

Контрацепция как способ сохранения

Сегодня много говорится об улучшении демографической ситуации в стране с помощью увеличения рождаемости. Но акушеры-гинекологи отлично знают, что во главе угла стоит не бездумное воспроизведение себе подобных, а грамотное планирование будущей беременности, в котором далеко не последнюю роль играет своевременное применение контрацепции. Об актуальности данной проблемы региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Жанне Королевой рассказывает заместитель директора Уральского НИИ Охраны материнства и младенчества, главный акушер-гинеколог Уральского федерального округа, д.м.н., профессор Надежда Васильевна Башмакова.



Н.В. Башмакова, д.м.н., профессор, главный акушер-гинеколог Уральского федерального округа

Надежда Васильевна, расскажите, пожалуйста, есть ли изменения в демографической ситуации в нашем регионе?

Процессы, касающиеся вопросов репродуктивного здоровья, в Уральском Федеральном округе соответствуют общероссийским: количество абортс снижается и это замечательно. Нельзя же столько времени говорить на эту тему в школе, вузах, дома, в лечебных учреждениях, в прессе – и не иметь при этом никакого результата. Мы не просто достигли снижения числа абортс, а «вошли в плато», когда количество прерванных беременностей все еще выше, чем на Западе, и снижается очень медленно, зато характеризуется стабильностью.

Мы все больше становимся европейской страной. Наше население начинает понимать, что европейским канонам должна соответствовать не только одежда, но и здоровье, поддержание которого не в последнюю очередь зависит от половой грамотности. В развитых странах охват контрацепцией в три раза больше, чем в среднем по России, соответственно и число абортс там в три раза меньше.

Это результат информационно-просветительской работы?

В некоторых странах, уделяющих большое внимание демографической ситуации, на общенацио-

нальном уровне принимаются достаточно жесткие решения. Например, в Японии, где из-за Второй мировой войны и двух атомных взрывов возникли проблемы с демографией, было решено не прерывать первую беременность вне зависимости от возраста будущей матери. И этот принцип по-прежнему соблюдается, хотя после войны прошло немало десятилетий. В Японии впервые забеременевшая женщина, решившаяся на аборт, становится изгоем – ее осуждает семья, она, пусть негласно, но подпадает под ограничения при приеме на работу. С помощью такой дискриминации японское общество борется за свое репродуктивное здоровье. В результате в этой стране частота рождения детей с гипоксией, родовой травмой крайне невелика – практика показала, что при выношенной первой беременности риск патологии снижается в разы.

При этом в Екатеринбурге девочкам до 14 лет в 100% случаев абортс делают по медицинским показаниям, подросткам 15-17 лет – в 84%. Для нас непригодны японские принципы?

В России возраст беременной девушки до 15 лет сам по себе является медицинским показа-

нием для абортс. По достижении 15-летнего возраста она уже сама может принимать решение о судьбе беременности и сохранности собственного здоровья. Но я, имея большой опыт в этой области, считаю, что ни в 15, ни в 16 лет наши подростки не готовы принимать самостоятельные решения, и очень важно, чтобы поддержку и правильный совет они получили в семье. Хотя, к нашей радости, основная масса подростков уже осведомлена о том, что аборт вреден.

Мы не можем остановить уже развивающиеся процессы – в частности, раннее начало половой жизни среди юных россиян. У нас пока еще модно начинать половую жизнь в 13 лет, в подростковой среде это служит поводом для гордости. Но в развитых странах ранняя сексуальность подростков пошла на спад – там уже пережит этот период, престижным считается сохранение девущкой целомудрия до определенного периода и, соответствен-

репродуктивного здоровья

но, способность вовремя родить здоровых детей.

К сожалению, в нашей стране такого убеждения пока нет. Хотя сейчас мы, акушеры-гинекологи, чувствуем очень большую поддержку со стороны Церкви. Что характерно, все конфессии единодушны в том, что прерывать беременность нельзя. Другой вопрос, что у них нет общего мнения по допустимым методам предохранения – часть из них выступает и против применения контрацептивов. По моему же личному мнению, из двух зол – аборт или контрацепция – последнее все-таки меньше.

На кого еще врачи могут рассчитывать в борьбе за репродуктивное здоровье нации?

По моему глубочайшему убеждению, будет значительно больше толку, если за работу по пропаганде планирования беременности и применения контрацептивов станут отвечать не медики, а специально привлеченные волонтеры. Как это делается во всем цивилизованном мире: волонтеры целенаправленно обучают и оплачивают их социальную работу. Сейчас на российском рынке труда кризис, но многие до сих пор не соглашаются мести улицы. Так почему бы этих людей не направить за небольшую плату продвигать, например, идеи контрацепции в подростковой среде?! Только повернув дело таким образом, мы добьемся отклика у людей. Но, повторюсь, волонтеров следует предварительно обучить, чтобы они сами разбирались в вопросе.

Однако, как показало анкетирование, проведенное недавно среди студентов Уральской государственной медицинской академии, даже в этой, казалось бы, просвещенной среде познания о контрацепции крайне слабы.

Да, к нашему глубочайшему удивлению выяснилось, что большинство студентов предпочитает барьерные методы, а надежные

и в большинстве своем безвредные гормональные методы контрацепции используют только 20% студентов IV курса и 29% студентов VI курса. Более того, многие студенты-медики продолжают пользоваться таким способом контрацепции, как прерванный половой акт – на IV курсе 36%, на VI курсе – 50%.

На вопрос о том, какие гормональные контрацептивы известны сегодня учащимся медицинского вуза, вообще никакого ответа не дали 43% студентов IV курса и 16% студентов VI курса. И это студенты, у которых пройден курс фармакологии.

Мировой наукой уже доказано, что для этого контингента пользователей наиболее оптимальными являются микро- или низкодозированные гормональные контрацептивы. К ним относятся не только оральные препараты, но и накожный пластырь, и вагинальное кольцо, имеющие высокую эффективность при минимальных рисках применения. Исследование УГМА показало, что именно об этих защитных средствах студенты имеют крайне слабое представление, хотя они могут и должны рекомендоваться к использованию молодежи – особенно в случаях, когда половая жизнь начинается в очень юном возрасте.

Не вредит ли при этом назначение гормональных контрацептивов девочкам-подросткам в период формирования половой функции?

Именно этот вопрос я специально задавала медицинскому советнику компании Jeparpharm по направлению «Гинекология» доктору Томасу Циммерману – признанному специалисту в области биохимии и патофизиологии и одному из крупнейших в Европе исследователей в области гормональной контрацепции. Профессор, приехавший с докладом в октябре минувшего года на Урал, поделился опытом применения

низкодозированных гормональных препаратов, разработанных специально для подростков и молодых женщин. Он заверил, что минимальные дозировки гормональных составляющих не оказывают на молодой организм никакого негативного влияния, обеспечивая при этом защиту от нежелательной беременности, близкую к 100%. Я склонна доверять его мнению – немцы очень щепетильны в отношении качества фармакологической продукции, они двадцать раз все проверят и лишь потом выпустят препарат на рынок.

Однако наличие качественного препарата не гарантирует его повсеместной распространенности. Особенно в сельских территориях Среднего Урала, где и размах информационной кампании, и уровень доходов населения значительно ниже.

Я бы не сказала, что наша периферия настолько отсталая и запущенная. В Свердловской области, 



Проблема рождения недоношенных детей не в последнюю очередь связана с абортами, которые делали их матери

как в промышленном регионе, очень много крупных городов и мало глухих деревень. Бичом отдаленных поселков является не низкая информированность о методах контрацепции, а проблема подросткового алкоголизма и низкой занятости молодежной среды, прямым следствием которых и являются незапланированные беременности.

Главной же трагедией поселков и деревень является то, что в узком кругу ежедневно общающихся между собой людей факт беременности молодой девушки до сих пор вызывает осуждение и негативное отношение. В результате беременность до последней возможности скрывается от врачей и родни, а поздний аборт небезопасен в любом возрасте, зачастую приводя впоследствии к бесплодию.

Что касается информированности по вопросам репродуктивного здоровья – она примерно одинакова по территории всей области и всего округа, поскольку средства массовой информации есть везде. А вот возможности реализовать свои знания у молодежи разных территорий различны из-за разницы в материальном положении жителей города и села.

Но откуда подросток 13-15 лет может взять средства на контрацептивы?

А где они берут деньги на сигареты? Профессор В.Е. Радзинский недавно докладывал на заседании Комитета по охране здоровья Госдумы результаты своих исследований на основании анонимных анкет. По его данным, сегодня средний возраст начала курения в России составляет 10-11 лет, в 11 лет дети впервые пробуют алкоголь, с 12-13 ведут активную половую жизнь. Правда, эти опросы проводились в Москве, и их результаты не могут считаться характерными для всей страны.

Тем более актуален вопрос: ведется ли в этом направлении какая-то работа с родителями?

Именно родители и школьные педагоги должны рассказать ребенку о половой жизни, ее

опасностях и мерах защиты от негативных последствий. И разъяснение жизненных ценностей юному существу – задача не акушеров-гинекологов и уж подавно – не венерологов. Активно внедряться с вопросами контрацепции в среду подростков до 15 лет не очень рекомендуется с этических позиций. Этим самым мы пробуждаем у подростков интерес к «взрослой жизни». Зато с 15 лет мы можем выходить в старшие классы школ, в колледжи, техникумы и вузы, читая лекции подросткам, что и делают городской и областной Центры планирования семьи. Был период, когда педагоги буквально в штыки приняли идею полового воспитания и заявили, что данная информация пробуждает у детей интерес к темам, которые их не должны еще волновать. Сейчас запрет снят, и врачи спокойно читают подросткам в школах лекции по половому воспитанию с одобрения семей.

Какое решение вы, как главный акушер-гинеколог Уральского федерального округа, можете предложить для сохранения репродуктивного здоровья наших подростков?

Мне хотелось бы, чтобы в Свердловской области развивались государственные программы профилактики нежеланной беременности у подростков. А уж если подросток попал в беду, то необходимо произвести прерывание беременности самым щадящим образом, к которому в настоящее время относится медикаментозный аборт с применением антипрогестеронов. Это достаточно дорогая технология, но если применить ее в рамках государственной программы и осуществить массовую закупку препарата именно для подростков, то фирмы-производители предоставят значительные скидки. Я на эту тему уже разговаривала с представителями фармацевтических компаний – они готовы снизить цены, исходя из социальной значимости программы. И, по словам главного акушера-гинеколога Свердловской области, д.м.н. О.Ю. Севастьяновой, областное

министерство здравоохранения вновь внесло предложение о финансировании данного проекта на рассмотрение Правительства Свердловской области. Кроме того, Е.Б. Николаева, руководитель областного Центра планирования семьи, разработала протокол охраны репродуктивного здоровья населения Свердловской области, где заложены многие озвученные мной положения. Будут ли финансироваться эти разработки, сказать пока сложно из-за экономической нестабильности в стране. К сожалению, программы такого плана по закону переданы в ведение муниципалитетов, у которых не всегда достает понимания и финансовых ресурсов для их поддержки. Я знаю, что северные территории – ХМАО, ЯНАО, Тюмень – материально обеспечивают такие программы. Там социально незащищенные слои населения получают либо внутриматочные контрацептивы, либо гормональные. В Свердловской области примеры муниципалитетов, осуществляющих аналогичную деятельность, я, к сожалению, привести не могу.

Может ли наш регион рассчитывать на какую-либо поддержку со стороны или нам придется решать свои проблемы, ориентируясь исключительно на собственные ресурсы?

Не так давно в России осуществлялся первый этап проекта Европейского бюро ВОЗ «Безопасный аборт». В его рамках в трех регионах (Московской, Ивановской и Свердловской областях) проводилось стратегическое исследование по проблеме абортов – анкетирование представителей самых различных слоев населения, включая и медицинских работников. Полученные данные, в конечном счете, должны быть использованы для снижения количества абортов и обеспечения их безопасности. В ходе исследования, во-первых, выяснилось, что большинство людей, попавших в ситуацию нежеланной беременности, прибегают именно к медицинскому аборту, что можно уже расценивать как

особенность национальной репродукции. Во-вторых, оказалось, что большинство людей не знают о существовании безопасных аборт.

Вообще, несмотря на мнение врачей из Всемирной организации здравоохранения, мы считаем, что «безопасный» аборт – это фикция, и опасно любое прерывание беременности, особенно в позднем сроке. Я горжусь тем, что ни один врач в Свердловской области во время анкетирования не признал существования безопасных абортов. Специалистов ВОЗ это возмутило, а я считаю замечательным, что наши медики знают об опасности любого прерывания беременности и готовы убеждать пациенток воздержаться от этой процедуры.

Но, хотя мы признаем, что негативны последствия любого аборта, мы согласны со специалистами ВОЗ в необходимости по возможности снизить отрицательные результаты для здоровья людей, по каким-то жизненным обстоятельствам решившихся на этот шаг. Сейчас реализаторы программы готовят заключительную справку о том, какие слои населения более ориентированы на вынашивание беременности, а какие – на ее прерывание, насколько медицинские работники готовы к повсеместному внедрению медикаментозных абортов, как реагируют на эту идею органы управления. По всей видимости, результатом этой деятельности ВОЗ должно стать появление некой практической программы, которая обеспечит бесплатными медикаментозными абортами социально незащищенные слои населения и в первую очередь подростков.

Также они хотят добиться полного ухода в прошлое технологии кюретажа (соскоба), которая у нас все еще применяется сплошь и рядом вместо вакуум-аспирации, менее травмирующей стенки матки.

Мы пока не знаем, как это будет выглядеть в конкретном исполнении – возможно, для реализации проекта какие-то средства будут спущены по линии ВОЗ; рассчитывать на областной бюджет в



В НИИ ОММ продолжается активная работа по совершенствованию помощи недоношенным детям

этом плане в ближайшее время, конечно, не приходится.

Говоря об абортах, мы не можем умолчать об обратной стороне медали – об отказе от прерывания беременности в случаях, когда она показана по медицинским параметрам. В прошлом году в Екатеринбурге наблюдался значительный рост неонатальной смертности – в 1,55 раза. Рост смертности среди доношенных детей произошел за счет пороков развития (19 случаев против 11 в 2007 г.). При этом в пяти случаях женщины не состояли на учете по беременности вообще и родили детей с пороками, не совместимыми с жизнью. Половина будущих матерей, у которых инкурабельный порок развития плода был выявлен перинатально, отказались от прерывания беременности.

В НИИ Охраны материнства и младенчества мы с этим сталкиваемся достаточно часто: к нам постоянно поступают женщины, знающие о пороках развития плода, но отказывающихся от прерывания беременности. Нам приходится прикладывать не-

малые усилия для проведения щадящего родоразрешения таким матерям, а также связываться с детскими хирургами, чтобы, если это возможно, сохранить ребенку жизнь.

Общаясь с такими женщинами, я вижу, что инстинкт материнства даже сильнее инстинкта самосохранения, который считается преобладающим. Если женщина решила вынашивать ребенка, она зачастую не думает о себе и своем здоровье, все ее существо ориентировано на рождение малыша. К нам не единожды поступали женщины с последней стадией рака. Они знают, что обречены и что беременность ускорит их конец – но, несмотря на все наши попытки их переубедить, они вынашивают ребенка. Наверное, в основе этого лежит мысль: «После меня что-то останется, а мне все равно уходить».

Может быть, когда мы настаиваем на пропаганде контрацепции, именно эти женщины вселяют в нас уверенность в своей правоте. Материнский инстинкт неподвластен социальным и финансовым условиям, он неистребим. Но его реализация должна быть своевременной и желанной. **ЭФ**