

Опасные связи, или Особенности подростковой контрацепции

Сексуальная революция (в какой бы стране она ни происходила) всегда способствовала возрастанию количества опасных связей среди подростков, имевших весьма смутное представление как об анатомии и физиологии репродуктивной системы, так и о методах контрацепции. Как результат — увеличение количества ранних нежелательных беременностей и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), высокий риск ВИЧ-инфицирования. Выходом из сложившейся ситуации стало введение в школьную программу курса сексуального просвещения



ПЛОДЫ ПРОСВЕЩЕНИЯ

В СССР подростковая сексуальная активность резко возросла в период перестройки (1987–1991 гг.). К этому времени в западноевропейских странах и США, где аналогичный феномен был зафиксирован лет на двадцать раньше, уже достаточно долго действовали программы сексуального просвещения школьников. Безусловно, они не оправдали ожиданий радикалов: проблемы подростковой сексуальности не исчезли и после введения нового школьного курса.

Но ошиблись и консерваторы, утверждая, что любая информация такого рода развращает подростков, повышает их сексуальную активность, увеличивает количество добрых связей, беременностей и прочих ужасов.

В 1993 г. группа ученых по заказу ВОЗ проанализировала влияние различных программ полового просвещения на сексуальное поведение школьников. Как выяснилось, ни одна из действующих программ не способствовала раннему началу сексуальной жизни подростков: школьный курс либо отсрочивал его, либо делал сексуальное поведение подростков более упорядоченным. Сексуально активные школьники, прошедшие соответствующий курс, вели себя более осмотрительно, чем их менее образованные сверстники. И что особенно важно — программы, которые не только призывали подростков не спешить с началом половой жизни, но и обучали правилам безопасного секса, оказались эффективнее лекций, пропагандирующих исключительно сексуальное воздержание. Причем наибольший эффект продемонстрировали те из них, которые, во-первых, начинались раньше периода вступления подростков в половые отношения и, во-вторых, «вооружали» их знаниями (об анатомии и физиологии репродуктивной системы, контрацепции и т.п.), психологическими навыками и социально-нравственными нормами. Иными словами, учили, как нужно поступать в критических ситуациях, как сопротивляться нажиму сверстников и т.д.

Так или иначе, плоды сексуального просвещения налицо. В Европе к концу 90-х в сравнении с 70-ми гг. уменьшилось количество молодых людей, не пользующихся контрацепцией при первом половом контакте, значительно сократилось число подростковых беременностей и аборт, снизились показатели по ЗППП и заражению ВИЧ-инфекцией.

У КАЖДОГО СВОИ НЕДОСТАТКИ

В идеале средства контрацепции для подростков должны обладать высокой эффективностью, быть безопасными для здоровья, удобными в применении и доступными для приобретения. Но, как показывает практика, у каждого метода контрацепции есть свои плюсы и минусы. Давайте сравним барьерные (механические), химические (спермицидные) и гормональные пероральные контрацептивы.

Как известно, качественный латексный презерватив не только предотвращает нежелательную беременность, но и защищает от ЗППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Однако он довольно часто рвется: по разным оценкам, в одном случае на 50–300 половых сношений. Поэтому контрацептивная эффективность такого метода относительно невелика, индекс Перля составляет 12,5–20. (Для справки: индекс Перля — число случаев беременности в группе из 100 женщин, пользовавшихся определенным методом контрацепции в течение 12 месяцев).

В отличие от мужских презервативов, влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки не защищают от ЗППП. К тому же они малоэффективны (индекс Перля — 12–14) и сложны в использовании.

Спермицидные контрацептивы — будь-то кремы, гели, свечи, таблетки или растворимые пленки — обладают способностью всего за несколько секунд разрушать клеточные мембраны сперматозоидов. К тому же спермициды снижают контагиозность (свойство инфекции передаваться от больного человека здоровому) бледной трепонемы, подавляют рост инфекционных агентов (хламидий, гарденерелл, микоплазм, гонококков, трихомонад, уреаплазм) и оказывают вирусоцидный эффект (уничтожают цитомегаловирус и вирусы герпеса и Эпштейна — Барр).

Но справедливости ради надо заметить, что у спермицидов на основе хлорида бензалкония противoinфекционная активность в четыре раза выше, чем у спермицидов на основе ноноксинола-9, тогда как контрацептивная эффективность и тех и других оставляет желать лучшего.

По сравнению со спермицидами современные гормональные пероральные контрацептивы обладают практически 100% эффективностью. И при этом низкодозированные и микродозированные контрацептивы последних поколений выгодно отличаются от препаратов первого поколения меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов.

Тем не менее возможность применения таких контрацептивов у подростков врачи расценивают по-разному. Одни считают назначение пероральных контрацептивов тинейджером недопустимым, аргументируя тем, что гормональная контрацепция сродни заместительной гормонотерапии со всеми вытекающими последствиями. Другие (и таких немало) полагают, что пероральные контрацептивы не следует применять:

- в первые два года после менархе (появления первой менструации);
- при нерегулярных менструациях;
- при росте менее 150 см;
- при избыточной массе тела.

Третьи убеждены в необоснованности подобных суждений.

Противники ограничений ссылаются на результаты исследований, и их доводы выглядят довольно убедительно.

Так или иначе, согласно заключению ВОЗ и Международной ассоциации детских и подростковых гинекологов, наиболее приемлемыми для сексуально активных подростков являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие этинилэстрадиол в низких дозах (20–30 мкг) и прогестагены третьего поколения. Естественно, назначение противозачаточных гормональных таблеток требует инди-

видуального подхода. Чаще всего девушкам-подросткам рекомендуют препараты с низким содержанием эстрадиола и прогестагенами с выраженными гестагенными свойствами. Причина тому проста: в период полового созревания, как правило, отмечаются умеренная эстрогенная насыщенность, высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней и относительный дефицит прогестерона.

Девушкам с гиперандрогенией (повышением уровня мужских гормонов) больше подходят КОК с антиандрогенными прогестагенами. При себорее и акне назначают препарат с доказанным положительным влиянием на кожу. Тем же, кому эстрогенсодержащие препараты противопоказаны из-за нарушения свертываемости крови, сахарного диабета, артериальной гипертензии или заболеваний печени, подходят мини-пили — пероральные контрацептивы, содержащие прогестаген/прогестин (аналоги прогестерона) в микродозах и имеющие мягкое действие.

Но, к сожалению, ни КОК, ни мини-пили не могут защитить партнеров от ЗППП. Для сексуально активных подростков это обстоятельство имеет особое значение. Большинство молодых людей не знают, что некоторые инфекции через много лет после заражения проявляются: у мужчин — хроническим воспалением мочеполювых путей и простатитом, у женщин — хроническим воспалением репродуктивных органов и могут стать причиной частых выкидышей, невынашивания беременности или бесплодия.

Во избежание возможного заражения врачи рекомендуют одновременно с пероральными контрацептивами использовать презервативы. Иногда такое сочетание называют «голландским методом», или методом «пояса и подтяжек».



Так или иначе, плоды сексуального просвещения налицо. В Европе к концу 90-х по сравнению с 70-ми гг. уменьшилось количество молодых людей, не пользующихся контрацепцией при первом половом контакте

«ПОЖАРНАЯ» КОНТРАЦЕПЦИЯ

Современный арсенал экстренной, или, как ее нередко называют, «пожарной», контрацепции, включает метод Юзпе:

- специально разработанные гормональные и негормональные таблетки (препараты левоноргестрела, мифепристон);
- внутриматочную контрацепцию.

Метод Юзпе, названный по имени канадского врача Альберта Юзпе, впервые был применен в 1970 г. Он предполагает двукратное назначение 200 мкг этинилэстрадиола и 1 мг левоноргестрела в течение 72 часов после полового контакта с перерывом в 12 часов.

Многие врачи до сих пор считают его наилучшим методом «пожарной» контрацепции. Хотя, судя по результатам исследования, проведенного еще в 1998 г. под эгидой ВОЗ, метод Юзпе, во-первых, уступает по эффективности препаратам левоноргестрела (правда, незначительно: в первом случае эффективность составляет 96,8%, во втором — 98,9%), а во-вторых, препараты левоноргестрела переносятся лучше метода Юзпе, который у каждой третьей женщины вызывает выраженные побочные эффекты в виде головокружения, тошноты, рвоты или болезненности молочных желез.

Исходя из полученных данных, ВОЗ сочла возможным рекомендовать препараты левоноргестрела как средство выбора при экстренной контрацепции.

Позднее, в 2002 г., ВОЗ инициировала сравнительное исследование эффективности и безопасности «пожарной» контрацепции с помощью мифепристона в низких дозах и двух режимов левоноргестрела (0,75 мг № 2 и 1,5 мг № 1). Результаты исследования показали, что по сравнению с левоноргестрелом мифепристон реже вызывает кровотечения и обладает несколько большей эффективностью. Причем эффективность мифепристона не уменьшается даже при увеличении интервала между половым контактом и приемом препарата до 120 часов.

Надо сказать, что любой из упомянутых препаратов может изменить время наступления следующей менструации — вызвать ее немного раньше или задержать. Но вредного воздействия на имплантированную, оплодотворенную яйцеклетку ни один из них не оказывает.

Что касается внутриматочной контрацепции, то она предполагает введение внутриматочной спирали (ВМС) в течение 5–7 дней после незащищенного полового контакта. Судя по имеющимся данным, «пожарная» контрацепция такого рода тоже эффективнее метода Юзпе. Но, учитывая риск воспалительных заболеваний матки и придатков после введения ВМС, внутриматочную контрацепцию нецелесообразно назначать молодым нерожавшим женщинам, имеющим случайные половые связи.

Ламара Львова, канд. биол. наук