

КОНТРАЦЕПЦИЯ

Проблемы гормональной контрацепции у подростков

И.В.Кузнецова, В.А.Коновалов

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ММА им. И.М.Сеченова
(зав. – профессор А.И.Ищенко)

Планирование семьи и регуляция рождаемости имеют огромное значение в современном обществе как с позиции необходимости обеспечения экономического развития страны и увеличения численности населения, так и с позиции охраны здоровья матери и будущего поколения.

В кругу вопросов регуляции рождаемости особое положение занимает проблема контрацепции у подростков. Это закономерно. Пубертатный период – важнейший этап в жизни женщины. В подростковом возрасте линейное поступательное развитие сменяется на бурный ростовой скачок с интенсивным созреванием и функциональной перестройкой всех систем организма, в том числе репродуктивной. По напряженности процессов, протекающих в организме, период полового созревания занимает второе место после периода новорожденности. Жан-Жак Руссо назвал его «вторым рождением человека».

Одновременно с физиологическими изменениями в организме в подростковом возрасте происходит становление образа жизни, вырабатываются стиль и стереотипы поведения, включая сексуальное и репродуктивное. Группа юных женщин в возрасте 12–19 лет формирует фон и структуру осложненной беременности и перинатальной патологии в будущем, в значительной степени определяя здоровье последующих поколений [1].

Положение дел с регуляцией рождаемости в этой возрастной группе, к сожалению, нельзя считать благополучным. Раннее начало половой жизни, плохая информированность о методах контрацепции приводят к частому возникновению незапланированных беременностей, печальным исходом которых часто становится искусственный аборт. Из пяти беременностей у подростков только одна заканчивается родами, а четыре искусственно прерываются. Абсолютное число абортотворцев лиц моложе 19 лет в 2006 г. составило 143 816, или 10,26% от общего числа абортотворцев во всех возрастных группах.

Высокий уровень unplanned беременностей у подростков и молодежи поддерживается рядом медико-социальных факторов. К ним относятся, в частности, нежеланный секс, связанный с изнасилованием, сексуальным домогательством, неуважением

личной неприкосновенности, попустительством рискованных ситуаций. До сих пор существует мораль «двойного стандарта», осуждающая раннюю и высокую сексуальную активность молодых женщин, но лояльная к молодым мужчинам. Недостаточная информированность подростков является прямым следствием неэффективной медико-санитарной просветительской работы и дефицита консультативных услуг по вопросам репродуктивного здоровья и поведения. Работа специализированных учреждений здравоохранения осуществляется на высоком уровне, но их явно недостаточно для широкого охвата подростковой популяции. Очевидно, что помощь в выборе средства контрацепции у здоровых девушек, как и информация по проблемам планирования семьи и регуляции рождаемости, должна исходить от врачей первичного звена, квалификация которых, к сожалению, не всегда позволяет справиться с поставленной задачей. Низкий уровень образования и подростков, и врачей в данной сфере ведет к неэффективному использованию противозачаточных средств. Наконец, все перечисленные факторы поддерживаются недооценкой в обществе значения вопросов планирования семьи для сохранения здоровья популяции и репродуктивного потенциала.

Между тем, по словам заместителя председателя Комитета Госдумы по образованию и науке Сергея Колесникова, «к 2025 г. репродуктивный потенциал России может оказаться в "точке невозврата", из которой его будет практически невозможно восстановить». И, несмотря на озабоченность проблемой на самом высоком государственном уровне, до ее решения еще далеко.

Представляется крайне важным распространение сведений о контрацепции, принципах выбора метода, возможных осложнениях и побочных действиях для осуществления адекватной помощи в предохранении от беременности юных женщин и сохранении их репродуктивного здоровья.

Организм девочки-подростка имеет ряд особенностей. Становление менструальной функции в пубертате проходит несколько этапов. В течение первых лет после менархе 80% менструальных циклов не сопровождается овуляцией, однако регулярный характер менструаций наблюдается у 75–80% девочек. У 20–25% под-

ростков на протяжении первых 2-х лет с менархе имеют место задержки менструаций, иногда сменяющиеся кровянистыми выделениями, по длительности превышающими 7 дней. Если эти менструальноподобные кровотечения не носят обильного характера и не приводят к анемии, то расцениваются как вариант физиологического становления менструальной функции. К 14–16 годам приблизительно у 75% девочек регистрируются регулярные овуляторные циклы. Следует отметить, что, несмотря на длительное становление овуляторного пика лютеинизирующего гормона (ЛГ) и полноценной лютеиновой фазы (это происходит к 17–18 годам), вероятность беременности существует с первой овуляцией, а следовательно, с первой менструацией. Описаны случаи беременности до менархе, т.е. когда первая менструация должна была стать завершением овуляторного цикла.

В возрастной группе 12–19 лет сексуально активные подростки составляют большинство (около 60%). Сексуальный дебют к 17 годам имеют 5,6% девушек, к 17 – 39,4–47,8%, а к 19 – 81,7%. Средний возраст сексуального дебюта у девушек приходится на 17,4±1,5 года [2].

Для большинства подростков начало сексуальной жизни является элементом самоутверждения, означает вхождение во взрослую жизнь. Вопрос деторождения при этом не ставится: 85% молодых людей обоих полов, вступающих в сексуальные отношения, планируют иметь детей через 5–8 лет после сексуального дебюта. Следует отметить, что согласно результатам социологических исследований лишь 24,9% девушек и юношей, начавших половую жизнь ранее 17 лет, не сожалеют о своей ранней сексуальной активности, большинство же признают, что начало половой жизни после совершеннолетия было бы более разумным.

Безусловно, ответственность за ошибки наших детей лежит на взрослых, и решать проблему ранней сексуальной активности следовало бы путем просвещения и создания определенных моральных норм. Однако современное общество не настроено на процесс морализации, и пока такая ситуация сохраняется, мы вынуждены заниматься не самой проблемой, а ее последствиями.

КОНТРАЦЕПЦИЯ

Негативных последствий ранней сексуальной активности гораздо больше, чем вероятной пользы. Подростки не осознают, что, рано вступая в интимные отношения, оказываются в зоне повышенного риска, связанного с потреблением алкоголя и наркотиков, курения, а это, в свою очередь, снижает способность принимать обоснованные решения и делает их поведение еще более рискованным.

Другое, не менее важное следствие сексуальной активности подростков – повышение риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. Это усугубляется особенностями сексуального поведения молодежи. Так, у 42% девушек сексуальный дебют происходит с малознакомым партнером на стадии влюбленности. Несмотря на то что, по результатам опросов, большинство девушек предпочитают иметь постоянного полового партнера, для подростковой популяции характерна частая смена партнеров, и 53,5% девочек-подростков к 19 годам успевают сменить от 3 до 6 партнеров. Помимо постоянного партнерства, девушки не исключают случайного секса или сексуальных отношений.

Ситуация усугубляется недостаточным образованием, причем источниками информации становятся не родители, учителя или медицинские работники, а друзья и интернет. В результате только 17% девочек-подростков считают, что в их возрасте сексуальные отношения могут нанести вред здоровью. Более того, осознавая возможность наступления беременности, половина девушек, имеющих опыт половой жизни, не используют противозачаточных средств.

Подавляющее большинство беременностей, возникающих у молодых женщин, являются нежеланными и прерываются с помощью искусственного аборта, моральный, психологический и физический вред которого трудно переоценить. Достаточно вспомнить, что более 50% аборт обуславливает ранние и поздние осложнения, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье. Таким образом, аборт наносит ущерб не только самой молодой женщине, но и обществу в целом, снижая его репродуктивный потенциал. Несмотря на это, именно аборт остается наиболее популярным методом регуляции рождаемости в России, в том числе и у молодого населения. Продвижению контрацепции как альтернативы аборту в нашей стране препятствует недостаточная информированность и подростков, и врачей о методах предохранения от беременности.

Наиболее значимым фактором при выборе метода контрацепции является его надежность (контрацептивная эффективность). Крайне важно также учитывать безопасность метода. Хорошая переносимость контрацепции и простота использования повышают приверженность методу, а неконтра-

цептивные положительные свойства позволяют реализовать дополнительные профилактические и лечебные цели некоторых гинекологических и экстрагенитальных заболеваний или состояний.

Сочетание эффективности, безопасности и дополнительных преимуществ характеризует прежде всего гормональную контрацепцию. По надежности метод приближается к 100%. Современные гормональные препараты не оказывают значимого влияния на метаболизм и систему свертывания крови у здоровых женщин, но обладают рядом профилактических и лечебных свойств. Гормональные противозачаточные средства широко используются в неконтрацептивных целях, поскольку их лечебные эффекты расширяют возможности терапии многих гинекологических заболеваний [3].

Гормональная контрацепция включает комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы и чисто гестагенные препараты. Последние в силу особенностей приема и механизма действия менее приемлемы у подростков, чем комбинированные средства. 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 сексуально активным подросткам комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие минимальные дозы женских половых гормонов.

КОК являются самым популярным противозачаточным методом в мире у женщин всех возрастных групп [4]. Эффективность метода составляет около 99% [5]. При правильном использовании КОК предохраняют от беременности посредством ингибирования овуляции, ступения цервикальной слизи, достижения атрофии эндометрия, нарушения перистальтики труб.

Все средства этой группы разрешены к использованию подростками, но следует согласиться с мнением, что у юных женщин лучшим выбором станут микродозированные КОК с прогестагенами третьего поколения [2].

Чувствительность к половым гормонам в пубертате выше, чем у взрослых женщин, поэтому микродоза этинилэстрадиола (ЭЭ), обладая лучшей переносимостью, достаточна для контроля цикла. Выбор КОК, содержащих микродозы ЭЭ, диктуется требованием максимальной нейтральности в отношении метаболизма, перживающего в течение пубертата определенное напряжение, связанное с физиологическими особенностями роста и формированием временной инсулинорезистентности.

Минимальная доза ЭЭ позволяет уменьшить риск эстрогензависимого

увеличения массы тела, обусловленного задержкой жидкости и увеличением уровня триглицеридов, поступающих в жировые депо. Одновременно улучшается переносимость КОК, поскольку такие побочные эффекты, как тошнота, рвота, головная боль, головокружение, депрессия, снижение полового влечения, нагрубание молочных желез, отечность, непосредственно зависят от дозы эстрогена [6]. Улучшение переносимости определяет повышенные приверженности пациенток контрацептивному методу.

Кроме микродозы ЭЭ, снизить вероятные негативные влияния на обмен веществ можно за счет правильного подбора прогестина. Прогестины третьего поколения, такие как дезогестрел и гестоден, вполне отвечают предъявляемым требованиям, поскольку их влияние на метаболизм клинически незначимо. Минимальная андрогенная активность этих прогестинов при их приеме позволяет избежать таких побочных эффектов, как увеличение массы тела, акне, сухость кожи, негативные изменения липидного профиля и толерантности к глюкозе, которые могли вызывать КОК, содержащие левоноргестрел, норэтиндрон или этинодиола диацетат. Более того, микродозированные КОК, в состав которых входят прогестины третьего поколения (Новинет, Линдинет-20 и др.), обладают антиандрогенным свойством, особенно полезным в периоде полового созревания.

Известно, что конец периода полового созревания отмечен физиологическим повышением продукции и биологической активности андрогенов. Это нормальное событие располагает к повышенной частоте возникновения угревой сыпи, пик клинических проявлений которой приходится на 14–17 лет [7]. Наличие угревой сыпи серьезно нарушает качество жизни подростка, отражаясь на нервно-психическом статусе, приводит к раздражительности, депрессивным состояниям и обуславливает социальные проблемы.

Одним из методов лечения акне у подростков вполне обоснованно считают КОК, лечебный эффект которых заложен в их основном контрацептивном механизме.

Контрацептивное действие КОК обеспечивается прогестином и связано в первую очередь с подавлением овуляции. Снижение секреции ЛГ, опосредованное прогестинами, закономерно приводит к снижению овариального андрогенного биосинтеза, что и служит основанием для назначения КОК больным акне.

При этом следует учитывать, что прогестины – производные норгестостерона – обладают остаточной андрогенной активностью, степень выраженности которой определяет возможность назначения тех или иных КОК для лечения угревой сыпи. По вы-

КОНТРАЦЕПЦИЯ

раженности андрогенных свойств прогестина делятся на три группы. Минимальная андрогенная активность отличает гестоден, дезогестрел, норгестимат и медроксипрогестерона ацетат [8]. В КОК минимальная андрогенная активность прогестина нивелируется совокупным эстрогенно-гестагенным действием на стероидогенез. Пониженная андрогенность обуславливает эстрогензависимое увеличение половых стероидов связывающего глобулина (ПССГ) и снижение концентрации не только общего, но и свободного тестостерона.

Свойства прогестина с минимальной андрогенной активностью несколько различаются. Например, медроксипрогестерона ацетат обладает глюкокортикоидной активностью, что определяет его негативные дозозависимые влияния на метаболизм.

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% [9].

Сочетание минимальной андрогенной и высокой прогестагенной активности дезогестрела придает ему свойства наиболее селективного прогестина [10]. Селективность прогестина определяется по индексу, отражающему степень связывания с рецепторами прогестерона и андрогенов и, соответственно, желательные прогестагенные и нежелательные андрогенные эффекты. Активный метаболит дезогестрела обладает более высокой аффинностью к рецепторам прогестерона по сравнению с левоноргестрелом и норэтистероном и очень низкой аффинностью к рецепторам андрогенов (значительно более низкой, чем у левоноргестрела и норэтистерона). Эти особенности гестагенного компонента позволяют использовать микродозированный КОК, в состав которых входит дезогестрел (Новинет), в качестве лечебного препарата у подростков с внешними проявлениями гиперандрогении.

Наличие благоприятных неконтрацептивных эффектов КОК очень важно при выборе метода предохранения от беременности. Именно эти неконтрацептивные эффекты часто становятся основным мотивом предпочтения гормональных препаратов. 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.

Как видно из результатов опроса, проблема устранения или уменьшения менструальных болей не менее значима для подростков, чем проблема угревой сыпи.

Менструальная боль и ее ежемесячное ожидание отражаются не только на физическом, но и на эмоциональном, психическом самочувствии девушек. Именно в подростковом возрасте болевой приступ часто сопровождается рвотой (84%), диареей (79,5%), головокружением (22,7%), головной болью (13,6%) и обмороками (15,9%) [11].

Происхождение дисменореи, первичной либо вторичной, чаще всего связано с врожденным или приобретенным нарушением синтеза или обмена эйкозаноидов, особенно простагландинов. Обмен простагландинов зависит и от уровня прогестерона. Снижение концентрации 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 и увеличение частоты и интенсивности маточных сокращений. Возникающая ишемия миометрия ведет к усилению чувствительности болевых рецепторов к брадикинину и другим стимулам [12]. Особенности патогенеза дисменореи определяют возможность ее лечения нестероидными противовоспалительными средствами и КОК. Эффективность обоих методов сравнима при правильном выборе прогестина, входящего в состав КОК. При использовании КОК уменьшается синтез простагландинов и снижается сократительная активность миометрия, степень ишемии и болевых ощущений. Симптомы первичной дисменореи редуцируются на 70–80% [13, 14]. Среди прогестина, приемлемых для лечения дисменореи, – гестоден обладает сильной прогестагенной активностью. Гестоден входит в состав микродозированного КОК Лидинет-20, зарекомендовавшего себя как эффективное средство лечения дисменореи у девушек.

Дисменорея является не самым распространенным нарушением менструального цикла. Наиболее часто встречаются маточные кровотечения пубертатного периода (26%) и олигоменорея (20,9%). КОК могут эффективно использоваться для регуляции цикла у данного контингента больных.

Как показывает наш клинический опыт, для большинства девушек, имеющих нерегулярные менструации, более приемлемым оказывается назначение КОК не с 1-го, а с 5-го дня цикла, имитирующее нормальную периодичность маточных кровотечений с начала приема таблеток. Согласно мировой практике, такое отсроченное, вы-

ходящее за рамки инструкции, начало приема гормональных контрацептивов не снижает их противозачаточный потенциал и не требует дополнительного предохранения от беременности [15]. Более того, нет необходимости ждать спонтанную менструацию или вызывать ее прогестинами для начала приема комбинированных контрацептивных средств: любой день потенциально пригоден для начала использования КОК при уверенности в отсутствие беременности, использовании дополнительной контрацепции в течение 1 нед и учете индивидуального ритма менструаций [3].

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

В целом польза от приема КОК намного превышает риск их использования. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что 5-летнее использование КОК женщинами в возрасте до 30 лет увеличивает продолжительность их жизни. Следовательно, назначение КОК подросткам не только сохраняет репродуктивный потенциал и репродуктивное здоровье, но и имеет большое значение для обеспечения общего здоровья женщин.

Литература

1. Филипов О.С., Глебова Т.К., Шанранова Э.Д. Клинико-эпидемиологические аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков и девушек. *Рос. вестн. акуш.-гиг.* 2005; 4: 46–8.
2. 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.
3. 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): 225–42.
4. Piccino L.J., Mosher W.D. Trends in contraceptive use in United States. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 4–10.
5. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F et al. *Contraceptive technology*. Ardent Media, Inc, New York 1998.
6. Rosenberg MG, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 577–82.
7. Адашкевич И.П. Акне вульгарные и розовые. *Новгород: Изд-во НГМА*, 2003.
8. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R. Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas* 2003; 46 (S1): 7–16.
9. Hubert J, Foidart JM, 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.
10. Benagiano G, Primiero FM, Farris M. Clinical profile of contraceptive progestins. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004; 9: 182–93.
11. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Дисменорея у подростков. *Практическая гинекология (клинические лекции)*. Под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Грипенко. М.: МЕДпрессинформ, 2001; 465–82.
12. Carpebter SEK, Rock JA. *Pediatric and adolescent gynecology*. Philadelphia: LWW 2000.
13. Межевитинова Е.А., Кузмин А.А. К вопросу о лечении дисменореи и предменструального синдрома. *Гинекология*. 2001; 3 (4): 34–7.
14. Wrinkler UH, Ferguson H, Mulders JP. Cycle control, quality of life and acne with two low dose oral contraceptives containing 20 mcg ethinylestradiol. *Contraception* 2004; 69: 469–76.
15. World Health Organization (WHO). *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use (2nd ed)*. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.