

- дицинским технологиям и лечебной практике. — 1997. — № 2. — С. 25–30.
8. Прилепская, В. Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / В. Н. Прилепская. — М.: МЕДпресс, 1999. — 427 с.
9. Baer, H. Knowledge of human papillomavirus infection among young adult men and women: implications for health education and research / H. Baer, S. Allen, L. Braun // J. Community Health. — 2000. — Vol. 25, № 1. — P. 67–78.
10. Bergbrant, I. M. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: a prospective study / I. M. Bergbrant, L. Samuelsson // J. of Obstet. and Gynaecol. — 1999. — Vol. 354, № 3. — P. 20–25.
11. Boom, R. // J. Clinical Microbiol. — 1990. — Vol. 28, № 3. — P. 495–503.
12. Chan, P. K. High prevalence of human papillomavirus type 58 in Chinese women with cervical cancer and precancerous lesions / P.K. Chan [et al] // J. Med. Virol. — 1999. — Vol. 59, № 2. — P. 232–238.
13. Lehtinen, V. Effectiveness of preventive human papillomavirus vaccination / V. Lehtinen, J. Paavonen // Int. J. STS AIDS. — 2004. — Vol. 14, № 12. — P. 787–792.
14. Nobbenhuis, M. A. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: a prospective study / M. A. Nobbenhuis [et al] // Lancet. — 1999. — Vol. 354, № 9172. — P. 20–25.
15. Sherman, M. E. Prospects for a prophylactic HPV vaccine / M. E. Sherman, M. H. Schiffman, H. Strickler // Diagn. Cytopathol. — 1998. — Vol. 18, № 1. — P. 5–9.

*Поступила 12.12.2006*

**УДК 618.173+613.888.151+1 (151)**

**КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ  
РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

С.М. Яковец

**Республиканский научно-практический центр радиационной медицины  
и экологии человека, Гомель**

Менопауза у женщин наступает в возрасте 45–55 лет. Однако это не означает полного прекращения функции яичников. Этим и объясняются случаи наступления беременности после прекращения менструации. Абортом прерывается почти половина всех беременностей в возрасте старше 40–45 лет.

Основной целью контрацепции у данного контингента женщин является предупреждение абORTA и его неблагоприятных последствий.

**Ключевые слова:** климакс, перименопауза, менопауза, контрацепция.

**CONTRACEPTION AT WOMEN IN LATE  
REPRODUCTIVE AGE AND PERIMENOPAUSE**

S.M. Yakovets

**Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel**

Menopause at woman starts at the age of 45–55. But it doesn't mean complete stop of ovaries functioning. It is the reason of pregnancy after women's period stop. Mostly the half of the pregnancies at women aged older than 40–45 are interrupted by abortion. The main aim of contraception at this group of women is prevention of abortion and its negative consequences.

**Key words:** menopause, perimenopause, contraception.

**Введение**

Возрастное снижение fertильности является общепризнанным, однако до сих пор остается дискутильным вопрос о времени

начала его снижения. По данным литературы, отсутствуют при регулярном менструальном цикле достоверные различия в уровнях фолликулостимулирующего (ФСГ),

лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстриола и прогестерона у женщин с нормальным менструальным циклом в возрасте после 45 лет и аналогичными показателями женщин 18–30 лет. Так, по данным R. Schwallie, в позднем репродуктивном возрасте частота овуляторных циклов при регулярном ритме менструации составляет 95% и даже при физиологической олигоменорее — 34% [2, 7, 12].

Несмотря на то, что в этом периоде жизни женщины происходит возрастное снижение fertильности, случаи рождения детей у женщин в возрасте старше 45 и даже после 50 лет не так уж и редки. У многих женщин даже в 50-летнем и более старшем возрасте сохраняются регулярные менструации с определенным числом овуляторных циклов. Так, по статистике стран Западной Европы, 50% женщин в возрасте 44 лет и 30% в возрасте 45–54 лет сексуально активны, имеют сохраненный цикл и способны к зачатию [6].

**Цель:** провести углубленный анализ научных русскоязычных и иностранных литературных источников по проблеме контрацепции у женщин в позднем репродуктивном возрасте и в перименопаузе.

#### **Материалы и методы**

Представлен анализ 6 русскоязычных и 8 иностранных научных источников, содержащих информацию о контрацепции у женщин климактерического периода.

#### **Результаты**

Из-за того, что большинство женщин к 40 годам уже решили вопросы планирования семьи и числа детей в ней, наступившая непланируемая беременность часто завершается искусственным абортом.

Абортом прерывается почти половина всех беременностей у женщин в возрасте старше 40–45 лет. Нередко он осложняется воспалительными заболеваниями половых органов, развитием миомы матки, эндометриоза, тяжелым течением климактерического периода, что в последующем является фоном для развития онкологической патологии в органах-мишенях: матке и молочных железах [1, 2, 3].

Таким образом, не вызывает сомнений то, что основной целью контрацепции у данного контингента женщин является предупреждение абORTа и его неблагоприятных последствий.

По данным литературы, менопауза у современной женщины, как правило, наступает в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст 50–52 года). Менопаузе предшествует период пременопаузы, характеризующийся снижением функции яичников. Длительность пременопаузы составляет в среднем 4 года. Наступление менопаузы еще не означает полного прекращения функции яичников. Является доказанным, что еще в течение 3–4 лет в них сохраняются фолликулы с яйцеклетками, чем и объясняются случаи наступления беременности после прекращения менструации. Поэтому, согласно рекомендациям ВОЗ, контрацепция рекомендуется женщинам вплоть до менопаузы и отсутствия менструации в течение 1 года [6, 7].

Какие же методы контрацепции могут быть использованы женщинами в этом периоде жизни?

**Внутриматочная контрацепция (ВМК)** занимает одно из ведущих мест среди методов контрацепции. Она высокоэффективна, не оказывает системного влияния на организм, доступна, экономически выгодна, может применяться длительно, при этом восстановление fertильности происходит весьма быстро после удаления внутриматочного средства (ВМС) [2, 3].

В возрасте 45 лет и старше ВМК довольно часто бывает противопоказана в связи с патологическими изменениями шейки матки и/или тела матки, наличием гиперпластических процессов эндометрия, миомы матки больших размеров и т.д. Тем не менее она также может быть применена при отсутствии общепринятых абсолютных противопоказаний, к которым относятся: злокачественные поражения органов репродуктивной системы; наличие в анамнезе аборта или родов, осложненных сепсисом; воспалительные заболевания половых органов, если женщины перенесли их за 3 месяца перед введением ВМС; аномалии развития матки; туберкулез половых органов [6, 7].

Предпочтение следует отдавать гормонопродуцирующим ВМС, типа «Мирена», которые способствуют снижению объема менструальной кровопотери, профилактике воспалительных заболеваний половых органов, железодефицитной анемии.

Следует подчеркнуть, что ВМС «Мирена» способствует уменьшению вегето-

сосудистых симптомов у пациенток с климактерическими симптомами в перименопаузе [2, 14]. Таким образом, данная система может быть использована у пациенток переходного возраста не только с целью контрацепции, но и с целью терапии ряда патологических состояний.

Могут с успехом использоваться и медьсодержащие внутриматочные спирали: Сит380 (Германия), Мультилоуд 375 (Нидерланды), в которых площадь поверхности меди выше 300 мм<sup>2</sup>.

**Гормональная контрацепция** отличается высокой эффективностью, выраженным лечебными свойствами при целом ряде гинекологических заболеваний (эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы эндометрия и молочных желез). Пациентки, использующие гормональные контрацептивы, меньше подвержены развитию остеопороза в постменопаузе, заболеванию раком яичников и матки. Длительные исследования показали, что применение оральных контрацептивов (ОК) у женщин в перименопаузе способствует сохранению губчатого и кортикального вещества кости. Это происходит в результате того, что ОК оказывают положительное влияние на минеральный обмен и предотвращают потерю костной массы. Согласно рекомендациям ВОЗ, гормональные контрацептивы абсолютно противопоказаны беременным, интенсивно курящим женщинам, женщинам с текущими и бывшими в анамнезе тромбоэмбolicкими осложнениями, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, при тяжелой форме сахарного диабета, при тяжелых заболеваниях печени, злокачественных новообразованиях органов репродуктивной системы [3, 6, 13].

При отсутствии перечисленных противопоказаний приемлемыми являются низкодозированные и микродозированные оральные контрацептивы последнего поколения (фемоден, мерсилон и др.). Ш. Багдань и соавт. сообщают о высокой приемлемости низкодозированного ОК регулона и микродозированных — новинет и силест у женщин переходного возраста [1].

Применительно к женщинам 45 лет и старше весьма и наиболее перспективной является гестагенная контрацепция (минипили, инъекционная, норплант), которая не содержит эстрогенного компонента и тем

самым не вызывает выраженных изменений со стороны факторов свертывания крови, липидного обмена, не оказывает отрицательного воздействия на функцию печени [3].

Наиболее известен из инъекционных гестагенных препаратов Депо-прровера-150 (ДМПА), который обладает преимуществами, не связанными с его контрацептивным эффектом: снижает риск возникновения воспалительных заболеваний половых органов, случаев кандидозного вульвовагинита, не оказывает отрицательного воздействия на функцию печени, состояние желудочно-кишечного тракта, тем самым снижает вероятность возникновения метаболических изменений. Установлено, что Депо-прровера не вызывает выраженных изменений со стороны факторов свертывания крови и липидного обмена. Применение его обосновано у женщин позднего репродуктивного возраста и более старшего возраста, особенно при наличии гиперпластических процессов эндометрия, миомы матки, эндометриоза. Недостатками ДМПА являются длительные кровянистые выделения, наиболее обильные у пациенток с миомой матки и эндометриозом [3].

Норплант — под кожный имплантант, также является эффективным контрацептивным средством длительного действия. Он состоит из 6 небольших мягких капсул из силикона, содержащих левоноргестрел. Капсулы имплантируются под кожу плеча через небольшой разрез под местной анестезией. Контрацептивный эффект обеспечивается благодаря медленному непрерывному выделению левоноргестрела в кровоток и проявляется уже через сутки после введения препарата, продолжается в течение 5 лет. Одним из недостатков норпланта является нарушение менструального цикла.

Эти нарушения носят индивидуальный характер и могут проявляться в виде межменструальных кровянистых выделений, аменореи.

При применении гестагенов пролонгированного действия у женщин переходного возраста нередко наступает менопауза, что во многих случаях можно рассматривать как положительный фактор.

В настоящее время **хирургическая контрацепция** является также широко используемым методом контрацепции и, как известно, подразделяется на мужскую и женскую стерилизацию.

Стерилизация женщин является хирургической операцией, при которой нарушается проходимость фаллопиевых труб, вследствие чего оплодотворение становится невозможным.

Несомненно, что хирургическая стерилизация могла бы быть методом выбора для женщин 45 лет и старше, которые решили вопросы числа детей в семье. Она особенно показана женщинам с различными экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями, которым из-за состояния здоровья беременность противопоказана. Следует подчеркнуть, что для женщин с повышенным риском нежелательной беременности не существует никаких абсолютных противопоказаний к стерилизации.

От всех пациенток, обращающихся за добровольной хирургической контрацепцией, необходимо получить письменное согласие, чтобы документально доказать существование информированного и добровольного выбора, а также признание юридической законности операции. Данный метод является весьма эффективным методом контрацепции, но необратимым.

Однако в нашей стране, в связи с традиционным отношением к оперативному вмешательству как к очень сложной процедуре, хирургическая контрацепция пока еще не нашла должного применения. Кроме того, во многих клиниках отсутствует соответствующее оборудование, позволяющее осуществить щадящую операцию путем лапароскопии.

**Барьерные методы контрацепции** обладают невысокой контрацептивной эффективностью, но они, безусловно, имеют преимущество в отношении профилактики заболеваний, передаваемых половым путем. Однако учитывая снижение fertильности в переходном возрасте, они могут быть с успехом использованы у супружеских пар, считающих их подходящими для себя, особенно при наличии экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний, не позволяющих применять другие методы контрацепции.

Барьерные методы контрацепции требуют правильного применения, высокой мотивации поведения, которая обычно есть у женщин данного возраста, защищают от заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), а некоторые химические спермициды, например, кремы с ноноксинолом способствуют устранению сухости

влагалища, которая наблюдается у ряда женщин в менопаузе.

Хотя вагинальные барьерные методы (спермициды, диафрагма, контрацептивная губка, шеечные колпачки, женский кондом) используются в мире с целью контрацепции менее чем в 2% случаев, они могут быть подходящими и приемлемыми для женщин, отдающих им предпочтение. Вагинальные барьерные методы не обладают системным действием, имеют некоторые побочные эффекты и противопоказания, контролируются самими женщинами, и с другой стороны — эти методы обладают меньшей эффективностью по сравнению с другими обратимыми способами (такими, как оральные контрацептивы, имплантанты, ВМС). Кроме того, необходимость выжидания перед половым актом или прерывание его уменьшает их приемлемость для некоторых пар.

Все вагинальные барьерные методы создают механическое препятствие для проникновения спермы в цервикальный канал и/или инактивации спермы во влагалище.

**Спермициды** — это химические агенты, инактивирующие сперму во влагалище. Наиболее известными спермицидами являются ноноксинол-9 (НО-9), октоксинол-9 (ОО-9) и менфегол. Спермициды применяются в кремах, гелях, растворимых или пениящихся таблетках, аэрозольной пены, пленках и в качестве смазки на кондомах [8, 9].

**Диафрагма** — это куполообразное приспособление с гибким ободком, сделанное из латекса. Обычно она используется со спермицидным гелем или кремом. Правильно расположенная во влагалище диафрагма покрывает шейку матки и местно удерживает спермициды. Диафрагма распространена в различных моделях, может быть разных размеров и должна подбираться индивидуально [10, 11].

**Цервикальный колпачок** — это небольшой колпачок из латекса, который располагается на шейке матки и прилегает к ней путем присасывания. Он может быть применен с использованием спермицидов и/или без них. Цервикальный колпачок выпускается в различных моделях, размерах и подбирается индивидуально.

**Контрацептивная губка** состоит из полиуретана, импрегнированного НО-9. Губка смачивается водой, вводится во влагалище и помещается на шейке, где и реализуются ее спермицидные свойства.

**Женский презерватив** состоит из свободной полиуретановой пленки (в виде футляра) с упругим кольцом на каждом конце. Меньшее кольцо на закрытом конце располагается во влагалище и покрывает шейку, в то время как большое кольцо на открытом конце находится со стороны входа во влагалище. Другие модели разрабатываются.

Популярным методом барьерной контрацепции **является мужской презерватив**. Его применение показано во всех возрастных периодах, в том числе у супружеских пар старшего возраста. По эффективности он уступает современным методам контрацепции и его использование непосредственно связано с половым актом, что не всегда приемлемо для супружеской пары. Однако для некоторых пар он является наиболее приемлемым, особенно при половой жизни в длительном браке [12].

Вагинальные барьерные методы обладают различной эффективностью. Она за-

висит от частоты половых сношений и fertильности, от правильности и последовательности в использовании. Эффективность также зависит от квалификации консультанта. Обеспечение четкими рекомендациями по правильному использованию и советы по применению могут с успехом помочь женщинам, использующим эти методы контрацепции. Элементы правильно го использования представлены в таблице 1 и включают в себя: использование метода, введение контрацептива, правильное расположение контрацептива, выжидание определенного периода времени для активации (для некоторых методов), возобновление применения спермицидов при повторных половых актах (для некоторых методов), в течение некоторого периода после использования и неизвлечения контрацептива не должно проводиться подмывание и спринцевание.

**Правила использования вагинальных барьерных методов**

	<b>Спермициды</b>	<b>Диафрагма</b>
1	2	3
1. Комплектация	Спермицид: апликатор, необходимый для некоторых типов	Диафрагма (устанавливается обученным персоналом), спермицид, спермицидный апликатор
2. Подготовка	Вымытые руки	Вымытые руки, слой спермицида внутри купола и кольца диафрагмы (от 1 чайной до 1 столовой ложки); не использовать спермицидную пену или смазочный материал на основе масла
3. Время введения	До 1 часа перед coitus	До 6 часов перед coitus
4. Начало действия	Пена, кремы и гели действуют немедленно; таблетки, свечи и пленки требуют короткого периода выжидания (5–10 мин) для активации и/или следовать руководству распределения во влагалище	Немедленно
5. Повторные coitus	Повторное применение спермицида при каждом повторном половом акте или, если прошло более 1 часа, после введения препарата	Повторные применения спермицида при каждом повторном половом акте (использовать спермицидный апликатор, не удаляя диафрагму)
6. Удаление	В спринцевании после использования нет необходимости. Если женщина желает произвести спринцевание, ожидать, по крайней мере, 6–8 часов после полового акта	Удалить, по крайней мере, через 6–8 часов после последнего полового акта
7. Требования по применению и хранению	Промыть апликатор с мылом и водой, хранить в удобном месте, предпочтительно вдали от тепла и света	Вымыть диафрагму с мылом и водой, высушить. Проверить, чтобы не было разрывов и царапин. Хранить в удобном месте, желательно вдали от тепла и света

## Окончание таблицы 1

	<b>Конtraceпtивная губка</b>	<b>Женский презерватив</b>
1	2	3
1. Комплектация	Неиспользованная контрацептивная губка, чистая вода	Неиспользованный женский презерватив
2. Подготовка	Вымытые руки, тщательно смоченная чистой водой губка. Сжать аккуратно несколько раз до пенистости, но не до высыхания	Вымытые руки
3. Время введения	До 24 часов перед coitus	До 8 часов перед coitus
4. Начало действия	Немедленно	Немедленно
5. Повторные coitus	Обеспечивает защиту при повторных половых актах в течение 24 часов от момента введения	Использование нового презерватива при каждом последующем половом акте
6. Удаление	Удалить по крайней мере через 6–8 часов после последнего полового акта	Может быть удален вскоре после полового акта и до того, как женщина встанет, чтобы избежать распространения спермы вне презерватива
7. Требования по применению и хранению	Выбросить использованную губку (повторно не применять). Хранить неиспользованную губку в удобном месте, желательно вдали от тепла и света	Выбросить использованный презерватив (повторно не использовать). Хранить неиспользованные презервативы желательно вдали от тепла и света

Даже при правильном применении вагинальные барьерные методы до сих пор менее эффективны, чем другие обратимые методы.

Значительное преимущество вагинальных барьерных методов над небарь-

ерными заключается в их защитном действии против заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Результаты ретроспективного изучения представлены в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Риск ЗППП в связи с применяемым контрацептивом**

Заболевания	Диафрагма	Конtraceпtивная губка	Мужской презерватив
Гонорея	0,32*	0,31**	0,61
Трихомоноз	0,24**	0,29**	0,80
Хламидиоз	0,25**	0,64**	0,93

Примечание: \* — относительный риск у женщин, подвергшихся ЗППП, систематизированный по возрасту, количеству сексуальных партнеров и наличию в анамнезе гонореи, трихомониаза и хламидиоза; \*\* — статистические достоверные данные ( $P<0,05$ ).

Степень защиты вагинальных барьерных методов трудно измерить [1, 9].

Вагинальные барьерные методы являются приемлемыми для многих женщин, использующих их. Они могут быть важной альтернативой презерватива, особенно в плане защиты от некоторых ЗППП. Ключевой компонент в овладении вагинальными барьерными методами — это доступное

обучение, гарантирующее, что пользователи получат необходимую информацию, совет и руководство по правильному применению. Консультанты также могут способствовать распространению метода и поддерживать женщин, которые обращаются с вопросами о применении метода, особенно в течение первых месяцев его использования.

В сравнении с гормональными методами контрацепции и ВМС вагинальные барьерные методы имеют очень мало побочных эффектов. Описанные эффекты включают аллергию к какому-либо составляющему спермицидов или латексу, используемому в производстве диафрагм или цервикальных колпачков, и усиление раздражения, сопровождающееся чувством жжения.

**Экстренная или посткоитальная контрацепция** занимает весьма важное место в проблеме предохранения от беременности, но применительно к женщинам 45 лет и старше использование эстроген-гестагенных препаратов нежелательно, из-за необходимости применения больших доз, которые могут вызвать ряд побочных реакций [14].

Наиболее распространенным методом экстренной контрацепции является использование гестагенных средств. Основой механизма посткоитальной контрацепции с использованием гормональных гестагенных средств является подавление или отдаление овуляции, нарушение процесса оплодотворения, транспорта яйцеклетки, имплантации и дальнейшего развития эмбриона.

У женщин переходного возраста предпочтение следует отдавать оральным гестагенам в связи с тем, что они не оказывают влияния на свертывающую систему крови, оказывают незначительное влияние на липидный обмен, вызывают меньше побочных эффектов. Наиболее популярным в странах Восточной Европы является применение левоноргестрела (препарат Пости-нор, Венгрия) по следующей схеме: в течение 48 часов (но не позднее 72 часов) после полового акта женщина принимает одну таблетку, а через 12 часов — вторую. Эффективность этого метода по индексу Перля составляет 2,4 на 100 женщин в течение года. Экстренную контрацепцию как срочную меру предохранения от беременности целесообразно рекомендовать женщинам при незащищенном половом акте, подвергшимся изнасилованию или при наличии сомнений в целостности использованного презерватива и т. д.

Популярностью у женщин 45 лет и старше пользуются и **естественные методы контрацепции**. Эффективность данных методов недостаточно высока и составляет 10–30 беременностей на 100 пользователей в год [3, 4, 5].

На первом месте среди них находится метод **прерванного полового акта**, и это понятно, так как он не требует использования других противозачаточных средств, планирования половых актов. Однако его эффективность невысока, а для некоторых мужчин он совершенно неприемлем.

Для супружеских пар, которые могут смириться с ограничением половой жизни или живущих половой жизнью редко, подходящим является также и **периодическое воздержание**, однако этот метод применять нецелесообразно женщинам с нерегулярной продолжительностью менструального цикла, т. е. при олигоменорее, которая наблюдается у женщин в менопаузе.

При периодическом воздержании применяют несколько методов определения так называемой «фертильной фазы» цикла: измерение базальной температуры, исследование шеечной слизи, календарный метод, симптотермальный метод. Преимуществом периодического воздержания является его безопасность и отсутствие побочных эффектов. Однако эффективность метода зависит от четкого соблюдения правил его применения. Следует подчеркнуть, что периодическое воздержание следует предлагать в качестве альтернативного метода тем супружеским парам, которые не хотят пользоваться другими более эффективными методами контрацепции по каким-либо причинам (из-за страха побочных эффектов, религиозные или культовые ограничения).

### **Заключение**

Таким образом, репродуктивное здоровье женщин переходного возраста зависит, в частности, от успешного применения контрацепции. При подборе метода контрацепции необходимо учитывать состояние и особенности организма в этот период жизни, особенно тщательно учитывать противопоказания к любому методу, приемлемость того или иного метода для супружеской пары.

Врачебное консультирование должно предполагать индивидуальный подход к каждой пациентке до назначения контрацепции с детальным объяснением особенностей того или иного метода, его преимуществ и недостатков. Только такой дифференцированный подход может обеспечить надежную, удобную и даже комфортную защиту от непланируемой беременности и ее последствий.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багдань, Ш. Современное предупреждение беременности и планирование семьи / Ш. Багдань, Г. Божар, Л. Секереш. — Будапешт, 1998. — 96 с.
2. Внутриматочная контрацепция / Под ред. В. Н. Прилепской. — М.: Медпресс, 2000. — С. 28–33.
3. Гормональная контрацепция / Под ред. В. Н. Прилепской. — М.: Медпресс, 1998. — 216 с.
4. Руководство по планированию семьи / В. И. Кулаков [и др.]. — 1997. — 297 с.
5. Прилепская, В. Н. Контрацепция у женщин позднего репродуктивного возраста / В. Н. Прилепская, Н. М. Назарова // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 5. — С. 320–325.
6. Улучшение качества услуг по планированию семьи. Медицинские критерии для инициации и продолжения использования контрацептивных средств (по материалам совещания ВОЗ). — 1995. — 30 с.
7. Barbone, F. A follow up study of methods of contraception, sexual activity and rates of trichomoniasis, candidiasis and vaginosis / F. Barbone [et. al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 1990. — Vol. 163. — P. 510.
8. Cates, W. Family planning and sexually transmitted disease and contraceptive choice: a literature update-Part1 / W. Cates, K. Stone // Studies in Family Planning. — 1992, Mar / Apr. — Vol. 24. — № 2. — P. 75–84.
9. Louv, W. C. A clinical trial of nonoxinol-9 for preventing gonorrhreal and chlamydial infections / W. C. Louv [et. al.] // Journal of Infectious Diseases. — Vol. 158 — № 3. — P. 518–523.
10. Trussell, J. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge, and the cervical cap / J. Trussell [et al.] // Family Planning Perspectives. — 1999. — Vol. 25. — P. 100–105.
11. Vessey, M. Urinary tract infection and the diaphragm / M. Vessey // British Journal of Family Planning. — 1988. — Vol. 13. — P. 41–43.
12. Volpe, A. Europ. J. Contracept. Reprod. Health Care. / A. Volpe, A. Arman, A. Cagnacci. [et. al.] — 1997. — Vol. 2. — P. 123–126.
13. World Health Organization. Research of WHO Scientific Group. Series 866. — Geneva, 1996.
14. Rosenberg, M.J. Commentary: methods women use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV / M. J. Rosenberg // American Journal of Public Health. — 1992. — Nov. — Vol. 82. — № 11. — P. 1473–1478.

*Поступила 30.10.2006*

**УДК 618.177-071**

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

**Ю. А. Лызикова**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Обследовано 30 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Изучена частота хламидийной инфекции в данной группе. Для диагностики применялись иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция. Антитела к хламидиям определены у половины обследованных женщин. Всем больным проведена лечебно-диагностическая лапароскопия, оценена степень поражения маточных труб в зависимости от величины титра антител к Chlamydia trachomatis.

**Ключевые слова:** трубно-перитонеальное бесплодие, маточные трубы, антитела.

### CLINICAL FEATURES OF TUBO-PERITONEAL INFERTILITY

**J. A. Lyzikova**

**Gomel State Medical University**

30 women with tubo-peritoneal infertility were surveyed. Frequencies of chlamydia infections in the given group were investigated. Immunoassay, polymerase chain reaction were applied to diagnostics. Antibodies to Chlamydia trachomatis were determined at half of surveyed women. All patients underwent a medical - diagnostic laparoscopy, the degree of defeat fallopian tubes was estimated depending on size of a titer of antibodies to Chlamydia trachomatis.

**Key words:** tubo-peritoneal infertility, fallopian tube, antibodies.