**Содержание**:

1. Введение

2. Методы контрацепции

3. Подбор контрацепции для подростков

4. Литература

**Введение**

Контрацепция у подростков

В последние годы в связи с неблагоприятными демографическими тенденциями усилился интерес к ювенологии, поскольку именно с подростками связана надежда на улучшение качества здоровья ближайших поколений.

Подростковый возраст женщин, который ООН определяется как период от 10 до 18 лет, характеризуется развитием вторичных половых признаков и феминизацией фигуры, происходящих под действием гормонов яичников и надпочечников. Уже в первые 1,5 года после менархе частота овуляторных циклов достигает 80%, хотя половая зрелость наступает к 18 годам.

Увы! Современные исследования, включая данные диспансеризации детей страны, проведенной Минздравом РФ в 2002 г., лишили общество этих иллюзий. Причина этого -- крайне низкий индекс здоровья современных подростков, в первую очередь девочек и девушек. Стало очевидно, что без оздоровления школьниц старших классов, учениц ПТУ, техникумов, колледжей и студенток вузов перспективы оптимизации здоровья будущих поколений нет.

К сожалению, на фоне резкого снижения рождаемости, стремительного роста общей смертности населения, сокращения средней продолжительности предстоящей жизни в стране отмечается прогрессивное ухудшение качества здоровья детей, подростков и женщин фертильного возраста. Например, среди выпускниц средних школ Екатеринбурга соматические заболевания наблюдаются у 80%.

Согласно данным литературы за последние 20 лет число абсолютно здоровых девушек снизилось с 28,3 до 6,3%. У 75% школьниц имеются хронические заболевания, которые могут сказаться на репродуктивной функции. К ним относятся болезни сердечно-сосудистой, кроветворной, пищеварительной, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной систем. В предыдущие десятилетия частота хронических соматических заболеваний составила 54,2%.

За последние 10 лет увеличилась и частота гинекологических заболеваний среди девочек-школьниц: воспалительных -- в 3 раза, нарушений менструальной функции и болезней мочеполовой системы -- в 1,5 раза.

У живущих половой жизнью подростков частота гинекологической патологии в 3 раза выше, чем у их сверстниц, не вступавших в половую связь.

По данным литературы, в России частота гинекологических заболеваний у 15-летних девочек-подростков составляет 77,6%, а к 17 годам -- 92,5%. Наши данные (1999-2000 гг.) по Москве значительно ниже, но также достигают почти 50 %.

В основном это связано с наблюдаемым сейчас в мире ростом сексуальной активности молодежи. Исследования, проведенные в Англии, США, Канаде, Австрии, России и других странах, показали, что около 25--35% девушек имели сексуальные контакты до 16 лет, а в возрасте 16--19 лет -- от 40 до 70%. При этом подросткам свойственны случайный характер половых связей, безграмотность в вопросах профилактики заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и нежелательной беременности.

Ежегодно в мире беременеют от 5 до 10% девушек в возрасте от 13 до 17 лет (рис.1). Среди стран Запада наибольший уровень подростковой фертильности в США -- 114 беременностей на 1 тыс. девушек-подростков, а наименьший в Нидерландах -- 10 на 1 тыс. В странах Восточной Европы средний уровень подростковой фертильности составляет 37. По данным нашего исследования, в Москве 46% девушек-подростков уже имеют сексуальный опыт. Средний возраст начала половой жизни составил 15,8 ± 0,1 года (размах от 12 до 18 лет). Утешающим фактом является то, что две трети (66,6%) опрошенных имеют постоянного полового партнера.

Деторождение для женщин младше 17 лет связано с высоким риском для здоровья из-за физической незрелости. Вероятность выкидыша, преждевременных родов и мертворождения выше для девочек, особенно не достигших 15 лет, по сравнению с женщинами репродуктивного возраста. Вероятность смерти девушек-подростков от причин, связанных с беременностью, вчетверо больше по сравнению с женщинами старше 20 лет.

Ежегодно приблизительно 14 млн молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет становятся матерями, из них 80% живут в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки (рис.2). У 60% несовершеннолетних роды протекали с осложнениями (рис.3): анемия отмечена у 50,1% (у взрослых - 23%); поздние гестозы - у 40,7% (20%); преждевременные роды - 12,7% (5%); аномалии родовой деятельности - 44,1% (24%) и кровотечения - у 11,01% (4%).

Столь большая частота осложнений в родах у подростков связана не только с незрелостью организма, но и с тем, что во всех странах мира некоторые беременные подростки не получают дородового медицинского ухода.

К сожалению, одним из решений проблемы подростковой беременности является аборт. Согласно официальной статистике ежегодно в мире у 5 млн подростков беременность заканчивается абортом. В США из семей со средним и высоким доходом аборт выбирают около 47% беременных подростков, а из малообеспеченных - 26%. В большинстве стран на долю подростков приходится более 10% от общего числа абортов, в России частота подростковых абортов колеблется от 10 до 15%. Высокая частота абортов является характерной особенностью репродуктивного поведения россиянок, что прямо указывает на недостаточную эффективность современной системы планирования семьи в Российской Федерации. Производимое количество абортов в России в десятки раз выше, чем в странах с развитой системой планирования семьи. Аборт до сих пор остается основным методом контроля рождаемости в России. Родами заканчивается только каждая третья беременность, остальные две прерываются абортом.

В ситуациях, когда аборт запрещен законом или труднодоступен, подростки обращаются к тем, кто тайно в антисанитарных условиях и без соответствующей квалификации предоставляет подобные услуги. В некоторых странах Африки подростки составляют от 25 до 50% женщин, страдающих от осложнений, связанных с абортом. Ежегодно в мире погибают от 30 до 40 тыс. подростков.

Большое воздействие на здоровье женщин и ее способность к деторождению оказывают ИППП, которые могут привести к бесплодию, хронической боли в области малого таза, раку шейки матки и инфицированию младенцев, рожденных инфицированными женщинами. Ежегодно в мире регистрируются приблизительно 250 млн больных с ИППП, из них 200 млн больных гонореей (рис. 4). В 2000 г. вирусом СПИДа будет инфицировано 30-40 млн людей, из них 10 млн детей плюс еще 10 млн детей, которые уже потеряли как минимум одного родителя из-за СПИДа. В Африке, особенно в крупных городах, около 40% заболевших СПИДом были беременные, а доля беременных подростков среди них колебалась в различных странах от 20 до 35%.

В России отмечается “взрывной” рост (более чем 36 раз) заболеваемости венерическими заболеваниями. Наибольший прирост сифилиса отмечался у девочек (56,5%), более “скромные” показатели заболеваемости гонореей - в 1,35 раза. Кроме того, среди подростков 15-17 лет отмечался рост заболеваемости трихомониазом в 1,64 раза, хламидиозом в 9,9 раза, уреаплазмозом и гарднереллезом (рис.5). Однако истинная частота ЗППП значительно выше, поскольку большая часть пациентов получает лечение вне системы здравоохранения. Сохраняется тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных.

Тревожные данные получены в отношении вредных привычек у девушек-подростков. В различных регионах мира употребляющих алкоголь выявлено от 30 до 70%, курящих - от 20 до 30%. Отмечается рост наркомании - в России среди вновь выявленных лиц с данным пристрастием подростки составляли 19,4%.

По данным нашего исследования, более трети будущих матерей (38%) курят. Средний возраст начала курения составил 14,9 ± 0,2 года(диапазон от 10 до 18 лет). Однако большинство из них (82%) не смогли назвать причину приобретения этой пагубной привычки, хотя каждая пятая (21%) уже испытывает непреодолимую тягу к курению. Практически все употребляющие никотин подростки осведомлены о его вреде как для своего здоровья, так и для здоровья будущего потомства, что, к счастью, выражается в желании бросить курить у 88% девушек.

Что касается другого широко распространенного увлечения взрослых - употребления спиртных напитков, - подростки не отстают от них: опыт употребления алкоголя имеют 95,5% подростков, а у 16,7% опыт был печальным (отравление). Средний же возраст приобщения к спиртным напиткам составил 13,5 ± 0,1 года (диапазон от 6 до 18 лет). Знают об этом увлечении своих дочерей 70% родителей, кроме того, каждая третья (35%) “активно” принимает участие в семейных торжествах, и это при том, что только 2% девочек не догадываются о вредном влиянии алкоголя как на ее здоровье, так и на здоровье ее будущих детей.

Но все же большую тревогу вызывает тот факт, что 10% опрошенных девушек уже испытали на себе разрушительное действие наркотических веществ, из них каждая десятая - полную "гамму ощущений" вследствие отравления. Возраст первого знакомства с наркотиками - от 13 до 17 лет (в среднем 15,8 ± 0,2 года). Основным методом употребления наркотиков в обследованной группе девушек является курение. На вопрос о причинах приобщения к наркотикам не смогли дать определенного ответа 90% респонденток. В этой ситуации радует одно, что все они прекрасно знают о разрушительном действии наркотических веществ на здоровье и ее репродуктивную функцию.

Четко прослеживается связь между наличием вредных привычек и ранним началом сексуальных отношений.

По данным ВОЗ, около 70% людей согласны с тем, что планировать число детей необходимо. Остальные (а это почти каждый третий) отвергают ограничение рождаемости, так как считают, что в семье должно быть столько детей, “сколько пошлет Бог”.

Большинство подростков не стремятся обзаводиться детьми в ближайшие годы, даже среди замужних, по меньшей мере 2/3 в большинстве стран хотят повременить с рождением детей. Однако помимо желания женщины в отношении рождения детей на возможность использования ею контрацептивов оказывают влияние: семейное положение, ожидания ее семьи, нормы окружающего общества, доступность контрацептивных средств и медицинских услуг. В Африке не более 20% замужних используют какой-либо метод контрацепции, аналогично низкий уровень использования методов регулирования рождаемости отмечается на Ближнем Востоке. В Азии этот показатель варьирует от 5% (Индия, Пакистан) до 40% (Индонезия, Пакистан). В станах Латинской Америки уровень использования контрацептивных средств находится в пределах от 30 до 53%.

В развивающихся странах уровень осведомленности взрослых женщин о современных методах контрацепции низок, о них знают менее 50%. Помимо этого, в некоторых странах, в которых половая жизнь незамужних подростков считается неприемлемой, доступ молодых женщин к услугам по регулированию рождаемости ограничен по закону. Большинство женщин не знают, где можно получить контрацептивы и как ими пользоваться. В странах Западной Европы уровень использования методов регулирования рождаемости колеблется от 52 до 75%.

Отношение взрослого населения к необходимости полового воспитания молодежи неоднозначно. Чем ниже уровень образования взрослого населения, тем ниже число людей, ратующих за введение полового образования в школе.

Установлено, что фактором успешного использования контрацепции является открытость общества по вопросам сексуальности. Дело в том, что при одинаковой сексуальной активности подростков уровень беременности в США в 7 раз выше, чем в Нидерландах. Объясняется эта разность тем, что в Нидерландах вопросы, связанные с сексуальностью, могут вполне свободно и открыто обсуждаться в семье, школе, в средствах массовой информации и между самими подростками. В результате уровень беременности и ИППП в стране постоянно снижается. И наоборот, в обществах, где открытое обсуждение проблем сексуальности является “табу”, молодым людям трудно получить информацию относительно того, как предотвратить нежелательную беременность и ИППП.

В целом необходимо признать, что сексуальная активность подростков сочетается с дефицитом знаний о профилактике нежеланной беременности , что приводит к абортам, воспалительным заболеваниям гениталий, нежелательным беременностям и родам, а в итоге - к серьезным нарушениям их репродуктивного здоровья.

Следовательно, приоритетными направлениями современной стратегии работы с подростками должны быть сексуальное образование в сочетании с доступными, эффективными и недорогими контрацептивами. Необходимо отметить, что к контрацепции для сексуально активных подростков предъявляются наиболее строгие требования. В первую очередь - это высокая, близкая к 100%, ее надежность. Важным требованием к контрацептивам является их хорошая переносимость и максимальная безопасность для здоровья подростка. Не менее ценным для юных потребителей является хорошая обратимость контрацепции, т. е. быстрое восстановление способности к зачатию после прекращения ее применения. Определенное значение имеет доступность, конфиденциальность, экономическая выгода от приобретения контрацептивов и некоторые другие критерии социального и личного характера.

В целях оценки надежности, т. е. эффективности средств и методов контрацепции, как известно, используется индекс Перля, равный количеству неожиданных беременностей, которые возникли у 100 женщин, использующих данный метод контрацепции за 12-месячный период.

Основными задачами контрацепции у подростков являются:

1) предупреждение нежелательной беременности (аборта и ранних родов);

2) профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

По рекомендации ВОЗ (1996 г.) средствами выбора предупреждения нежелательной беременности у молодых женщин должны быть низко- и микродозированные препараты.

Физиологические методы контрацепции

Эти способы основаны на чередовании у женщин периодов повышенной и пониженной фертильности в течение каждого менструального цикла и на длительности жизнеспособности яйцеклетки и сперматозоидов.

Календарный метод (ogino - кнаус)

Жизнеспособность яйцеклетки в среднем составляет 2-3 сут после овуляции, сперматозоидов - 5 сут. Следовательно, оплодотворение и наступление беременности наиболее вероятно в период за 5 дней до овуляции и 3 дня после овуляции, чаще всего с 7-го по 18-й дни цикла. Подсчет периода высокой фертильности производят по трем циклам, если его колебания не превышают 2-3 дней. Индекс Перля - 14-50, что свидетельствует о низкой эффективности данного метода.

Температурный метод

Для более точного определения момента овуляции и подсчета периода повышенной фертильности используют температурный метод, который основан на гипертермическом эффекте прогестерона в малом тазе.

Измерение ректальной (базальной) температуры производится по утрам в одно и то же время, не вставая с постели, обычным или ректальным термометром в прямой кишке в течение 5-7 мин.

При нормальном овуляторном цикле в момент овуляции отмечается спад температуры на 0,2-0,4°С, затем ее подъем выше 37°С. Повышение ректальной температуры свидетельствует о выделении прогестерона и косвенно об уже произошедшей овуляции. Например, если подъем ректальной температуры отмечен на 14-й день менструального цикла, то период, наиболее благоприятный для зачатия, будет с 8-го дня (14-6=8) по 18-й (14+4=18) день. Индекс Перля - 15.

Цервикальный метод

Этот метод основан на увеличении количества и изменении характера слизи в цервикальном канале под влиянием эстрогенов, предшествовавшего овуляции. В дни перед овуляцией и во время ее цервикальная слизь становится наиболее жидкой и увеличивается в количестве. Это наблюдается с 10-го по 18-й дни цикла. После 18-го дня слизь становится более вязкой. Используя совместно два описанных способа определения периода повышенной фертильности, можно достаточно точно определить его у девушек с установившимися овуляторными циклами.

Применение его у подростков не столь эффективно в связи с отсутствием высокой самодисциплины у многих из них, а также из-за отсутствия регулярного цикла и частых ановуляций, что не позволяет точно определить период повышенной фертильности.

Механические методы контрацепции

Механические противозачаточные средства препятствуют проникновению сперматозоидов в полость матки. Наиболее распространенными механическими контрацептивами являются презерватив и влагалищная диафрагма. Эффективность механических контрацептивов колеблется в пределах 2-10 беременностей на 100 женщин/лет. Преимуществами механических контрацептивов являются их безопасность, отсутствие системных влияний, простота использования. Презерватив обеспечивает достаточно надежную защиту от беременности, не нанося вреда здоровью, если не считать изредка наблюдаемые аллергические реакции на резину. Презерватив предохраняет от заражения СПИДом, поэтому он имеет особенно важное значение для подростков, подвергающихся опасности такого заражения.

Влагалищная диафрагма - это пленка из латекса на гибком ободке, которая вводится во влагалище и создает преграду для продвижения сперматозоидов. Она в какой-то мере защищает внутренние половые органы от проникновения инфекции, но не предохраняет от ИППП. Одновременное применение спермицидов и других химических препаратов повышает защитные свойства диафрагмы.

Гормональная контрацепция

Гормональная контрацепция является наиболее надежным методом обратимого предупреждения беременности практически со 100% эффективностью и поэтому занимает одно из ведущих мест среди регуляции рождаемости. гинекологический контрацепция гормональный профилактика

Механизм контрацептивного действия гормональной контрацепции заключается в подавлении секреции ГТ-РГ, ЛГ и ФСГ, что приводит к блокированию овуляции. Одновременно снижается восприимчивость эндометрия к оплодотворенной яйцеклетке и повышается вязкость цервикальной слизи. Последнее затрудняет продвижение сперматозоидов в матку. Такое многогранное воздействие препаратов на репродуктивную систему способствует высокому контрацептивному эффекту.

В зависимости от состава и методики применения гормональные контрацептивы разделяют на следующие виды:

комбинированные оральные контрацептивы (КОК);

только прогестеронсодержащие контрацептивы.

КОК

КОК содержат два компонента - эстроген в виде этинилэстрадиола (ЭЭ) и один из прогестагенов.

В зависимости от количества эстрогенов различают:

высокодозированные (содержащие более 35 мкг ЭЭ);

низкодозированные (менее 35 мкг ЭЭ);

микродозированые (20 мкг ЭЭ) КОК.

Прогестагенный компонент в низко- и микродозированных КОК представлен дериватами 19-норстероидов (гестоден, дезогестрел и норгестимат - III поколение). Эти прогестагены III поколения обладают более выраженным селективным действием на рецепторы прогестерона, чем на рецепторы андрогенов, что практически исключает побочные реакции андрогенного типа. Кроме этого, прогестагены III поколения не нарушают метаболизм липидов, не оказывают влияния на массу тела, не повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

К препаратам низкодозированных КОК относятся регулон, фемоден, силест, марвелон; микродозированных КОК - новинет, логест, мерсилон.

Как видно из табл. 1, 2, регулон и марвелон, новинет и мерсилон имеют одинаковые компоненты (эстрогены и прогестагены), обладают одинаковым механизмом действия, практически не имеют побочных реакций. Однако новинет и регулон значительно дешевле по цене и, следовательно, для подростков экономически выгоднее.

Преимущества использования низко- и микродозированных КОК у подростков:

1. Высокая контрацептивная эффективность при очень низкой частоте побочных реакций.

2. Регулирующее влияние на менструальный цикл.

3. снижение риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза.

4. снижение риска развития эктопической беременности.

К преимуществам оральной контрацепции следует отнести лечебные (не контрацептивные) эффекты КОК при:

гирсутизме, акне (прогестагеный компонент, представленный ципротероноацетатом (Диане-35, жанин), обладает антиандрогенным действием;

альгоменореях, дисфункциональных маточных кровотечениях, овуляторных болях;

генитальном эндометриозе;

доброкачественных заболеваниях молочных желез;

железодефицитной анемии.

КОК могут быть использованы для экстренной контрацепции (метод Юзпе). Для этого в первые 72 ч. после незащищенного полового акта необходимо принять КОК с суммарной дозой этинилэстрадиола не менее 100 мкг (например, 4 таблетки регулона), через 12 ч. следует повторить прием такого же количества КОК.

Побочные эффекты применения метода Юзпе: головные боли, болезненность и нагрубание молочных желез, тошнота и боли в эпигатсральной области или правом подреберье.

Метод Юзпе не эффективен, если после “непрекрытого” полового акта прошло более 3 сут.

Гестагенная оральная контрацепция, так называемые мини-пили (микролют, эксклютон и др.), мало приемлемы для юных женщин ввиду меньшей эффективности, чем КОК и высокой частоты межменструальных кровянистых выделений. Они могут использоваться юными кормящими матерями после родов.

Несмотря на то, что КОК снижают риск воспалительных заболеваний органов малого таза, они не защищают от ИППП.

В тех случаях, когда подростки имеют частые и беспорядочные половые связи с разными партнерами можно рекомендовать “голландский метод” или метод “пояса и подтяжек”, т. е. сочетанное применение КОК и презервативов, что позволяет защищать подростков от ИППП. Использование презерватива снижает риск возникновения ИППП более чем в 3 раза. Только двойной метод (Оральная контрацепция+презерватив) позволяет сочетать контрацептивную эффективность с предохранением от ИППП.

Как долго можно применять гормональную контрацепцию?

По мнению современных специалистов, прием КОК без перерыва возможен на протяжении всего времени, пока существует необходимость в контрацепции. Благотворное действие КОК на репродуктивную систему усиливается 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, принимающих КОК, оказалась в сотни раз меньше, чем у сверстниц, имевших роды и аборты без использования контрацепции.

В процессе приема КОК в яичниках продолжаются физиологические процессы созревания фолликулов до малых и больших зреющих. Однако в результате влияния КОК на гипоталамус-гипофиз уровень ФСГ и ЛГ соответствует ранней фолликулиновой фазе, т.е. отсутствует предовуляторный пик. Это не позволяет зреющему фолликулу развиться до предовуляторного (доминантного).

Основными правилами использования КОК являются следующие. Принимать таблетки в первом контрацептивном цикле следует начинать с первого дня менструации. Кроме того, важными условиями надежности контрацепции являются ежедневный прием препарата в одно и тоже время, желательно на ночь, без пропусков и повторение цикла приема после 7-дневного перерыва по 21 дневной схеме без перерыва при наличии 28 таблеток в упаковке.

Особенностью организма подростков являются, 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.

При использовании КОК последнего поколения (низко- и микродозированных) осложнения и побочные эффекты практически не наблюдаются.

В то же время применение КОК последнего поколения имеет ряд преимуществ. Так, например, высокоэффективная защита от нежелательной беременности позволяет юной женщине завершить образование.

Особенно важным свойством КОК является их способность уменьшить проявления гиперандрогении.

Гиперандрогения у девочек в пубертатном и подростковом периоде развивается в результате преобладания секреции ЛГ над ФСГ. Под влиянием ЛГ в яичнике развивается текальный слой фолликулов, продуцирующий андрогены, а ФСГ - рост гранулезного слоя фолликулов, в котором андрогены превращаются в эстрогены. При увеличении индекса ЛГ/ФСГ адекватного развития гранулезного слоя фолликулов не происходит, и накопленные андрогены поступают в кровь. Применение КОК способствует уменьшению секреции ЛГ, что нормализует соотношение ЛГ И ФСГ и тормозит избыточно развитие текальных клеток. Наиболее выраженный антиандрогенный эффект имеют препараты, содержащие высокоселективные прогестагены (дезогестрел, гестоден, норгестимат, ципротеронацетат, жаннин). Уменьшение угревых высыпаний, снижение сальности кожи и выраженности гирсутизма отмечаются уже спустя 2-3 мес от начала приема КОК последнего поколения.

Наряду с лечебными свойствами КОК обладают защитным действием. Повышение вязкости секрета слизитсых оболочек матки и влагалища уменьшает риск возможного развития и прогрессирования воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Продолжительное функционирование яичников в условиях блокады овуляции наполовину снижает частоту развития рака яичников и на 60% - рака эндометрия.

Прием КОК, содержащих гестагены III поколения, может способствовать сокращению проблем с молочными железами.

У женщин, принимающих КОК, обнаружена более низкая частота доброкачественных заболеваний молочных желез и мастодинии, чем у женщин, не использующих гормональную контрацепцию илипринимающих мини-пили. Многие пользователи регулона, новинета, марвелона и фемодена, в том числе и юные женщины, отметили желанное улучшение формы и увеличение размеров молочных желез.

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

Химические методы контрацепции

Химические контрацептивы убивают или обездвиживают попавшие во влагалище сперматозоиды, поэтому называются “спермицидами”. Спермициды инактивируют сперму и препятствуют прохождению сперматозоидов в матку. Они удобны в применении, действуют непродолжительное время, не вызывают побочных явлений, снижают риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Химические вещества, входящие в состав спермицидов, обладают бактерио- и вирусоцидными свойствами. Так, один из них - ноноксинол-9 - тормозит размножение хламидий, гарднерелл, микоплазм, гонококков, трихомонад, уреоплазмы и др.

Спермициды выпускаются в виде таблеток (трацептин), шариков (лютенурин), вагинальных суппозиториев, паст, кремов, гелей, пен, пленок и др. Пасты, гели, пены быстро образуют барьер во влагалище, а суппозитории, контрацептивная пленка и таблетки требуют некоторого времени (10-15 мин) для растворения. Контрацептивные губки состоят из полиуретана, пропитанного ноноксинолом-9 или другими спермицидами. Губку вводят во влагалище,что создает барьер для сперматозоидов и микроорганизмов.

Учитывая невысокую эффективность спермицидов (20 беременностей на 100 женщин/лет), целесообразно применять их в сочетании с механическими средствами, так как этим обеспечивается надежная защита от венерических заболеваний и СПИДа.

Молодые люди, не ведущие регулярную половую жизнь, могут успешно применять сочетание этих средств.

Внутриматочные контрацептивные средства

Внутриматочая контрацепция (ВМК) основана на введении в полость матки внутриматочной спирали (ВМС), препятствующей наступлению беременности. Механизм контрацептивного действия ВМС объясняют несколькими факторами, ведущим среди которых является ускоренное продвижение оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе, в результате чего последняя оказывается в полости матки тогда, когда ферментативные и биохимические процессы в эндометрии делают невозможным развитие беременности. Этот метод обладает почти стопроцентной эффективностью у женщин репродуктивного возраста.

Однако клинический опыт показал, что у молодых нерожавших женщин наблюдается высокая частота выбросов спирали, обусловленных небольшими размерами полости матки. Вероятность возникновения воспалительных заболеваний особенно велика у девочек-подростков, использующих ВМК и имеющих нескольких половых партнеров.

Поэтому необходимо с особой осторожностью подходить к назначению ВМК молодым женщинам.

Внутриматочная контрацепция может применяться у молодых нерожавших женщин при отсутствии признаков инфицирования половых органов, регулярной половой жизни, наличии постоянного полового партнера, длине полости матки не менее 6 см. Предпочтение следует отдавать мини-моделям медикаментозных ВМС, содержащим медь. Введение ВМС целесообразно при наличии одного полового партнера и необходимости длительной контрацепции.

**Литература**

1. Е.А.Богданова. Гинекология детей и подростков. М.,2000; 290-305

2. В.И.Краснопольский и др. Вестн. Рос. ассоц. ак.-гинекол., 1998; 87-90.

3. В.И.Кулаков, В.Н.Прилепская. Практическая гинекология. М.,2000 г.;507-568

4. В.Н.Сметник, Л.Г. Тумилович. Неоперативная гинекология. М., 2001г.;502

5. А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова. Современные методы контрацепции. М.,1997 г.;1-250