

ISSN 2313-4658

**Библиотека журнала
«Социальное воспитание»**

ВЫПУСК 4

**Актуальные вопросы
сохранения репродуктивного здоровья
подростков и молодежи**

Витебск

2015

*Библиотека журнала «Социальное воспитание» -
научно-практическое рецензируемое периодическое издание.
Издается с 2013 года. Периодичность - два раза в год.
Издатель – С.Ю. Девярых*

Редакционный совет

Библиотеки журнала «Социальное воспитание»

И.Н. Гоян, доктор философских наук, профессор - председатель (Ивано-Франковск, Украина); С.Ю. Девярых, кандидат психологических наук, доцент (Витебск, Беларусь); М.Р. Конорев, доктор медицинских наук, профессор (Витебск, Беларусь), В.А. Космач, доктор исторических наук, профессор (Псков, Россия), Д.О. Половцев, кандидат филологических наук, доцент (Минск, Беларусь), С.С. Пырко – ответственный секретарь (Витебск, Беларусь), Ю.В. Рыжов, доктор культурологии, доцент (Таганрог, Россия)

Библиотека журнала «Социальное воспитание». Выпуск 4.
Актуальные вопросы сохранения репродуктивного здоровья
подростков и молодежи

Редактор выпуска – проф. *Н.П. Жукова*

Редакция

Библиотеки журнала «Социальное воспитание»
11-2-29, Московский пр., Витебск, Республика Беларусь, 210015
Тел. + 375 (212)582182
soc.vospitanie.mail.ru

Издания Библиотеки доступны на сайте
www.soc-vospitanie.esrae.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Девярых С.Ю. Половое созревание и динамика освоения сексуальных практик в подростковом и юношеском возрасте (по материалам эмпирических исследований)	4
Жукова Н.П. Профилактика аборта и его осложнений у сексуально-активных подростков	23
Зыкова О.С. Профилактика болезней передающихся половым путем (БППП) и СПИДА в образовании	47
Сведения об авторах	68
Author`s Data	69
Резюме	70
Resume	71
Об издании. Библиотека журнала «Социальное воспитание»	72

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ

Н.П. Жукова

*Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет (Витебск, Беларусь)*

ДОБРАЧНАЯ СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Здоровое поколение – это золотой фонд нации. Еще в 1990 году ВОЗ принята программа по сохранению здоровья подростков.

В настоящее время при подходе к данной проблеме верно высказывание Г.Н. Сперанского – «надо не только лечить, но и выращивать здоровье».

О внедрении в учебный процесс различных учебных заведений и особенно средних школ программ «половое воспитание», «сексуальное воспитание», «планирование семьи», «брак и семья» и т.д. идет немало дискуссий в научной литературе и средствах массовой информации, как бывших стран СНГ, так и дальнего зарубежья [2, 7]. При этом есть много сторонников за внедрение таких форм полового воспитания в учебный процесс, но имеется также и немало противников введения данных программ в учебный процесс [3, 4].

Подростковый возраст является переходным от детства к взрослению в физиологическом, психологическом и социальном смыслах этих слов. Согласно определению Всемирной Организации здравоохранения подростковый возраст включает в себя временной период от 10 до 19 лет и является одним из наиболее критических периодов в жизни человека [4, 12, 15].

«Опасный возраст!» - так характеризуют педагоги, врачи, родители, социологи данный период в жизни человека. Именно в этот период жизни человека происходит «становление» личности, постепенно очерчиваются особенности эмоциональной, когнитивной, волевой сфер человека, формируется самосознание, полоролевое поведение и психосексуальная ориентация [2, 16].

Сексуальные отношения среди молодых людей являются важной сферой их жизни. Подростки, независимо от пола, отличаются транзиторной гиперсексуальностью и, если, путем воспитания в семье (не позже, чем до 10-12 – летнего возраста) не было создано психологического барьера для раннего сексуального дебюта, половая жизнь может начаться уже в подростковом возрасте. Характер повседневной жизни молодых людей, их развитие и

стремления, независимо от их возраста, несомненно, определяется условиями того общества, в котором они живут [3, 12, 14].

Для молодежи Республики Беларусь, согласно классификации ВОЗ, характерен первый тип сексуального и репродуктивного поведения, который имеет место главным образом в развитых странах:

- начало половой жизни в возрасте около 15-19 лет;
- относительно нечастое употребление противозачаточных средств;
- высокая частота нежеланных внебрачных беременностей;
- четко выраженная тенденция к применению аборта (как правило, законного и относительно безопасного);
- весьма высокая частота случаев заболеваний, передаваемых половым путем;
- совершение половых преступлений.

В целом, накопившиеся проблемы здоровья современных подростков, можно охарактеризовать следующим образом: высокий уровень и изменение структуры смертности; стремительное увеличение числа хронических, социально значимых болезней (эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата); снижение показателей физического развития (децелерация и трофологическая недостаточность); рост числа детей с нарушениями психического здоровья и формирования личности; значительная распространенность нарушений в репродуктивной системе; увеличение числа детей, относящихся к группам высокого медико-биологического и социального риска [1, 5].

Более того, резко изменился «социальный портрет» современных подростков. Можно выделить несколько главных черт данного «портрета»: стремительный рост распространенности вредных привычек (алкоголизация, наркотизация, токсикомании); повышенная сексуальная активность, рост болезней передающихся половым путем, высокий уровень аборт, юное материнство и отцовство; высокая степень социальной дезадаптации и распространенность асоциальных форм поведения (подростковой преступности, проституции и др.) [6].

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ, СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Учитывая, что в течение последних двух десятилетий отмечается снижение возраста вступления в брак, а также снижение коэффициента брачности и увеличение числа рождений внебрачных детей, нами путем анонимного анкетирования 1135 девушек в возрасте от 15-до 18 лет был проведен анализ представлений данного контингента лиц о процессе создания собственной семьи и реализации личной репродуктивной функции.

Как видно из приведенных в таблице 1 данных, большинство (90,49%) современных девушек-подростков твердо убеждены в необходимости вступления в брак и лишь 9,51% считают брак необязательным. Все обследован-

ные старшеклассницы ответили, что женщина должна иметь детей, причем большинство (67,69%) опрошенных идеальным числом детей в семье назвали – два, число один отметили – 25,62%, а число 3 и более - лишь 6,69%.

На ранний возраст вступления в брачные отношения были ориентированы 44,19% девушек. Менее половины (46,30%) респонденток начало половой жизни связывают со вступлением в брак, а 53,70% считают добрачные отношения допустимыми. При этом большинство девушек (74,82% из всех опрошенных) считают, что добрачные половые отношения допустимы только с мужем, 21,04% - допускают возможность половых отношений с любимым человеком до вступления в брак, а у 4,14% - создалось мнение о допустимости добрачных половых связей без всяких условий.

Таблица 1. Содержание репродуктивных установок девушек-подростков

Показатели репродуктивных установок	Число девушек (n=1136)	
	Абс.	%
Оптимальный возраст для вступления в брак: до 18 лет после 18 лет	502 634	44,19 55,81
Необходимость вступления в брак для создания собственной семьи: необходимо необязательно	1028 108	90,49 9,51
Добрачные половые отношения: недопустимы допустимы только с будущим мужем допустимы только с любимым человеком допустимы без всяких условий	526 324 239 47	46,30 28,52 21,04 4,14
Оптимальный возраст начала половой жизни: после 18 лет 16-18 лет ранее 16 лет	833 218 85	73,3 19,9 7,48
Оптимальное число детей для собственной семьи: один двое трое и более	291 769 76	25,62 67,69 6,69
Отношение к внебрачному рождению детей: отрицательное положительное	992 144	87,32 12,68

Оптимальным возрастом для начала половой жизни 73,33% девушек назвали после 18 лет, 19,19% - 17-18 лет, а 7,48% - ранее 16 лет. Большинство обследованных считают необходимым вступление в брак, допуская при этом возможность добрачных половых отношений. Указанная тенденция проявля-

ется одинаково среди девушек, принадлежащих к семьям с различным социальным статусом.

Таким образом, среди девушек, заканчивающих период полового созревания, складываются традиции к формированию малодетной семьи. При сравнении показателей среднего количества желаемых детей у девушек-подростков и реальных детей в их родительских семьях оказалось, что репродуктивные установки девушек несколько выше (2,1), чем число детей в их семьях (1,8).

Существует мнение, что репродуктивные установки детей формируются на примере родительской семьи, то есть, вырастая в малодетной семье, будущая мать невольно приобретает установки на малодетность. Проведенный нами анализ показал, что лишь 19,24% девушек из однодетных семей были ориентированы на одного ребенка в собственной семье, а из многодетных семей лишь 9,21 % хотели бы иметь троих и более детей. Большинство девушек (67,69%) ориентируются на социальные нормы детности, существующие в нашем обществе, то есть на двухдетные семьи.

На реализацию репродуктивных установок будет оказывать влияние целый ряд факторов - переоценка ценностей по мере увеличения возраста, состояние репродуктивного здоровья, экономические причины, образовательный уровень и многие другие. Поэтому репродуктивные установки подрастающего поколения будущих матерей можно считать управляемым фактором в изменении демографической обстановки в республике, хотя это, несомненно, потребует значительных затрат времени и большой целенаправленной работы социологов, психологов, родителей, педагогов и врачей.

Нами было исследовано отношение современных девушек к искусственному прерыванию нежелательной беременности (рис. 1).



Рисунок 1 - Сравнительный анализ отношения современных девушек к искусственному прерыванию беременности как методу регуляции рождаемости

Из представленных данных следует, что, несмотря на установку на «ранний сексуальный дебют» и либеральный взгляд на добрачные половые связи, отношение современных подростков к искусственному аборту как методу регуляции рождаемости довольно негативное, что, несомненно, связано с лучшей информированностью девушек о репродуктивном здоровье и отри-

цательном влиянии на него таких факторов, как искусственный аборт и его осложнения.

Анализ сексуального поведения обследованных нами девушек-подростков показал (рис. 2), что сексуальный опыт на момент обследования имели 21,6% пациенток.

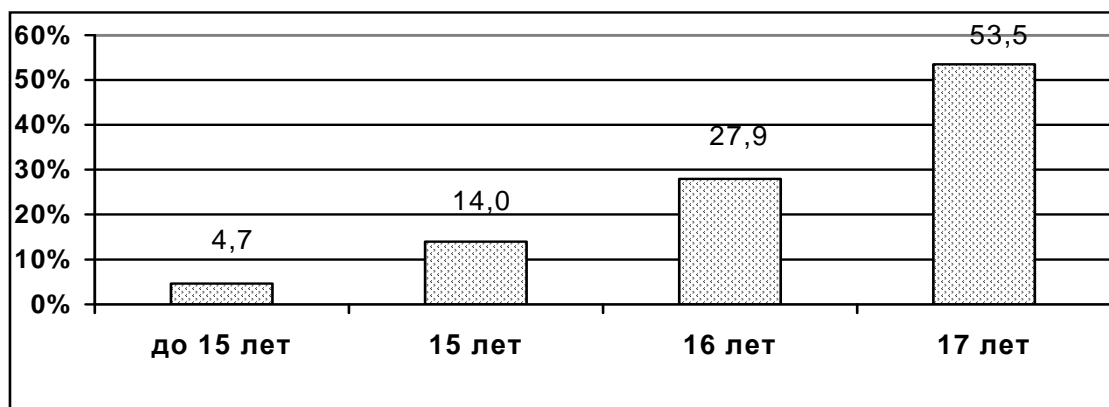


Рисунок 2- Возраст сексуального дебюта современных девушек (в %)

Из представленных на рисунке данных видно, что и процент девушек, начинающих половую жизнь до совершеннолетия, и доля респонденток с очень ранним сексуальным дебютом весьма значительны. Так, если до 15 лет половую жизнь начала лишь одна девушка из 22, то до 17 лет уже 53,5%.

Изучая причины, побуждающие девушек к вступлению в половую связь, мы определили следующие основные мотивации столь раннего начала интимных связей у подростков (рис. 3): любовь – 48,51%, случайные обстоятельства - 29,21%, любопытство – 8,91%, желание стать взрослой женщиной - 6,43%, половое влечение – 5,94%. Изнасилование имело место в 0,99% случаев.

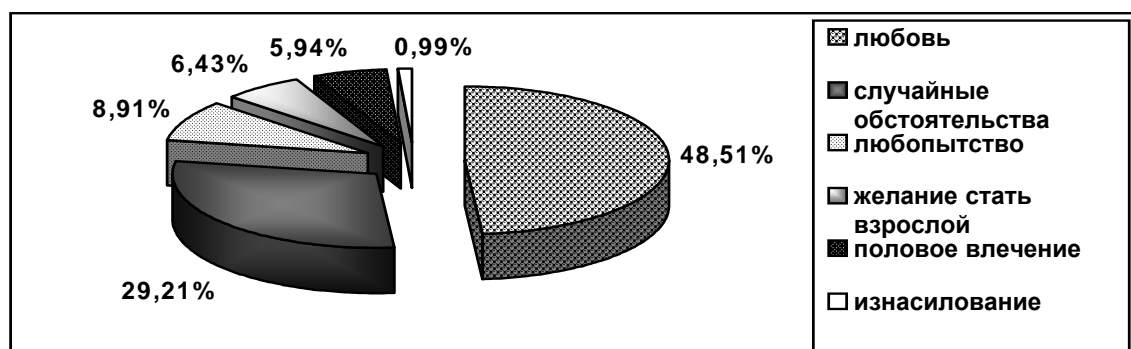


Рисунок 3 - Основные причины раннего начала половой жизни девушек

Проведенный нами корреляционный анализ причинно-следственных связей между социально-психологическими факторами и ранним половым дебютом показал тесную прямую линейную зависимость раннего начала половой жизни от микроклимата в семье ($r=+0,92$, $P<0,01$), от занятости роди-

телей ($r=+0,73$, $P<0,05$), от дохода семьи ($r=+0,76$, $P<0,05$), от наличия вредных привычек у родителей ($r=+0,81$, $P<0,01$). Наличие тесной корреляционной связи отмечалось также между так называемыми отрицательными репродуктивными установками девушки и ранним началом половой жизни. Так, сила коррелятивной связи между ранним сексуальным дебютом и положительным отношением к ранней половой жизни равнялась $+0,94$ ($P<0,01$); а зависимость ранней половой жизни от репродуктивной установки на раннее вступление в половую связь была $+0,98$.

Репродуктивное поведение подростков в значительной степени связано с их информированностью о различных вопросах репродуктивного здоровья. Проведенный нами опрос показал абсолютную заинтересованность подростков в освещении вопросов, касающихся репродуктивного здоровья.

Сравнительный анализ информированности современных подростков о заболеваниях, передающихся половым путем, показал, что 95,98% девушек оказались информированными по таким вопросам, как пути передачи, методы предохранения от заражения и последствия таких заболеваний, как сифилис, СПИД, гонорея. При этом более половины девушек (67,34%) года знакомы с основной информацией по таким заболеваниям, как трихомониаз, хламидиоз, кандидоз, герпетическая инфекция.



Рисунок 4 - Сравнительные данные об информированности девушек по вопросам, касающимся анатомии и физиологии репродуктивной системы женщины

Как следует из представленных данных, знаниями об анатомии женской половой системы и о физиологических изменениях, происходящих в организме девушки в процессе полового развития, обладали лишь 85,9% подростков. Основами знаний по вопросам, касающимся процессов зачатия, вынашивания беременности и родов обладали 88,9% девушек.

Основными информационными источниками по проблемам сексуальных взаимоотношений и репродуктивного здоровья девушки называют, прежде всего, литературу и средства массовой информации, затем – подруг и друзей, и, наконец – родителей и других близких родственников. Роль медицинских работников и педагогов в распространении гигиенических знаний незначительна, хотя и увеличилась (в 2 раза) за последнее десятилетие.

Проведенное нами индивидуальное интервьюирование 549 девочек подросткового возраста, живущих половой жизнью, показало, что более 75% (412) из них при первом половом акте подростков не пользовались противозачаточными средствами.

Анализ последующего контрацептивного поведения показал, что среди 549 обследованных 192 - 35,0% от беременности не предохранялись, а указавших на незнание методов контрацепции не было.

Таблица 2. Сравнительные данные об использовании девушками методов контрацепции

Методы Контрацепции	Количество обследованных	
	(n=549)	
	Абс.	%
Презерватив	72	13,1
Календарный метод	12	2,2
Прерванное половое сношение	196	35,7
Оральные контрацептивы	57	10,4
ВМК	9	1,6
Спермициды	11	2,0

Представленные в таблице данные свидетельствуют о значительном числе девушек, использующих для предохранения от беременности прерванное половое сношение на фоне небольшой доли использования таких методов контрацепции, как презерватив, ВМК и биологический. При этом отмечается также низкий процент девушек, предохраняющихся от нежелательной беременности спермицидами и оральными контрацептивами, что, по-видимому, свидетельствует о низких материальных возможностях, плохой информированности и страха перед «мифом о гормонах» девушек. Опрос девушек, не имеющих опыта половой жизни, показал, что большинство из них собираются использовать контрацептивы в будущем.

Таким образом, репродуктивное поведение современных девушек-подростков характеризуется, с одной стороны, увеличением числа девушек, вступающих в добрачные половые отношения и снижением возраста сексуального дебюта, а с другой стороны - более ответственным, чем у их сверстниц предшествующих поколений, контрацептивным поведением и отрицательным отношением к нежелательной беременности.

АБОРТ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

По оценкам экспертов в мире до настоящего времени ежегодно производится от 36 до 53 миллионов абортов, то есть каждый год около 4 % женщин фертильного возраста подвергаются этой опасной операции [10].

Беременность в подростковом возрасте является серьезной социальной и медицинской проблемой, и чем моложе беременная, тем сложнее ее решение.

С социальной точки зрения факт рождения ребенка может неблагоприятно отразиться не только на матери, которая часто лишается возможности продолжить обучение или добиться более высокого экономического положения, но и на отце ребенка (особенно, если он сам подросток), и, конечно, на будущем ребенке. Решается данная проблема двояко: либо преждевременный брак и рождение ребенка, либо прерывание беременности.

Многие несовершеннолетние беременные, особенно находящиеся в ситуации полной психологической и социально-экономической зависимости от родителей, при отсутствии перспективы относительно формирования собственной семьи видят на данном этапе жизни в прерывании беременности единственно возможный выход из сложившейся ситуации.

К сожалению, среди юных беременных аборт остается одним из ведущих методов регуляции рождаемости. Искусственное прерывание беременности среди подростков является актуальной медико-социальной проблемой, так как несовершеннолетние составляют около 12% среди женщин, делающих аборт.

Особенно часто прерывается первая беременность. Именно так заканчивается беременность у преобладающего большинства первобеременных девочек до 14-летнего возраста (88%) и у половины (51,3%) девочек 15-19 лет. В возрастной группе до 20 лет наблюдается самая высокая доля абортов, выполненных в сроке беременности более 12 недель в основном по социальным и медицинским показаниям [1, 7, 10].

Во многих странах мира, в том числе и в нашей республике, законодательство в отношении абортов весьма либерально и позволяет прерывать нежеланную беременность по просьбе женщины в течение первых трех месяцев после зачатия. Однако юной пациентке, которая не имеет материальной, а в большинстве случаев психологической поддержки и жизненного опыта не очень легко решиться на аборт на достаточно ранней стадии беременности.

Несмотря на успехи современной медицины, операция искусственного прерывания беременности, проведенная даже в условиях гинекологического стационара, может иметь тяжелые последствия. У юных беременных значительно чаще (в 2-2,5 раза), возникают те и или иные осложнения этого оперативного вмешательства, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. При этом частота осложнений зависит от срока беременности, способа ее прерывания и ряда сопутствующих обстоятельств [2, 5, 7].

Наиболее частым осложнением аборта в подростковом возрасте является развитие в 9,29-20% случаев эндометрита, даже при предварительной санации очагов инфекции, который чаще всего обусловлен задержкой частей плода в матке и восходящей инфекцией, распространенность которой среди подростков постоянно растет [2, 7]. Среди других осложнений аборта следует выделить: перфорации шейки и тела матки, развитие маточных кровотечений, травмирование кишечника, мочевого пузыря, а также возникновение

коагулопатии и эмболии околоплодными водами, что в ряде случаев может явиться причиной летального исхода. Кроме этого, искусственное прерывание беременности является одной из главных причин истмико-цервикальной недостаточности, невынашивания беременности, нарушений менструальной функции и вторичного бесплодия [8,10,13].

Объективным подтверждением патогенетической связи искусственных абортов с последующим нарушением детородной функции женщин служат следующие данные [7, 8]:

- аборт, как причина вторичного бесплодия, составляет до 41 % соответствующих наблюдений и имеется в анамнезе почти у половины женщин с эктопической беременностью;

- после аборта частота самопроизвольных выкидышей увеличивается в 8-10 раз;

- около 60 % первородящих женщин в возрасте старше 30 лет страдают невынашиванием беременности в связи с предшествующими многочисленными абортами;

- у 38 % пациенток после искусственного аборта на протяжении, как минимум, двух месяцев отмечается недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла;

- у каждой второй женщины, перенесшей аборт, выявляются признаки формирующегося эндометриоза, подтвержденного гистероскопически.

Кроме опасности для репродуктивного здоровья, нежеланная беременность в этом возрасте имеет психологические последствия, в степени выраженности и характере которых важную роль играют личностные особенности юной беременной. Искусственное прерывание беременности также является психотравмирующим фактором для юной женщины, влекущим за собой изменения психического состояния, чаще невротического уровня в виде эмоциональной лабильности, раздражительности, астении. С другой стороны медицинский аборт воспринимается девушками-подростками как своего рода «избавление от массы проблем». Что ведет к недостаточно серьезному отношению к вопросам контрацепции и, как следствие, высокому риску развития повторной беременности. Стереотип сексуального поведения закрепляется.

В подростков группе, особенно в возрасте 15-19 лет особую проблему также представляет внебольничный аборт, который в большинстве случаев осложняется инфицированием и кровотечением. При этом отмечается очень позднее обращение юных беременных за помощью, что часто приводит к запущенности инфекционных осложнений, вплоть до развития сепсиса, который может завершиться летальным исходом.

Изучение контрацептивного поведения девушек в возрасте 15-19 лет показало, что сексуально-активные подростки либо вообще не предохраняются от беременности, либо используют неэффективные и малоприемлемые средства. Сексуальное поведение подростков в большинстве случаев является «опасным сексуальным поведением», приводящим во многих случаях к про-

вокации сексуальных посягательств, к возникновению нежеланной беременности и распространению инфекций, передающихся половым путем.

Именно поэтому наиболее важным в решении данной проблемы является профилактика нежеланной беременности, путем применения различных методов контрацепции в качестве альтернативы для искусственных абортов.

ПОДРОСТКОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Увеличение интервала между возрастом начала половой жизни и рождением первого ребенка, рост сексуальной активности подростков делают актуальной проблему подростковой контрацепции.

Профилактика абортов и применение современных методов контрацепции, является резервом в сохранении репродуктивного здоровья подрастающего поколения, а, следовательно, и в сохранении репродуктивного потенциала нации.

Контрацептивы для подростков должны быть доступны и бесплатны, поэтому в существующих социально-экономических условиях в решении важных проблем по охране репродуктивного здоровья подростков необходима поддержка государства.

Контрацепция – это предупреждение нежеланной беременности с минимальным вредом для собственного здоровья и сохранением достойной, доставляющей удовлетворение, сексуальной жизни.

Особенности контрацептивного поведения девочек-подростков проявляются в следующем:

- недостаточная информированность по вопросам репродуктивного и сексуального поведения;
- нерегулярная половая жизнь, в большинстве случаев обусловленная желанием партнера, а не девушки;
- нерегулярный менструальный цикл;
- отсутствие опыта в предохранении от нежеланной беременности и соответственно, использование малоэффективных методов контрацепции;
- страх разоблачения сексуальной активности перед родителями и другими взрослыми;
- использование советов друзей в выборе метода контрацепции
- наличие нескольких половых партнеров и высокий риск ИППП.

Основными задачами контрацепции у подростков являются:

1. Профилактика первого аборта и непланируемых первых родов.
2. Лечебные аспекты некоторых контрацептивов.
3. Профилактика ИППП.

Метод контрацепции считается хорошим, если он эффективен, а его применение не наносит вред, как здоровью женщины, так и будущему ребенку. Не вызывает сомнения, что к контрацепции для сексуально активных подростков необходимо предъявлять самые строгие требования.

Ухудшение состояния репродуктивного здоровья подростков, рост распространенности нарушений менструальной функции среди данной категории населения создают необходимость индивидуального подбора средств контрацепции не только для предохранения от нежеланной беременности, но и для достижения лечебного эффекта.

Для подростков приемлемы любые методы контрацепции, кроме стерилизации, однако каждый из них должен быть тщательно подобран.

Требования к методам контрацепции для подростков:

1. Надежность (высокая, близкая к 100% эффективность).
2. Доступность (наличие в аптеке, доступная цена, простота использования метода, возможность применения в неблагоприятных условиях).
3. Безопасность (определяется максимальной безвредностью для здоровья подростка).
4. Обратимость (восстановление фертильности после отмены метода).
5. Индивидуальность (учет противопоказаний, фоновых заболеваний, жизненных планов, поведенческих стереотипов, вредных привычек).
6. Конфиденциальность (учет факторов социального и личного характера).

Из широкого арсенала средств и методов контрацепции в настоящее время подростками используются следующие:

1. естественные методы контрацепции,
2. барьерные методы (БАР) (презервативы, спермициды),
3. внутриматочные средства (металло- и гормоносодержащие, для экстренной контрацепции),
4. комбинированные оральные контрацептивы (КОК),
5. таблетки для неотложной контрацепции (ТНК),
6. прогестагеновые противозачаточные средства (ПТП, мини-пили).
7. Использование таких методов предохранения от беременности как комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), комбинированные пластыри (КП) и вагинальные кольца (ВК), медроксипрогестерона ацетат (МОПА) пролонгированного действия (Депо-Провера), имплантаты с левоноргестрелом (ЛНГ) подросткам не рекомендуется.

Эффективность методов контрацепции оценивается по количеству беременностей, наступивших у 100 женщин, использующих данный метод в течение года (индекс Перля). Различают теоретическую эффективность (самого метода) и клиническую эффективность, которую рассчитывают с учетом погрешностей, допускаемых пациентками при использовании метода (пропуск

таблеток, прием взаимодействующих препаратов, алкоголя, наркотиков, патология органов желудочно-кишечного тракта и др.)

Сравнительная клиническая эффективность применения различных методов контрацепции представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительная эффективность различных методов контрацепции, применяемых подростками.

Степень надежности	Метод контрацепции	Индекс Перля
высокая	Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	0,2-0,5
	Двойной голландский метод (презерватив+КОК)	0,1-0,3
средняя	«Мини-пили»	2,0-3,0
	ВМС	2,0-3,0
	Презервативы	3,0-12,0
	Спермициды	5,0-21,0
низкая	Прерванный половой акт	15,0-30,0
	Календарный метод по Кнаус-Огино	14,0-50,0

Предоставление подросткам информации о современных методах контрацепции не способствует более раннему сексуальному дебюту, в то время как отказ от предоставления данной информации не может предотвращать раннее начало половой жизни

Естественные методы контрацепции

Естественные методы предохранения от беременности весьма часто используются подростками (2,2%-23,4%), так как не требуют никакой активности в их приобретении, всегда находятся «под рукой» и могут применяться в любой обстановке. Суть данной контрацепции заключается либо в прерывании сексуального контакта, либо в воздержании от половых сношений в опасные с точки зрения зачатия, дни менструального цикла. Однако прерывание полового акта, который в 11 - 30% случаев завершается беременностью и использование календарного метода по Кнаус-Огино, процент неудач, при котором колеблется от 14% до 50%. не могут служить альтернативой, как нежеланной беременности, так и инфекциям, передающимся половым путем.

Барьерные методы контрацепции

Из барьерных методов контрацепции подростки наиболее часто используют презервативы (32,8%) и спермициды (12,8). Влагалищные диафрагмы, цервикальные колпачки в молодежной среде практически не применяются. Надежность применения барьерных методов контрацепции невысока и по индексу Перля при использовании спермицидов равна 21, а у пользующихся презервативами - 12 на 100 женщин/лет [11].

Применение презервативов подростками имеет ряд преимуществ, которые состоят в том, что данный метод контрацепции имеет мало противопока-

заний, дешев, предохраняет от заражения инфекциями, передающимися половым путем и ВИЧ, прост в использовании. Кроме того, механические контрацептивы оказались эффективной мерой профилактики рака шейки матки, в развитии которого доказана роль вирусов, в первую очередь, папилломы человека. Недостатки этого метода контрацепции: презерватив может порваться, требует определенных навыков в применении.

Сексуально активным подросткам также можно рекомендовать химические контрацептивы (Фарматекс, Эротекс, Патентекс-овал, Стерилин), которые не только играют роль контрацептива, но и способны за счет входящего в их состав ноноксинол-9 вызывать гибель трихомонад, гонококков, хламидий, микоплазм, бледной трепонемы, многих вирусов, в том числе герпеса, гепатита В, иммунодефицита и папилломы человека.

Данные виды контрацепции могут быть рекомендованы подросткам, не регулярно живущим половой жизнью, при половых сношениях со случайными партнерами или при наличии нескольких партнеров.

В этой связи необходимо отметить преимущество использования презервативов в сочетании с любым высокоэффективным средством и методом контрацепции. По данным российских ученых [13] сочетанное применение механических и химических барьерных средств повышает контрацептивную эффективность 5 на 100 женщин/лет. Одним из вариантов подобного сочетания является так называемый двойной голландский способ защиты сексуальных партнеров. Метод заключается в одновременном использовании презервативов и комбинированных оральных контрацептивов (КОК), что обеспечивает надежное предохранение женщины от нежелательной беременности и обоих партнеров от инфекций, передающихся половым путем.

Внутриматочные контрацептивы (ВМК)

Применение внутриматочных контрацептивов у подростков нежелательно в связи с высоким риском развития следующих осложнений: воспалительных заболеваний органов малого таза, высокой частотой экспульсий ВМК, возникновением внематочной беременности и др.

Однако, учитывая, что полностью исключить использование этого метода нельзя применение данного метода контрацепции можно рекомендовать в следующих случаях:

1. Юным матерям для предохранения от новой нежеланной беременности.
2. Девушкам, сделавшим аборт.
3. Слабоумным подросткам в случаях, когда другие методы контрацепции противопоказаны по состоянию здоровья.
4. Асоциальным подросткам, поведенческие привычки невозможно контролировать.

При появлении таких осложнений как нарушение менструального цикла, болевой синдром, признаки воспаления требуется немедленно извлечь внут-

риматочный контрацептив и назначить терапию, адекватную выявленной патологии.

Гормональная контрацепция

Создание гормональных противозачаточных препаратов дало возможность акушерам-гинекологам получить в свое распоряжение контрацептивы, которые по надежности приближаются к женской стерилизации. Ожидаемый и реальный индексы Перля при использовании гормональной контрацепции мало различаются и составляют 0,2-0,5. Гормональная контрацепция в современном мире является самым распространенным методом предохранения от нежеланной беременности.

Актуальность применения гормональной контрацепции у подростков обусловлена причинами как социального, так и медицинского характера. Учитывая высокую частоту нежелательных беременностей и аборт у женщин в возрасте до 20 лет, в 1997 году на заключительной Ассамблее ВОЗ были разработаны рекомендации по длительному применению гормональной контрацепции у подростков.

Требования к гормональной контрацепции для подростков те же, что и для всех методов предохранения от беременности: надежность, доступность, безопасность, обратимость, индивидуальность, конфиденциальность.

Механизмы контрацептивного действия гормональных препаратов основаны на подавлении овуляции за счет снижения синтеза фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов и блокадой овуляторного пика ЛГ. Доказано также ингибирующее влияние гормональных контрацептивов непосредственно на яичники. Контрацептивный эффект зависит от исходного функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, от состава гормонального препарата (эстрогены потенцируют действие гестагенов), от дозы входящих в препарат компонентов.

Механизмы контрацептивного действия гормональных препаратов обусловлены гестагеновым компонентом и состоят в следующем:

- замедляется прохождение яйцеклетки в полость матки, за счет замедления перистальтики маточных труб,
- нарушается процесс имплантации оплодотворенной яйцеклетки за счет ранней трансформации эндометрия – антиимплантационный эффект,
- замедляется прохождение сперматозоидов в полость матки, за счет повышения вязкости цервикальной слизи.

Современные гормональные контрацептивы в большинстве случаев не оказывают выраженного влияния на липидный профиль, углеводный обмен, параметры гемостаза, но обладают выраженными благоприятными неконтрацептивными свойствами.

Наиболее оправданными и оптимальными средствами гормональной контрацепции для подростков являются комбинированные оральные контра-

цептивы (КОК). Выбирая конкретный препарат из большого арсенала комбинированных препаратов, следует помнить, что для подростков наиболее приемлемы микро-, низкодозированные монофазные или трехфазные препараты.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Сегодня во всем мире оральные контрацептивные препараты принимают более 150 миллионов женщин. Применение КОК с целью контрацепции у подростков нисколько не противоречит пропаганде воздержания, как наиболее приемлемого метода профилактики нежеланной беременности.

Результаты исследований последних лет показали несомненные преимущества применения комбинированных микро- и низкодозированных гормональных контрацептивов для профилактики послеабортных осложнений [8, 10, 18]. В результате угнетения секреции гонадотропных релизинг-гормонов и гонадотропинов на фоне приема КОК создается искусственный цикл с базальными уровнями собственных эстрогенов и прогестерона без флюктуаций, что позволяет восстановить менструальный цикл, уменьшить количество теряемой во время менструации крови, уменьшить частоту развития дисменореи, снизить вероятность возникновения выраженной воспалительной реакции в органах малого таза.

Фармакологические свойства комбинированных оральных контрацептивов обусловлены эстрогенным и гестагенным компонентами, входящими в их состав. Во всех современных КОК синтетическим эстрогенным компонентом является этинилэстрадиол, который определяет принадлежность контрацептивов к микро-, низко- или высокодозированным. Специфическое эстрогенное воздействие этинилэстрадиола на организм девочек-подростков проявляется в следующем: вызывает пролиферацию эндометрии, стимулирует развитие вторичных половых признаков и внутренних половых органов при их недоразвитии. Данный компонент КОК оказывает также положительное влияние на липидный обмен.

Гестагенный компонент в современных контрацептивах представлен в основном гестагенами 3 поколения (дезогестрел, гестоден, норгестимат, диеногест, дроспиренон), хотя в состав некоторых современных оральных контрацептивов входят гестагены 2 (левоноргестрел – Ригевидон). Все эти гестагены относятся к синтетическим прогестинам класса гонанов, которые отличаются высокоактивными и избирательными гестагенными свойствами за счет наличия в их структуре этинильной группы в 13 положении стероидного кольца.

Все гестагены 3 поколения относятся к препаратам с высоким индексом селективности и характеризуются низкой андрогенной активностью и высокой избирательностью по отношению к прогестероновым рецепторам. За счет этого, содержащие их оральные контрацептивы оказывают лечебный эффект при гиперандрогении.

По рекомендациям Всемирной Организацией Здравоохранения и Международной ассоциацией детских и подростковых гинекологов препаратами выбора для постоянной гормональной контрацепции у сексуально активных подростков признаны монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие малые дозы этинилэстрадиола (0,02-0,03 мг) и прогестагены третьего поколения. При непереносимости монофазных КОК препаратами резерва в подростковой контрацепции являются трехфазные контрацептивы.

Назначение комбинированных оральных контрацептивов возможно после 2-3 спонтанных овуляторных циклов, которые устанавливаются у подростка в течение 1-2 лет после менархе. Отсроченное назначение эстрогенсодержащих препаратов, к которым относятся КОК, обусловлено с возможным влиянием оральных контрацептивов на преждевременное закрытие эпифизальных зон роста.

Выбор КОК для юных женщин осуществляется в зависимости от дозы и типа гестагенного компонента с учетом контрацептивных (активность подавления овуляции) и неконтрацептивных (лечение дисменореи, гиперплазии эндометрия, ребаунд-эффект в лечении бесплодия и нормализации менструальной функции и т.д.) свойств.

Наряду с лечебными свойствами оральные комбинированные оральные контрацептивы имеют и защитные эффекты. Продолжительная блокада овуляции способствует уменьшению риска формирования кист яичников, частоты развития рака яичников и эндометрия в будущем на 60%. При этом защитный эффект гормональной контрацепции сохраняется до 15 лет после прекращения приема препаратов. У пациенток, применявших для контрацепции КОК, содержащие прогестагены 3 поколения, отмечается снижение частоты доброкачественных заболеваний молочных желез и масталгии.

Прогестагены последнего поколения отличаются высокой степенью безопасности в отношении развития сердечнососудистых и нейроэндокриннообменных заболеваний, что дает возможность применять их у юных женщин с пороками сердца, сахарным диабетом, варикозной болезнью и тромбозами в анамнезе, у подростков, перенесших операции на сосудах и сердце, страдающих нарушением липидного обмена.

Обследование перед назначением гормональных контрацептивов состоит из изучения истории жизни; общего и гинекологического осмотра; исследования гемостазиограммы и мазков из шейки матки на онкоцитологию и флору.

Перед назначением гормональной контрацепции необходимо убедить юную пациентку в необходимости клинического обследования, которое проводится 1 раз в полугодие и включает общий и гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, исследование гемостазиограммы.

Индивидуальный подбор комбинированного орального контрацептива осуществляется после клинического обследования девушки с учетом фено-

типических признаков конституционально-биологического характера и заключается в выборе КОК с определенной дозой эстрогенного и гестагенных компонентов. Такой подход к подбору контрацептива позволит уменьшить побочные эффекты КОК и за счет нормализации эстроген-гестагенного баланса в организме подростка получить при необходимости лечебное воздействие.

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 подходят препараты с низким содержанием эстрадиола и выраженными гестагенными свойствами.

Микродозированные КОК. Преимущества микродозированных КОК заключаются в снижении риска эстрогенозависимых побочных эффектов (тошнота, задержка жидкости, нагрубание молочных желез, головные боли), отсутствии клинически значимого влияния на свертываемость крови, возможности использовать их женщинами любого репродуктивного возраста, начиная с менархе.

В Республике Беларусь зарегистрированы фармакологические препараты, в состав которых входит 20 мкг этинилэстрадиола – Новинет, Линдинет-20 и Логест. В состав Новинета в качестве гестагенного компонента входит дезогестрел, в состав Линдинета и Логеста - гестоден. Чаще всего сексуально-активным подросткам назначают препараты именно эти препараты. Прием данных КОК практически не дает побочных эффектов, именно поэтому формируется положительное отношение юных пациентов не только к использованию данных контрацептивов, но и в целом к методам контрацепции. Рекомендуются девушкам с высокой или умеренной эстрогенной насыщенностью, менструальный возраст которых не менее 2-ух лет.

Основными показаниями для назначения микродозированного препаратов Новинет и Линдинет-20 являются: контрацепция, функциональные расстройства менструального цикла, предменструальный синдром.

Микродозированные препараты **Новинет и Линдинет-20** являются препаратами, рекомендованными ВОЗ к применению подросткам, впервые начинающим прием оральных гормональных контрацептивов, их можно применять постоянно сколько угодно долго, не делая перерывов каждые 2 года.

Низкодозированные КОК. Низкодозированные препараты **Регулон и Линдинет-30** рекомендуются подросткам с гипоестрогенией и умеренной эстрогенной насыщенностью (уравновешенного типа), при перевесе андрогенов и прогестерона лучше назначать Регулон, так как его гестагенный компонент не препятствует позитивным эффектам эстрогенов, тем самым, оказывая довольно выраженное антиандрогенное действие.

Существующее до сих пор мнение некоторых гинекологов и других специалистов об опасности длительного, без перерывов на 24 месяца, применения гормональной контрацепции не обоснованно. Большинство исследователей было установлено благотворное действие КОК на репродуктивную систему, которое усиливалось 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, применяющих КОК, оказалась в сотни раз меньшей, чем у сверстниц, имевших роды и аборты без использования контрацепции.

Как и у каждого метода контрацепции при использовании микро- и низкодозированных КОК имеются свои недостатки – это необходимость ежедневного регулярного приема, что требует внимательности, высокой мотивации и дисциплинированности от юных женщин.

Однако преимущества применения данных контрацептивов неоспоримы:

- высокая эффективность,
- низкий уровень побочных эффектов,
- регулирующее воздействие на менструальный цикл,
- лечебный эффект при предменструальном синдроме, дисменорее, дисфункциональных маточных кровотечениях, эндометриозе, андрогении, кистах яичников.

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

Экстренная гормональная контрацепция

Экстренная контрацепция относится к методам предохранения от беременности, используемым после незащищенного полового акта. Доказано, что вероятность зачатия в результате так называемого «неприкрытого» совокупления колеблется от 3 до 26% в течение всего менструального цикла и от 7 до 30% в перiovуляторные дни.

Экстренная (посткоитальная, аварийная, пожарная) контрацепция показана в следующих случаях:

- после добровольного полового акта, при котором не были использованы средства контрацепции;
- половой акт в перiovуляторный период;
- после неправильного или непостоянного использования регулярных методов контрацепции, или когда подводит иной способ предохранения от беременности (разорвался презерватив, неудачно прерванный половой акт и др.);
- при изнасиловании, когда девушка стала жертвой сексуальной агрессии и на тот момент не пользовалась контрацептивной защитой.

Основные правила применения экстренной контрацепции:

- Таблетки необходимо принять как можно раньше после незащищенного полового акта, так как эффективность препаратов наиболее высока в первые сутки, а затем снижается;
- Прием таблеток рекомендуется осуществлять после приема пищи для уменьшения тошноты и рвоты, возможно применение антиэметиков за 1 час до приема таблеток;
- Если в течение первых трех часов после приема таблеток была рвота – следует принять еще одну дозу препарата;

В настоящее время для экстренной контрацепции у подростков рекомендуются методы прогестагенной атаки высокими дозами гестагенов (**Эскапел** или **Постинор**) и метод Юзпе с использованием комбинированного орального контрацептива. Применение антигонадотропинов (Даназол) и аптипргестининов (мифепристон – RU-486) подросткам противопоказано.

Постинор оральный препарат для экстренной контрацепции, обладает прогестагенной и эстрогенной активностью, что способствует торможению зачатия на ранней фазе и предупреждает наступление беременности. Постинор содержит 0,75 мг левоноргестрела в 1 таблетке. Первая таблетка применяется в течение 72 часов после незащищенного или неадекватно защищенного полового контакта. Вторая таблетка Постинора применяется через 12 часов после первой.

Постинор рекомендуется использовать девушкам с регулярным менструальным циклом. Не допустимо использование данного препарата как постоянного средства контрацепции.

Эффективность Постинора с учетом соблюдения всех описанных выше правил составляет примерно 98%, но снижается до 47% при его использовании 3-4 раза в год. По результатам исследования ВОЗ, эффективность и переносимость Постинора оказалась значительно выше, чем метода Юзпе (Постинор – 98%, метод Юзпе – 85%).

Эскапел - оральный контрацептив для экстренной контрацепции, содержащий 1,5 мг левоноргестрела в одной таблетке. Эскапел принимается однократно в течение 72 часов после незащищенного или неадекватно защищенного полового акта.

Следует помнить, что экстренная контрацепция – это разовая контрацепция, направленная на предотвращение незапланированной беременности. Данный вид контрацепции не может быть рекомендован для постоянного применения. Однако в некоторых ситуациях экстренная контрацепция является единственной возможностью предотвратить нежеланную беременность и избежать ее прерывания.

Побочные действия экстренной контрацепции независимо от примененного метода идентичны, это – тошнота, рвота, диарея, головная боль, головокружение, напряжение молочных желез, нарушения менструального цикла (задержки менструации на 5-7 дней).

При частом использовании юными женщинами препаратов, предназначенных для неотложной контрацепции возможны существенные нарушения менструальной функции, вплоть до аменореи. Поэтому при назначении сексуально-активным подросткам экстренной контрацепции необходимо разъяснить экстренность применения этого вида предохранения от беременности и подобрать метод постоянной контрацепции.

Прогестагенные контрацептивы. Постоянное применение прогестагенных контрацептивов у юных женщин, не кормящих грудью младенцев, обоснованно ограничено. Использование чистых прогестагенных препаратов обеспечивает менее надежную защиту от беременности по сравнению с КОК, но обуславливает высокий риск появления нерегулярных кровотечений и скудных кровяных выделений, развития внематочной беременности и фолликулярных кист яичников. Кроме того, недостатком оральных прогестагенных контрацептивов является быстрая элиминация препарата (в течение 19-24 часов), что требует строгого соблюдения ежедневного режима приема таблеток. Прием препаратов, содержащих чистые гестагены, может сопровождаться прибавкой массы тела, усилением угревой сыпи и увеличением гирсутизма у девочек-подростков, что связано с остаточными андрогенными свойствами подобных дериватов С19-нортестостерона [7].

У инъекционных прогестагенов (Депо-провера) и имплантов дополнительным недостатком, ограничивающим их применение юными женщинами, является задержка восстановления фертильности до 9-10 месяцев для инъекционных прогестагенов и до 12-18 месяцев - для имплантатов. Пролонгированные препараты, несмотря на описанные выше недостатки, имеет смысл рекомендовать социально неблагополучным девочкам-подросткам, в том числе злоупотребляющим алкоголем, наркотиками, находящимся в заключении.

Оптимальным методом контрацепции для подростков в настоящее время общепризнан так называемый «двойной» метод («голландский», «метод пояса и подтяжек») защиты сексуальных партнеров, основанный на одновременном применении КОК и презервативов, что обеспечивает надежную защиту от нежелательного зачатия и от ИППП.

Противопоказания к применению гормональной контрацепции у подростков:

- 1) Заболевания сердечно-сосудистой системы, сосудов головного мозга.
- 2) Заболевания печени (симптоматическая желтуха, вирусный гепатит, синдром Дюбина-Джонсона, синдром Ротора, опухоли печени).
- 3) Мигрени неясной этиологии и очаговые неврологические симптомы.
- 4) Эндокринная патология (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит).
- 5) Кровотечения из половых путей неясной этиологии.
- 6) Заболевания почек (гломерулонефрит, пиелонефрит).
- 7) Злокачественные новообразования.

- 8) Наличие заболеваний системы гемостаза.
- 9) Нарушения жирового обмена (ожирение или дефицит массы тела).
- 10) Менструальный возраст менее 2 лет.
- 11) Подтвержденная или предполагаемая беременность.
- 12) Индивидуальная непереносимость.

Большинство авторов считают более целесообразным считать абсолютными противопоказаниями: тяжелую степень ревматоидного артрита, волчаночный эритроцитоз, ангиомы, тяжелые иммунные заболевания, рост менее 150 см.

Реабилитация после аборта

Если же подростку пришлось прервать беременность путем медицинского аборта, то для профилактики последующих осложнений необходимо выполнение следующих мероприятий:

- с первых суток послеабортного периода проводится измерение температуры тела в течение 5 дней;
- прокладки меняются на протяжении суток не менее 5-6 раз даже при умеренном и скудном отделяемом (**тампоны не использовать!**);
- для профилактики осложнений, связанных с гормональным стрессом, с 5 дня после аборта (при отсутствии противопоказаний) назначаются оральные контрацептивы **Регулон** или **Марвелон** по контрацептивной схеме не менее чем на 3-6 месяцев, а если беременность не планируется в ближайшие полгода, то на более длительный срок;
- через 10-14 дней после аборта проводится ультразвуковое исследование органов малого таза абдоминальным датчиком;
- возобновление половой жизни возможно не ранее, чем через 2 недели, оптимально – после установления нормальной менструальной функции;
- при появлении обильных кровянистых выделений, повышения температуры тела, болей внизу живота, ухудшения общего состояния (слабость, головокружение, тошнота и др.) необходимо немедленно обратиться к врачу;
- при продолжающихся после аборта более 10 дней кровянистых выделениях (даже скудных) необходимо обратиться к врачу;
- исключить подъем тяжестей более 5-10 кг (индивидуально) в течение двух недель после аборта.

Категорически запрещается применение самолечения возникших после аборта осложнений, а именно - применение теплой или горячей грелки на низ живота, прием антибактериальных, кровоостанавливающих и обезболивающих средств.

Первичная профилактика аборта является основой для предотвращения всех возможных послеабортных осложнений, а основой такой профилактики является контрацепция.

Реальная возможность удовлетворения потребностей молодежи в охране репродуктивного здоровья заключается в том, чтобы помочь им воздержаться от половых контактов в раннем возрасте до брака и содействовать тому, чтобы все сексуально активные подростки использовали контрацептивы для профилактики нежеланной беременности, предупреждения венерических и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [2, 9, 17].

При формировании репродуктивного поведения у подростков и молодежи на первый план выходит проблема предупреждения возникновения нежеланной беременности и сохранение репродуктивного здоровья. Именно в этом возрасте необходимо заложить основы знаний о том, как оптимально реализовать в будущем свои репродуктивные потребности с учетом личных и общественных интересов.

При назначении любого метода контрацепции важно помнить, что применение средств предохранения от беременности уменьшает не только число абортов, но и снижает показатели материнской смертности и роста заболеваемости женщин от осложнений, возникающих при абортах и ювенильных родах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Богданова, Е.А.* Комбинированные оральные контрацептивы в терапии заболеваний репродуктивной системы у девочек/Е.А.Богданова//Медицина. – 2004.- №4. – С.52-54
2. *Гуркин, Ю.А.* Основы ювенильного акушерства/ Ю.А.Гуркин, Л.А.Суслопаров, Е.А.Островская. – СПб.: Фолиант, 2001 - 325 с.
3. *Жаркина, Е.А.* Профилактика и устранение побочных эффектов при применении комбинированных оральных контрацептивов /Е.А.Жаркина//Гедеон Рихтер в СНГ. – 2002. - №3(11). – С. 27-28.
4. *Можейко, Л.Ф.* Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений: монография/ Л.Ф.Можейко.– Мн.: БГУ, 2002.– 231 с.
5. *Пересада, О.А.* Лечебный эффект Новинета и Регулона при гиперандрогенных состояниях/ О.А.Пересада, В.И.Рамбовский //Медицина. – 2004.- №4. – С.69-70.
6. *Пересада, О.А.* Экстренная контрацепция/О.А.Пересада //Медицина. – 2004.- №4. – С.77-78.
7. Руководство по гинекологии для детей и подростков//Под ред. В.И.Кулакова, Е.А.Богдановой. – М.: Триада-Х, 2005. – 336 с.
8. *Савельева, И.С.* Возможности гормональной реабилитации женщин после аборта/И.С.Савельева//Гедеон Рихтер в СНГ.–2002. - №3(11).–С. 43-46.
9. *Севковская, З.А.* Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия/З.А.Севковская. – Мн.:Принткорп,2002. – 128 с.
10. *Серов, В.Н.* Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов/ В.Н.Серов //Медицина. – 2004.- №4. – С.74-76
11. *Уварова, Е.В.* Современные контрацептивные мероприятия с точки зрения надежности защиты репродуктивной системы сексуально активных подростков/Е.В.Уварова//Медицина. – 2004.- №4. – С.48-51.
12. *Чеботарева, Ю.Ю.* Гинекология детского и подросткового возраста/Ю.Ю. Чеботарева, Т.А.Яценко// Под ред. проф. В.П.Юровской. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2003. – 384 с.
13. *Яглов, В.В.* Применение спермицидов – эффективный метод профилактики абортов и инфекций, передающихся половым путем/ В.В. Яглов// Фарматека. – 2005. - №15 (110). – С.8-12.
14. *Burkman, R.* Current perspectives on oral contraceptive use/ R.Burkman, J. Collins, L.Shulman//Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 185, №2. – P. 299-305.
15. *Felice, M.* Contraception and Adolescents/ M. Felice, R.Feinstein, M. Fisher//Pediatrics. – 1999. – Vol. 104, № 5. – P. 98-115.
16. *Greydanus, D.* Contraception in the Adolescent: An Update/ D.Greydanus, D.Patel, M. Rimsza //Pediatrics. – 2001. – Vol. 107, № 3. – P. 156-168.

17. *Hewitt, G.* Update of adolescent contraception/ G.Hewitt, B.Cromer//Obstet. Gynecol. Clin. – 2000. – Vol.27, № 1. – P. 143-162.
18. Oral contraceptive and benign ovarian tumors/C.Westhoff [et all]//Am. J. Epidemiol. – 2000. – Vol.152, № 4 – P. 242-246.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Девярых Сергей Юрьевич - доцент кафедры психологии и педагогики Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета, кандидат психологических наук, доцент (Витебск, Беларусь).

Адрес для переписки: 27, ул. Фрунзе, 210023, Витебск, Беларусь.

Тел.: +375(44)551-41-61.

E-mail: devyatych@mail.ru

Жукова Наталия Петровна - профессор кафедры акушерства и гинекологии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор (Витебск, Беларусь).

Адрес для переписки: 34, проспект Победы, 210037, Витебск, Беларусь.

Тел.: +375(212)230107

E-mail:

Зыкова Ольга Семеновна - доцент кафедры акушерства и гинекологии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент (Витебск, Беларусь).

Адрес для переписки: 34, проспект Победы, 210037, Витебск, Беларусь.

Тел.: +375(212)232149

E-mail: o.zykova@tut.by

AUTHOR`S DATA

Devyatykh Sergey Yurevich - Associate Professor, Department of Psychology and Pedagogics; Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University; Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor (Vitebsk, Belarus).

The address for correspondence: 27, Frunze Av., 210023, Vitebsk, Belarus.

Phone: +375(44) 551-41-61

E-mail: devyatych@mail.ru

Zhukova Natalia Petrovna - Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor (Vitebsk, Belarus)

The address for correspondence: 34, Victory Ave, 210037, Vitebsk, Belarus.

Phone: +375(212)230107

E-mail: jukovka1@yandex.ru

Zykova Olga Semenovna - Associate Professor, Department of Dermatology and Venerology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Vitebsk, Belarus).

The address for correspondence: 39, 3 Surozhskaya Str, 210026, Vitebsk, Belarus.

Phone: +375(212)232149

E-mail: o.zykova@tut.by

РЕЗЮМЕ

С.Ю. Девятых

ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ И ДИНАМИКА ОСВОЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАКТИК В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (по материалам эмпирического исследования)

Показано, что половое созревание – центральный психофизиологический процесс подросткового и юношеского возраста, к восприятию физиологических изменений которого подростки оказываются в целом неподготовленными. По результатам ретроспективного опроса юношей и девушек представлена динамика освоения ими различных форм сексуального поведения.

Пубертат, сексуальное поведение, сексуальная социализация, психосексуальное развитие, юношеский возраст.

Н.П. Жукова

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ

Статья посвящена анализу витального и репродуктивного поведения девочек-подростков, их информированности по вопросам репродуктивного здоровья; приведены данные о необходимости профилактики нежеланной беременности у юных женщин и методах контрацепции.

Репродуктивное здоровье, девочки-подростки, профилактика аборта, методы контрацепции.

О.С. Зыкова

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (БППП) И СПИДА В ОБРАЗОВАНИИ

Либерализация добрачного сексуального поведения молодежи в условиях всемирной эпидемии СПИДА, рост числа случаев венерических заболеваний среди населения с необходимостью требуют реализации медико-педагогических мер в среде подростков и молодежи, направленных на профилактику указанных заболеваний.

СПИД, болезни, передающиеся половым путем

RESUME

Sergey Devyatykh

PUBERTY AND THE DYNAMICS OF SEXUAL PRACTICES ABSORPTION IN ADOLESCENCE AND MIDDLE ADOLESCENCE (BASED ON EMPIRICAL RESEARCH)

It is shown the puberty to be the central process of psycho physiological process of the teenager and youthful age. The adolescents are generally unprepared to perception of physiological changes in this age. Based on the results of the retrospective survey of boys and girls the author reveals the dynamics forms of sexual behavior acquisition.

Teenagers, psychosexual development puberty, sex behavior, sex socialization.

Natalia Zhukova

PREVENTION OF ABORTION AND ITS COMPLICATIONS IN SEXUALLY ACTIVE ADOLESCENTS

This article analyzes the vital and reproductive behavior of female adolescents, their awareness in reproductive health; it shows data about necessity of unwanted pregnancies in young women prevention and contraceptive methods.

Reproductive health, female adolescents, prevention of abortion, contraceptive methods.

Olga Zykova

PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STDs) AND AIDS IN EDUCATION

Liberalization of premarital sexual behavior of young people in the World AIDS epidemic, the increasing incidence of sexually transmitted diseases among population require with necessity the implementation of medical and educational measures among adolescents and young people, aimed at the prevention of these diseases.

AIDS, sexually transmitted diseases (STDs).

ОБ ИЗДАНИИ

Библиотека журнала «Социальное воспитание» - научно-практическое рецензируемое периодическое издание, в котором публикуются как авторские, так и коллективные сборники научных статей и методических материалов, ориентированных на научных работников, преподавателей, аспирантов и магистрантов гуманитарных вузов, практических работников образования.

Цель издания – освещение результатов научно-исследовательской деятельности белорусских и зарубежных ученых по социально-гуманитарным проблемам в их отношении к социализации и развитию личности, социальной политики в сфере человеческого потенциала, истории и теории социального воспитания.

Библиотека журнала «Социальное воспитание»
Выпуск 4.

Актуальные вопросы сохранения репродуктивного здоровья
подростков и молодежи

Витебск
2015

Подписано в печать 23.01.2015. Формат 80x84/16
Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Ризография.
Усл.- печ. л. 5,34. Учет.- издат. л. 5,57. Тираж 100 экз.

Полиграфическое исполнение ООО «Принт-Экспресс»
21, пр. Гагарина, г. Смоленск, Смоленская обл., Россия 214018
[www. print-express99.ru](http://www.print-express99.ru)

Печатается с оригинал-макета заказчика