



К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ У МОЛОДЕЖИ И ПОДРОСТКОВ

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Н.К. СИЛИНА

к. мед. н., старший научный сотрудник отделения медицинских и психо-социальных проблем здоровья семьи Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

З.А. ШКИРЯК-НИЖНИК

профессор, заведующая отделением медицинских и психо-социальных проблем здоровья семьи Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Т.Н. СИЛИНА

д. мед. н., профессор кафедры семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика

Н.В. ЯРОЦКАЯ

младший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

ВВЕДЕНИЕ

Состояние репродуктивного здоровья современных девочек является фактором, который определит воспроизводство населения и демографическую ситуацию в начале XXI века [1]. Качество репродуктивного здоровья женщин, несмотря на применение современных диагностических и лечебных мероприятий, остается низким. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что функционирование репродуктивной системы женщин во многом определяется ее своевременным и гармоничным развитием в период полового созревания. По результатам проведенного национального лонгитюдного исследования «Семья и дети Украины», которое является частью европейского проекта ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood), был выявлен низкий уровень санитарной грамотности подростков по вопросам современных знаний о сохранении своего здоровья, культуры становления сексуальности и половых отношений, высокой частоты употребления пищи «уличного приготовления» и «фаст-фуда»; нерациональный режим дня с преобладанием малоподвижной деятельности. Отмечается также многочасовое пребывание в социальных сетях и увлечение компьютерными играми, недостаточная занятость физкультурой и

спортом, безразличное отношение к урокам физкультуры в школе; низкий уровень знаний о недопустимости употребления в подростковом возрасте алкогольных напитков, в частности пива, курение, употребление психотропных веществ [3]. Хронический стресс, использование ксеноэстрогенов, постоянное раздражение зрительного нерва усиливают процессы дезадаптации. Все эти социальные факторы ассоциируются с высокой общей заболеваемостью у девушек 14–25 лет, рост которой, в свою очередь, значительно снижает репродуктивный потенциал населения. За последние годы у девочек резко возросла частота воспалительных заболеваний репродуктивных органов, нарушений менструальной функции. Отмечается стойкая тенденция к увеличению аномальных маточных кровотечений (АМК) в данной возрастной категории (Т.А. Roiss, 2005, Herve Fernandez, 2007). Следует отметить, что показатели заболеваемости у девушек на 10–15% превышают таковые среди юношей, поскольку в подростковом периоде девочки более подвержены вышеперечисленным неблагоприятным воздействиям медико-социального, экономического и экологического характера [2, 3].

На сегодняшний день социальные факторы (умственная нагрузка в школе, постоянное раздражение зрительного нерва современными

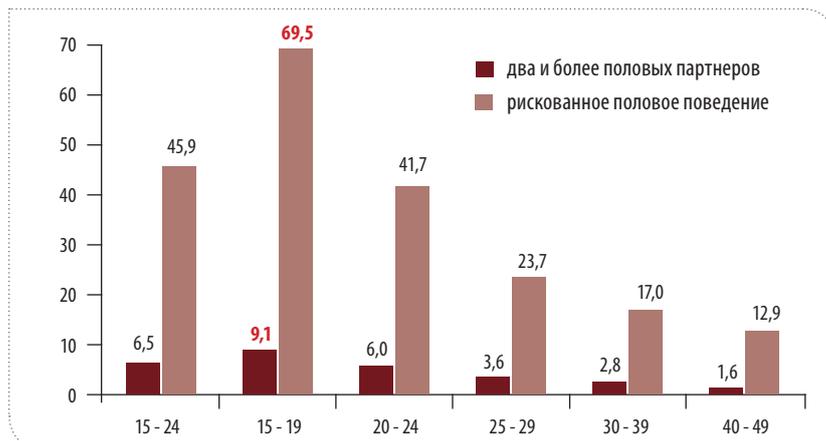
гаджетами, отсутствие охранительного режима) приводят к развитию хронического стресса, который, в свою очередь, запускает каскад патологических процессов в юном организме. Большинство стресс-индуцированных расстройств долгое время носят субклинический характер и в сочетании с фактом незрелости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у подростков приводят к поздней диагностике нарушений репродуктивного здоровья и развитию более тяжелых форм нарушений (S.L. Berga, 2008). А кто первым может выявить наличие факторов риска у девочки-подростка и своевременно направить к гинекологу для проведения профилактических мероприятий? Конечно, только тесная взаимосвязь семейных врачей, педиатров и гинекологов позволит это сделать.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

Случайная беременность и роды у девочки-подростка также остаются актуальной проблемой семьи и общественного здравоохранения, несмотря на снижение данных случаев за последние 10 лет как в Украине, так и в США и странах Евросоюза [6]. Ежегодно около 16 миллионов родов проходит у девушек в возрасте 16–19 лет [7]. Осложнения, возникающие вследствие беременности и родов у девушек 15–19 лет, являются основными среди причин смертности этой возрастной группы в странах с низким и средним уровнем доходов [8]. Перинатальная смертность выше среди новорожденных от матерей-подростков, чем от женщин 20–29 лет [8].

В Украине за 2013 г. было проведено 54 зарегистрированных аборта (76 – в 2012 г.) и 127 (110 – в 2012 г.) родов у девочек-подростков до 14 лет. В группе подростков 15–17 лет соответственно 1 592 (1 760 – в 2012 г.) абортов и 6 778 (7 046 – в 2012 г.) родов. Необходимо отметить, что в данной возрастной группе до 10% сексуально активных девушек имеют несколько половых партнеров и рискованное половое поведение до 70% случаев (рисунок). 14% сексуально активных девочек-подростков используют «экстренную» контрацепцию [4].

По данным упомянутого когортного исследования «Семья и дети Украины», средний возраст сексуального дебюта у девочек составляет 15,1 год, у мальчиков – 14,7. Возраст начала половой жизни и иерархия его мотивов у подростков весьма различны. К сожалению, только 16,0% девушек 15–17 лет еще не имели половых отношений. В 13–14 лет начали половые отношения 27,5% юношей и 16,5% девушек; 29,3% подростков начинали половую жизнь в 15 лет (37,5% юношей и 24,0% девушек) и в 16 лет начинали половую жизнь 19,5% подростков (6,3% юношей и 28,0% девушек). Данные опроса свидетельствуют, что по-



давляющее большинство подростков считает приемлемым начало половой жизни в период 16–18 лет как для мальчиков (56,8% всех детей), так и для девушек (47,0% всех детей). Интересно, что ребята считают оптимальным возраст начала половых отношений более ранний для девочек по сравнению с мальчиками и наоборот – девушки считают, что ребята должны начать половую жизнь раньше девушек [3]. Существует определенная доля подростков, имеющих убеждение, что сексуальная жизнь возможна только в рамках официально оформленного брачного союза: для девушек (11,9% всех подростков), для ребят (6,9%). Таким образом, все вышеперечисленные факты требуют серьезной работы в сфере планирования семьи не только от гинекологов, а также педиатров и семейных врачей.

Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics) решительно поддерживает рекомендацию о том, что необходимо проводить информационную кампанию среди подростков по воздержанию от добрачных половых связей. Задача семьи, педиатра, гинеколога и масс-медиа – помочь подростку отложить добровольные половые отношения, пока он или она не будут полностью готовы к эмоциональным, медицинским, моральным и финансовым последствиям секса и осознания ответственности за эти последствия. Признано, что определенный процент молодых людей выберет не откладывать сексуальную активность, и тогда обязанностью родителей, гинеколога, семейного врача и педиатра является помочь девочке-подростку снизить риски и негативные последствия для здоровья, связанные с подростковым сексуальным поведением и, самое главное, уберечься от нежелательной беременности. Именно педиатры или семейные врачи играют важную роль в подростковой охране репродуктивного здоровья. Их долгосрочные доверительные отношения с пациентами и их семьями позволяют им быть авторитетным мнением в обучении методам плани-

РИСУНОК.
СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ
ЖЕНЩИН УКРАИНЫ
ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ
(%, ПО ДАННЫМ МДОУ-2007)

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

рования семьи, в первую очередь, конечно, пропаганде воздержания как способа избежать негативных последствий, связанных с началом половой жизни. Именно педиатры совместно с гинекологами могут активно пропагандировать принципы планирования семьи и играть активную роль в поощрении своих сексуально активных пациентов-подростков пользоваться противозачаточными средствами, чтобы снизить риск нежелательных беременностей и предотвратить инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Предоставление информации подросткам о контрацепции не приводит к всплеску сексуальной активности, к более раннему возрасту сексуального дебюта или увеличению количества половых партнеров [9]. В действительности, еще в 1997 г. группой ученых S. Guttmacher, L. Lieberman et al. было доказано, что если для подростков существуют табу для получения контрацепции и презервативов, они чаще испытывают негативные последствия, связанные с сексуальной жизнью. Исследования на базе 17 школ штата Калифорния (США), в которых приняли участие 758 старшеклассников, показали отсрочку сексуального дебюта у подростков благодаря использованию комплексного подхода к половому просвещению, который включал обсуждение контрацепции [10]. Предотвращение подростковой беременности является ключевой стратегией в улучшении показателей материнских и младенческих потерь. Также задача данной публикации – расставить акценты по методам контрацепции, которые могут быть использованы в группе пациенток до 22 лет и облегчить задачу семейного врача, педиатра и гинеколога в вопросах нежелательной беременности.

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

Мужские и женские презервативы

До 14% подростков отказываются от использования данной методики, но это единственный метод, который значительно снижает передачу большинства ИППП и, следовательно, его должны использовать все сексуально активные подростки, независимо от того, используется ли дополнительный метод контрацепции. Мужские презервативы имеют ряд преимуществ для подростков. Это дешевизна и безрецептурность. Полиуретановые презервативы могут быть использованы у подростков с документированной аллергией на латекс; однако предпочтительны латексные презервативы, потому что они имеют более высокий уровень эффективности. В настоящее время существует общая тенденция к отходу от продуктов, содержащих ноноксиол-9, в связи с тем, что использование данной субстанции увеличивает риск генитальных язв и раздражения, которые могут облегчить проникновение ИППП [11]. Опросы старшеклассников США показывают, что использование презервативов возросло до 62,8% за последнее десятилетие.

Женский презерватив имеет меньше преимуществ, чем мужской, так как имеет более высокую стоимость, более сложную технику введения, меньшую степень защиты от ИППП и более высокую вероятность наступления беременности. Женский презерватив может быть использован, если половой партнер отказывается от использования мужского презерватива. Но необходимо предварительно разъяснить девушке методику введения женского презерватива [12].

Внутриматочные средства

При правильном использовании внутриматочные средства (ВМС), как правило, безопасные, эффективные методы контрацепции с частотой отказов менее 1%. Однако учитывая, что подростковый период – это поиск и самоутверждение, девушки в возрасте 14–18 лет часто имеют несколько партнеров и находятся в группе риска по ИППП, надо помнить что ВМС для данной возрастной категории не является методом первой линии при выборе контрацепционной защиты. Следует подчеркнуть, что ВМС не влияют на фертильность при отсутствии заражения ИППП. На сегодняшний день на рынке Украины есть ВМС для нерожавших, однако перед их введением необходимо тщательно собирать анамнез для исключения возможного рискованного поведения пациентки.

ВМС могут быть успешно использованы для молодой женщины, уже имеющей детей или аборт в анамнезе и осознающей необходимость использования презервативов для защиты от ИППП.

Иньекционная гормональная контрацепция

Проспективное исследование когорты подростков в возрасте от 12 до 18 лет показало, что при использовании мед-роксипрогестерона ацетата плотность костной ткани снизилась на 3,1% после 2 лет применения данного метода по сравнению с группой контроля, в которой плотность костной ткани выросла за 2 года практически на 10% [16].

Прогестиновые имплантаты

Использование левоноргестрела идеально подходит для подростков, которые хотят иметь пролонгированную защиту от нежелательной беременности, но совершенно не способны регулярно применять комбинированные оральные контрацептивы (КОК), или уже имели одну и более беременностей, закончившихся родами или абортами. Основными недостатками для подростков являются высокая начальная стоимость и потенциальные побочные эффекты, такие как прорывные маточные кровотечения и головные боли.

Прерванный половой акт

На сегодняшний день в Украине данный метод контрацепции широко используется во всех возрастных группах и, к сожалению, считается надежным среди женского населения. Однако данный миф необходимо разрушать при проведении консультирования и сообщать, что эффективность данной методики не более 60%. Важно подчеркнуть, что презервативная жидкость содержит достаточно сперматозоидов для оплодотворения. Данный метод подходит только для пар, которые в случае наступления беременности полностью уверены, что не будут прерывать данную беременность.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОК – наиболее популярный метод предохранения, используемый в юношеском периоде в США.

Необходимо помнить, что подростки склонны к забывчивости, часто скрывают факт сексуальной жизни и контрацепции от родителей. Данные американского исследования Family Growth показали, что около 42% подростков в возрасте 15–19 лет пропустил прием 2 или более таблеток в первые

три месяца использования КОК [15]. Но тщательное обучение и использование методик консультирования позволяют улучшить комплаенс КОК в юношеском возрасте. Также с разрешения подростка возможно в качестве поддержки участие родителей. Однако необходимо акцентировать внимание девушки на использовании презервативов при рискованном поведении для обеспечения защиты от ИППП.

Помимо неконтрацептивных преимуществ (уменьшение акне и менструального синдрома, кист яичников) при применении КОК более 3 лет снижается риск рака эндометрия и рака яичников. Также необходимо акцентировать внимание девушек и их родителей на том, что КОК не увеличивает риск развития рака молочной железы.

Пациенткам, которые принимают противосудорожные препараты и антиретровирусную терапию, должны быть предложены альтернативные методы контрацепции.

Монофазные КОК могут применяться по схеме 84 дня непрерывных гормонально активных таблеток с последующим 7-дневным перерывом. Эта схема подходит для подростков с анемией, тяжелой дисменореей, дисфункциональными маточными кровотечениями или синдромом Виллебранда [13]. Кроме того, девушки, которые забывают принять таблетку, имеют более высокую приверженность в регулярном использовании КОК именно при непрерывных или расширенных схемах КОК в сравнении с традиционной схемой 21+7.

Выбирая комбинированный гормональный контрацептив, необходимо учитывать определенные факторы риска и особенности данной возрастной группы, а именно: хронический стресс, который приводит к развитию недостаточности лютеиновой фазы и дисбалансу между прогестероном и эстрогенами и формированию так называемого синдрома относительной эстрогенной доминанты. Факторами риска развития относительной гиперэстрогении являются также и увеличение в окружающей среде ксеноэстрогенов. Необходимо обращать внимание пациентки, что к ксеноэстрогенам относятся пищевой пластик, полиэтилен, моющие средства, детергенты, кремы, защищающие от ультрафиолетовых лучей, лосьоны, спермициды, коммерчески выращенная курятина, свинина, гербициды, пестициды, освежители воздуха. Использование ксеноэстрогенов приводит к нарушению регуляции ЖТ как путем изменения центральных нейрокринных механизмов (импульсная секреция лютеинизирующего гормона), так и ауто- и паракринных механизмов во II половине лютеиновой фазы, когда импульсная секреция прогестерона осуществляется автономно, поддерживая при этом секрецию лютеинизирующего гормона.

Учитывая высокую частоту распространенности гиперэстрогении у молодых, предпочтение следует отдавать КОК с диеногестом, который обладает выраженным гестагенным и антиэстрогенным действием. Кроме того, очень важно акцентировать внимание пациентки на метаболической нейтральности диеногеста, что очень актуально для девушек и молодых женщин. Данная возрастная группа очень часто отказывается от приема КОК именно из-за боязни набора веса или негативного опыта приема КОК с метаболически активным прогестином.

Использование КОК в Украине в юношеском возрасте ограничено из-за цены на препараты. В развитых странах в данной возрастной группе решение проблемы цены происходит за счет реимбурсации. В нашей стране на этапе нынешней ситуации, когда особенно важно профилактировать незапланированную беременность и максимально использовать неконтрацептивные эффекты КОК, мы видим решение проблемы в использовании качественных генериков, которые прошли необходимые исследования по биоэквивалентности. Поэтому одним из путей решения вопроса доступности КОК как с целью контрацепции, так и при дисменорее, при гиперменорее и/или при наличии акне у девушек мы рекомендуем использование генерического препарата фармацевтической компании Alvogen, содержащего диеногест 2,0 мг и этинилэстрадиол 0,03 мг в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой (Лабораториоз Леон Фарма С.А. Испания), который представлен на рынке Украины под торговым названием Жастинда®. Данный препарат прошел все стандартные исследования по биоэквивалентности и может считаться эффективным и безопасным средством контрацепции с антиандрогенными свойствами [14].

Воздержание

Воздержание является наиболее эффективным средством контроля над рождаемостью и самой оправданной стратегией для снижения нежелательных беременностей и профилактики ИППП, а значит ключевой в сохранении репродуктивного потенциала нации. Внедрение в школьные программы комплексных курсов по здоровому образу жизни, вреде алкоголя, курения, наркотических средств и контрацепции показало высокую эффективность именно в группах подростков, которые еще не начали половую жизнь [9, 10].

Для некоторых подростков воздержание может быть трудным выбором, и поэтому активная поддержка врача (особенно наблюдающего длительное время педиатра или семейного врача), семьи и общества (в том числе в средствах массовой информации) особенно



По результатам проведенного национального лонгитюдного исследования «Семья и дети Украины», которое является частью европейского проекта ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood), средний возраст сексуального дебюта у девочек составляет 15,1 год, у мальчиков – 14,7. К сожалению, только 16,0% девушек 15–17 лет еще не имели половых отношений

Учитывая высокую частоту распространенности гиперэстрогении у молодых, предпочтение следует отдавать КОК с диеногестом, который обладает выраженным гестагенным и антиэстрогенным действием. Кроме того, очень важно акцентировать внимание пациентки на метаболической нейтральности диеногеста, что очень актуально для девушек и молодых женщин

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

важна. Самое главное, чтобы девочка-подросток не ощутила осуждения или недоверия.

Диспансерное наблюдение

Динамическим наблюдением должны быть охвачены все сексуально активные девушки-подростки вне зависимости от выбранного метода контрацепции с целью скрининга рискованного поведения, ИППП, теста по Папаниколау на вирус папилломы человека и поощрения использования контрацепции. Необходимо оценивать регулярность использования выбранного метода контрацепции, его побочных действий и осложнений, а в случае необходимости – подбора нового метода. Целесообразно проинформировать и убедить девушку о необходимости скрининга на ИППП (а именно *Chlamidia trachomatis*) после каждой смены сексуального партнера. Очень важно, чтобы девочка-подросток чувствовала постоянную поддержку в лице доктора и родителей. Однако, какой бы метод контрацепции она не выбрала, необходимо рекомендовать использование презерватива во время каждого полового акта.

Подростки должны быть проинформированы обо всех возможных методах контрацепции и им должна быть предоставлена возможность принятия самостоятельного решения.

ВЫВОДЫ

Подводя итоги всей вышеперечисленной информации, необходимо выделить следующее:

- проведение активной информационной кампании по планированию семьи среди возрастной группы 14–25 лет в Украине позволит снизить уровень материнской смертности на 32% и уровень младенческой и детской смертности на 10%;
- внедрение обучающих программ по вопросам контрацепции имеет наилучшие результаты именно у подростков, которые еще не имели сексуального дебюта;
- необходимо использовать опыт восточноевропейских стран, использующих качественные КОК-генерики с целью обеспечения доступности и большего охвата ими сексуально активных девушек и молодых женщин для сохранения репродуктивного потенциала;
- только совместными усилиями социума, педиатров, семейных врачей и гинекологов возможно в действительности в полной мере сохранить репродуктивный потенциал девочки-подростка на пути прохождения сложного периода «поиска новых приключений, самоутверждения и потери родительского авторитета».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Уварова Е.В.

Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI в. // Акушерство и гинекология. – 2006. – С. 27–29.

Uvarova E.V.

«Reproductive health of girls in Russia at the beginning of the XXI century.» *Obstetrics and Gynecology*, (2006):27-29.

2. Буралкина Н.А., Уварова Е.В.

Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. – № 2. – С. 12–31.

Buralkina N.A., Uvarova, E.V.

«Modern views on the reproductive health of girls (literature review) // *Reproductive health of children and adolescents.*», 2(2010):12-31.

3. Жилка Н.Я., Шкіряк-Нижник З.А.

Стан здоров'я дітей в Україні та основні медико-соціальні чинники, що впливають на його формування // Збірник наукових праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики», випуск 18, Київ – Луганськ. – 2013. – С. 116–122.

Zhylka N.Y., Shkiriak-Nyzhnyk Z.A.

«Health status of children in Ukraine and basic medical and social factors that impact of its formation // *Scientific-works «Actual problems of obstetrics and gynecology, clinical immunology and medical genetics.» Issue 18, Kyiv, Luhansk*, (2013):116-122.

4. Татарчук Т.Ф. та ін.

Стан репродуктивного здоров'я дівчат та дівчат-підлітків України // Здоров'я жінки. – К. – 2011. – № 7. – С. 152–157.

Tatarchuk T.F. et al.

«Reproductive health of girls and teenage girls in Ukraine.» *Women Health*, 7(2011):152–157.

5. Greydanus D.E., McAnarney E.R.

«Contraception in the adolescent: Current concepts for the pediatrician.» *Pediatrics*, 65:1-12.

6. Martinez G., Copen C.E., Abma J.C.

«Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010 national survey of family growth.» *Vital Health Stat*, 23(2011):1.

7. WHO: Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: what the evidence says. Geneva: WHO (2012).

8. Patton G.C., Coffey C., Sawyer S.M., Viner R., Haller D.M., Bose K., Vas T., Ferguson J., Mathers C.D.

«Global patterns of mortality in young people.» *A systematic analysis of population data. Lancet*, 374(2009):881-892.

9. Kirby D.B., Laris B.A., Roller L.A.

«Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world.» *J Adolesc Health*, 40(2007):206-217.

10. Kirby D., Barth R.P., Leland N., Fetro J.V.

«Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking.» *Fam Plann Perspect*, 23(1991):253-263.

11. Warner L., Hatcher R.A., Steiner M.J.

«Male condoms. In: Hatcher R.A., Trussell, J., Stewart, F. et al, eds. *Contraceptive Technology*. 18th Revised ed. New York, NY.» Ardent Media Inc, (2004):331.

12. Haignere C.S., Gold R., Maskovsky J., Ambrosini J., Rogers C.L., Gollub E.

«High-risk adolescents and female condoms: knowledge, attitudes, and use patterns.» *J Adolesc Health*, 26(2000):392-398.

13. Sucato G.S., Gold M.A.

«Extended cycling of oral contraceptive pills for adolescents.» *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 15(2002):325-327.

14. Parasca V., Staris T.

«A two period cross-over, controlled, randomized, single dose, bioequivalence study of dienogest + ethinylestradiol tablets, test formulation.» *Leon Farma – Spain; Jenapharm – Germany; Study Code: DIE-BESD-02-LIC/05*; 2006.

15. Chandra A., Billioux V.G., Copen C.E., Sionean C.

«HIV Risk-Related Behaviors in the United States Household Population Aged 15–44.» *Data from the National Survey of Family Growth, 2002 and 2006–2010.*

16. Cromer B.A., Blair J.M., Mahan J.D., Zibners L., Naumovski Z.

«A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives.» *J Pediatr*, 129(1996):671–676.

ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї У МОЛОДІ ТА ПІДЛІТКІВ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувача відділенням ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Н.К. Сіліна, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення медичних та психо-соціальних проблем здоров'я сім'ї Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Т.Н. Сіліна, д. мед. н., професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

З.А. Шкіряк-Нижник, професор, завідувача відділенням медичних та психо-соціальних проблем здоров'я сім'ї Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Н.В. Яроцька, молодший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Навчання молодих жінок і дівчаток-підлітків методам планування сім'ї із застосуванням зручних, доступних і безпечних методів контрацепції є ключовою стратегією в поліпшенні показників материнських та дитячих втрат. Використання комбінованих оральних контрацептивів (КОК) в Україні в юнацькому віці обмежене через ціну на препарати. Одним із шляхів вирішення питання доступності КОК з контрацептивної метою, а також при дисменореї, гіперменореї у дівчат є використання генеричного препарату Жастінда®, що містить дієногест 2,0 мг та етинілестрадіол 0,03 мг.

Ключові слова: комбіновані оральні контрацептиви, гіперестрогенія, дисменорея, гіперменорея, Жастінда®, антиандрогенний ефект.

CREATING A CULTURE OF FAMILY PLANNING IN YOUTH AND ADOLESCENTS

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

N.K. Silina, candidate of medical sciences, senior researcher at the Department of Medical and psycho-social problems of family health, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

T.N. Silina, MD, professor of family medicine and ambulatory care National Medical Academy of Postgraduate Education named P.L.Shupik

Z.A. Shkiryak-Nizhnik, professor, head of the department of medical and psycho-social problems of family health, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

N.V. Yarotskaya, junior researcher at the Department of Endocrine Gynecology, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

Education of young women and girl-teenagers the methods of family planning with convenient, obtainable and safe contraceptive methods is a key strategy of improving maternal and infant loss. Using of combined oral contraceptives (COCs) in Ukraine among teenagers is limited by the cost of drugs. One of ways to solve the problem of availability of COCs with contraceptive purpose, as well as dysmenorrhea, hypermenorrhea to girls is to use a generic drug Zhastinda®, containing dienogest 2,0 mg and ethinylestradiol 0,03 mg.

Key words: combined oral contraceptives, hyperestrogeniya, dysmenorrhea, menorrhagia, Zhastinda®, anti-androgenic effect.

XXVIII IUSTI
CONGRESS EUROPE
MALTA 2014
 18 September
Migration, Recreation, Sexual Health
Radisson Blu Hotel, St Julian's Malta,