

Особенности контрацепции у молодежи

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), четверть всего человечества составляют лица в возрасте от 10 до 24 лет. Молодежь является крупнейшей когортой, оказывающей влияние на будущее социальной сферы, экономики и здравоохранения.

Современное молодое поколение рано начинает ощущать себя взрослыми, стремится отделиться от родителей и начать вести самостоятельную жизнь. Для молодых людей характерным является активный поиск себя и экспериментирование в разных ролях и в различных областях.

Иногда такое экспериментирование заключается в употреблении алкоголя, наркотиков, курении или сексуальной активности. За последние десятилетия отмечается значительный рост числа молодых людей до 20 лет, имеющих сексуальный опыт. По данным статистики, в большинстве западных стран средний возраст, в котором молодежь начинает вести половую жизнь, составляет около 17 лет. К 18 годам 60% женщин вступают в половую связь, а к 20 годам - почти 80%, у многих к этому возрасту было более одного полового партнера. Часто молодые люди имеют самый низкий уровень полового воспитания и не применяют какие-либо методы контрацепции, что подвергает их более высокому риску нежелательной беременности, небезопасных аборт и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [1].

Согласно данным демографического ежегодника России в 2020 году 50 143 девушек 15-19 лет стали матерями [2]. Подавляющее большинство беременностей в молодом возрасте являются нежеланными и могут иметь серьезные последствия. Ранняя беременность способствует материнской и детской смертности, осложнения беременности и родов являются основной причиной смерти девочек в молодом возрасте.

На сегодняшний день приоритетным направлением должна стать работа с молодежью, направленная на сохранение репродуктивного здоровья, профилактику абортов с использованием современных методов контрацепции. Медицинским работникам важно обладать необходимыми навыками и знаниями для оказания помощи молодым людям в области сексуального и репродуктивного здоровья.

В качестве примера приведем случай назначения гормональной контрацепции молодой девушке для вторичной профилактики аборта.



КОМУ БУДЕТ ИНТЕРЕСНО:
[@ГИНЕКОЛОГ](#)



Пациентка С., 20 лет.

Обратилась с целью подбора метода контрацепции.

1,5 месяца назад – медикаментозный аборт, выполненный при сроке беременности 5–6 нед.

Месячные с 11 лет, установились сразу, регулярные, продолжительность 4–5 дней, через 28 дней.

Беременность была одна, закончилась искусственным абортом, в настоящее время беременности не планирует. Ранее по вопросу контрацепции к гинекологу не обращалась.

Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает.

На момент осмотра отмечает наличие несколько тревожного состояния, раздражительность, плохой сон.

Объективно. Рост 164 см, масса тела – 60 кг, индекс массы тела – 22,3 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, кожа лица жирная, имеются единичные акне. Артериальное давление (d-s) – 120/80–115/75 мм рт. ст.; пульс – 72 уд/мин. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет, за 2–3 дня до менструации отмечается нагрубание молочных желез. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые, шейка матки цилиндрическая, чистая. Пальпация матки и придатков безболезненная, объемных образований не выявлено.

Проведено обследование:

УЗИ молочных желез – заключение: фиброзно-кистозная мастопатия (одна киста диаметром 5 мм).

УЗИ малого таза – без особенностей: матка размерами 49×33×37 мм, миометрий однородный, толщина эндометрия 6 мм (8-й день менструального цикла), соответствует фазе цикла, структура однородная, объем яичников в пределах нормы (менее 8 мл), структура обычная, с фолликулами в нормальном количестве.

Лабораторное обследование:

микроскопия влагалищного мазка – вариант нормы; pH влагалищного содержимого – 4,0;

гормональный статус – лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, тестостерон, тиреотропный гормон, пролактин соответствуют референсным показателям.

После проведенного клинико-лабораторного обследования и УЗИ пациентке было предложено выбрать гормональный метод контрацепции.

Из предложенных нескольких гормональных контрацептивов она выбрала комбинированный оральные контрацептив (КОК) с антиминералокортикоидным и антиандрогенным действием, содержащим дроспиренон и этинилэстрадиол (в данном случае был назначен препарат Димиа®).

Контрацептивный эффект КОК основан на взаимодействии различных факторов, к наиболее важным из которых относятся подавление овуляции и изменения в эндометрии.

Прогестаген дроспиренон (ДРСП), входящий в состав препарата, обладает слабым антиминералокортикоидным действием. Предупреждает увеличение массы тела и появление отеков, связанных с задержкой жидкости, вызываемой эстрогенами, что обеспечивает хорошую переносимость препарата.

Комбинация ДРСП + этинилэстрадиол эффективна в облегчении таких симптомов ПМС, как выраженные психоэмоциональные нарушения, нагрубание молочных желез, головная боль, боль в мышцах и суставах, увеличение массы тела и другие симптомы, ассоциированные с менструальным циклом.

ДРСП также обладает антиандрогенной активностью и способствует уменьшению симптомов акне (угрей), жирности кожи и волос (себорея). Это действие ДРСП подобно действию естественного прогестерона, вырабатываемого организмом.

ДРСП не обладает андрогенной, эстрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активностью. Все это в сочетании с антиминералокортикоидным и антиандрогенным действием обеспечивает ДРСП биохимический и фармакологический профиль, сходный с естественным прогестероном.

На контрольном визите через 3 мес пациентка отметила улучшение самочувствия на фоне приема препарата, вес не изменился. Состояние кожи лица улучшилось (стала нормальной), исчезли акне. Улучшился сон и психоэмоциональное состояние.

В данной клинической ситуации на фоне приема КОК, пациентка получила не только контрацептивный эффект, но и такие лечебные эффекты, как улучшение состояния кожи, сна, психоэмоционального состояния.

Дальнейшее наблюдение за пациенткой в течение года не выявило каких-либо побочных отклонений.

Подготовлено по материалам:

Пестрикова Т.Ю. Контрацептивный выбор для поколения Z. Клинический случай. Клинический разбор в акушерстве, гинекологии и репродуктологии. 2021; 1: 18–20. DOI: 10.47407/kragr2021.1.1.00003

Литература:

1. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Feb 6;12(Suppl 1):28-40. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0003. PMID: 32041390; PMCID: PMC7053440.
2. Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб./ Д 31 Росстат. – М., 2021. – 256 с
3. ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Министерства Здравоохранения РФ Российское общество акушеров-гинекологов Российское общество по контрацепции. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5 издание, 2015» Москва 2023