunocompromised women. *Obstet Gynecol* 2008;112:667-669
33. D`Arcanges C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception* 2007
34. El-Tagy A, Sakr E, Sokal DC et al. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception* 2003;67:229-236
35. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339:785-788
36. French R, Van Vliet H, Cowan F et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD001776

37. Furlong LA. Ectopic pregnancy risk when contraception fails: A review. *J Reprod Med* 2002;47:881-890
38. Ganer H, Levy A, Ohel I et al. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. *Am J Obstet Gynecology*- 2000
39. Gardner FJ, Konje JC, Bell SC et al. Prevention of tamoxifen induced endometrial polyps using a levonorgestrel releasing intrauterine system. Long-term follow-up of a randomized control trial. *Gynecol Oncol* 2009;114:452-456
40. Grimes D, Schulz K, van Vliet H et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices: a Cochrane review. *Hum Reprod* 2002;17:549-552
41. Grimes DA, Lopez LM, Manion C et al. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. *Contraception* 2007;75(6 Suppl.):S55-S59
42. Grimes DA, Lopez LM, Manion C et al. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. *Contraception* 2007;75(6 Suppl.):S55-S59
43. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F et al. *Contraceptive Technology*. 18th ed, Arden Media Inc., New York 2004
44. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561-567
45. World Health Organization Making decisions about contraceptive introduction: a guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Geneva, , 2002 (WHO/RHR/02.08)
46. Merki-Feld GS, Lebeda E, Hogg B et al. The incidence of actinomyces-like organisms in Papanicolaou-stained smears of copper- and levonorgestrel-releasing intrauterine devices. *Contraception* 2000;61:365-368. (Level III)
47. O'Brien Pam Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD003282
48. Senanayke P., Kramer D.G. Contraception and the Etiology of Pelvic Inflammatory Disease: New Perspectives // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1980. -Vol. 138.-P. 852-860.

49. Shelton J.D. Risk of Clinical Pelvic Inflammatory Disease Attributable to an Intrauterine Device // *The Lancet*. 2001. - Vol. 357, N 9254. - P. 443.
50. Silverberg S.G., Haukkammaa M., Arho H. et al. Endometrial Morphology During Long-term Use of Levonorgestrel-releasing Intrauterine Devices // *Int. J. Gynecol. Pathol.* 1986. - Vol. 5. - P. 235-241.
51. Silvin I. Dose- and Age-dependent Ectopic Pregnancy Risks with Intrauterine Contraception // *Obstet. Gynecol.* 2003. - Vol. 78. - P. 291.
52. Singer A., Ilomi A. Successful Treatment of Fibroids Using; an Intrauterine Progesterone Device // *World Congress of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 14th Abstract.-Montreal (Canada), 2005.* Sivin I., Croxatto H., Bahamondes L., et al. Two-year Performance of a Nestorone-releasing Contraceptive Implant: a Three-center Study of 300 Women // *Contraception*. 2004. - Vol. 69, N 2. - P. 137-144
53. Speroff L, Darney P. Intrauterine contraception: the IUD. *In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th edition, LippincottWilliams&Wilkins, Philadelphia 2005; p. 975-995*
54. Speroff L, Darney P. Intrauterine contraception: the IUD. *In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005; p. 975-995*
55. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanism of action of intrauterine devices: update and estimation of post-fertilization effects. *Am J ObstetGynecol* 2002;187:1677-1708. (Level III)
56. Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanism of action of intrauterine devices: update and estimation of post-fertilization effects. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1677-1708. (Level III)
57. Steiner MJ, Trussell J, Mehta N et al. Communicating contraceptive effectiveness: a randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(1): 85-91

58. Tatum H.J., Schmidt F.H., Jain A.K. Management and Outcome of Pregnancies Associated with the Copper T Intrauterine Contraceptive Device // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006. - Vol. 126, N 7. - P. 869-879.
59. Thiery M. Contraception for Post-partum Use: non Hormonal Methods - Intrauterine Devices // *The International Conference on Postpartum Contraception.* Mexico City, 2000
60. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004;70(2):89-96
61. Weir E. Preventing pregnancy: a fresh look at the IUD. *CMAJ* 2003;169-585-591
62. Wilcox, L.S. Menstrual function after tubal sterilization / L.S. Wilcox et al. // *Am. J. Epidemiol.* 1992. - Vol. 135.-P. 1368-1381.
63. Women's hormones. Testosterone, the other female hormone // *Harv. Womens Health Watch.* 2002, Sep. - Vol. 10, №1. - P. 4-5.
64. World contraceptive use 2001. United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2002
65. World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestogens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease // *Lancet.* - 2000.-Vol. 346.-P. 1582-1588.
66. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4 rd ed. Geneva: WHO; 2010
67. Xiao, B. Effect of levonorgestrel-releasing intrauterine device on hormonal profile and menstrual pattern after long-term use / Xiao B. et al. // *Contraception.* 1995. - Vol. 51. - P. 359-365.
68. Xiao, B. Norplant and levonorgestrel IUD in Chinese Family Planning Programmes / Xiao B. et al. // *Ann. Med.* 1993. - Vol. 25. - P. 161-165.
69. Yuzpe, A. Oral contraception: trends over time / A. Yuzpe // *J. Reprod. Med.* 2002. - Vol. 47. - P. 967-973.

70. Zacur, H.A. Integrated summary of Ortho Evra/Evra contraceptive patch adhesion in varied climates and conditions / H.A. Zacur et al. // Fertil. Steril. - 2002. Vol. 77 (Suppl. 2). - P. S32-35.
71. Zibners, A. Comparison of continuation rates for hormonal contraception among adolescents / A. Zibners, B.A. Cromer, J. Hayes // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 1999. - Vol. 12. - P. 90-94.
72. Zieman, M., Guillebaud J., Weisberg E. et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data / M. Zieman et al. // Fertil. Steril. 2002. - Vol. 77 (Suppl. 2). - P. 13-18.

