

СОВРЕМЕННАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ:

АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ВЫБОРА

О современных методах контрацепции и их обоснованном выборе мы беседуем с президентом Российского общества акушеров-гинекологов, академиком РАМН, профессором Владимиром Николаевичем СЕРОВЫМ.

– Владимир Николаевич, как сейчас можно оценить ситуацию с контрацепцией в России?

Если говорить о контрацепции, то, с одной стороны, это актуальная медицинская проблема, а с другой стороны – значимый социальный фактор, влияющий на качество жизни и имеющий отношение к здоровью будущих детей и матерей. Трудно сказать, какой аспект приоритетнее – медицинский или социальный. Возможно, социальный, т. к. демографические проблемы в России создают особые трудности при обсуждении вопросов, связанных с планированием семьи, применением контрацепции и вообще с рождаемостью. Люди, настроенные достаточно радикально и даже ортодоксально и не имеющие достаточной медицинской подготовки, считают, что запрещение аборт сразу вызовет бум рождаемости. Это вовсе не так. Известно, что как только запрещаются аборты, сразу же резко повышается материнская смертность. Кроме того, у женщин в результате криминальных абортов появляется целый ряд различных заболеваний.

Конечно, проблема абортов и контрацепции – это взаимосвязанные понятия. Как сделать так, чтобы женщина рожала столько, сколько она считает нужным? Президентская программа планирования семьи, проводимая в 1990-е гг., позволила получить очень интересные результаты. В последние годы существования СССР ежегодно проводилось около 7 млн абортов, 5 млн из них приходилось на РСФСР. Больше всего абортов было зафиксировано в Прибалтийских республиках, а меньше всего их проводилось в азиатских республиках. Открытие многочисленных пунктов профилактики абортов, другие мероприятия в рамках программы планирования семьи привели к сокращению количества случаев прерывания беременности до 800–850 тыс. в год. Системная работа позволила существенно снизить количество абортов – это крайне важно. И я еще раз подчеркну, что аборт – это не столько медицинская проблема, сколько социальная.

В наши дни в России проводится 45–50 прерываний беременности на 1 тыс. женщин детородного возраста, в то время как 7–8 лет назад их проводилось около 110–120. У нас остается достаточное количество абортов среди подростков, однако за последнее время эта цифра также снизилась почти в 2 раза. И, наконец, снизилось число абортов среди женщин, беременных в первый раз. Если взять Европу, то в Голландии например, 4–5 абортов на 1 тыс. женщин детородного возраста, в Германии – 10–12, в других странах Евросоюза – 5–6.



Единственная альтернатива абортам – это контрацептивы. Существует мнение, что контрацепция в России вроде бы развивается, но при этом количество абортов не меняется. Однако хорошо известно, что ситуация меняется только в том случае, если эффективную современную контрацепцию используют примерно 40–50% женщин, которые могут забеременеть. Для нас это пока недостижимая цифра.

Женщина должна решать самостоятельно, желательно с участием партнера или супруга, сколько детей ей иметь. Задача же государства – обеспечить условия для деторождения. Если условия будут повышаться – количество рождений также возрастет. Если условия будут оставаться скромными – женщины не будут рожать. Поэтому можно сказать, что в аборте виновата не женщина, а частично государство и частично – партнер. Какие же методы контрацепции на сегодняшний день следует считать наиболее эффективными и приемлемыми? Необходимо отметить, что контрацепция для разных групп населения и для женщин разного возраста должна быть *индивидуализированной*. Современная медицина стремится к приспособлению общих методов и стандартов лечения к особенностям каждого индивидуума.

– Владимир Николаевич, какая контрацепция предпочтительнее для девушек-подростков, начинающих половую жизнь, и девушек, которые пока не планируют беременность?

Существует мнение, что если девушка не собирается рожать, то ей не следует жить половой жизнью. Это другой вопрос, но он тоже имеет отношение к планированию семьи. Дело в том, что когда говорят о планировании, рассматривают в первую очередь сексуальные отношения. А в данном вопросе мы, можно сказать, дремучие люди, судя по тому, что происходит в Думе относительно сексуальных меньшинств, и если учитывать, как общественность реагирует на геев и лесбиянок. Ни на геев, ни на лесбиянок воздействовать нельзя, т. к. нельзя изменить природный фактор, и рассуждать о них бессмысленно. А говорить о запрете контрацепции просто преступно, ведь нельзя же запретить сексуальные отношения. Когда говорили, что в СССР секса нет, он, разумеется, был, только был нерегулированный, неподготовленный, неинформированный, и в первую очередь от этого страдала молодежь. Вот почему говорить о контрацепции для молодежи необходимо.

Для девочек, только начинающих жить половой жизнью, есть лишь 2 вида контрацепции. Первый – гормональная контрацепция, которая абсолютно безопасна в молодом возрасте. Почему я так категорически это утверждаю? Я довольно долго был главным акушером-гинекологом России, 26 лет, и мы вели регистр гормональной контрацепции. Существовала договоренность со всеми главными специалистами о том, что каждый доказанный случай неблагоприятного воздействия гормональной контрацепции должен разбираться комиссионно. Ни одного подобного случая выявлено не было. От современных низкодозных контрацептивных препаратов тем более практически не может быть осложнений, если, конечно, учитываются возможные противопоказания. Любой внимательный врач достаточно просто определяет противопоказания для применения гормональной контрацепции. Во-первых, не должно быть выраженного ожирения, гипертонии и осложненного семейного анамнеза – вот, пожалуй, и все. Осложненный семейный анамнез – это тромбозы, инсульты и инфаркты у ближайших родственников – мамы и тети – в молодом возрасте, до 40 лет. Таким людям можно применять гормональную контрацепцию только после обследования, а молодежи до 30–35 лет можно назначать уверенно. Еще одно ограничение, которое должно обязательно учитываться – это курение. У курящих девушек осложнения при гормональной контрацепции могут возникнуть в перспективе. В последние 10–15 лет появилась другая опасность – инфекции, передающиеся половым путем. Если мы говорим о браке или постоянном партнерстве при отсутствии вмешательства третьих лиц, то предпочтительна гормональная контрацепция. В каком виде – это следующий аспект нашего разговора, она может быть разной. Если же речь идет о нестабильном партнерстве, что для молодежи тоже типично, нужно иметь в виду применение барьерных методов контрацепции – презерватива. Давно известен двойной метод, который в шутку называется голландским: девочка применяет гормональную контрацепцию, но если половой контакт ей неизвестен, она использует еще и презерватив.

Что касается относительно редких половых контактов, здесь подойдет т. н. посткоитальная гормональная контрацепция, которую применяют после незащищенного полового контакта. Однако ее можно использовать лишь изредка, не больше 3 раз в месяц.

Из препаратов можно назвать Эскапел – венгерский усовершенствованный препарат, который применяют в течение 72 ч после полового контакта. Посткоитальную контрацепцию можно проводить не только Эскапел, но и комбинированными гормональными контрацептивами, однако их нужно применять в повышенной дозе – 3–4 таблетки не чаще 3 раз в месяц, иначе цикл будет нарушен полностью. Прием Эскапела, содержащего гестаген, в первой фазе цикла также нарушает цикл. Если мы говорим об устойчивых отношениях или браке, могут применяться низкие дозы гормональной контрацепции, например гормональное кольцо. Оно вводится во влагалище на 1 месяц, затем заменяется. Каждый день выделяется очень небольшое количество гормона, которое сразу всасывается влага-

лищной слизистой, поэтому в инактивации этого препарата меньше участвует печень, и он оказывается еще менее токсичным.

Для контрацепции в молодом возрасте подходят контрацептивы с микродозой этинилэстрадиола: 20 мкг в составе КОК обеспечат метаболическую нейтральность, столь важную для молодых женщин с их физиологическими особенностями. В последние годы гормональные контрацептивы применяются не только для предупреждения беременности, но и как лекарственные средства. В первую очередь это касается признаков гиперандрогении – акне, нечистоты кожи, оволосения, которые подчас, будучи совершенно незаметными со стороны, воспринимаются женщиной болезненно и даже трагически. Проявления гиперандрогении особенно распространены среди молодых девушек. Для лечения гиперандрогенных состояний у молодых женщин подойдет Димиа – препарат, содержащий дроспиренон, который является очевидным антиандрогеном. Дроспиренон в составе препарата Димиа, а также режим приема 24+4 позволяют сгладить гормональные колебания и оказывают лечебный эффект у девушек с ПМС.

Относительно барьерной контрацепции необходимо заметить, что молодые люди не всегда умеют пользоваться презервативами, а именно от этого и зависит надежность данного метода. Бытует мнение, что презервативы пропускают вирусы и ВИЧ, но это не так. Латексная резина ничего не пропускает, если ее максимально не растягивать и не повреждать. Кроме того, продукция обязательно должна быть качественной. В противном случае гарантий нет.

Для женщин старше 25 лет для контрацепции подойдут низкодозированные КОК. 30 мкг этинилэстрадиола обеспечат достаточный контроль цикла. Для женщин этой возрастной группы в качестве контрацептива с антиандрогенным эффектом подойдет Белара, содержащая в составе 30 мкг этинилэстрадиола и хлормадинона ацетат. Белара – современный низкодозный препарат, оказывающий значительный лечебный эффект при гиперандрогенных состояниях. В качестве препарата для лечения ПМС применяют Мидиану. Дроспиренон в составе Мидианы обладает антиминералокортикоидным эффектом, важным в коррекции проявлений ПМС. Для лечения эндометриоза подойдет КОК с диеногестом – Силует.

У рожавших женщин и женщин немного постарше можно применять гормоносодержащие внутриматочные системы. Специальное устройство вводится внутриматочно и выделяет небольшое количество прогестинов. Если контрацептивы комбинированные, они содержат эстроген и прогестерон, или эстроген и прогестин, синтетический прогестерон. В ряде случаев отрицательные действия – субъективная непереносимость или некоторая прибавка массы тела – связаны с эстрогенами. А когда применяется чистый гестаген, чистый прогестин, то отрицательных свойств нет и, кстати, меньше риск возникновения тромбозов. Если у женщины имеется сердечно-сосудистая патология или метаболический синдром, следует также применять средства, лишенные эстрогенов – например, Лактинет (0,075 мг дезогестрела).

Существуют инъекции с прогестинами, но они позиционируются у нас чаще как средство для социально неблагополучных слоев. При этих патологиях следует применять также барьерный метод или посткоитальную контрацепцию, т. к. это тоже не эстрогены, а прогестины. При бронхиальной астме эстрогены опять же нежелательны – они задерживают воду, могут вызывать аллергические реакции и нарушают коагуляционные свойства.

– А какие методы контрацепции подойдут только что родившей женщине?

В данном случае оптимальна барьерная контрацепция. Женщины часто думают, что кормление спасает от беременности. К сожалению, это не так: буквально через 2–3 мес. после родов может наступить беременность, и аборт в это время особенно неблагоприятен. Вот почему лучше применять барьерный метод, тем более что половые контакты в послеродовой период нечасты. Подойдут также и оральные контрацептивы, содержащие только прогестаген, например, Лактинет. Стопроцентной контрацепции, как двухфазные комбинированные, они не дают, но после родов их применять очень удобно, как, впрочем, и в позднем репродуктивном возрасте.

– Как следует предохраняться женщинам позднего репродуктивного возраста?

В этом возрасте, как правило, у женщины уже сложилась семья, репродуктивная программа выполнена и хотелось бы иметь методы контрацепции, которые меньше влияют на обменные процессы, потому что нарастает возможность заболеваний. И здесь гормональная контрацепция уже не абсолютно безопасна. Скорее всего, наблюдается груз болезней – гипертония, ожирение, повышенный сахар крови. Поэтому нужно ориентироваться на сексуальную активность. Если она невысока – 2–3 раза в месяц – то можно рекомендовать посткоитальную контрацепцию в таблетках. Это, во-первых, чистый гестаген, который, конечно, лучше всего применять во второй фазе менструального цикла, как мы уже сказали выше. Если применять препарат в первой фазе – может возникнуть нарушение менструального цикла. Чтобы женщина в такой ситуации не испугалась, ее нужно предупредить – это, собственно, и называется консультированием: не просто назначить ЛС, а объяснить, что может быть в результате его применения.

Для женщины в этом возрасте также еще полностью оправдано применение презерватива и т. н. спермицидов. Это очень удобный метод, но он не обладает стопроцентной надежностью, как, впрочем, и презерватив. Стопроцентная защита – это совмещение гормональной и внутриматочной контрацепции. Спермициды в разных вариантах выглядят по-разному: таблетка в виде небольшого кольца, которая вводится за 15 мин до полового контакта, или крем, который также применяется за 10–15 мин до контакта. Это может быть губка, которая тоже достаточно надежна и осуществляет гормональную контрацепцию в течение суток. Женщинам с высокой плодовитостью – этот фактор тоже нужно обяза-

тельно учитывать – следует иметь базу контрацепции в виде гормональных методов, а тем, у кого плодовитость ниже, можно использовать барьерные методы и спермициды.

К менее надежным барьерным средствам контрацепции следует отнести шеечный колпачок, который надевается на шейку матки. Сложность заключается в том, что его нужно тщательно подбирать по размеру. Есть т. н. резиновые диафрагмы, которые вводятся во влагалище перед половым контактом. Существуют также женские презервативы (по форме влагалища), но они мало распространены и относительно дороги. Подкожные импланты, которые вводятся под кожу специальным инструментом, пока не получили распространения в России и Европе, хотя технология совершенствуется: раньше нужно было вводить три трубочки, а сейчас уже две. Однако это все-таки хирургическое воздействие, и к такому методу могут относиться настороженно. Существует также трансдермальная контрацепция, содержащая низкие дозы гормонов – она также достаточно проста в применении и может использоваться женщинами разного возраста.

Исключительно надежным методом является внутриматочная контрацепция, имеющая ряд преимуществ. Во-первых, она относительно недорога, спираль (например, спираль Голдилии Эксклюзив) устанавливается на 7 лет. Во-вторых, процедура установки ВМС достаточно простая. Однако надо иметь в виду, что это средство не предохраняет от инфекций, передающихся половым путем. Внутриматочная контрацепция у нас имеет большее распространение, чем гормональная, население убеждено, что внутриматочная контрацепция менее травматична и менее вредна, чем гормональная. Здесь необходимо учитывать особенности внутриматочной контрацепции, связанные с сексуальным поведением женщины. Если у нее имеется возможность разных половых контактов или часто возникают воспалительные заболевания – эндометрит или воспаление придатков, а в некоторых случаях имеют место тяжелые гнойные осложнения, которые требуют не только удаления контрацептива, но иногда служат предметом хирургического вмешательства, этот метод контрацепции не подходит. Это первая особенность. И второе отрицательное обстоятельство для внутриматочной контрацепции – то, что менструации становятся более обильными, в результате чего у некоторых женщин появляется анемия.

Важно заметить, что возникновение осложнения и гормональной, и внутриматочной контрацепции зависит в основном от подготовленности и информированности врача – насколько хорошо он знает обстоятельства пациентки и в зависимости от этого сможет предупредить осложнения. Мы говорим о том, что медицина должна быть индивидуализированной, т. е. каждый больной должен получить конкретные рекомендации для себя, а не вообще. Поэтому мы возвращаемся к тому, что называется семейный врач – этого у нас в России пока, к сожалению, нет. Именно семейный врач в первую очередь помогает заниматься планированием семьи. Семейные врачи знают, какие отношения в семье, какие растут дети, какие есть родственники, какая наследственность, какие у семьи материальные возможности, ведь гормональная контрацепция, например, вещь недешевая. И семей-

ный врач назначает конкретные рекомендации членам семьи, исходя из их возможностей. Это очень важно для здоровья населения в целом. Итак, гормональная и внутриматочная контрацепция и есть наиболее современные и наиболее эффективные методы, не считая барьерного.

Скажу еще несколько слов о таком виде контрацепции, как прерванный половой контакт. Планирование семьи – это в первую очередь регуляция сексуальных отношений по наличию оргазма. Если в паре нет женского оргазма, сексуальные отношения никогда не будут полноценными, и они, как правило, обречены на исключительно внешние проявления без внутренней связи. С другой стороны, если партнеры умело развиваются, используют литературу или обращаются за помощью к врачу-сексологу (хотя, как вы понимаете, гинеколог – это также отчасти сексолог и психолог), ситуация меняется. Когда партнеры становятся друг для друга уникальными, не бывает супружеской неверности, потому что вмешательство третьего совершенно не интересно. Данный феномен лежит именно в области женского оргазма. Если бы мы беседовали на эту тему лет 35–40 назад, мы бы сказали, что чуть ли не 40% женщин фригидны. В наши дни все сексологи считают, что женщины фригидны только в том случае, когда не знают тип своего оргазма. Насколько можно использовать прерванный половой контакт в качестве метода кон-

трацепции? Это очень простой метод, не требующий никаких затрат, но предполагающий взаимную договоренность. Чтобы она была эффективной, партнеры не должны быть случайными. Если партнеры этому «обучены» и друг для друга уникальны – это можно и нужно применять, это называется контрацепцией в браке. Правда, гинекологи могут заявить, что такой метод не физиологичен и неверен. Но здесь есть одно обстоятельство: если люди подготовлены к такой контрацепции, она безопасна и абсолютно надежна. Условие в том, что женский оргазм должен возникнуть до семяизвержения, до прерывания полового контакта. Будет ли после этого второй оргазм – это уже дело другое. Если же оргазм присутствует, то прерванный половой акт абсолютно безвреден. Если оргазма нет – он не безвреден. Поэтому такой простой и, казалось бы, легко применимый метод труден, т. к. может применяться только у подготовленных партнеров, а таких в нашей стране пока очень мало.

Итак, выбирая контрацептивное средство, необходимо учитывать совокупность факторов: возраст женщины, ее наследственность, сопутствующие заболевания, количество половых партнеров и интенсивность половой жизни, а также высокую или низкую плодовитость и придерживаться, таким образом, строго индивидуализированного подхода.

Беседовала Ксения Кириллова

