



Современное представление использования комбинированных оральных контрацептивов в подростковом периоде

В.Н. Кустаров, М.А. Умарова, Г.Б. Ходжиева*

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия;

*ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

В обзоре изложено современное представление о приёме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в ювенильном периоде. Гормональная контрацепция является наиболее надёжным методом обратимого предупреждения беременности практически со 100% эффективностью и поэтому занимает одно из ведущих мест среди регуляции рождаемости. Многогранность клинического действия КОК позволяет считать их препаратами первого выбора для защиты от нежелательной беременности у сексуально-активных подростков. Наиболее актуальными эффектами КОК являются профилактическое и лечебное действие в отношении таких заболеваний/состояний, как анемия, меноррагия, дисменорея, функциональные кисты яичников, воспалительные заболевания органов малого таза.

Ключевые слова: комбинированные оральные контрацептивы, "сексуально-активные" подростки, подростковый период

Состояние здоровья и развитие общества во многом определяется уровнем популяционного здоровья подростков, которые составляют значительную часть в структуре населения, оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют её культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал [1].

По данным Прилепской В.Н., подростковый возраст чрезвычайно важен, так как он определяет физическое и нравственное состояние человека в будущем, является критическим периодом постнатального развития и для него характерно множество психологических особенностей. С учётом сроков соматического, психологического и социального созревания подростками считают лиц в возрасте 12-18 лет. Особую роль играют психологические ситуации, связанные с процессами становления репродуктивных функций и оформления, связанного с полом социального статуса [2].

Пубертатный период (ПП) или период полового созревания, — поворотный, критический период в онтогенезе человека, за время которого организм ребёнка превращается в зрелый организм взрослого, ведущая роль при этом принадлежит изменениям в эндокринной, вегетативной и половой сферах, в свою очередь, тесно связанных с формированием всех других функциональных систем [3]. ПП представляет собой время созревания репродуктивной системы, конечным результатом которого является половая зрелость, готовность к деторождению [4].

Галлямова Ю.А., Савельева И.С. отмечают, что в настоящее время биологическое взросление подростков происходит раньше, чем было у предыдущих поколений, но личность при этом не достигает ещё психологической и социальной зрелости. С этим связано резкое увеличение числа сексуально активных подростков во всём мире. Раннее начало половой жизни, раскованные формы сексуального поведения являются причинами катастрофического роста у молодёжи заболеваний, передающихся половым путём, и медицинских аборт [2,5, 6].

В возрастной группе 12–19 лет сексуально активные подростки составляют большинство (около 60%). Сексуальный дебют к 15 годам имеют 5,6% девушек, к 17 – 39,4–47,8%, а к 19 годам – 81,7%. Средний возраст сексуального дебюта у девушек составляет $17,4 \pm 1,5$ года [7].

В России частота аборт в подростковом периоде колеблется от 10 до 15%. В 2006 г. частота аборт у девочек в возрасте 14 лет составила 0,06%, у девушек 15-19 лет - 10,2%. Негативная тенденция проявляется и в увеличении частоты аборт у подростков до 14 лет на сроке 22-27 недель [8-10].

Сохранение репродуктивного потенциала у девочек-подростков – одно из актуальных направлений современной медицины [11,12]. Для сохранения здоровья и профилактики аборт юным женщинам, начавшим половую жизнь, необходимо использование контрацептивных средств. Согласно приказу МЗ РФ



№186 от 15.11.1991г., каждый гинеколог, работающий с подростками, обязан заниматься не только реабилитацией пациенток, перенёвших искусственный аборт, но и индивидуальным подбором оптимальной контрацепции у всех сексуально активных девочек с последующим диспансерным наблюдением. Важным требованием к контрацептивам является их хорошая переносимость и максимальная безопасность для здоровья подростка, а также обратимость контрацепции, т.е. быстрое восстановление способности к зачатию после прекращения её применения [13].

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) являются более надёжными и обратимыми средствами предохранения от беременности в сравнении с другими контрацептивными средствами. Теоретический и реальный индекс Перля современных КОК составляет 0,04–0,07 и 0,3–0,9 соответственно [14]. Индекс Перля = (число зачатий × 1200) / число месяцев наблюдения. Этот показатель отражает число беременностей у 1000 женщин в течение года без применения контрацептивов. КОК являются самым популярным противозачаточным методом в мире у женщин всех возрастных групп [15]. КОК можно использовать у подростков с возраста менархе при условии, что нет заболеваний, ограничивающих или исключающих приём гормональных контрацептивов - первая категория приемлемости по ВОЗ (2004 г).

СТРУКТУРА И СВОЙСТВА КОК. Комбинированные оральные контрацептивы получили своё название благодаря включению в каждую таблетку, принимаемую перорально, прогестагенного и эстрогенного компонента. Прогестагенный компонент привносит в препарат основной эффект, заключающийся в блокаде выделения гонадотропных гормонов. Добавление эстрогенов позволяет ускорить восстановление эндометрия, уменьшить величину и продолжительность кровопотери, усилить блокаду овуляции, устранить дефицит эндогенного эстрадиола, ослабить андрогенные свойства прогестагенов [16].

Эстрогены улучшают питание тканей эстроген-чувствительных органов (мочеполовых органов, молочных желёз, кожи). Они вызывают пролиферацию эндометрия, эпителия кожи и слизистых оболочек наружных половых органов и влагалища, увеличение размеров матки и молочных желёз, повышают усвоение кальция костной тканью, устраняя остеопороз, способствуют росту костей, стимулируя функцию костеобразования [17]. 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, переживающего в течение пубертата определённое напряжение, связанное с физиологическими особенностями роста и формированием временной инсулинорезистентности [18].

У здоровых девушек клинического значения особенности действия этинил-эстрадиола 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 [19].

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 желёз, отёчность, зависят непосредственно от дозы эстрогена [20]. Прогестины вызывают секреторную трансформацию эндометрия, подобную действию прогестерона при нормальном менструальном цикле [21].

Большим достоинством прогестагенов последнего поколения является очень слабый андрогенный эффект (гестоден, дезогестрел) или его отсутствие наряду с наличием антиандрогенных свойств (ципрогестерон ацетат, диенгест) при сохранении высокой гестагенной активности, что определяет их преимущества в некоторых ситуациях [22]. Гестагены, входящие в состав современных гормональных контрацептивов, могут быть производными прогестерона или нортестостерона. Производные прогестерона обладают гестагенным действием и, как правило, не оказывают ни значимого эстрогенного, ни андрогенного влияния на организм. Производные тестостерона, относящиеся к норэтинодроновой группе, обладают суммарным биологическим действием, которое складывается, в зависимости от их вида, из гестагенного, эстрогенного и андрогенного эффекта.

КОК подразделяются на два основных типа:

- 1) монофазные – с постоянной ежедневной дозой эстрогена и гестагена (микрогинон, регивидон, фемоден, диане-35, марвелон, силест, логест, новинет, регулон и др.);
- 2) многофазные: двух- и трёхфазные - с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующие колебания уровня яичниковых гормонов (триквилар, трирегол и др.) [23].

По количеству эстрогенного компонента в составе таблетки КОК подразделяются на:

- высокодозированные – 50 мкг ЕЕ/сут (овидон);
- низкодозированные – не более 30-35 мкг ЕЕ/сут (диане-35, жанин, фемоден, ярина, силест, марвелон, регулон, триквилар, три-регол, три-мерси и т.д.);
- микродозированные – 15-20 мкг ЕЕ/сут (логест, мирелль, новинет мерсилон, линдинет и т.д.) [24].



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КОК. КОК обеспечивают регуляцию фертильности благодаря следующим механизмам действия: торможению секреции гонадотропин-рилизинг-гормона; снижению выработки гонадотропинов (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормона) в гипофизе; подавлению активности фолликулогенеза; отсутствию созревания доминантного фолликула и овуляции; сгущению цервикальной слизи, препятствующей продвижению сперматозоидов; снижению пролиферативной активности и отсутствию полноценных секреторных преобразований в ткани эндометрия, необходимых для имплантации [25]; замедлению скорости сокращения маточных труб (как следствие — замедление продвижения яйцеклетки по трубе) [26].

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 [7]. При использовании микродозированных препаратов значительно уменьшается выраженность эстрогензависимых побочных эффектов (тошноты, нагрубания молочных желёз), которые не оказывают значительного влияния на здоровье женщины, однако имеют важное значение для последовательного использования метода и в связи с которыми 15–20% женщин в течение первого года прекращают приём КОК [27,28].

В 70-х годах прошлого века целой группой исследователей (Hirschler, Gimes, Dekov, Vilics и др.) были разработаны критерии оценки женского фенотипа в зависимости от гормональной доминации. В связи с этим было предложено 3 типа женского конституционно-биологического характера:

- тип с преобладанием эстрогенов
- сбалансированный тип
- тип с преобладанием гестагенов (андрогенов).

При назначении ОК следует учитывать качество менструаций и размеры матки. Состояние матки и характер менструаций лучше, чем простая оценка внешних признаков, отражает гормональный фон женщины:

- длительные и обильные менструации, особенно в сочетании с увеличенными размерами матки, свидетельствуют о преобладании активности эстрогенов,
- короткие и скудные менструации в сочетании с гипоплазией матки - о преобладании активности прогестерона [29].

Показания для применения КОК в клинике гинекологии детей и подростков:

- заместительная гормонотерапия
- гемостатическая терапия
- терапия, регулирующая менструальный цикл
- терапия, улучшающая кровообращение в половых органах
- терапия, усиливающая пролиферацию эпителия половых органов
- терапия, способствующая секреторным превра-

щениям эндометрия

- терапия, вызывающая атрофию эндометрия
- подавление гонадотропной функции гипофиза
- лечение ретенционных кист яичника
- регуляция сократительной функции матки
- лечение мастопатии
- лечение гиперандрогенных состояний кожи [26].

НЕКОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК. КОК применяют для лечения нарушений менструального цикла, они снижают объём менструальной кровопотери, увеличивают количество регулярных циклов, уменьшают предменструальное напряжение, снижают частоту железодефицитных анемий, уменьшают риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза [26]. Доказано, что КОК снижают выбросы простагландинов, в результате чего уменьшаются сократительная маточная активность и боль. Симптомы первичной дисменореи уменьшаются на 70–80% при использовании КОК [30–32]. У женщин, когда-либо использовавших гормональную контрацепцию, снижается риск развития рака эндометрия и яичников [33,34].

Несколько исследователей подтвердили снижение частоты острых сальпингитов у девушек, использующих оральные контрацептивы, по сравнению с теми, кто не использует их [35,36]. В многоцентровом исследовании, проведённом в США, было установлено снижение частоты госпитализаций по поводу острых воспалительных изменений в репродуктивной системе в 2 раза у женщин, применявших гормональную контрацепцию по сравнению с теми, кто не использовал этот метод. Было обнаружено и лапароскопически подтверждено, что у женщин, использующих КОК, признаки воспаления в маточной трубе, как правило, выражены слабо или умеренно, в отличие от женщин, использовавших другой метод контрацепции или не использовавших никакого [37]. Обладая антиандрогенным действием КОК благоприятно влияют на кожу, уменьшая акне, себорею и гирсутизм [26].

Основанием для этого служит тот факт, что, обладая такой же эффективностью в устранении комедонов, папул и пустул, как и антибиотики, КОК не имеют характерных для антибиотиков побочных эффектов, их можно применять длительно [38]. Когортные исследования в Великобритании выявили, что в настоящее время подростки, принимающие КОК, подвергаются в 2 раза меньшему риску возникновения фолликулярных кист яичников и в 5 раз меньшему риску образования кист жёлтого тела по сравнению с пользующимися другими методами контрацепции [37,39]. Применение КОК при маточных кровотечениях пубертатного периода позволяет:

- корригировать систему гемостаза и останавливать кровотечение;
- способствовать устранению анемии за счёт улучшения функциональных свойств эритроцитов;
- регулировать ритм менструаций и предупредить рецидивы кровотечений;
- нормализовывать гормональный гомеостаз путём поддержания постоянного уровня этинилэстра-



- диола в сыворотке крови и/или применение КОК с выраженным прогестагенным и антиандрогенным действием, особенно содержащих дезогестрел;
- тормозить патологическую секрецию гонадотропинов;
 - корректировать отклонения вегетативного и психологического статуса девушек [40-43].

Особенно важным свойством КОК является их способность уменьшать проявления юношеской гиперандрогении. В настоящее время научно обосновано отсутствие значимого увеличения риска развития рака молочной железы даже у женщин, принимающих КОК с менархе до первой доношенной беременности [14].

В ЦЕЛОМ, приведённые выше данные свидетельствуют о широкой возможности использования гормональной контрацепции не только с целью защиты от наступления нежелательной беременности, но также и с лечебной целью. Грамотно и своевременно подобранная контрацепция является залогом успешного сохранения репродуктивного и сексуального здоровья. Таким образом, назначение комбинированной оральной контрацепции подросткам не только сохраняет репродуктивный потенциал и репродуктивное здоровье, но и имеет большое значение в обеспечении здоровья будущих матерей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кайгородова Л.А. Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин / Л.А.Кайгородова, Л.А.Несвяченая, М.Б. Хамошина. РМЖ.- 2009. – С. 151-158
2. Прилепская В.Н. Контрацепция и здоровье женщины / В.Н.Прилепская, Н.М.Назарова, Е.А.Межевитинова // РМЖ.-1999. -№1. - С.8-11
3. Куликов А.М. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты / А.М.Куликов, П.Н. Кротин. Учебное пособие для врачей-слушателей. -С-Пб. -2000. - С.36-40
4. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Э.К.Айламазян // «МЕД пресс-информ».- 2007. -С.82-90
5. Галлямова Ю.А. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины / Ю.А.Галлямова, Т.В. Яковлева // РМЖ.-2003.- №3. -С.22-25
6. Савельева И.С. Подростки, сохранение репродуктивного здоровья / И.С.Савельева, Ю.Б.Белохвостова // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. - РМЖ. -1998. -№1. -С.108-112
7. Уварова Е.В. Благоприятные свойства комбинированных оральных контрацептивов как основа современной стратегии охраны репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи / Е.В.Уварова, И.С.Савельева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. -2005. - №1. -С.66-73
8. Радзинский В.Е. Контрацепция у подростков. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.Е. Радзинский // Гинекология. -М. -2007. -Том 4. -№6. -С. 255-261
9. Хамошина М.Б. Особенности сексуального поведения как фактор риска репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края /М.Б.Хамошина //Вестник дерматологии и венерологии. -2006. -№6. -С. 22-26
10. The experience of the reduction of the number of abortions and level of maternal death-rate of women-teenagers/ L.A. Kaygorodova [at al.] / Eur. J Contracept Reprod Health Care 2008; 13 (Suppl. 2):57-58
11. Гойда Н.Г. Журнал практичного лекаря / Н.Г.Гойда // -2002.-№1.-С.3-7
12. Arch Pediatr / C.Duflos-Cohade [at al.] / - 2000. - №7.- P. 767-P. 772
13. Уварова Е.В. Дисменорея: современный взгляд на этиологию, патогенез и обоснование лечебного воздействия / Е.В.Уварова // Гинекология. -2004. -№3(6). -С. 114-120
14. Уварова Е.В. Основные проблемы контрацепции у сексуально активных подростков / Е.В. Уварова // РМЖ. -2001. -С. 222-230
15. Trends in contraceptive use in United States/ L.J.Piccino [at al.] / Fam Plann Perspect 1998; 30: 4-10
16. Уварова Е.В. Современные возможности использования комбинированных оральных контрацептивов в пубертатном периоде жизни / Е.В. Уварова // Акушерство и гинекология. -2003. -С. 43-48
17. Нестеровская И.В. Неконтрацептивные эффекты гормональных контрацептивов / И.В.Нестеровская, А.А.Осипова // Гинекология. -Том 10. -№2. - 2008. -С. 65-68
18. Кузнецова И.В. Проблемы гормональной контрацепции у подростков / И.В.Кузнецова, В.А. Коновалов// Гинекология.-Том 11. -№1.-2009. -С. 78-83
19. Кузнецова И.В. Гормональная контрацепция у подростков и молодежи / И.В.Кузнецова / Журнал «Трудный пациент». -№8. - 2010. -С.74-78
20. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons/ M.G.Rosenberg [at al.] / Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 577-82
21. Острейкова Л.И. Возможности применения нового низкодозированного контрацептива «Жанин» /Л.И.Острейкова // Гинекология. -Том 4. -№4. - 2002. -С. 55-58
22. Прилепская В.Н. Комбинированные оральные контрацептивы как профилактика аборта и гинекологических заболеваний у подростков / В.Н.Прилепская, Л.И.Острейкова // Гинекология. -Т.5. -№2. - 2003. -С. 18-21
23. Кашежева М.О. Современные гормональные контрацептивные средства (в помощь начинающему врачу) / Кашежева М.О. Гинекология Т4. №3. - 2002. -С. 60-64
24. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции / В.Н.Прилепская // «МЕДпресс-информ».- 2006. -С. 59-63
25. Тарасова М.А. Режимы комбинированной гормональной контрацепции / М.А.Тарасова, Т.М.Лекарева // Проблемы репродукции.-Т15. -№4. - 2009. -С. 90-93



26. Богданова Е.А. Комбинированные оральные контрацептивы в терапии заболеваний репродуктивной системы у девочек / Е.А.Богданова // РМЖ. -2001. -№9 (19). -С. 829-833
27. Пестрикова Т.Ю. Эффективность и безопасность применения монофазного перорального контрацептива / Т.Ю.Пестрикова, Н.И.Безрукова, О.А.Яхина //Гинекология. -Том 3. -№6. - 2001.-С. 46-49
28. Саидова Г.А. Современные контрацептивы / Г.А.Саидова // - Росс. мед. журн. - 2000. - №11. -С. 453-460
29. Тихомиров А.Л. Выбор гормонального контрацептива в зависимости от фенотипа женщины / А.Л.Тихомиров, А.И.Хольнов // - РМЖ.-2000. -№18. -С. 759-764
30. Межевитинова Е.А. К вопросу о лечении дисменореи и предменструального синдрома / Е.А.Межевитинова, А.А.Кузмин // Гинекология. -2001. -№3 (4). -С. 50-54
31. Coordinator of ETN@ Investigator Group. Improvement of dysmenorrhoea and premenstrual syndrome in NuvaRing users-a clinical experience program in Spain / Lete Lasa I. Gynecology and Obstetrics Department, Hospital Santiago Apostol, Vitoria, Spain
32. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2000) The investigation and management of endometriosis. Guideline July, 2000
33. Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring / T.Dieben [at al.] // Obstet Gynecol. 2002; 100:585-93
34. Valuation of NuvaRing acceptability in 14 countries / A. Novak [at al.] //Presented at the 17-th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, 2001
35. Rosenberg et al Contraception 2000; 60: 321
36. Obstet Gynecol Wolner-Hansson P [at al.] // 1985; 66: 233
37. Савельева И.С. Контрацепция у подростков: лечебные аспекты / И.С.Савельева // Гинекология. -Том 2. -№6. - 2000. -С. 119-123
38. Серов В.Н. Новые возможности лечебного действия комбинированных оральных контрацептивов / В.Н.Серов, С.В.Никитин // Контрацепция и здоровье женщины. -2004. -№1. -С. 25-30
39. Obstet Gynecol. Killick et al // 1998; 179:518
40. Лукина Н.А. Рациональный выбор современных гормональных контрацептивов при фармакотерапии различных нарушений менструального цикла у подростков / Н.А.Лукина, Ю.С.Родина, В.И.Черняева [и др.] // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии. Тезисы международного конгресса. -М.- 2006. -С. 103-104
41. Пересада О.А. Клиническая эффективность препарата Линдинет в комплексной терапии нарушений менструального цикла у девушек / О.А.Пересада, Т.В.Колодко, Д.А.Солошкина // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии. Тезисы международного конгресса. -М. - 2006. С. 139-140
42. Прилепская В.Н. Эффективность и приемлемость контрацептивного кольца Новаринг в клинической практике / В.Н.Прилепская, Е.А. Межевитинова, Н.М.Назарова [и др.]// АГ. - 2006. -№6. -С. 54-57
43. Радзинский В.Е. Фарматека. Гормональная контрацепция у подростков и молодых женщин / В.Е.Радзинский, М.Б.Хамошина, Р.Г.Абдуллаева, Е.В.Радзинская// - РМЖ. -№1.-2009. -С.12-14

Summary

Modern concepts of combined oral contraceptives in adolescence

V.N. Kustarov, M.A. Umarova, G.B. Hodzhieva

The review sets out the modern idea of combined oral contraceptives (COC) in the adolescent period. Hormonal contraception is the most reliable method of reversible pregnancy control with almost 100% efficiency and, therefore, is one of the leading birth control methods. The versatile clinical effects of the COC make it first choice protection from unwanted pregnancies in sexually active adolescents. These effects are preventive as well as therapeutic for anemia, menorrhagia, dysmenorrhea, functional ovarian cysts, and pelvic inflammatory disease.

Key words: combined oral contraceptives, sexually active adolescents, adolescent period

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.А. Умарова – аспирант Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования РФ; Санкт-Петербург, пр.Просвещения - 45/75.Тел: +79095785734