

# Гормональная контрацепция у подростков и молодежи

И.В.Кузнецова

Кафедра акушерства и гинекологии РМАПО,  
Москва

В кругу вопросов планирования семьи особое положение занимает проблема регуляции рождаемости у подростков и молодежи. Это неудивительно, если учесть, что именно подростки и молодежь составляют репродуктивный потенциал нации, следовательно, грамотное решение вопросов регуляции рождаемости в этой возрастной группе создаёт предпосылки для сохранения репродуктивного здоровья и улучшения демографической ситуации. Особое внимание к подросткам продиктовано ещё и тем, что данный период жизни характеризуется интенсивным созреванием и функциональной перестройкой всех систем организма, в том числе репродуктивной системы. Это определяет повышенные риски по нарушению здоровья при действии различных неблагоприятных факторов, в числе которых могут оказаться и беременность, и её искусственное прерывание, и неадекватно подобранная контрацепция.

К сожалению, образ жизни, отчасти навязываемый подросткам средствами массовой информации, предопределяет повышенную и раннюю сексуальную активность без ответственности за свое здоровье и здоровье партнера. В итоге всё большее число юных женщин в возрасте 12–19 лет формирует неблагоприятный фон и структуру осложнений беременности и перинатальной патологии в будущем, в значительной степени определяя здоровье, точнее, нездоровье, последующих поколений [1].

При повышенном интересе к сексуальной жизни и её качеству, выражающемся в многочисленных публикациях в глянцевых изданиях с разного рода советами, проблема предохранения от беременности скромно замалчивается. Система полового воспитания молодежи в массовом варианте отсутствует, а печальным исходом такой ситуации становится высокая частота аборт: из пяти беременностей у подростков четыре искусственно прерываются.

Несмотря на положительную тенденцию по снижению абсолютного числа аборт, процент их у девочек от общего числа аборт во всех возрастных группах в России остаётся довольно высоким и составляет 0,06% в возрастной группе 10–14 лет и 9,6% у девушек 15–19 лет [2]. Необходимо помнить, что аборт продолжает вносить весомый вклад в материнскую смертность (13,6%), в том числе, и у подростков: по данным Минздравсоцразвития в 2007 г. после аборт умерло 10 девушек в возрасте до 19 лет. Более 50% аборт влекут за собой ранние и поздние осложнения, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье и снижает потенциал деторождения. Патогенетическое развитие как ближайших, так и отдалённых послеабортных осложнений связано с высоким риском инфицирования, механическим повреждением половых органов, а также гормональной перестройкой, обусловленной несвоевременным и насильственным прерыванием беременности [3].

В возрастной группе до 20 лет отмечается самая низкая доля мини-аборт и самая высокая доля аборт,

произведённых после 12 недель беременности. По данным 2007 г., аборт в сроки 22–27 недель составили 12,6% от общего числа аборт у девочек 10–14 лет и 3,8% у подростков 15–17 лет против 1,55% в общей популяции [2]. В результате этих особенностей структуры аборт, а также незрелости функциональных систем растущего организма, частота послеабортных осложнений у подростков оказывается в 2–2,5 раза выше, чем у женщин репродуктивного возраста [4].

Сложившаяся ситуация является прямым следствием неэффективной медико-санитарной просветительской работы и дефицита консультативных услуг в сфере репродуктивного здоровья и поведения, что приводит к недостаточной информированности женщин по вопросам планирования семьи и контрацепции. В результате в России эффективные методы контрацепции используют только 27,7% женщин фертильного возраста, из них 14,3% – внутриматочные средства, 13,4% – гормональные контрацептивы [2]. Это намного ниже аналогичных показателей в странах Европы и недостаточно для реального уменьшения количества аборт.

В отношении подростков этот дефицит проявляется в ещё большем размере. Работа специализированных учреждений здравоохранения осуществляется на высоком уровне, но их количество недостаточно для широкого охвата подростковой популяции, и свободного доступа к учреждениям такого рода нет. Совершенно очевидно, что помощь в выборе средства контрацепции у здоровых девушек и информация по проблемам планирования семьи должна исходить от врачей первичного звена, которые, к сожалению, не всегда готовы выполнять эту задачу. Вместе с тем, девушки тоже неохотно обращаются со своими проблемами к врачам первичного звена, так как далеко не всегда могут рассчитывать на бесплатную, анонимную и квалифицированную помощь [4, 5]. Низкий уровень образования и подростков, и врачей в данной сфере ведёт к недостаточному, неэффективному, а иногда и небезопасному использованию противозачаточных средств. Ситуация усугубляется недооценкой обществом значения вопросов планирования семьи для сохранения здоровья популяции и репродуктивного потенциала.

Один из путей решения этой многогранной проблемы лежит в плоскости формирования у девушек ответственного отношения к своему репродуктивному здоровью, а у врачей – понимания значимости эффективной контрацепции в профилактике аборт, гинекологических заболеваний и материнской смертности.

Исходя из этого, представляется крайне важным распространение сведений о контрацепции, о принципах выбора метода и консультирования, возможных осложнениях и побочных действиях для оказания адекватной помощи в предохранении от беременности у юных женщин и сохранении их репродуктивного здоровья.

Консультирование подростков следует осуществлять с учётом особенностей физиологии и психологии этого возрастного периода.

Становление менструальной функции в пубертате проходит в несколько этапов. В течение первых лет после менархе ановуляция сопровождается 80% менструальных циклов, однако при этом регулярный характер менструаций наблюдается у 75–80% девочек. У 20–25% подростков на протяжении первых двух лет с менархе наблюдаются задержки менструаций, иногда сменяющиеся кровяными выделениями, превышающими по длительности 7 дней, что считается вариантом нормы при отсутствии обильных кровотечений со снижением гемоглобина. Регулярные овуляторные циклы регистрируются к 14–16 годам у 75% девочек, окончательное формирование пика лютеинизирующего гормона и полноценной лютеиновой фазы происходит только к

17–18 годам. Следует отметить, что, несмотря на длительное становление менструального цикла, вероятность беременности существует с первой овуляцией, а следовательно, с первой менструацией. Описаны случаи беременности до менархе, то есть тогда, когда первая, несостоявшаяся, менструация должна была стать завершением первого овуляторного цикла.

Не только репродуктивная система, но и другие функциональные системы организма проходят в период от 10 до 20 лет этап становления. Особенности метаболизма, связанные с физиологической инсулинорезистентностью, эндокринная перестройка, включающая периоды гиперфункции различных желез внутренней секреции, наращивание костной, мышечной, жировой массы, формирование иммунного ответа – все эти и многие другие события определяют необходимость бережного отношения к растущему организму. И в это, непростое с точки зрения физиологии время, большинство подростков начинают сексуальную жизнь.

В возрастной группе 12–19 лет сексуально активные подростки составляют около 60%. К 15-летнему возрасту сексуальный дебют имеют 5,6% девушек, к 17 годам – 39,4–47,8%, а к 19 – 81,7%. Средний возраст сексуального дебюта у девушек в нашей стране приходится на 17,4±1,5 лет [6].

Для большинства подростков начало сексуальной жизни является элементом самоутверждения, отказа от контроля и опеки родителей, вхождения во взрослую жизнь. Вопрос деторождения при этом не ставится: 85% молодых людей обоих полов, вступающих в сексуальные отношения, планируют иметь детей спустя 5–8 лет от сексуального дебюта.

Особенности психологии подростков определяют нюансы их сексуального поведения. У 42% девушек сексуальный дебют происходит с малознакомым недавно встреченным партнером на стадии влюбленности. Согласно опросам, большинство девочек-подростков предпочитает иметь постоянного полового партнера, но в реальной жизни для подростковой популяции характерна частая смена партнеров, и 53,5% девушек к 19 годам успевают сменить от трёх до шести партнеров. Случайный секс или сексуальные отношения помимо постоянного партнерства считаются вполне приемлемыми и с морально-этической точки зрения, и с позиций отсутствия потенциального вреда для здоровья.

Большинство подростков не думают о своей безопасности: только 17% девушек считают, что сексуальные отношения могут нести в себе угрозу здоровью. Осознавая возможность наступления беременности, половина девушек, имеющих опыт половой жизни, не используют противозачаточные средства. При опросе молодых матерей, отказавшихся от детей в родильном доме, 66,6% заявили, что не пользовались контрацептивными средствами, потому что не боялись забеременеть [7]. Безответственность в совокупности с безграмотностью дают воистину «достойные» плоды.

Воспитание и просвещение подростковой популяции – это задача и родителей, и педагогов, и медиков. Медики должны принять на себя главную ответственность за профилактику абортот и роста гинекологической заболеваемости, а лучшим способом их предотвращения является контрацепция.

При выборе метода контрацепции для девочки-подростка надо учитывать противозачаточную эффективность, безопасность метода, его обратимость, переносимость, механизм действия, влияние на метаболизм, эндокринную, нервную и другие системы организма, дополнительные лечебные воздействия, доступность противозачаточного средства, лёгкость его использования.

Сочетание эффективности, безопасности, быстрой

обратимости и дополнительных преимуществ характеризует, прежде всего, гормональную контрацепцию. По надёжности метод приближается к 100%. Современные гормональные препараты не оказывают значимого влияния на гомеостаз, в том числе, метаболизм и систему свёртывания крови у здоровых женщин, но при этом обладают рядом профилактических и лечебных свойств. Во всем мире гормональные противозачаточные средства широко используются с неконтрацептивными целями, поскольку их лечебные эффекты расширяют возможности терапии многих гинекологических заболеваний [8].

Гормональная контрацепция включает комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы и чисто гестагенные препараты. Чисто прогестагенная контрацепция, оральная и инъекционная, в силу особенностей приёма и влияния на организм, менее приемлема у подростков по сравнению с комбинированными средствами, внутриматочная гормональная контрацепция также имеет ряд ограничений у юных женщин, не имевших беременностей и родов. Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация детских и подростковых гинекологов рекомендуют для предохранения от беременности у сексуально активных подростков комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие минимальные дозы женских половых гормонов.

Комбинированные оральные контрацептивы являются самым популярным противозачаточным методом в мире, его эффективность составляет около 99%. При правильном использовании КОК предохраняют от беременности посредством угнетения секреции гонадотропинов, торможения созревания фолликулов, ингибирования овуляции, а также повышения вязкости цервикальной слизи, что затрудняет проникновение сперматозоидов в матку.

Все средства этой группы разрешены к использованию подростками, но следует согласиться с мнением Е.В. Уваровой, И.С. Савельевой, что у юных женщин лучшим выбором являются микродозированные КОК с прогестанами третьего поколения [6].

Доза этинилэстрадиола во многом определяет переносимость КОК. Этинилэстрадиол после приёма внутрь быстро и практически полностью всасывается, но биодоступность его из-за пресистемной конъюгации и первичного метаболизма составляет всего около 60%. В крови этинилэстрадиол неспецифически связывается с альбуминами плазмы крови и одновременно индуцирует повышение уровня половых стероидов связывающего глобулина (ПССГ). Этинилэстрадиол подвергается ароматическому гидроксигированию с образованием метаболитов, которые присутствуют в свободной форме или в форме конъюгатов, выделяется только в форме метаболитов в соотношении 2:3 с мочой и желчью, период полувыведения составляет около 16–24 часов. Активное влияние этинилэстрадиола на печень может выражаться не только в повышении вероятности холестаза, но и в разнообразных побочных эффектах, ассоциированных с увеличением синтеза печёночных белков, что в результате приводит к активации свёртывающей системы крови и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. У здоровых девушек клинического значения особенности действия этинилэстрадиола не имеют, но при наличии предрасположенности к тем или иным нарушениям, возможно появление побочных реакций и даже осложнений.

Прогнозировать и выявлять предрасположенность у молодых людей очень сложно, так как их личный анамнез ещё не накопил достаточного количества событий, способных спровоцировать реализацию заложенного в генотипе риска. Это диктует необходимость снижения

количества этинилэстрадиола до минимально эффективной и максимально безопасной дозы.

Чувствительность к половым гормонам у девушек в периоде полового созревания выше, чем у взрослых женщин, поэтому микродоза этинилэстрадиола, обладая лучшей переносимостью, оказывается достаточной для контроля цикла. Выбор КОК, содержащих микродозы этинилэстрадиола, диктуется также требованием максимальной нейтральности в отношении метаболизма, переживающего в течение пубертата период определённого напряжения, связанного с физиологическими особенностями роста и формированием временной инсулинорезистентности.

Минимальная доза этинилэстрадиола позволяет уменьшить риск эстроген-зависимой прибавки массы тела, связанной с задержкой жидкости и увеличения уровня триглицеридов, поступающих в жировые депо. Повышение массы тела – один из главных страхов юных пациенток, и во время консультирования необходимо убедить девушку в отсутствии серьёзных оснований бояться прибавки массы тела. Снижение количества этинилэстрадиола одновременно улучшает переносимость КОК, поскольку такие побочные эффекты, как тошнота, рвота, головная боль, головокружение, депрессия, снижение полового влечения, нагрубание молочных желез, отёчность прямо зависят от дозы эстрогена. Улучшение переносимости определяет повышение приверженности пациенток к контрацептивному методу.

Кроме снижения дозы этинилэстрадиола, минимизировать вероятные негативные влияния на обмен веществ и улучшить переносимость контрацепции возможно правильным подбором прогестина. Прогестины третьего поколения, такие как дезогестрел и гестоден, вполне отвечают предъявляемым требованиям, поскольку их влияние на метаболизм клинически не значимо. Минимальная андрогенная активность этих прогестинов позволяет избежать при их приёме таких побочных эффектов, как прибавка в массе тела, акне, сальность кожи, негативные изменения липидного профиля и толерантности к глюкозе, которые порой демонстрировали КОК, содержащие левоноргестрел, норэтиндрон или этинодиола диацетат.

Привлекательность гестодена в составе микродозированного КОК (Линдинет-20®) состоит в его фармакологических характеристиках. Гестоден быстро и практически на 100% всасывается из желудочно-кишечного тракта, его биодоступность составляет около 99%. В крови гестоден связывается с альбуминами и ПССГ (50–75%), а 1–2% циркулируют в плазме в свободной форме. При ежедневном введении концентрация гестодена в плазме увеличивается в 3–4 раза и уравнивается через 2 недели. Гестоден биотрансформируется в печени и выводится только в форме метаболитов с мочой и калом, период полувыведения составляет 12–20 часов. Помимо сильного прогестагенного действия, обеспечивающего, в числе прочего, и высокой биодоступностью, гестоден обладает незначительной андрогенной активностью, которая полностью нивелируется эстроген-зависимым повышением уровня ПССГ и подавлением ЛГ-зависимого синтеза андрогенов в яичниках. В результате Линдинет-20 оказывает суммарный антиандрогенный эффект, и, хотя этот эффект менее выражен, чем у КОК, содержащих антиандрогенные прогестины, на него можно рассчитывать при назначении девушкам с лёгкими формами андрогензависимых дермопатий.

Известно, что конец периода полового созревания отмечен физиологическим повышением продукции и биологической активности андрогенов сетчатой зоны коры надпочечников. Это нормальное событие предрасполагает к увеличению частоты возникновения угревой сыпи, пик клинических проявлений которой приходится на 14–17 лет [9]. Угревая сыпь значительно нарушает качество жизни подростков, отражаясь на нервно-психическом статусе, приводя к раздражительности, депрессивным состояниям и обуславливая социальные проблемы. По нашим неопубликованным данным, дефекты внешности, обусловленные андрогензависимыми дермопатиями, оказывают гораздо большее психотравмирующее влияние на девушек, чем нарушения менструального цикла, которые, являются более значимым стрессовым фактором для взрослых женщин.

Одним из методов лечения акне у подростков вполне обоснованно считаются КОК, лечебный эффект которых заложен в их основном контрацептивном механиз-

Информация о препарате	ЛИНДИНЕТ® («Гедеон Рихтер») Таблетки, покрытые оболочкой
<p><b>СОСТАВ</b> Активные компоненты: этинилэстрадиол +гестоден.</p>	<p>сыворотке крови. Концентрация в сыворотке крови снижается двухфазно. <math>T_{1/2}</math> второй фазы – около 16–24 ч. Этинилэстрадиол выделяется только в форме метаболитов, с мочой и желчью в соотношении 2:3. Стабильная концентрация (на 20 % выше, чем после однократной дозы) устанавливается к 3–4 дню.</p>
<p><b>ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ</b> Монофазный комбинированный гестаген-эстрогенный контрацептивный препарат. Угнетает секрецию гонадотропных гормонов гипофиза, тормозит созревание фолликулов и препятствует процессу овуляции. Повышает вязкость цервикальной слизи, что затрудняет проникновение сперматозоидов в матку.</p>	<p><b>КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b> Пероральные противозачаточные средства, помимо предупреждения беременности, оказывают положительное влияние на менструальный цикл (при его нарушении): месячный цикл становится регулярным, снижается объём кровопотери во время менструации и частота развития железодефицитной анемии, снижается частота дисменореи, появления функциональных овариальных кист, внематочной беременности, появления фиброаденом и фиброкист в молочных железах, воспалительных заболеваний малого таза, образования рака эндометрия; улучшается состояние кожи при угревой сыпи.</p>
<p><b>ФАРМАКОКИНЕТИКА</b> <b>Гестоден</b> Быстро и практически на 100% всасывается из ЖКТ (биодоступность около 99%). Через 1 ч после однократного введения концентрация составляет 2–4 нг/мл. Связывается с альбуминами и с глобулином, связывающим половые гормоны (ГСПГ). 1–2% находится в форме свободного стероида, 50–75% специфически связывается с ГСПГ. Уровень в сыворотке крови снижается двухфазно. В конечной фазе <math>T_{1/2}</math> – 12–20 ч. Выделяется только в форме метаболитов: 60% – с мочой, 40% – с калом.</p>	<p><b>ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ</b> Контрацепция, функциональные нарушения менструального цикла.</p>
<p><b>Этинилэстрадиол</b> Быстро и практически полностью всасывается из ЖКТ. Среднее значение <math>C_{max}</math> в сыворотке крови – 30–80 пг/мл, достигается через 1–2 ч после приёма. Биодоступность из-за пресистемной конъюгации и первичного метаболизма около 60%. Полностью, но неспецифически связывается с альбуминами (около 98,5%) и индуцирует повышение уровня ГСПГ в</p>	<p><b>Разделъ:</b> Противопоказания, Применение во время беременности и лактации, Способ применения и дозы, Побочное действие, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания, Меры предосторожности – см. в инструкции по применению.</p>

# ШИРОКИЙ ВЫБОР КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ: от экстренной до плановой контрацепции

ме, связанном, в первую очередь, с подавлением овуляции. Снижение секреции ЛГ, опосредованное прогестинами, закономерно приводит к уменьшению овариального андрогенного биосинтеза, что и служит основанием для назначения КОК больным с акне.

Но при этом надо учитывать, что прогестины – производные норгестостерона – обладают остаточной андрогенной активностью, степень выраженности которой определяет возможность использования КОК для лечения угревой сыпи. По выраженности андрогенных свойств прогестины делятся на три группы. Минимальная андрогенная активность отличает гестоден, дезогестрел, норгестимат и медроксипрогестерона ацетат [10, 11]. В КОК минимальная андрогенная активность прогестинов нивелируется совокупным эстрогено-гестагенным действием на стероидогенез. Пониженная андрогенность обуславливает эстрогензависимое увеличение ПССГ и снижение концентрации не только общего, но и свободного тестостерона.

Свойства прогестинов с минимальной андрогенной активностью несколько различаются. Например, медроксипрогестерона ацетат обладает глюкокортикоидной активностью, что определяет его негативные дозозависимые эффекты на метаболизм и накопление минеральной плотности кости. В небольшой дозе и в комплексе с этинилэстрадиолом отрицательные стороны медроксипрогестерона не проявляются, но учитывая наличие прогестинов, обладающих более безопасным спектром действия, вопрос о назначении медроксипрогестерона обычно не встает.

Больше желательных эффектов наблюдается у более «эстрогенных» КОК, содержащих дезогестрел и гестоден, либо у препаратов с антиандрогенным прогестином. Исследования по сравнению влияния КОК, содержащего дезогестрел, с КОК, содержащим антиандрогенный дроспиренон, показали равную эффективность препаратов в отношении частоты и тяжести проявлений угревой сыпи, достигающую 60–100% [12]. Тем не менее, по уже сложившейся традиции КОК, содержащие антиандрогенные прогестины, назначают при **необходимости лечения** андрогензависимых дермопатий, в случаях же лёгких поражений кожи существует возможность использования более доступных по цене КОК, содержащих дезогестрел или гестоден.

Наличие благоприятных неконтрацептивных эффектов КОК очень важно при выборе метода предохранения от беременности и создания мотивации к его применению. Именно эти неконтрацептивные эффекты позволяют обеспечить большее число девушек предохранением от нежеланной беременности. По данным Е.В. Уваровой, более половины (58%) подростков и молодых женщин выбирают КОК в надежде на улучшение состояния кожи, 53% – устранение дисменореи и предменструального синдрома, 24% – регуляцию ритма менструаций, 18% – уменьшение менструальной кровопотери, 12% – предотвращение возникновения кист яичников и мастопатии.

Проблема устранения или уменьшения менструальных болей стоит во втором месте по значимости для подростков после проблемы угревой сыпи. Сама менструальная боль и её ежемесячное ожидание отражается не только на физическом, но и на эмоциональном, и психическом самочувствии девушек. В подростковом возрасте болевой приступ часто сопровождается рвотой (84%), диареей (79,5%), головокружением (22,7%), головной болью (13,6%), обмороками (15,9%) и становится причиной ограничения трудоспособности, физической активности, обычной деятельности, приводя к психоэмоциональному и социальному дискомфорту [13].

Происхождение дисменореи, первичной либо вторичной, чаще всего связано с врождённым или приобретённым нарушением синтеза или обмена эйкозаноидов,



## Новинет

- Плановая контрацепция у подростков и женщин старше 35 лет
- Не влияет на массу тела\*
- Обладает антиандрогенным эффектом\*\*



## Линдинет 20

- Содержит минимальную дозу гормонов
- Комфортен при длительном применении



## Линдинет 30

- Контрацепция с лечебным воздействием на эндометрий
- Отличный контроль менструального цикла



\* Акопян А. Н., Межевитинова Е. А. 2007. Поздний репродуктивный период, перименопауза и гормональная контрацепция. Опыт применения препарата Новинет. Гинекология, том 9, № 2

\*\* Кузнецова И. В. 2007. Комплексная терапия андрогензависимых дермопатий у девушек-подростков. РМЖ, том 16, № 3



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия): г. Москва  
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949  
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

особенно простагландинов. Обмен простагландинов зависит, помимо прочего, и от уровня эндогенного прогестерона. Сниженная по сравнению с нормой концентрация прогестерона в лютеиновую фазу цикла приводит к высвобождению фосфолипазы А2 и увеличению конверсии жирных кислот в арахидоновую кислоту, предшественник простагландинов и лейкотриенов. Избыточная продукция простагландинов и лейкотриенов обуславливает повышение тонуса миометрия, увеличение частоты и интенсивности маточных сокращений во время менструации. Возникающая ишемия миометрия ведет к усилению чувствительности болевых рецепторов к брадикардии и другим стимулам [14].

Особенности патогенеза дисменореи определяют возможность её лечения нестероидными противовоспалительными средствами и КОК, причём эффективность обоих методов сравнима при правильном выборе прогестина, входящего в состав КОК. Прогестин в составе КОК, благодаря прогестагенному действию, уменьшает синтез простагландинов и снижает сократительную активность миометрия, степень ишемии и болевых ощущений. В результате симптомы первичной дисменореи редуцируются на 70–80% [15, 16]. Среди прогестинов, приемлемых для лечения дисменореи – гестоден, обладающий сильной прогестагенной активностью. Микродозированный КОК «Лидинет-20®», содержащий гестоден, зарекомендовал себя как эффективное средство лечения дисменореи у девушек.

Дисменорея, несмотря на свою несомненную значимость в снижении качества жизни подростков, является не самой частой жалобой среди нарушений менструального цикла, отдавая лидерство маточным кровотечениям пубертатного периода (26%) и олигоменорее (20,9%). Комбинированные оральные контрацептивы могут эффективно использоваться с целью регуляции цикла и у данного контингента больных.

Микродозированные КОК с дезогестрелом (Новинет) или гестоденом (Лидинет-20®) оказывают положительное влияние на менструальный цикл, регулируя интервалы между менструальноподобными кровотечениями, снижая объём кровопотери, частоту развития железодефицитной анемии, появления функциональных кист яичников и других нарушений, вероятность которых в периоде полового созревания повышена ввиду незрелости органов репродуктивной системы.

Анализ отдалённых последствий применения КОК у девушек с нарушенным менструальным циклом показывает, что назначение этих гормональных препаратов помогает предотвратить развитие эндокринопатий, восстановить и сохранить репродуктивное здоровье в детородном периоде.

Мотивируя девушку на использование гормональной контрацепции, необходимо принимать во внимание и противозачаточную эффективность средства, и благоприятные неконтрацептивные эффекты, связанные как со здоровьем, так и с внешностью. При этом следует избегать критики и оценок, подбадривать неуверенных в себе подростков, стремиться к тому, чтобы решение о приёме КОК воспринималось как собственное, а не навязанное врачом мнение.

Как показывает наш клинический опыт, для большинства девушек, имеющих нерегулярные менструации, более приемлемым оказывается назначение КОК не с 1-го, рекомендуемого по инструкции, а с 5-го дня менструального цикла, имитирующее нормальную периодичность маточных кровотечений с самого начала приёма таблеток. Согласно мировой практике, такое отсроченное начало приёма гормональных контрацептивов не снижает их противозачаточный потенциал и не требует дополнительного предохранения от беременности [17]. Более того, любой день потенциально пригоден для

начала использования КОК при условии уверенности в отсутствии беременности, дополнительной контрацепции в течение недели и учёте собственного ритма менструаций [8]. Эта методика «Быстрого старта» позволяет увеличить долю подростков, принимающих гормональные контрацептивы. Действительно, получив рекомендации по началу приёма препарата через несколько недель в первый день цикла, девушка, не обладая ещё той мерой ответственности, которая свойственна взрослым женщинам, может забыть, пропустить первый день приёма гормонов, отложить его на следующий цикл, потом на следующий цикл и так далее. «Быстрый старт» позволяет начать контрацепцию немедленно, особенно если, как это принято в некоторых странах, контрацептивные препараты выдаются подросткам бесплатно при консультировании врачом.

Консультирование подростков по приёму КОК должно быть особенно тщательным. Легкомысленность в отношении здоровья, присущая этой возрастной группе, отсутствие привычки к ежедневному приёму таблеток становится причиной более частых, чем у взрослых женщин, нарушений режима приёма контрацептивного средства. Врач или другой медицинский работник, рекомендующий приём КОК, должен, не надеясь на то, что девушка прочтёт инструкцию по использованию противозачаточного средства, объяснить главные правила его применения. Основное из них – это действия в случаях превышения длительности интервала между таблетками более 36-ти часов. Предложение по использованию пролонгированных режимов при первичном назначении КОК подростку не рекомендуется, если нет дополнительных лечебных показаний.

Общая длительность применения КОК девушкой-подростком должна ограничиваться исключительно потребностью в контрацепции, то есть приём таблеток продолжается столько, сколько необходимо предохранение от беременности. Перерывы в приёме КОК не только увеличивают риск незапланированной беременности, но и вредят здоровью. Эндокринная перестройка, вызванная перерывом в приёме гормонов на месяц и более, сопровождается изменениями в системе гемостаза, обмене жиров и углеводов, влечёт за собой нарушения вегетативных и психосоматических связей, установившихся на фоне гормональной стабильности. Перерыв в приёме КОК нейтрализует контрацептивные и некоторые неконтрацептивные эффекты гормональных препаратов, например, возможность лечения андрогензависимых дерматитов, меноррагий, дисменореи, предменструального синдрома.

В целом, польза от приёма КОК намного превышает потенциальный риск их использования, а выявление групп риска по тромбофилическим осложнениям и рекомендация в этих группах другого метода предохранения от беременности, практически сводит к нулю возможность осложнений. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что 5-летнее использование КОК женщинами в возрасте до 30 лет увеличивает продолжительность их жизни. Следовательно, назначение комбинированной оральной контрацепции подросткам не только сохраняет репродуктивный потенциал и репродуктивное здоровье, но и имеет большое значение в обеспечении общего здоровья женщин.

#### Литература

1. Филлипов О.С., Глебова Т.К., Шапранова Э.Д. Клинико-эпидемиологические аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков и девушек // Росс вестник акуш-гинеколог 2005; 4: 46–48.
2. Филлипов О.С., Гусева Е.В. Нежеланная беременность и материнская смертность от абортов в Российской Федерации // Репродуктивное здоровье детей и подростков 2008; 4: 21–26.
3. Синчихин С.П. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Репродуктивное здоровье детей и подростков 2008; 2: 43–50.
4. Уварова Е.В. Основные проблемы контрацепции у сексуально

активных подростков // РМЖ 2002; 9: 6.

5. Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Таенкова А.А. Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи // РМЖ 2004; 12: 5.

6. Уварова Е.В., Савельева И.С. Благоприятные свойства комбинированных оральных контрацептивов как основа современной стратегии охраны репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи // Репродуктивное здоровье детей и подростков 2005; 1: 66–73.

7. Белокриницкая Т.Е., Тиханова Л.А., Мочалова М.Н., Некрасова Н.Е. Медико-социальный портрет молодой матери, отказавшейся от своего ребёнка // Репродуктивное здоровье детей и подростков 2008; 2: 9–12.

8. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. The use of contraception outside the terms of the product licence // J Fam Plan Reprod Health Care 2005; 31 (3): 225–242.

9. Адаскевич И.П. Акне вульгарные и розовые. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003; 160.

10. Schindler A.E., Campagnoli C., Druckmann R. Classification and pharmacology of progestins // Maturitas 2003; 46 (S1): 7–16.

11. Benagiano G., Primiero F.M., Farris M. Clinical profile of contra-

ceptive progestins // Europ J Contracept Reprod Health Care, 2004; 9: 182–193.

12. Hubert J., Foidart J.M., Wuttke W. et al. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone // Eur J Contracept Reprod Health Care 2000; 5: 25–34.

13. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Дисменорея у подростков. В кн.: Практическая гинекология (клинические лекции) / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. М.: МЕДпрессинформ, 2001: 465–482.

14. Carpehter S.E.K., Rock J.A. Pediatric and adolescent gynecology. Philadelphia, LWW 2000.

15. Межевитинова Е.А., Куземин А.А. К вопросу о лечении дисменореи и предменструального синдрома. Гинекология 2001; 3 (4): 34–37.

16. Wrinkler U.H., Ferguson H., Mulders J.P. Cycle control, quality of life and acne with two low dose oral contraceptives containing 20 mkg ethinylestradiol // Contraception 2004; 69: 469–476.

17. World Health Organization (WHO). Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use (2nd edn). Geneva, Switzerland: WHO, 2004.