



## Особенности контрацепции у подростков

Подростковым периодом принято определять период в жизни женщины от 10 до 18 лет. Фертильным подростковым периодом называют период от менархе до 18 лет. Менархе – возраст первой менструации – у девочек может быть различным. Обычно он приходится на 11-13 лет. С момента менархе девочка способна к зачатию.

В подростковом периоде многие девочки и мальчики вступают в половую связь, подвергаясь высокому риску заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, непланируемой беременности, аборту и его осложнениям. Изменение ситуации возможно только с воспитанием ответственного отношения к вопросам семьи и сексуальных отношений, включающего вопросы контрацепции.

## Главная задача контрацепции у подростков

- профилактика
  - ▶ первого аборта
  - ▶ инфекций, передаваемых половым путем
  - ▶ СПИДа



Не вызывает сомнения, что к контрацепции для сексуально активных подростков предъявляются наиболее строгие требования. В первую очередь – ее высокая, близкая к 100%, надежность. Важным требованием к контрацептивам является их хорошая переносимость и максимальная безопасность для здоровья подростка. Не менее важна для юных потребителей хорошая обратимость контрацепции, т.е. быстрое восстановление способности к зачатию. Определенное значение имеют доступность, конфиденциальность, экономические и некоторые другие критерии социального и личного характера.

## Основные требования к подростковой контрацепции:

- ▶ Высокая эффективность
- ▶ Хорошая переносимость
- ▶ Безопасность
- ▶ Обратимость – быстрое восстановление способности к зачатию после прекращения использования контрацептива
- ▶ Защита от ИППП и СПИДа

Большое значение имеют:

- Доступность
- Конфиденциальность
- Экономическая выгода

В настоящее время медикаментозный рынок России представлен широким спектром средств и методов контрацепции. Из числа этого большого выбора методов контрацепции подростки могут использовать любой метод и должны иметь большую свободу выбора в данном отношении.

При сомнении по поводу допустимости использования определенных противозачаточных средств подростками следует сопоставить риск с потенциально положительным эффектом, связанным с предупреждением беременности.

На выбор и использование методов контрацепции подростками оказывают влияния такие обстоятельства, как:

- ❑ нерегулярный характер половой жизни
- ❑ беспорядочные половые контакты
- ❑ стоимость того или иного средства контрацепции
- ❑ необходимость скрывать от окружающих факт наличия сексуальных отношений и пользования противозачаточными средствами.

## По заключению ВОЗ:

▶ “Подростковый возраст как таковой не является основанием для отказа от какого-либо метода контрацепции...”

▶ Наиболее приемлемыми для сексуально активных подростков признаны КОК, содержащие малые дозы эстрогенов (20–30 мкг) и прогестагены третьего поколения.



В связи с распространением ИППП и СПИДа при беспорядочных половых контактах наиболее предпочтительно сочетание КОК с презервативом.

Ранее считалось, что ограничением назначения гормональной контрацепции для подростков являются:

- ❑ неустановившийся ритм менструаций в течение 2–х лет с менархе,
- ❑ низкий рост (менее 150 см),
- ❑ избыточная масса тела

В настоящее время установлена неточность в суждениях о том, что у девочек, менструирующих первые 2 года, отмечается незрелость гипоталамо-гипофизарного звена репродуктивной системы и назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) может приводить к длительному, иногда необратимому, торможению секреторной активности гипоталамуса и гипофиза.

Преобладание ановуляторных или неполноценных овуляторных циклов с менархе до 14 лет не означает невозможности наступления беременности, которая у сексуально активной девочки–подростка чаще всего заканчивается абортom. Наличие 3 регулярных менструаций свидетельствует о степени зрелости гипоталамо-гипофизарной оси, достаточной для обеспечения воспроизводства (S.Dexheus,1997). Нерегулярные менструации не могут относиться к противопоказанию приема гормональных препаратов. Напротив, назначение современных КОК обеспечивает контроль длительности цикла и профилактику возникновения ювенильных маточных кровотечений.

Низкий рост тоже не должен рассматриваться противопоказанием назначения гормональной контрацепции у сексуально активных девочек–подростков. Утверждение о том, что прием гормонов в целях контрацепции обуславливает ускорение полового созревания и закрытия зон роста костей, не имеет под собой никакого основания. Во–первых, удлинение трубчатых костей после “скачка роста”, предшествующего менархе, практически прекращается (S.Dexheus,1997). Во–вторых, биологический возраст у начавших менструировать девушек с ростом ниже 150 см, как правило, совпадает с паспортным возрастом. И в-третьих, замена эндогенных эстрогенов малой дозой этинилэстрадиола, экзогенно вводимого в составе КОК, может явиться биологически более приемлемой для стимуляции остеокластов и роста костей.

Избыток массы тела также не должен останавливать юную женщину от использования современных КОК. Оказалось, что микродозированные контрацептивы с прогестагенами 3–го поколения практически не влияют на массу тела (R.Short и J.Endrikat, 1995). На фоне приема таких препаратов отмечалось как сохранение прежней массы тела, так и ее снижение.

Увеличение исходной массы тела на 2-4 кг за год приема КОК наблюдалось в основном у женщин, изменивших объем, рацион и режим приема пищи.

Очевидно, что многие рекомендации по правильному пользованию методами контрацепции, которые предназначены для лиц зрелого возраста, применимы также в отношении подростков. Однако некоторые состояния (например, расстройства сердечно-сосудистой системы), которые могут ограничивать применение тех или иных методов у женщин более зрелого возраста, не оказывают какого либо существенного влияния на их эффективность, когда речь идет о лицах юношеского возраста, поскольку такие расстройства здоровья в данной возрастной группе встречаются крайне редко.

## КОК для подростков

Прогестаген 3-го поколения и выше	Контрацептив	Этинилэстрадиол (доза в таблетке)
Дезогестрел	Марвелон	30 мкг
	Мерсилон	20 мкг
	Регулон	30 мкг
	Новинет	20 мкг
Гестоден	Фемоден	30 мкг
	Логест	20 мкг
Норгестимат	Силест	35 мкг
Ципротерона ацетат	Диане-35	35 мкг
Диеногест	Жанин	30 мкг
Дросперинон	Ярина	30 мкг



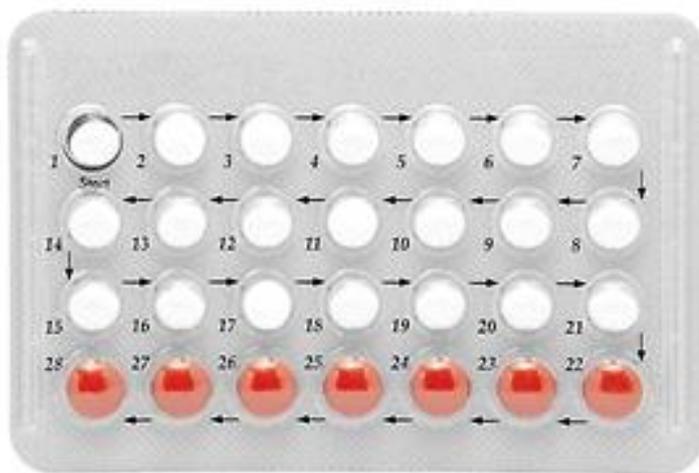
В настоящее время в мире насчитывается около 500 различных КОК, которые классифицируют по типу прогестагенного компонента, по дозе входящего в каждую таблетку этинилэстрадиола (ЭЭ), по составу. Соединения с гестагенной активностью 3-го поколения называют прогестагенами. Прогестагены - это производные (дериваты) соответствующих стероидов.

Производные от С19-стероидов (С19-нортестостерона) – дезогестрел, гестоден, норгестимат, диеногест; С21-стероидов (прегнанов) – ципротерона ацетат; производные спиронолактона – дросперинон. Обладают выраженными прогестероноподобными свойствами. Это позволяет существенно снизить дозу прогестагена, необходимую для подавления овуляции.

Прогестагены обладают сродством к прогестероновым и андрогенным рецепторам. Высокая способность прогестагенов 3-го поколения избирательно блокировать указанные рецепторы и оставлять незанятыми эстрогеновые, обусловила улучшение эстрогенных эффектов ЭЭ на органы мишени при снижении дозы эстрогенов. Это позволило существенно снизить риск возникновения эстрогензависимых побочных эффектов (тошнота, задержка жидкости, нагрубание молочных желез, головная боль) и исключить клинически значимое влияние на свертываемость крови.

## Длительность приема КОК подростками

- ▶ Принимать КОК необходимо так долго, как существует потребность в контрацепции



Функциональное состояние репродуктивной системы у женщины, принимающей КОК, нередко сравнивают с ранними сроками беременности, являющейся физиологическим процессом. Отмечено, что длительное использование КОК в течение интергенетического интервала и наличие желанного количества беременностей создает условия функционирования репродуктивной системы, которые аналогичны таковым у женщин, никогда не предохранявшихся от беременности и имеющих 10–12 вскормленных грудью детей. Последний вариант репродукции мало приемлем для современной стадии развития общества, несмотря на то, что считается наилучшим способом профилактики возникновения рака яичников, эндометрия и молочных желез.

Именно поэтому существующее до сих пор мнение об опасности длительного применения гормональной контрацепции без перерывов на 2–4 месяца, не только не точно, но и вредно. Во время перерывов нежелательная

беременность возникает у каждой четвертой молодой женщины (Guillenbaud,1996).

Наоборот, понятна точка зрения современных специалистов о возможности и необходимости приема КОК без перерывов так долго, как существует потребность в контрацепции. По данным V.Bagwell и соавторов (1996), благотворное действие КОК на репродуктивную систему усиливалось по мере увеличения продолжительности их применения, а защитный эффект препаратов был выражен гораздо сильнее у сексуально активных женщин, начавших прием КОК в молодом возрасте. Частота последующего бесплодия у женщин, применяющих КОК, оказалась в сотни раз меньшей, чем у сверстниц, имевших роды и аборт без использования контрацепции (Harlap,1991).

## Программирование сроков менструации



Классическая схема применения комбинированных пероральных контрацептивов 21/7 была разработана с целью имитации нормального менструального цикла. При таком режиме приема КОК у женщин, принимающих пероральные комбинированные контрацептивы, кровотечения отмены происходят в течение 1 нед каждые 28 дней.

В настоящее время, учитывая многогранность клинического действия КОК, активно изучаются и применяются в клинической практике разные режимы использования гормональных контрацептивов. Эти режимы используют в основном для отсрочки менструальноподобной реакции.

Существуют схемы:

1. короткого дозирования, позволяющие увеличить интервал между менструациями на 4-6 недель
2. длительного дозирования, способные задержать очередную менструацию на срок от 6 недель (42 дня) до 126 дней

Применение схем короткого дозирования было предложено с целью отсрочки ожидаемых спонтанных менструаций или задержки кровотечения отмены у женщин, использующих пероральные комбинированные контрацептивы. Необходимость в отсрочке связывалась с образом жизни женщины, предусматривающим спортивные соревнования, командировки, длительные поездки и т.д. Группой британских исследователей была выявлена тенденция к сезонному увеличению использования контрацептивных средств в летние месяцы и периоды Рождества и Нового года, что, по их мнению, связано с желанием женщин задержать наступление менструаций во время отпуска.

Применение схем длительного дозирования в основном связано с медицинскими показаниями, включающими в себя различные предменструальные и связанные с менструацией патологические изменения, необходимость уменьшения кровотечений при анемии и др.

Подростками, которые ведут подвижный образ жизни, высоко оценивается возможность программирования сроков менструации за счет уменьшения или исключения 7–дневных перерывов, что никоим образом не вредит их здоровью. Использование КОК позволяет иметь хорошее самочувствие вне зависимости от дней менструального цикла: отмечается регуляция ритма менструации, ослабление или исчезновение проявлений предменструального синдрома и дисменореи, устранение овуляторных болей, уменьшение объема менструальной кровопотери.

В настоящее время существуют данные о том, что применение КОК в пролонгированном режиме целесообразно: при головных болях, возникающих во время перерыва приема КОК, обильных менструациях и мигренях (при отсутствии органической причины), эпилепсии, сахарном диабете, эндометриозе, миоме матки, синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), анемии.

Особенно важным свойством КОК является их способность уменьшать проявления юношеской гиперандрогении. В основе развития гиперандрогении лежит несоответствие секреции ЛГ и ФСГ в сторону преобладания выработки ЛГ, нередко возникающее у девочек пубертатного и подросткового периода. Воздействие ЛГ на яичники вызывает преимущественное развитие текального слоя фолликулов, продуцирующего андрогены, а ФСГ – гранулезного слоя фолликулов, в котором эти андрогены превращаются в эстрогены. При увеличении индекса ЛГ/ФСГ адекватного развития гранулезного слоя фолликулов не происходит, и накопленные андрогены поступают в кровь. Применение КОК в большей степени способствует уменьшению секреции ЛГ, что нормализует соотношение гонадотропинов и приостанавливает развитие текальных клеток. Помимо этого, входящий в состав КОК этинилэстрадиол способствует активации продукции гепатоцитами белков, связывающих половые стероиды. Высвобождающийся сексстероидсвязывающий глобулин (СССГ) вызывает уменьшение концентрации биологически активного свободного тестостерона.

В настоящее время накапливается опыт использования альтернативных таблеткам методов гормональной контрацепции (влагалищное кольцо НоваРинг, накожный пластырь ЕВРА). Эффективность этих средств контрацепции не уступает КОК. Для ряда женщин, например скрывающих прием контрацептивов или забывающих об их ежедневном приеме, альтернативные методы гормональной контрацепции являются более предпочтительными.

## Особенности организма подростков

1. Отсутствие менструально-подобных реакций в 7-ми дневный перерыв приема КОК
2. Появление межменструальных кровянистых выделений с увеличением продолжительности приема КОК

требуется прицельного обследования для решения вопроса целесообразности использования гормональной контрацепции подростком



Особенностью организма подростков является, как правило,

- умеренная эстрогенная насыщенность,
- высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней и
- относительный дефицит прогестерона.

Поэтому сексуально активным подросткам чаще всего сразу подходят препараты с низким содержанием эстрадиола и выраженными гестагенными свойствами.

У подростков реже наблюдаются скудные кровяные межменструальные выделения в течение 3–4 циклов приема КОК, чем у женщин активного репродуктивного периода.

Их появление обусловлено, в основном, пропуском таблеток, особенно слабо дисциплинированными подростками, и исходным состоянием эндо- и миометрия.

С увеличением продолжительности приема КОК исходное состояние эндо- и миометрия является основной причиной в генезе сохранения кровяных межменструальных выделений у юных женщин. В этой ситуации необходимо обязательно произвести УЗИ гениталий и микробиологические анализы в целях исключения эндометрита, очаговой гиперплазии или полипов эндометрия, а также эндометриоза матки.

Отсутствие менструальноподобных реакций в 7–дневные перерывы приема КОК чаще всего оказывается обусловленным повышенной активностью лактотрофов в условиях блокады секреции гонадотропинов гипофизом. Предрасполагающими факторами более высокого, чем в норме, образования пролактина у подростков, принимающих КОК, могут оказаться:

- микроаденома гипофиза,
- хронические стрессовые ситуации,
- дефицит массы тела, связанный с перенесенной в недалеком прошлом нервной анорексией,
- умственное переутомление,
- снижение функции щитовидной железы,
- хронические воспалительные процессы ротоглотки.

Данная ситуация требует проведения прицельного обследования для решения вопроса о целесообразности использования гормональной контрацепции этими подростками.

Многогранность клинического действия КОК дает возможность считать их препаратами первого выбора для защиты от нежелательной беременности у подростков.

В настоящее время в связи с распространением ИППП и СПИДа отношение к методам контрацепции во многих странах пересматривается. При беспорядочных половых связях с разными партнерами наиболее предпочтительным является «двойной» метод («метод пояса и подтяжек», «голландский метод»), т.е. *сочетание КОК с презервативом*. Этот метод позволяет сочетать высокую контрацептивную эффективность с защитой подростков от ИППП.

Представленные преимущества и риск использования различных средств и методов контрацепции должны обязательно учитываться специалистами, работающими с подростками. Важно помнить, что, с одной стороны, выбор всегда за пациентом, а с другой стороны, – любая контрацепция у сексуально активных подростков лучше аборта, риска развития осложненной беременности, а также рождения нежеланных детей.

## Литература

1. Прилепская В.Н., Хлебкова Ю.С. Пролонгированная контрацепция. Современные возможности, эффективность, перспективы (обзор литературы). Гинекология. 2016; 18 (1): 88–91. Consilium Medicum
2. Руководство по контрацепции /Под ред. проф. В.Н.Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 400 с.: ил.
3. Уварова Е.В. Основные проблемы контрацепции у сексуально активных подростков / Е.В. Уварова // РМЖ. Гинекология. 2001. - № 6, - С. 122