

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, Р.Г. Абдуллаева, Е.В. Радзинская
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва

Рассматриваются особенности сексуальной жизни современных подростков и молодых женщин, ассоциирующиеся с высоким риском наступления непланируемой беременности, которая в 80 % случаев заканчивается абортom. Обсуждаются общие принципы гормональной контрацепции и индивидуального выбора контрацептива в когорте девушек-подростков. Представлены данные о лечебных аспектах гормональной контрацепции при решении таких проблем, возникающих в период становления репродуктивной системы, как дисменорея, маточные кровотечения пубертатного периода, угревая болезнь и др. Рассматриваются современные подходы к экстренной контрацепции.

Ключевые слова: гормональная контрацепция, девушки-подростки, репродуктивное здоровье, аборт, комбинированные оральные контрацептивы

“Женщина не может считать себя свободной, если она не в состоянии управлять собственным организмом”.

Маргарет Сенджер, 1920

В последние десятилетия на территории Российской Федерации (РФ) констатируются значительные изменения репродуктивного поведения женского населения, в т. ч. девушек-подростков. Современные подростки и молодые женщины характеризуются ранним сексуальным дебютом, высокой сексуальной активностью, неадекватными репродуктивными установками и низкой информированностью о возможностях современных методов контрацепции, что закономерно приводит к высокому риску наступления непланируемой беременности, которая в 80 % случаев заканчивается абортom [11, 20, 23]. На фоне отсутствия государственной системы сексуального просвещения и репродуктивного образования в России сложился стереотип решения проблемы нежелательной беременности путем ее искусственного прерывания, что наносит непоправимый ущерб репродуктивному здоровью нации [8, 17, 21].

В структуре причин материнской смертности в РФ аборт стабильно занимает одно из первых мест – в 2007 г. его доля составила 18,8 %. И это вполне объяснимо – количество абортom в РФ в десятки раз выше, чем в странах с развитой системой планирования семьи. Родами заканчивается только 40 % беременностей, столько же прерываются абортom. При этом 28 %

женщин прерывают первую беременность, а, как известно, частота осложнений у первобеременных втрое превышает аналогичный показатель у рожавших. Частота гинекологических заболеваний у женщин, первая беременность которых закончилась искусственным абортom, достигает 58,7 %, что практически в полтора раза выше популяционного показателя. Более того, доля абортom у первобеременных, включая подростков, увеличивается. В России частота подростковых абортom колеблется от 10 до 15 %. В 2006 г. каждый десятый аборт выполнен девочкам в возрасте 14 лет и девушкам 15–19 лет (0,06 и 10,2 % соответственно); каждый второй – молодым женщинам 20–29 лет, т. е. в наиболее активном репродуктивном периоде. Негативная тенденция проявляется и в увеличении частоты абортom у подростков до 14 лет на сроке 22–27 недель [15, 17, 20, 23].

Осложнения после абортom развиваются у каждой третьей женщины, их частота варьируется в пределах 16–55 %. Риск возникновения отсроченных осложнений (воспалительные заболевания гениталий, несостоятельность шейки матки, гематометра, плацентарный полип) значительно превышает риск ранних осложнений (травма шейки матки, перфорация матки, кровотечение), составляя соответственно 10–35 и 5–18 %. Отдаленные ослож-

нения (бесплодие, невынашивание беременности, хронические воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, миома матки, эндометриоз) сопровождаются значительным ухудшением репродуктивного здоровья женщин [3, 8, 17].

Общие принципы гормональной контрацепции

Гормональная контрацепция – реальный инструмент сохранения репродуктивного здоровья женщин, поскольку ее использование позволяет предотвратить нежелательную беременность, абортom и их осложнения [8, 23].

Основными задачами контрацепции у подростков являются надежное предупреждение абортom и нежелательных первых родов, а также максимально эффективная профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в т. ч. ВИЧ-инфекции [15].

Существенные морфофункциональные отличия организма подростка от взрослого, в т. ч. и присущие его репродуктивной системе, предъявляют наиболее строгие требования к контрацепции для сексуально активных девушек-подростков, определяя необходимость использования у них высокоэффективных, безопасных для здоровья и легкообратимых способов контрацепции, а также методов защиты от ИППП.

Согласно критериям ВОЗ, оральные контрацептивы могут без ограничений использоваться у юных и нерожавших женщин с возраста менархе. Оценка факторов риска у подростков проводится по тем же критериям, что и в других возрастных группах [17, 24], она необходима для того, чтобы исключить наличие противопоказаний к использованию эстрогенсодержащих комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и чисто прогестинных таблеток.

Технология индивидуального подбора метода контрацепции у девушек-подростков осуществляется с учетом характера сексуальной активности, количества половых партнеров (риск ИППП/ВИЧ-инфекции), особенностей становления менструального цикла, степени полового развития, наличия симптомов гиперандрогении, а также метаболического риска при длительном приеме. Определенное значение имеют социальная и экономическая доступность, конфиденциальность и удобство в применении. С учетом всех требований эксперты ВОЗ считают наиболее оптимальными методами контрацепции для подростков КОК, презервативы и спермициды, а также их сочетания. В силу своего возраста девушки-подростки являются группой-мишенью и для использования методов экстренной гормональной контрацепции [3, 8, 15].

Механизм действия КОК основан на подавлении циклической активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, пролиферативных изменений в эндометрии и повышении вязкости цервикальной слизи путем ежедневного введения комбинации этинилэстрадиола и гестагена, в связи с чем следует строго соблюдать регулярность приема контрацептива и принимать во внимание необходимость адаптации репродуктивной системы к условиям функционирования в условиях “вынужденного отпуска”. Нагрузкой для нее являются начало использования КОК и их отмена, особенно при длительном (свыше 5 лет) приеме.

Важно отметить, что длительность использования КОК с целью контрацепции неограничена и определяется лишь потенциальной возможностью

возникновения с течением времени неких противопоказаний к их применению, которые выявляются в результате ежегодной диспансеризации потребителей КОК (к примеру, заболевание вирусным гепатитом, туберкулезом, появление мигрени и т. д.) [24]. Благотворное действие КОК на репродуктивную систему усиливается по мере увеличения продолжительности их использования, а защитный эффект препаратов выражен гораздо сильнее у женщин, начавших прием КОК в молодом возрасте. Частота последующего бесплодия у женщин, принимающих КОК, оказалась в сотни раз меньше, чем у их сверстниц, имевших роды и аборт без использования контрацепции [8, 23].

Реализация требований к подростковой контрацепции существенно зависит от индивидуальной приемлемости дозы и режима введения (фазности) КОК. Современные препараты принято делить по содержанию этинилэстрадиола на высокодозированные (35 мкг и более), низкодозированные (30 мкг) и микродозированные (менее 30 мкг). Монотонное введение одинаковых доз эстрогена и гестагена в течение “цикла” (монофазный режим) характеризуется большими потенциальными возможностями в отношении функционального тор-

ности. Поэтому индивидуальный выбор контрацептива определяется наличием у него суммарных неоконтрацептивных преимуществ лечебно-профилактического и косметического характера [6, 12, 14].

Преимуществом микро- и низкодозированных препаратов является снижение риска развития эктопической беременности, апоплексии, функциональных кист и эпителиальных опухолей яичников, а также гиперплазии и рака эндометрия, обусловленное подавлением овуляторной амплитуды гонадолиберина, циклической секреции гонадотропинов и фолликулогенеза в яичниках. Это в свою очередь обеспечивает хороший контроль цикла, снижение уровня простагландинов и уменьшение менструальной кровопотери. В то же время трехфазные КОК чрезвычайно уместны у девушек-подростков, отстающих от сверстниц по темпам полового развития, поскольку они содержат 35–45 мкг этинилэстрадиола и, имитируя циклические колебания, типичные для естественного двуфазного цикла, потенцируют развитие вторичных половых признаков и феминизацию фигуры. Для обоих режимов характерны снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза, положительное влияние на состояние молочных желез

Гормональная контрацепция – реальный инструмент сохранения репродуктивного здоровья женщин.

можения оси гипоталамус–гипофиз–яичники, что позволяет снизить дозу эстрогенного компонента и, соответственно, метаболический риск. В трехфазных КОК дозы эстрогенного и гестагенного компонента в таблетке меняются в течение цикла, имитируя гормональный профиль естественного цикла в периоды ранней пролиферации, поздней пролиферации (предовуляторный подъем уровня эстрогенов) и секреции (увеличение уровня прогестагенного компонента) [2, 8, 17].

Жесткий отбор современных контрацептивных препаратов на этапе фармакологической и клинической экспертизы уравнивает их к моменту попадания на рынок с точки зрения противозачаточной эффектив-

и кожи, а также регулирующее воздействие на менструальный цикл, что важно для подростков, находящихся в стадии его становления [3, 8].

Не менее ценным для юных потребителей является хорошая обратимость метода – немедленное восстановление способности к зачатию после отмены контрацептива, наилучшим доказательством которой являются случаи беременности при нарушении схемы приема КОК [8, 15].

“Старт” контрацепции в юном и раннем репродуктивном возрасте идеально проводить с помощью микродозированных препаратов, при необходимости повышая дозу этинилэстрадиола путем перехода на низкодозированный КОК с аналогичным

гестагеном либо, напротив, принципиально меняя состав используемого препарата, переходя на КОК с другим гестагеном [3, 8].

Согласно рекомендациям ВОЗ, “при наличии высокого риска заражения ИППП/ВИЧ-инфекцией настоятельно рекомендуется прибегать к двойной защите... посредством использования презерватива в комбинации с другим средством контрацепции... в целях одновременного предупреждения беременности и профилактики инфекции”. В связи с этим идеальной технологией для женщин юного и молодого возраста, в большинстве своем входящих в группу риска по ИППП/ВИЧ-инфекции в силу возраста и социально-брачного статуса, является “голландский дубль” — одномоментное использование качественного презерватива и низко- или микродозированного КОК [8, 22].

Лечебные аспекты гормональной контрацепции

В целом ряде проблем девушек-подростков, возникающих в период становления репродуктивной системы, которые могут быть решены при помощи неконтрацептивных эффектов КОК, лидируют дисменорея, маточные кровотечения пубертатного периода, угревая болезнь и реабилитация после перенесенного аборта. Это может стать и дополнительной мотивацией принятия решения в пользу использования КОК.

Актуальность проблемы дисменореи у подростков обусловлена ее высокой распространенностью в популяции и социальной значимостью: в структуре гинекологической заболеваемости учащейся молодежи удельный вес дисменореи достигает 20 %. Каждая третья женщина, страдающая дисменореей, ежемесячно нетрудоспособна от нескольких часов до 5 дней, а хотя бы один эпизод болезненных менструаций имеют в анамнезе до 90 % менструирующих женщин [7, 8, 22].

Данные литературы свидетельствуют о высокой клинической эффективности в лечении первичной дисменореи КОК, содержащих гестоден. Так, применение Линдинета 20 уже к концу 3-го цикла лечения способствует вос-

становлению корково-подкорковых соотношений и биоэлектрической активности головного мозга, что сопровождается быстрой ликвидацией симптомов заболевания и повышением качества жизни юных пациенток [1, 6, 7].

Проявления андроген-ассоциированной дерматии (угревая сыпь, жирная себорея, гипертрихоз, гирсутизм) встречаются у 80 % населения. Механизм системного положительного действия КОК при угревой болезни обусловлен блокадой синтеза тестостерона в яичниках и надпочечниках (сочетанное влияние эстрогенного и гестагенного компонентов), а также повышением синтеза связывающего глобулина в печени (эффект этинилэстрадиола). Все это ведет к понижению уровня свободного тестостерона, а следовательно, и уменьшению количества сырья для образования дигидротестостерона. Отличия в степени суммарного антиандрогенного влияния зависят как от степени выраженности торможения функции яичников (надпочечников), так и от дозы этинилэстрадиола [3, 6].

Препараты, обладающие фармакологической антиандрогенной активностью, содержат гестагены, имеющие конкурентное сродство к андрогенным рецепторам на уровне фермен-

гомеостаз путем поддержания постоянного уровня этинилэстрадиола в сыворотке крови и/или применения КОК с выраженным прогестагенным и антиандрогенным действием, особенно содержащих дезогестрел;

- тормозить патологическую секрецию гонадотропинов;
- корректировать отклонения вегетативного и психологического статуса девушек [9, 12, 13].

Женщины оптимального репродуктивного возраста (20–35 лет), как правило, уже имеют в анамнезе беременности, роды и гинекологические заболевания, поэтому доминирующее значение при выборе методов контрацепции, спектр которых расширяется за счет чисто прогестиновых и внутриматочных контрацептивов, в этой возрастной группе приобретают возможность их использования в период лактации, а также лечебно-профилактические свойства препаратов [2, 6, 14, 16, 18, 21, 24]. Наиболее существенное значение имеет реабилитационный потенциал КОК после искусственного прерывания беременности [4, 20].

“Синдром потери плода”, развивающийся в женском организме после исчезновения эндокринноактивного эмбриона, представляет собой “био-

Идеальной технологией для женщин юного и молодого возраста... является “голландский дубль” — одномоментное использование качественного презерватива и низко- или микродозированного КОК.

та 5 α -редуктазы (ципратерона ацетат, диенгест, дроспиренон), что тормозит и скорость образования дигидротестостерона [3, 17].

Применение КОК при маточных кровотечениях пубертатного периода позволяет:

- корректировать систему гемостаза и останавливать кровотечение;
- способствовать устранению анемии за счет улучшения функциональных свойств эритроцитов;
- регулировать ритм менструаций и предупреждать рецидивы кровотечений;
- нормализовывать гормональный

логический шок”, реализующийся по оси гипоталамус–гипофиз–яичники, осложненный травматическим повреждением эндометрия, а также контаминацией его микрофлорой цервикального канала и влагалища. Искусственно прерванная “программа беременности”, являющаяся, по сути, программным увеличением уровня эстрогенов вплоть до 34 недель, сопровождается внезапным “пробуждением” и резкой активацией центральных уровней репродуктивной системы, направленной на стимуляцию фолликулогенеза в яичниках и экстренную регенерацию поврежден-

ной слизистой оболочки в полости матки. Следствием этих потрясений могут стать развитие дисфункции яичников и персистенция эндокринных сдвигов, нормальных для беременности, но патологических вне ее, особенно если прерывание происходит во II триместре.

Реабилитация с помощью КОК, которые тормозят гипоталамо-гипофизарно-яичниковую активность, стимулируют регенерацию эпителия, увеличивают вязкость цервикальной слизи и снижают уровень простагландинов, является реальным рычагом, позволяющим снизить частоту развития поздних и отдаленных послеабортных осложнений [17, 19]. Формула успеха послеабортной реабилитации: монофазный режим КОК + доза этинилэстрадиола 30 мкг + высокая антигонадотропная активность + хорошая тропность эндометрию + метаболически нейтральный гестаген + экономическая доступность = идеальными препаратами для послеабортной реабилитации являются дезогестрелсодержащие препараты, такие как Регулон.

С проблемой абортов, послеабортных осложнений, воспалительных заболеваний половых органов и расстройств менструации тесно связана проблема эндометриоза. Распространенность этого заболевания у современных женщин раннего и оптимального репродуктивного возраста не только не имеет тенденции к снижению, но, напротив, стабильно увеличивается. Синдром хронических тазовых болей – довольно распространенное явление в женской популяции, и эндометриоз выявляется у 70 % таких пациенток.

Современный подход к лечению эндометриоза подразумевает активную хирургическую тактику, предусматривающую проведение деструкции/удаления гетеротопий и гормонотерапию, направленную на воссоздание в организме псевдоменопаузы, что не всегда оптимально для подростков и молодых женщин. Относительный дефицит прогестерона, возникающий в организме пациенток с эндометриозом вследствие автономной секреции эстрогенов в эндометриодных гетеротопиях, опреде-

ляет выбор для длительного применения контрацептивов, содержащих гестагены с высоким индексом селективности (гестоден, дезогестрел). Возможности КОК, способных вызывать дистрофические изменения в эндометрии, могут быть востребованы для купирования клинической симптоматики эндометриоза, что наряду с предупреждением аборта существенно снижает активность заболевания и частоту рецидивов.

В последние годы в лечении эндометриоза хорошо зарекомендовал себя контрацептив, в состав которого входит диеногест – гибридный гестаген, сочетающий свойства своих предшественников – прогестерона и левоноргестрела (см. таблицу).

Применение 2 мг диеногеста в сочетании с 30 мкг этинилэстрадиола позволяет добиваться клинического эффекта (купирование дисменореи, оскудение менструаций, восстановление показателей красной крови) за счет развития гипотрофии (атрофии) эндометрия, а следовательно, и атрофии эндометриодных гетеротопий [3, 8].

ЭСКАПЕЛ levonorgestrel 1,5 mg Escapelle

Эффективное средство экстренной контрацепции

- средство первого выбора при незащищенном коитусе или неудачном использовании других методов контрацепции
- эффективность и безопасность однократного приема 1,5 мг левоноргестрела доказана ВОЗ
- высокая эффективность сохраняется в течение 96 часов после коитуса
- возможно применение в любой день менструального цикла
- не обладает abortивным и тератогенным действием

www.96chasov.ru
www.love4life.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР
www.g-richter.ru



Таблица Гормональные контрацептивы

Коммерческое название препарата	Доза этинилэстрадиола	Доза гестагена	Гестаген	Отличительные свойства гестагена, влияющие на индивидуальный выбор
Минизистон 20 фем	20 мкг	100 мкг	Левоноргестрел	Андрогенная активность, высокая тропность к эндометрию
Ригевидон	30 мкг	150 мкг	Левоноргестрел	
Мирена	–	20 мкг	Левоноргестрел	Местное воздействие на эндометрий
Постинор	–	750 мкг	Левоноргестрел	Повышение pH в полости матки (инактивация сперматозоидов)
Эскапел	–	1,5 мг	Левоноргестрел	
Мирелль	20 мкг	60 мкг	Гестоден	Многообразие эффектов: слабая андрогенная активность, клиническое антиминералокортикоидное действие), 100 %-ная биодоступность
Логест	20 мкг	75 мкг	Гестоден	
Линдинет 20	20 мкг	75 мкг	Гестоден	
Линдинет 30	20 мкг	75 мкг	Гестоден	
Фемоден	20 мкг	75 мкг	Гестоден	
НоваРинг	15 мкг	120 мкг	Этоногестрел	Активный метаболит дезогестрела с вагинальным путем введения
Мерсилон	20 мкг	150 мкг	Дезогестрел	Выраженное тормозящее влияние на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось, мягкий антиандрогенный эффект, высокая селективность
Новинет	20 мкг	150 мкг	Дезогестрел	
Регулон	30 мкг	150 мкг	Дезогестрел	
Марвелон	30 мкг	150 мкг	Дезогестрел	
Чарозетта	–	75 мкг	Дезогестрел	
Джез	20 мкг	3 мг	Дроспиренон	Антиандрогенный и лечебный антиминералокортикоидный эффект
Ярина	30 мкг	3 мг	Дроспиренон	
Евра	20 мкг	150 мкг	Норэргестромин	Активный метаболит норгестимата с трансдермальным путем введения
Силест	35 мкг	250 мкг	Норгестимат	Слабая андрогенная активность
Белара	30 мкг	2 мг	Хлормадинона ацетат	Мягкий антиандрогенный эффект
Жаннин	30 мкг	2 мг	Диеногест	Выраженная тропность к эндометрию, антиандрогенный эффект
Диане-35	35 мкг	2 мг	Ципратерона ацетат	Выраженный антиандрогенный эффект на уровне органов-мишеней

Вместе с тем при начальной стадии аденомиоза методом выбора является пролонгированный режим контрацепции с использованием КОК, хорошо контролирующих цикл (Регулон, Линдинет 30). При наличии синдрома дисплазии соединительной ткани, варикозного расширения вен, заболеваний гепато-билиарного тракта, повышенном уровне тревожности ввиду развития медикаментозной аменореи, особенно у подростков, следует учитывать степень стероидной нагрузки, ограничиваясь микродозированными КОК (Линдинет 20).

Другим методом гормональной контрацепции, имеющим лечебные преимущества у лиц с гиперполименореей и дисменореей, в т. ч. при аденомиозе 1–2-й степени и миомах небольших размеров без деформации полости матки, является внутриматочная левоноргестрелвыделяющая система Мирена. Клинический эффект от ее применения основан на

последствиях монотонного локального воздействия 20 мг левоноргестрела на эндометрий, что вызывает его дистрофию вплоть до атрофии и развитие обратимой медикаментозной маточной аменореи [5]. Помимо ликвидации всех симптомов, связанных с расстройствами менструации, по-видимому, имеет место и антипролиферативный эффект левоноргестрела на эндометриальные гетеротопии, поскольку ряд клинических исследований свидетельствует о торможении активности процесса при некоторых формах эндометриоза, не говоря уж о контрацептивной надежности Мирены, превосходящей таковую после проведения добровольной хирургической стерилизации [8, 17].

Несмотря на сохранение овуляции в 85–90 % случаев, риск развития эктопической беременности и воспалительных заболеваний органов малого таза у пользователей указан-

ной системы значимо ниже в сравнении не только с пользователями медьсодержащих внутриматочных контрацептивов, но и с популяцией в целом. Поскольку Мирена относится к обратимым методам и может использоваться сразу после аборта, у кормящих матерей, а также у большинства лиц, имеющих противопоказания к использованию эстрогенсодержащих препаратов, для многих женщин в репродуктивном периоде она является методом выбора [24].

Говоря о лечебных преимуществах гормональных контрацептивов, нельзя не остановиться на вопросах повышения качества жизни женщин. Помимо отсутствия тревоги по поводу наступления нежелательной беременности использование современных КОК позволяет влиять на настроение, сексуальность и работоспособность [10, 13, 16, 19]. Для КОК, содержащих дроспиренон, этот эффект подтвержден с точки зрения доказательной

медицины, что позволило рекомендовать препарат Ярина для целевого использования с целью контрацепции у женщин, страдающих синдромом предменструального напряжения, в т. ч. его тяжелыми и атипическими формами [8, 17].

В настоящее время на российский рынок выходит Джеб, микродозированный КОК, в состав которого входит та же доза дроспиренона, что и в Ярине.

Экстренная гормональная контрацепция

В российской популяции юных и молодых женщин, к сожалению, не ставящих репродуктивное здоровье в ряд жизненных приоритетов, продолжает сохранять чрезвычайную актуальность метод экстренной гормональной контрацепции (ЭГК)

Экстренная гормональная контрацепция... является адекватной альтернативой аборту.

[3, 15]. При изучении характера начала половой жизни современных подростков выявлено, что каждая третья девушка не планирует сексуальный дебют, а до 6 % начинают половую жизнь против воли [21].

Целью ЭГК является внезапная остановка закономерных циклических процессов, ежемесячно проис-

ходящих в репродуктивной системе в период, позволяющий помешать овуляции, оплодотворению или имплантации яйцеклетки. Поскольку применение высоких доз стероидов в качестве рычага этой экстренной остановки не влияет в последующем на функцию репродуктивной системы при однократном (редком) использовании, а в случае наступления беременности не влечет за собой не только ее прерывания, но и эмбриотоксического и тератогенного действия [8].

Согласно рекомендациям ВОЗ, у женщин юного и молодого возраста предпочтение следует отдавать ЭГК с помощью левоноргестрела. Преимуществами использования чистого левоноргестрела являются лучшая переносимость (закономерно меньшая доза стероида) и более высо-

кий порог потенциальной безопасности [24]. Давно и хорошо известный всем Постинор (двойной режим – 750 мкг дважды с интервалом 12 часов) в последние годы уступает место Эскапелу (однократный режим – 1500 мкг одномоментно).

Однократное применение особенно важно в когорте подростков,

поскольку оно позволяет осуществить прием препарата в условиях клиники, куда девушка обратилась, под наблюдением медицинского работника, а также в большей степени гарантирует конфиденциальность использования метода. Кроме того, Эскапел сохраняет свою эффективность в пределах 96 часов после незащищенного или неадекватно защищенного полового контакта [3, 8].

Заключение

Безусловно любая контрацепция лучше, чем аборт. В разрезе демографических проблем, характерных для России, в которой каждые 5 лет на 20 % снижается число женщин, способных рожать, а естественная убыль населения приблизилась к 1 млн человек в год, непланируемая беременность, чреватая искусственным или самопроизвольным прерыванием и риском развития осложнений, ставящих под угрозу безопасное материнство в будущем, в настоящее время попросту недопустима. Современному российскому обществу ничего не остается, как двигаться в направлении “от опасного аборта – к безопасному, от безопасного аборта – к контрацепции” в рамках цивилизованной реализации репродуктивного выбора каждой женщины, каждой пары, каждой семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакарова П.Р., Прилепская В.Н. Дисменорея. Возможности терапии препаратом Линдинет // Контрацепция и здоровье женщины. 2005. № 1. С. 23–25.
2. Артымук Н.В., Зуева Г.П. Возможности применения препарата “НоваРинг” у женщин с гипоталамическим синдромом // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. Т. 1. № 6. С. 32–33.
3. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М., 2007. С. 355–380.
4. Завалко А.Ф., Беленькая О.Н., Буханова О.В. Клинический опыт использования влагалищной гормональной рилизинг-системы Нова-Ринг после искусственного прерывания беременности // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. 2006. № 4. С. 39–42.
5. Завалко А.Ф., Любицкая Н.В. Использование “Мирены” в лечении рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия / Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: Тезисы Международного конгресса. М., 2006. С. 64–65.
6. Карахалис Л.Ю., Федорович О.К. Дифференцированное применение комбинированных пероральных контрацептивов // Акушерство и гинекология. 2006. № 6. С. 51–53.
7. Казакова Ю.А. Некоторые особенности лечения первичной альгодисменореи у подростков // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: Тезисы Международного конгресса. М., 2006. С. 74.
8. Клиническая гинекология: Избранные лекции / Под ред. В.Н. Прилепской. М., 2007. С. 212–218.
9. Лукина Н.А., Родина Ю.С., Черняева В.И. и др. Рациональный выбор современных гормональных контрацептивов при фармакотерапии различных нарушений менструального цикла у подростков / Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: Тезисы Международного конгресса. М., 2006. С. 103–104.
10. Межевитинова Е.А. Предменструальный синдром и комбинированные гормональные контрацептивы // Гинекология. 2002. Т. 4. № 6. С. 250–253.
11. Мочалова М.Н., Некрасова Н.Е., Тиханова Л.А. Особенности сексуального поведения девушек-подростков в школьной среде / Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: Тезисы Международного конгресса. М., 2006.

- С. 125–126.
12. Пересада О.А., Колодко Т.В., Солошкина Д.А. Клиническая эффективность препарата Линдинет в комплексной терапии нарушений менструального цикла у девушек // *Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: Тезисы Международного конгресса. М., 2006. С. 139.*
 13. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М. и др. Эффективность и приемлемость применения контрацептивного кольца Новаринг в клинической практике // *Акушерство и гинекология. 2006. № 6. С. 54–57.*
 14. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В. Применение Марвелона в пролонгированном режиме в качестве противорецидивной терапии гиперплазии эндометрия // *Акушерство и гинекология. 2007. № 1. С. 53–57.*
 15. Радзинский В.Е. Контрацепция у подростков // *Гинекология. 2002. Т. 4. № 6. С. 255–261.*
 16. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Билоголовская В.В. Состояние сексуального здоровья женщин на фоне применения гормональной контрацепции // *Акушерство и гинекология. 2007. № 6. С. 53–67.*
 17. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М., 2007. С. 683–714.
 18. Серова О.Ф. Особенности послеродовой контрацепции // *Гинекология. 2005. Т. 7. № 5–6. С. 292–293.*
 19. Серов В.Н. Клинико-экономическая оценка применения гормональной терапии после аборта в Российской Федерации // *Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. Т. 6. № 6. С. 56–60.*
 20. Хамошина М.Б. Особенности сексуального поведения как фактор риска репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края // *Вестник дерматологии и венерологии. 2006. № 6. С. 22–26.*
 21. Хамошина М.Б. Репродуктивное образование – эффективное направление охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков // *Вестник Новосибирского государственного университета. 2004. Т. 2. № 4. С. 48–56.*
 22. Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, et al. The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: Results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12(Suppl. 4):354–61.
 23. Kaygorodova LA, Nesvyachenaya LA, Pogorelova GF. The experience of the reduction of the number of abortions and level of maternal death – rate of women-teenagers. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13 (Suppl. 2):57–58.
 24. WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition, 2004. WHO/RHR/00.2.