

Аборт и здоровье женщины

Доклады участников
Международной конференции
2023 г.

Автономная некоммерческая
благотворительная организация
помощи беременным
и нуждающимся семьям с детьми
«Спаси жизнь»

Москва
2025

Коллектив АНБО «Спаси жизнь»

Аборт и здоровье женщины. Доклады участников Международной конференции 2023 г. — М.: АНБО «Спаси жизнь», 2025. — 160 с.

ISBN 978-5-6048433-0-7

Оглавление

Наталья Алексеевна ЩУКИНА

Воспалительные постабортные осложнения после искусственного прерывания беременности в XXI веке — миф или реальность7

Ольга Валентиновна МИХАЛЕВА

Отдаленные последствия абортов11

Николай Александрович ЖАРКИН

Повышенный риск внематочной беременности. Повышенный риск предлежания плаценты 17

Марина Борисовна ДЕБРЯНСКАЯ

Обзор последствий абортов по данным научных публикаций 25

Владимир Никифорович САВЕЛЬЕВ

О влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков 39

Алексей Александрович ФОКИН

Фармакодинамика и токсичность мифепристона 63

Джордж ДЕЛЬГАДО

Остановка медикаментозного аборта..... 71

Хосе Мануэль МАДРАСО КАБО

Влияние легализации абортов на женскую смертность в Мексике 79

Марк Матусович ИЦКОВИЧ

Постабортный синдром как следствие дезинтеграционного репродуктивного выбора женщины 91

Олег Юрьевич СУТОРМИН

Статистическое исследование влияния «теневых персонажей» на идентифицированного клиента на примере абортированных детей..... 109

Оксана Петровна ПОПОВА

Перинатальная паллиативная помощь, поддержка семей, отказавшихся от аборта и ожидающих рождения ребенка с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья119

Елена Владимировна ПОЛИВИЧЕНКО

Возможности перинатальной и неонатальной паллиативной помощи в ситуации репродуктивного выбора семей..... 131

Анастасия ПОПОВА

Психогенное бесплодие как следствие аборта.
Письмо нерожденному ребенку и его внимательный разбор с психологом141

Ирина Васильевна СИЛУЯНОВА

Достоинство и ценность жизни ребенка на пренатальной стадии развития.....153

От редакции

В сентябре 2023 г. в «Президент-Отеле» (г. Москва) прошла международная медицинская научно-практическая конференция «Аборт и здоровье женщины». Целью конференции было собрать и проанализировать современные научные данные о последствиях аборта непосредственно для здоровья женщины, для семьи и семейной системы и для общества в целом.

Участие в мероприятии приняли представители Совета Федерации и Государственной Думы РФ, ведущие специалисты Министерства здравоохранения России, медицинские исследователи, практикующие врачи и кризисные психологи из России, а также ученые из Мексики и США.

В ходе конференции были озвучены результаты научных исследований, согласно которым аборт наносит вред здоровью женщины на всех уровнях как непосредственно в процессе, так и в отложенной перспективе. Акушеры-гинекологи поделились личным опытом лечения постабортных осложнений разной степени тяжести и многократно отметили, что обольщаться мнимой рекламируемой безопасностью современных абортивных методов — опасно и безрассудно. Также были представлены тревожные данные о связи аборта с воспалительными заболеваниями органов малого таза, эндометриозом, онкологическими

заболеваниями, эндокринными нарушениями и бесплодием — как уже хорошо известные медицинскому сообществу, так и новые.

Помимо нарушений работы организма на физическом уровне аборт провоцирует поломки в психике и накладывает отпечаток на отношения в семье, порой даже на протяжении нескольких поколений. Самого серьезного внимания заслуживает статистика суицидальных случаев у женщин, переживших травму аборта, и разводов в парах, которые прошли через прерывание беременности.

На конференции была затронута и одна из самых трудных для современного общества тем — альтернатива евгеническим абортам, абортам по «показаниям со стороны плода». Ведение особой беременности, разрешение которой невозможно по стандартному сценарию, жизнь ребенка с тяжелыми нарушениями развития, атмосфера и организация быта в семье с таким малышом — обо всем этом рассказали специалисты детского хосписа.

Все участники мероприятия единодушны в том, что аборты нуждаются в контроле и регуляции на государственном уровне. Беременная женщина находится в уязвимом состоянии и не должна оставаться без поддержки в такой момент! Решение этой проблемы лежит во взаимодействии государственных институтов с благотворительными фондами, имеющими опыт спасения жизни малыша и благополучия семьи в самых разных, порой отчаянных обстоятельствах.

Докладчиками были представлены различные мировоззренческие, морально-этические и правовые подходы к решению проблем репродуктивного выбора, порою не совместимые друг с другом. Но одним из основных выводов конференции стало то, что словосочетание «безопасный аборт» должно быть исключено из всех медицинских документов, нормативных правовых актов, писем, протоколов, как «вводящее в заблуждение и недостоверное». Безопасных абортов не бывает — хирургические, медикаментозные, «мини»-аборты представляют значительную угрозу для личного и общественного здоровья.

Воспалительные постабортные осложнения после искусственного прерывания беременности в XXI веке — миф или реальность

Наталья Алексеевна ЩУКИНА

Доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный врач Российской Федерации,
главный научный сотрудник отделения гинекологии
с онкогинекологией государственного бюджетного
учреждения здравоохранения Московского областного
НИИ акушерства и гинекологии

Одного контакта достаточно, чтобы инфицироваться, в том числе потенциально смертельно опасными заболеваниями:

- ♦ ВИЧ — до 1,5 млн (1%) граждан РФ инфицированы, по итогам 2022 г. Россия вошла в пятерку стран с самой высокой скоростью распространения ВИЧ-инфекции.
- ♦ Число носителей вируса гепатита С в России достигло 5 млн. Уязвима самая цветущая часть населения: пик заболеваемости приходится на 17–28 лет.

Из почти 1 млн ежегодно диагностированных случаев ВЗОМТ в США 20% ВЗОМТ наблюдается у подростков.

Перед ИППП уязвима самая молодая и цветущая часть населения, в том числе подростки. Каждый 5-й подросток имеет ВЗОМТ. Обратите внимание, наши исследования 13 лет назад — 13,5% девочек были уже сексуально активны, 37,5% имели двух и более партнеров и не жалеют об этом. Инфицированность вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска среди сексуально активных девочек-подростков в возрасте 14–17 лет — 50,5%, ВПЧ 16-го и 18-го типов — 20,0%, ВПЧ 6-го, 11-го — 27%.

Тогда этим девочкам было 13 лет, сейчас им 26. 26–30 лет, самый репродуктивный возраст!

Сейчас мы имеем такую статистику: заболеваемость раком шейки матки у женщин в возрасте до 30 лет возросла в 6 раз! На долю двух высокоонкогенных типов ВПЧ (16-го и 18-го) приходится до 70% случаев РШМ, 80% — рака вульвы и влагалища, 92% — анального рака, 95% — рака ротовой полости, 89% — рака ротоглотки, 63% — рака полового члена [Дмитриев Г.А., Биткина О.А., Parkin D.M., Bray F., 2016].

Молодые женщины погибают — из-за ВПЧ, полученного ими в 13–14 лет. Рак шейки матки занимает первое место по количеству потерянных лет жизни (снижение продолжительности жизни заболевших женщин в среднем на 26 лет).

У всех этих девочек были также диагностированы другие воспалительные микроорганизмы — гонорея, трихомонада, цитомегаловирус, который представляет огромную проблему при беременности и страдания для плода, генитальный вирус герпеса. Посмотрите, какое поколение входит сейчас в репродуктивный возраст. Зожниками их назвать сложно — 78% курят, 69% употребляют алкоголь. Неудивительно, что в поколении, которое сейчас входит в репродуктивный возраст, ожидается 25% бесплодных пар!

Согласно данным Росстата, в первом полугодии 2023 г. зафиксированы наихудшие показатели по уровню рождаемости за последние 20 лет. К примеру, в 2022 г. количество родившихся детей по сравнению с предыдущими годами уменьшилось на 48,81% — на женщину детородного возраста приходится 1,1 ребенка, а нужно 3! К сожалению, это второй «русский крест». Первый был в 90-е — потеря населения огромная, второй мы наблюдаем сейчас — снова смертность превышает рождаемость.

Какую демографическую ситуацию в России мы наблюдаем сейчас? Конечно, снижение общего индекса здоровья населения, снижение индекса фертильности. Бесплодие в супружеской паре — до 20%. Отложенные поздние роды. Можно процитировать Татьяну Викторовну Буцкую — в Россию пришла мода на поздние роды, и не только на поздние роды, а есть тенденция вообще не иметь детей. И у нее много сторонников появилось.

Признавая колоссальные успехи медицины, следует отметить, что даже до настоящего времени последствия аборта разрушительны для репродуктивной системы и здоровья женщин.

- ♦ Доля инфекционных послеабортных осложнений составляет 0,8–2,0%.

- ◆ Доля других серьезных осложнений хирургического аборта, требующих лапаротомии и удаления матки, особенно в II триместре — перфорация матки (0,2%).
- ◆ Бесплодие. Частота бесплодных браков в России превысила 25%, что считается критическим уровнем воспроизводства населения.
- ◆ Внематочная беременность, хроническая тазовая боль.
- ◆ Инфекционные послеабортные осложнения, цифры здесь разнятся от 0,8 до 8%; если 8% на число сделанных в России абортов — это 40 тысяч.
- ◆ Массивные кровопотери и органоуносящие операции, удаление матки.

Аборты могут быть причиной инвалидизирующих или летальных осложнений. Обратите внимание, сепсис — это основная причина летальности в РФ беременных до 24-й недели!

Во всем мире частота акушерских сепсисов с летальным исходом увеличивается на 10% ежегодно. Мы не можем говорить, что аборты безопасны.

Мы можем только работать с аудиторией репродуктивного возраста. Особенности современной аудитории:

- ◆ образованность в IT-технологиях;
- ◆ снижение общей культуры;
- ◆ источники знаний, в том числе медицинских, противомедицинских — социальные сети;
- ◆ атеизм;
- ◆ заметное снижение роли учителя и врача в обществе;
- ◆ ориентированность на новых «кумиров».

Но битва за молодое поколение не проиграна. Что делать:

- ◆ выявлять причины прерывания беременности — я акушер-гинеколог с 50-летним стажем и я до нынешней конференции не знала, например, про помощь, про паллиатив, теперь знаю и обязательно буду использовать в своей работе;
- ◆ мотивировать на сохранение беременности;
- ◆ информировать о существующих мерах социальной поддержки.

Отдаленные последствия абортов

Ольга Валентиновна МИХАЛЕВА

Врач гинеколог-эндокринолог,
врач-эндокринолог,
кандидат медицинских наук

При наступлении беременности в женском организме сразу же начинается перестройка на все девять месяцев вынашивания ребенка: кормление, формирование организма, функциональное созревание всех структур и органов у плода. Это достаточно сложные процессы.

В женском организме все системы и органы меняют свою функциональность. Физически и психически идет подготовка к беременности. Перестраивается полностью: гормональный фон (резко угнетается продукция ФСГ и ЛГ, в то время как продукция пролактина возрастает); эндокринная система (повышается продукция АКТГ — адренокортикотропного гормона); появляется большое количество прогестерона (гормона беременности); меняется функция щитовидной железы (для обеспечения потребностей матери и плода требуется больше гормонов щитовидной железы); стресс-гормоны (возрастает продукция глюкокортикоидов и минералокортикоидов надпочечниками); центральная нервная система (формируется так называемая гестационная доминанта. Клинически этот процесс проявляется в некотором заторможенном состоянии беременной, преобладании у нее интересов, непосредственно связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка. Очень сильно меняется эмоциональный фон: может появляться плаксивость, повышенная раздражительность).

И вот женщина по каким-то причинам решает прервать беременность. В матке уже нет плодного яйца и эмбриона, уже не для кого производить всю эту мощнейшую перестройку — это является тяжелейшим стрессом для организма в плане

эндокринной функции. И, соответственно, могут возникать проблемы: со щитовидной железой; с надпочечниками; с яичниками; страдает центральная нервная система. Аборт может приводить к гормональному сбою; нарушениям сна; изменению настроения; изменению аппетита; предменструальному синдрому (ПМС).

Гормональный сбой — это дисфункция, которая обусловлена патологией эндокринной системы. Чаще всего он происходит в периоды, когда в силу различных причин организм в гормональном аспекте становится наиболее уязвимым. Прежде всего это периоды полового созревания и угасания функций половой системы. Прерывание беременности также является одной из самых распространенных причин, провоцирующих сбой в работе эндокринной системы женского организма. В результате аборта нарушается, в частности, необходимый баланс женских половых гормонов (эстрогена, прогестерона, пролактина).

Являясь наиболее частыми осложнениями аборта, гормональные нарушения провоцируют в женском организме прямую или опосредованно множество заболеваний. К ним относятся: бесплодие и невынашивание; дисфункция яичников; миома матки (доброкачественная опухоль в мышечном слое матки); фиброзно-кистозная мастопатия; нарушение функций щитовидной железы и надпочечников (после аборта выработка гормонов щитовидной железы резко снижается).

Кто-то из женщин все эти симптомы замечает сразу, а кто-то не обращает на это внимания, и происходит переход в хронический процесс. А в дальнейшем мы начинаем раскручивать этот замкнутый круг, который сформировался после прерывания беременности и не был вовремя отслежен. И иногда требуются годы лечения, чтобы нормализовать женское здоровье.

Таким образом, помимо ранних последствий искусственного прерывания беременности, мы сталкиваемся еще и с отдаленными осложнениями аборта, такими как различные воспалительные процессы (эндометриты, параметриты, сальпингоофориты, пельвиоперитониты, перитониты, септический шок,

сепсис); дисфункция яичников с нарушением менструального цикла; бесплодие и невынашивание; внематочная беременность (в том числе и за счет увеличения риска возникновения спаечного процесса в малом тазу после аборта); истмико-цервикальная недостаточность (это такое патологическое состояние шейки матки во время беременности, при котором она не способна противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающийся плод в полости матки до своевременных родов); аномалии родовой деятельности при последующих родах; кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

Есть отдельные научные исследования, демонстрирующие и другие негативные отдаленные последствия аборта. Так, ученые из Вашингтонского университета установили, что риск сепсиса новорожденных у женщин, сделавших прежде аборт, повышается примерно в два раза¹.

Китайские ученые из Шанхая в крупном эпидемиологическом исследовании обнаружили, что вероятность развития метаболического синдрома у женщин с искусственным прерыванием беременности в анамнезе повышается почти в 1,5 раза².

Также в настоящее время есть научные исследования, доказывающие связь между искусственным прерыванием беременности и раком молочной железы. В частности, в 2018 г. ученые из Китая доказали, что наличие в анамнезе ≥ 3 искусственных прерываний беременности было ассоциировано с повышенным риском развития рака молочной железы у женщин в постменопаузе.³

Таким образом, негативные отдаленные последствия абORTов многообразны и не всегда на первый взгляд очевидны, что тре-

¹ Paediatr Perinat Epidemiol. 1995. Jan. № 9 (1). Pp. 48–58. doi: 10.1111/j.1365-3016.1995.tb00118.x. Reproductive history and the risk of neonatal sepsis.

² Front Med. 2013. Mar. № 7(1). Pp. 132–137. doi: 10.1007/s11684-013-0250-x. Epub 2013 Feb 6. Association between history of abortion and metabolic syndrome in middle-aged and elderly Chinese women.

³ J Epidemiol. 2019. May 5. № 29 (5). Pp. 73–179. doi: 10.2188/jea.JE20170318. Epub 2018 Aug 11.

бует тщательного дальнейшего изучения, научных исследований и формирования подхода к реабилитации таких женщин. А в сознании общества должно сформироваться четкое понимание, что безопасного аборта не бывает.

Для меня, как для врача, который занимается лечением бесплодия, невынашивания и достаточно часто сталкивается с последствиями искусственного прерывания беременности в своей клинической практике, очевидно, что вопросы, связанные с абортами и их последствиями, невозможно решить исключительно запретами. В данном случае необходимы хорошо обдуманные комплексные меры со стороны научного, медицинского сообщества, государства, духовенства, представителей общественных организаций и самого общества.

**Повышенный риск
внематочной беременности.
Повышенный риск
предлежания плаценты**

Николай Александрович ЖАРКИН

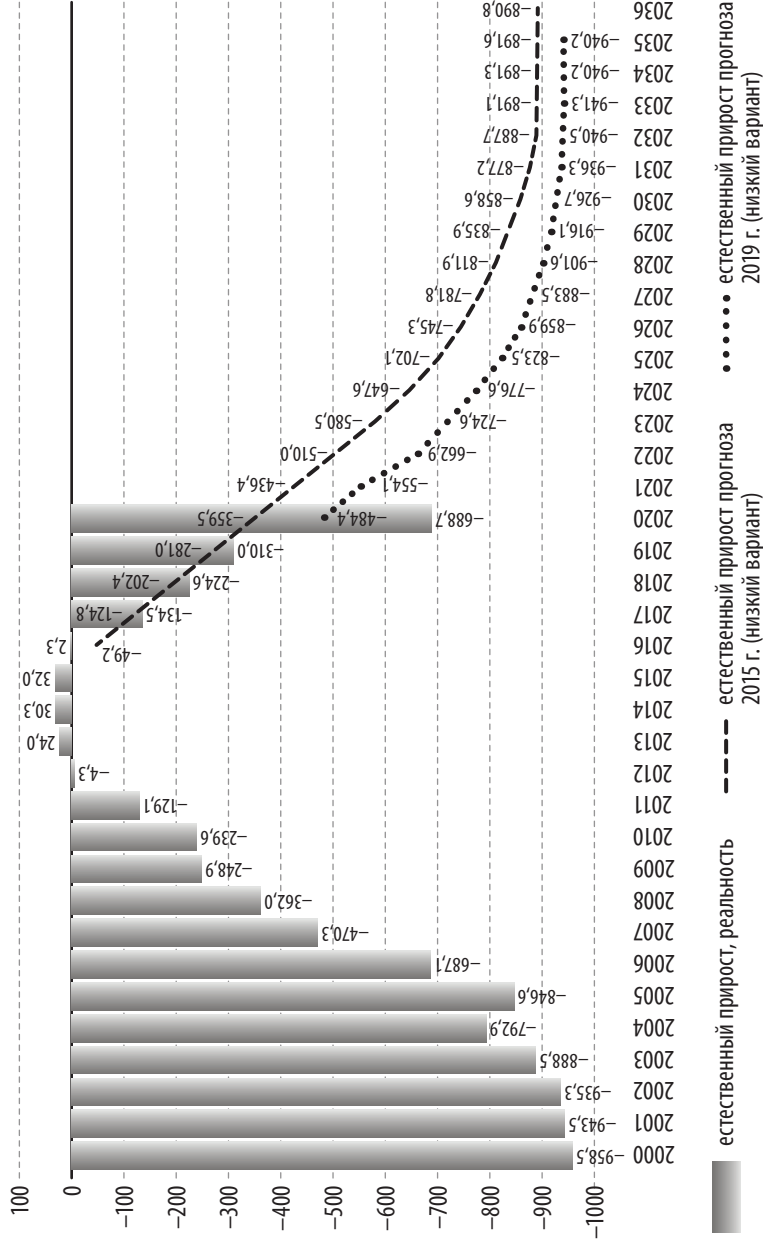
Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
Волгоградского государственного
медицинского университета,
президент Волгоградской областной
ассоциации врачей акушеров-гинекологов

Демографическая ситуация складывается таким образом, что не реализовался прогноз по снижению количества населения. Снижение оказалось более значительным, чем было спрогнозировано. И эта цифра как раз соответствует числу абортот.

Считается, что хирургический аборт намного опаснее, чем медикаментозный, но медикаментозный аборт — это тоже не благо. Прерывание беременности лишает женщину материнства. Для того чтобы избежать последствий хирургического аборта, был придуман так называемый безопасный аборт, который сейчас интенсивно внедряется не медицинскими работниками, а фармакологическими фирмами. Обратите внимание на предложения, которые написаны на коробках с препаратами для прерывания беременности: «Надо сделать широкодоступным безопасный аборт». Широкодоступным — эти слова не вырежешь с этой коробочки, а они воздействуют на каждую женщину, которая пользуется этими таблетками, и на медицинских работников.

Вчера мы вместе с коллегами участвовали в форуме «Мать и дитя», и один из главных специалистов региона России представил доклад по так называемым критическим акушерским ситуациям. Так вот практически во всех случаях этих критических акушерских ситуаций на первом месте фактором риска и фактором, определяющим возможность этой ситуации,

Естественный прирост по прогнозам до 2036 г. (млн чел.)



является аборт, причем неважно, как он был произведен. Да, действительно неважно, как убить ребенка — расчленением, или удушением, или отравлением, — все равно это является убийством.

Это абсолютное зло, аборт является не только убийством человека, но еще и членовредительством матери.

Очень сложная ситуация сложилась с аномальными детьми, которым аномалии диагностировали внутриутробно. Один из главных врачей крупного родовспомогательного учреждения в центральном регионе России сказал, что *нам некуда этих детей девать, если они рождаются, и никто не обеспечивает их содержание*. Больше года ребенок с аномалиями развития находится во втором отделении — второй этап выхаживания новорожденных, — и это очень серьезная проблема, поэтому делается прерывание беременности у здоровых женщин с аномальными детьми.

Я не буду перечислять то, что сказано моими коллегами, скажу только о том, что абортов действительно без осложнений не бывает, и у меня немало клинических примеров. Причем я должен сказать, что ведь женщины не всегда откровенны, мы ориентируемся на так называемый анамнез, который она нам сообщает, но факт прерывания беременности женщина не всегда объявляет. Поэтому иногда нам приходится узнавать об этих событиях постфактум после материнской смерти, когда Следственный комитет запрашивает все документы, начиная от ее детства, и тогда мы видим абсолютно явные факты, факторы, которые могли привести к материнской смертности.

АБОРТ:

- ◆ Наносит ущерб здоровью:
 - *эндометрит;*
 - *бесплодие;*
 - *невынашивание беременности;*
 - *внематочная беременность;*
 - *преждевременная отслойка плаценты;*
 - *предлежание плаценты с вращением в матку.*

- ◆ Абортов без осложнений не бывает!
- ◆ Входит составной частью в показатель материнской смертности.
- ◆ Снижает воспроизводство населения.
- ◆ Способствует упадку института семьи.
- ◆ Приводит к нарушению личностного развития и психологическим проблемам (постабортный синдром — до конца жизни).
- ◆ Разлагает духовно-нравственное состояние медицинских работников.

Вот один из примеров, который вчера прозвучал на одном из заседаний. Это звучало на всех слайдах, я не буду их все показывать. Это факторы риска преждевременной отслойки плаценты, предлежания плаценты и вставания плаценты, и на первом месте стоит хирургическое вмешательство в полость матки для прерывания беременности.

Факторы риска вставания плаценты у женщин с предлежанием плаценты¹

Ранг	Фактор риска	ОШ	P
I	Хирургическое прерывание беременности в анамнезе	23,1 [2,8–190,5]	< 0,0001
II	Предлежание плаценты при настоящей беременности + наличие рубца на матке	21,6 [6,5–71,8]	< 0,0001
III	Рубец на матке	21,6 [6,5–71,8]	< 0,0001
IV	Наличие 2 рубцов и более на матке	10,0 [1,1–91,4]	0,02
V	Расположение плаценты по передней стенке матки при настоящей беременности	6,3 [1,5–25,7]	< 0,0001

Если после аборта наступает беременность, то плод растет в месте, где совершено убийство. Вот если бы женщины понимали

¹ Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Малышкина А.И., Песиикин О.Н., Григушкина Е.В. Факторы риска и особенности родоразрешения при предлежании и вставании плаценты // Женское здоровье и репродукция. 2022. № 3 (54) [Электронный ресурс]. URL: <https://whfordoctors.su/statyi/factory-riska-i-osobnosti-rodorazresheniya-pri-predlezhanii-i-vrastanii-placenty/> (дата обращения: 12.04.2024).

эти моменты, наверное, это тоже был бы один из аргументов, чтобы не допустить этого события. Но когда есть проблема, решать ее сложно, лучше, когда проблем нет.

Вот придумали контрацепцию. Здесь уже говорилось о вреде гормональной контрацепции, а простая контрацепция разве оздоравливает?

Негормональная контрацепция — разве это не вред? Ведь это лишение женщины материнства, биологически необходимого для того, чтобы она могла реализовать свою социально-биологическую функцию. И еще одно очень важное обстоятельство, которое связано с отсутствием деторождения, — это онкологические заболевания. Профессор из Ижевска хорошо сказал о том, что имеется причинно-следственная связь между абортами и онкологическими заболеваниями, особенно молочной железы. А почему именно молочной железы? Есть очень мудрое выражение в древней китайской медицине (у них совсем другие патофизиологические понятия причин болезни): *Любая опухоль в организме есть материализация нерастраченной энергии*. Если молочная железа не работает, то вот вам, пожалуйста, причина болезни.

Контрацепция — недопущение биологически необходимого для женского организма, генетически детерминированного процесса деторождения, что по определению и даже по названию не может быть нормальным, тем более полезным.

По сути — это ЛИШЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕРИНСТВА, и особенно преступно по отношению к молодежи, поскольку ПРИВОДИТ К НРАВСТВЕННОМУ РАЗЛОЖЕНИЮ.

Да, действительно, настоящее поколение очень сложно разубедить, потому что слишком велика масса информации негативной. Но если начать с поколения молодого — а по всей видимости, так и придется сделать, — то нужно вспомнить наши национальные традиции, христианские традиции, и вспомнить Домострой, только представить его в надлежащем виде.



Если воспитаешь детей своих в страхе Божьем в поучении и наставлении, и до возмужания их сохранишь в целомудрии и в чистоте телесной, законным браком их сочетаешь, и станут наследниками имения твоего, и дома... и сами благословенны пребудут вовеки.

Домострой

Для примера я могу привести еще один важный инструмент борьбы с абортами — это счастливое рождение первого ребенка. Мы занимаемся подготовкой и внедрением программ по подготовке родителей к родам уже много лет, более 30, и мы обнаружили, что когда женщина рождает счастливо, есть такое понятие — «партус феликс» (**Partus Felix**), то вопрос об абортах в семье, как правило, не стоит, нет такой проблемы. И мы не считали статистику, сколько мы отговорили, сколько мы родо-разрешили счастливо, но это было много, это уже стало для нас нормальным. 80% женщин с рубцом на матке у нас рожают самостоятельно! И обратите внимание: женщины, которые хотят родить самостоятельно после кесарева сечения, естественно, мотивированы по-другому, и когда им удастся родить счастливо ребенка, смотрите, что делается потом — они еще рожают, и рожают, и рожают. 55 детей на 13 семей! Коэффициент рождаемости — 4,23.

	Число к/с		Число вагинальных родов после кесарева сечения				Общее число детей в семье
	1	2	1	2	3	4	
1	1	1	1	1			4
2	1	1	1	1			4
3	1		1	1			3
4	1		1	1	1		4
5	1		1	1	1	1	5
6	1		1	1	1		4
7	1		1	1	1 к/с		4

	Число к/с		Число вагинальных родов после кесарева сечения				Общее число детей в семье
8	1		1	1			3
9	1		1	1			3
10	1		1	1			3
11	1		1	1			3
12	5 до к/с	1 (тройня)	1				9
13	2 до к/с	1 (ПОНРП)	1	1	1	1	6
Итого							55

Совокупный коэффициент рождаемости (СКР) = 4,23

Вот это один из вариантов работы с теми женщинами, которые уже в репродуктивном возрасте. Но начинать, конечно, надо с детства. Поэтому у меня есть три предложения для внесения в резолюцию:

1. Внедрение в школьный образовательный процесс семейно-ориентированных воспитательных программ.
2. Восстановить принятие клятвы Гиппократы выпускниками медицинских вузов — нет сейчас об этом ни слова в так называемом обещании, которое дает выпускник медицинского вуза. Это уже не клятва. Потому что обещание можно выполнить, а можно не выполнить, а клятва, если ее не выполнить, это уже клятвопреступление, это очень серьезно!
3. Врачам, психологам, акушерам и всем, кто может повлиять на женщину, планирующую прервать беременность, вспомнить о важности второй из двух главных христианских заповедей. Это — возлюбить ближнего своего, как самого себя. И тогда женщина, которая подумала об аборте, для врача, для акушерки, для психолога, для мужа, для всех становится тем самым ближним, который находится в критической ситуации.

Обзор последствий абортов по данным научных публикаций

Марина Борисовна ДЕБРЯНСКАЯ

Кандидат медицинских наук, врач-педиатр,
генеральный директор АНО «Жизни луч»,
эксперт в области доказательной медицины

В международной научной литературе накоплено большое количество данных о последствиях абортов для здоровья женщин.

В настоящей статье приводятся данные систематических обзоров, проведенных в последнее десятилетие и посвященных анализу влияния абортов на здоровье женщин.

Систематический обзор — это научный метод, который представляет собой тщательный и строгий анализ доступных исследований на определенную тему.

Цель проведения систематического обзора — получить объективное и всеобъемлющее представление о состоянии знаний с учетом доступных данных. Это важный инструмент в доказательной медицине, который используется для определения эффективности и безопасности лечения, выявления побочных действий и рисков, а также для сравнения различных способов лечения.

Риск рака молочной железы

«Метаанализ связи между искусственными абортами и раком молочной железы у женщин Китая» (Хуан Я., Чжан С., Ли В. и др. В журнале: Причины рака и его контроль / *Cancer Causes & Control*, 2014) оценивал связь между искусственным абортом и риском возникновения рака молочной железы среди китайских женщин. Для исследования использовались три английские базы данных (PubMed, ScienceDirect и Wiley) и три

китайские базы данных (CNKI, WanFang и VIP) по состоянию на декабрь 2012 года, дополненные ручным поиском.

Всего в этот обзор включено 36 статей (два когортных исследования и 34 исследования по борьбе с заболеваниями), охватывающих 14 провинций Китая. По сравнению с женщинами без искусственного аборта в анамнезе, повышенный риск возникновения рака молочной железы наблюдался у женщин, перенесших хотя бы **один искусственный аборт (отношение шансов = 1,44, доверительный интервал 95% 1,29–1,59, I² = 82,6%, значение $p < 0,001$, $n = 34$)**. Среди включенных исследований не было выявлено значимых ошибок (тест Эггера, $p = 0,176$). **Риск возникновения рака увеличился до 1,76 (95%, доверительный интервал 1,39–2,22) и 1,89 (95%, доверительный интервал 1,40–2,55) для людей, перенесших не менее двух искусственных аборт и не менее трех искусственных аборт соответственно.** Анализ подгрупп показал сходные результаты с первичными результатами. Метарегрессионный анализ включенных исследований показал, что связь между абортами и риском возникновения рака молочной железы становится более тесной с увеличением процента аборт в контрольной группе ($\beta = -0,022$, $p < 0,001$).

Авторы приходят к выводу, что искусственные аборт заметно связаны с повышенным риском развития рака молочной железы среди китайских женщин и риск рака возникновения молочной железы возрастает по мере увеличения числа аборт. Если бы аборт были подтверждены как фактор риска развития рака молочной железы, то можно было бы сделать заключение, что высокие показатели аборт в Китае могут способствовать росту случаев возникновения рака молочной железы.

В публикации «**Метаанализ взаимосвязи между искусственным аборт и раком молочной железы**» (Ли Ни-на, Чен Леи, Ли Чженг и др.; Журнал практической онкологии / Journal of Practical Oncology, 2012. 04) приведены результаты оценки количественной взаимосвязи между искусственным аборт и раком молочной железы.

Для проведения данного исследования была рассмотрена литература, опубликованная с 1991 по 2011 г. на английском и китайском языках об изучении взаимосвязи между искусственным абортом и раком молочной железы.

Было включено 17 высококачественных исследований с участием 20 421 пациента с раком молочной железы и 34 261 участника без данного диагноза. Литература имела высокую разнородность в расчетах, поэтому в исследовании использовалась модель со случайными эффектами. Общее отношение шансов (ОШ) (95% ДИ) составило 1,28 (1,06; 1,54). Анализ подгрупп показал, что не было существенной взаимосвязи между одним сделанным абортом и раком молочной железы: ОШ = 1,05; 95% ДИ (0,92; 1,19), но **два и более сделанных аборта уже наиболее вероятно приводили к раку молочной железы: ОШ = 1,34, 95% ДИ (1,03; 1,75).**

Вывод:

Искусственный аборт является вероятным фактором риска развития рака молочной железы, особенно многократно сделанный аборт может увеличить риск развития рака молочной железы.

Также с целью исследовать взаимосвязь между абортами и раком груди у китайских женщин был проведен **«Метаанализ взаимосвязи между абортами и раком молочной железы у женщин в Китае»** (Чжоу Сяо-бинь, Чжан Цзиань, Чжан Чао-йин; Вестник рака в Китае / *Bulletin of Chinese Cancer*; 2007. 01, с. 11–13).

Исследования «случай — контроль» о корреляции абортов и рака молочной железы в Китае, опубликованные с 1989 по 2005 г., были проанализированы с использованием метода метаанализа с целью исчерпывающей оценки взаимосвязи между абортами и раком молочной железы у женщин.

В результате на основании указанных критериев были проанализированы 6 статей. **Суммарное количество женщин с раком молочной железы 1440 и женщин в контрольной группе 1785.** Между 6 исследованиями была выявлена существенная

неоднородность ($Q = 17,03$, P -уровень = $0,05$). **Отношение шансов для аборт**ов (модель со случайными эффектами) составило **2,04** (доверительный интервал 95%; от 1,50 до 2,76).

Были сделаны выводы, что на основании данного метаанализа предполагается возможная связь между абортами и раком молочной железы у женщины. **Женщины, у которых в анамнезе был аборт, имеют увеличенный в 2,04 раза риск заболеть раком молочной железы, по сравнению с теми, у которых аборт в анамнезе не было.**

Еще одна публикация, подтверждающая связь искусственного аборта и рака молочной железы, «**Искусственный аборт как независимый фактор риска развития рака молочной железы: систематический обзор и метаанализ исследований, посвященных женщинам Южной Азии**» (Бринд Дж., Кондли С.Дж., Ланфранки А., Руни Б.; *Issues Law Med / Вопросы права Med*, весна 2018. № 33 (1), с. 32–54).

В Южной Азии, которая исторически является регионом с низким уровнем заболеваемости раком молочной железы, было проведено множество исследований, изучающих репродуктивные факторы. Авторы собрали эти исследования, чтобы подтвердить реальность значимой связи, о которой сообщалось в первом обзоре 1996 г., посвященном искусственному аборту как фактору риска, независимо от известного эффекта аборта в отмене защиты, обеспечиваемой доношенной беременностью.

В рамках исследования был проведен поиск в медицинской литературе англоязычных исследований заболеваемости раком молочной железы у женщин Южной Азии, опубликованных с 1 января 2000 по 30 июня 2017 г., используя Pubmed, Scholar-Google и библиографический поиск. Были включены исследования, в которых были представлены общие данные об искусственном прерывании беременности и/или абортах неспецифически. Все 20 приемлемых исследований были ретроспективными, случай — контроль. Данные отдельных исследований были объединены с использованием моделирования случайных эффектов после определения значительной гетерогенности.

Результаты: Совокупный относительный риск (соотношение частоты исходов среди исследуемых, на которых оказывал влияние изучаемый фактор, к частоте исходов среди исследуемых, не подвергшихся влиянию этого фактора) по всем 20 исследованиям составил 2,51 (95% ДИ; 1,67–3,75) и 3,91 (95% ДИ; 1,02–14,97) по пяти исследованиям, в которых были представлены конкретные данные по искусственному прерыванию беременности. Значительная дозозависимость наблюдалась во всех 5 исследованиях, стратифицированных по количеству абортов. Метарегрессия OR *v.* распространенность абортов среди контрольной группы была статистически значимой, что было отмечено в метаанализе 2013 г. в Китае.

Вывод:

Выявленная умеренно сильная связь между абортами и раком молочной железы частично объясняет распространение эпидемии рака молочной железы в Южной Азии по мере ее вестернизации. Продолжающееся отрицание ассоциации «аборты — рак молочной железы» может лишь гарантировать, что признанная во всем мире эпидемия рака молочной железы продолжит усугубляться, что будет стоить жизни многим миллионам женщин в течение следующих нескольких десятилетий.

Другие осложнения абортов

Риск преждевременных родов

«Аборт и риск последующих преждевременных родов: Систематический обзор с метаанализом» (Свингл Х.М., Колейзи Т.Т., Циммерман М.Б., Моррис Ф.Дж.; Журнал по репродуктивной медицине / *The Journal of Reproductive Medicine*. 2009, том 54 (2), с. 95–108).

Целью данной работы было провести систематический обзор и метаанализ исследований, которые проверяют связь между

искусственным или самопроизвольным абортom и последующими преждевременными родами. Были проанализированы международные базы данных PubMed, Science Citation Index Expanded, EMBASE и Scopus, статьи, опубликованные в период с 1995 по октябрь 2007 г. Источники данных включали опросы, национальные регистры и записи больниц из Европы, Азии и США.

Преждевременными родами считали роды ранее 37 недель. В обзоре также сообщается о более выраженных преждевременных родах (от ранее 28 недель до 32 недель).

Вывод:

Искусственные аборты и выкидыши приводят к схожему увеличению отношения шансов преждевременных родов в последующих беременностях.

Искусственные и самопроизвольные аборты связаны с аналогичным повышением отношения шансов (ОШ, Odds ratio — OR, показывает, во сколько раз шанс события в одной группе больше или меньше по сравнению с шансом в другой) преждевременных родов при последующих беременностях, и они обратно пропорциональны исходному показателю частоты преждевременных родов, что объясняет некоторую вариабельность между исследованиями.

Риск дисфункции шейки матки

«Предыдущий самопроизвольный или искусственный аборт является фактором риска дисфункции шейки матки у беременных: систематический обзор и метаанализ» (Бриттен Дж.Дж., Уол С.Э., Штраус Дж.Ф.П, Ромеро Р., Вольф Х.М., Мерфи К., Сайрус Дж.В., Йорк Т.П.; Репродуктивные науки / Reproductive Sciences, 2023, февраль).

Аборты в анамнезе связаны с дисфункцией шейки матки во время беременности, но остается неопределенность относительно того, можно ли стратифицировать риск по типу аборта, процедуре прерывания беременности или количеству предыдущих абортов. Целью данного исследования было проверить

взаимосвязь между показателями дисфункции шейки матки при беременностях с прерыванием беременности в анамнезе и без него. Поиск по базам данных Embase и Medline проводился с 1 января 1960 по 1 марта 2022 г., в результате чего был получен полнотекстовый обзор 28 исследований. Шкала Ньюкасла — Оттавы (NOS) использовалась для оценки качества и риска предвзятости в нерандомизированных исследованиях. В метаанализ согласно критериям включили 6 исследований. В общей сложности проведен анализ 2 513 044 беременностей. Дисфункция шейки матки была определена либо как недостаточность/некомпетентность шейки матки в 4 исследованиях, либо как короткая шейка матки в других. Результаты модели случайных эффектов с использованием скорректированных коэффициентов вероятности (aOR) показали увеличение вероятности на 2,71 (95% ДИ; 1,76; 4,16) дисфункции шейки матки при текущей беременности, связанной с индуцированным или самопроизвольным абортом в анамнезе. Анализ подгрупп только с индуцированными абортами (хирургическими/медикаментозными) оценил aOR в 2,54 (95% ДИ; 1,41; 4,57), в то время как исследования, ограниченные хирургическими абортами, имели aOR 4,08 (95% ДИ; 2,84, 5,86).

В исследовании подтверждена причинно-следственная связь между предшествующим абортом и дисфункцией шейки матки. Было также обнаружено, что риск дисфункции шейки матки при текущей беременности зависит от количества предыдущих абортов. В этом метаанализе предшествующие аборты в анамнезе, и в частности индуцированные аборты, были связаны с дисфункцией шейки матки.

Риск сердечно-сосудистых заболеваний

«Риск сердечно-сосудистых заболеваний после выкидыша, мертворождения и искусственного аборта: систематический обзор и метаанализ» (Кириаку Г., Аль-Мохаммад А., Мюльшлегель Ш. и др.; Eur Heart J Open, 5 октября 2022).

Невынашивание беременности и мертворождение были включены в рекомендации по риску сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), однако неоднородность рисков и исходов, а также отсутствие обзоров, оценивающих искусственное прерывание беременности, препятствовали всесторонней оценке. Авторы провели систематический обзор и метаанализ риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с предшествующей потерей беременности (выкидыш, мертворождение и искусственный аборт).

Обсервационные исследования, в которых сообщалось о риске ССЗ, ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта у женщин с невынашиванием беременности, были отобраны после поиска в MEDLINE, Scopus, CINAHL, Web of Knowledge и библиотеке Кокрейна (до января 2020 г.). Данные были извлечены и качество исследования оценено с использованием шкалы Ньюкасла — Оттавы. Объединенный относительный риск (RR) и 95% доверительные интервалы (CIs) были рассчитаны с использованием обратного дисперсионно-взвешенного метаанализа случайных эффектов. Было выявлено 22 исследования с участием 4 337 683 женщин. 7 исследований были хорошего качества, 7 — честных и 8 — неудовлетворительных. Повторный выкидыш был связан с более высоким риском ИБС (OR = 1,37, 95% ДИ; 1,12–1,66). Одно или несколько мертворождений были связаны с более высоким риском ССЗ (OR = 1,41, 95% ДИ; 1,09–1,82), ИБС (OR = 1,51, 95% ДИ; 1,04–1,29) и инсульта (OR = 1,33, 95% ДИ; 1,03–1,71). Повторные мертворождения были связаны с более высоким риском ИБС (OR = 1,28, 95% ДИ; 1,18–1,39). Один или несколько абортов были связаны с более высоким уровнем ССЗ (OR = 1,04, 95% ДИ; 1,02–1,07), как и повторные аборты (OR = 1,09, 95% ДИ; 1,05–1,13).

Вывод:

Женщины с потерей беременности в прошлом подвергаются более высокому риску ССЗ, ИБС и инсульта. Рекомендуется раннее выявление и лечение факторов риска. Необходимы

дальнейшие исследования, чтобы понять риск сердечно-сосудистых заболеваний после аборта.

Риск ранних острых осложнений и посещения отделения скорой помощи

«Продолжительное когортное исследование использования отделений неотложной помощи после химических абортов мифепристоном и хирургических абортов, 1999–2015» (Студницки Дж., Харрисон Д.Дж., Лонгбонс Т. и др.; Управление здравоохранением / Health Serv Res Manag Epidemiol. 2021, 9 ноября).

Существующие исследования обращений в отделения неотложной помощи после аборта малочисленны и ограничены методами, которые недооценивают частоту нежелательных явлений после аборта. Изучение обращений в отделения неотложной помощи после аборта может прояснить относительный вклад химических абортов в количество осложнений по сравнению с хирургическими абортами.

Цель исследования — завершить первое продолжительное когортное исследование посещения отделений неотложной помощи после химического и после хирургического абортов.

Популяционное продолжительное когортное исследование, включавшее 423 000 подтвержденных искусственных абортов и 121 283 последующих посещений скорой помощи, имевших место в течение 30 дней после процедуры, в 1999–2015 гг., у женщин старше 13 лет, имеющих право на получение медицинской помощи, по крайней мере, с одним исходом беременности, в 17 штатах, которые выделяли государственное финансирование на аборты.

Результаты: Риск посещения отделений скорой помощи возникает в большей степени после химического, а не хирургического аборта. Показатели посещений отделений скорой помощи на 1000 абортов росли быстрее при химических абортах, и к 2015 г. соотношение химических и хирургических абортов составило 354,8 против 357,9 при всех посещениях

скорой помощи; 31,5 против 8,6 при посещениях с неправильным кодированием самопроизвольных аборт; и 51,7 против 22,0 при посещениях, связанных с аборт. Процент посещений, связанных с аборт, в процентах от общего числа посещений в 2 раза выше при химических абортах, достигнув 14,6% к 2015 г. Доля обращений за самопроизвольными абортами (естественными выкидышами) с неправильным кодированием в процентах от общего числа посещений почти в 4 раза выше при химических абортах, достигнув 8,9% от общего числа посещений и 60,9% посещений, связанных с аборт, к 2015 г.

Вывод:

Частота посещений отделений скорой помощи после любого искусственного аборта растет, но химические аборт последовательно и прогрессивно ассоциируются с большей частотой посещений скорой помощи после аборта, чем хирургические аборт. Также наблюдается отчетливая тенденция роста числа женщин, ошибочно считающихся получающими лечение от самопроизвольных аборт в отделении неотложной помощи после химического аборта.

Риск суицида

«Гендерные различия в суицидальном поведении у подростков и молодых людей: систематический обзор и метаанализ продолжительных исследований» (авторы Миранда-Мендизабал А., Кастельви П., Парис-Бадель О. и др., 2019; Международный журнал общественного здоровья / International Journal of Public Health).

Цель исследования — оценить связь между полом и попыткой самоубийства / смертью от суицида и выявить специфический гендерный риск / защитные факторы у подростков / молодых людей.

Методы: Систематический обзор (5 баз данных до января 2017 г.). Проведены популяционные продолжительные исследования,

в которых рассматривались неклинические группы населения в возрасте от 12 до 26 лет, определяющие связи между полом и попытками самоубийства / смертью от суицида или оценивающие их гендерный риск / защитные факторы. Был проведен метаанализ случайного эффекта, включающий **67 исследований**. Авторы пришли к выводу, что **специфическими факторами риска для попыток самоубийств среди женщин** являются расстройство пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное расстройство, насилие во время свиданий, депрессивные симптомы, межличностные проблемы и **предшествующие аборты**.

Риск смерти

«Смертность, связанная с беременностью, в исследованиях связи с родами, прерыванием беременности и естественными потерями: систематический обзор с описательным синтезом и метаанализом» (Рирдон Д.К., Торп Дж.М.; SAGE Open Med, 13 ноября 2017).

Измерение смертности, связанной с беременностью, является важным руководством для инициатив общественного здравоохранения. Исследования взаимосвязи медицинских записей значительно улучшили выявление случаев смерти, связанных с родами, но относительно немногие из них также изучали случаи смерти, связанные с потерей беременности, хотя с последними были связаны более высокие показатели материнской смертности. Следуя рекомендациям PRISMA, мы провели систематический обзор исследований, изучающих взаимосвязи относительного риска смерти и прерывания беременности, чтобы разработать описательный синтез, метаанализ и определить возможности исследований.

Методы: В июле 2015 г. был проведен поиск в MEDLINE и SCOPUS с использованием комбинаций: смертность, материнская смертность, связь записей, связанные записи, смертность, связанная с беременностью, и смерть, связанная с беремен-

ностью, для выявления документов с использованием связи свидетельств о смерти с независимыми записями, определяющими исходы беременности. Дополнительные исследования были выявлены путем изучения всех ссылок на соответствующие исследования.

Результаты: Из 989 исследований в 11 исследованиях из 3 стран сообщалось о показателях смертности, связанных с прерыванием беременности, выкидышем или неудачной беременностью. В течение года после окончания беременности вероятность смерти женщин, перенесших невынашивание беременности, более чем в 2 раза выше, чем у женщин рожавших. Повышенный риск проявляется в течение 180 дней и остается повышенным в течение многих лет. Существует эффект дозы, при котором воздействие каждой потери беременности связано с увеличением риска смерти. Более высокие показатели смертности от самоубийств, несчастных случаев, убийств и некоторых естественных причин, таких как болезни кровообращения, могут быть следствием повышенного стресса и рискованного поведения.

Выводы:

Как выкидыш, так и прерывание беременности являются маркерами снижения ожидаемой продолжительности жизни. Эта связь должна служить основой для исследований и новых инициатив общественного здравоохранения, включая скрининг и вмешательства для пациенток с известными факторами риска.

О влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков

Владимир Никифорович САВЕЛЬЕВ

Доктор медицинских наук, профессор кафедры
общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Аннотация

В статье представлен анализ современной зарубежной научной литературы о влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков; говорится о необходимости поддержки проведения расширенных клинических исследований до внедрения рекомендаций по применению гормональных контрацептивов среди подростков и выделения финансирования на программы по пропаганде, стимулированию и распространению гормональной контрацепции среди подростков как основного средства профилактики абортов. С учетом того, что ВОЗ признает отсутствие веских доказательств финансирования программ пропаганды гормональной контрацепции, продвигаемых международными организациями, нацеленных прежде всего на бедные и маргинализованные слои населения, в нашей стране данные программы следует считать недопустимыми, и прежде всего в общеобразовательных организациях. Сегодня как никогда необходимы совместные усилия со стороны органов здравоохранения, образования, семьи и общества по продвижению профилактических образовательных и оздоровительных мероприятий с целью информирования подростков о рисках воздействия гормональной контрацепции на здоровье, а также по формированию у молодежи ответственного отношения к своему здоровью, созданию семьи и будущему материнству.

Ключевые слова:

гормональная контрацепция, гормональные контрацептивы, риски для здоровья, репродуктивное здоровье, девушки-подростки.

Для цитирования:

Савельев В.Н. О влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков. Менеджер здравоохранения. 2024. № 3. С. 76–89.

Источник:

Савельев В.Н. О влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков. Менеджер здравоохранения. 2024. № 3. С. 76–89.

Гормональные контрацептивы (ГК) представляют собой синтетические гормоны, которые, нарушая уровень эндогенных гормонов, создают искусственные состояния ановуляции. Со времени появления эновида, первого гормонального контрацептива, миллионы женщин детородного возраста продолжают принимать ГК в различных формах. С тех пор ГК все чаще назначаются девушкам-подросткам по множеству показаний: для предотвращения беременности, лечения акне, гирсутизма, дисменореи и др. [1–5].

В настоящее время отмечается высокий уровень применения ГК с подросткового возраста, с периода, когда в организме и образе жизни молодых людей происходят многочисленные физические, когнитивные, эмоциональные и поведенческие изменения.

Цель исследования: провести обзор современной зарубежной литературы о влиянии гормональной контрацепции на здоровье девушек-подростков.

Методы и материалы исследования: библиографический, информационно-аналитический методы.

Применение ГК среди подростковых популяций является в настоящее время широко распространенным. Так, по данным многоцентровых исследований, в мире из 219,1 млн подростков и молодых женщин в возрасте 15–24 лет примерно 146 млн (67%) имеют свободный доступ к современным противозачаточным средствам, включая и ГК [6].

Среди девушек-подростков, проживающих в 10 странах Африки ($n = 5854$), выявлен различный уровень использования ГК — от 1,7 до 55,8% [7].

Социологические опросы в США определили, что многие пользователи ГК применяют их с раннего подросткового возраста [4, 5].

Однако американские подростки часто проявляют особые опасения по поводу побочных эффектов ГК [8].

Нидерланды занимают третье место среди 20 европейских стран по уровню использования ГК среди подростков [9].

Наивысшие уровни использования ГК отмечаются среди 15–19-летних подростков в Дании (от 47 до 51%) и Швеции (от 39 до 42%). Среди подростков 18–19 лет уровень использования ГК достигает 63% в Дании и 61% в Норвегии [10].

Среди стран с высоким уровнем доходов особняком стоит Япония, где традиционно ГК никогда не были широко распространены, особенно среди подростков. Применение ГК в Японии было одобрено правительством только в 1999 г. В 2010 г. ГК использовали лишь около 5% японских женщин и до настоящего времени распространенность применения ГК в Японии остается низкой [11–13].

Выявлены довольно низкие уровни использования ГК среди религиозных молодых женщин, а также среди представительниц расово-этнических меньшинств в странах с высоким уровнем дохода [9].

Проведенные исследования доказывают, что широкое использование ГК отчасти оказывает негативное воздействие на окружающую среду, опосредованно влияя на здоровье населения. Выявлена феминизация и трансгендерность самцов рыб ниже по течению от сточных вод городских очистных сооружений наряду с сокращением популяции рыб, что свидетельствует о масштабах и долгосрочности воздействия гормональных препаратов. Исследователи считают, что экономические аспекты распространения ГК касаются затрат на лечение заболеваний населения, связанных с использованием ГК [14].

Хотя в настоящее время рецептуры ГК изменились, основной механизм действия остается прежним. За 50 лет применения ГК были проведены многочисленные исследования, докумен-

тирующие побочные эффекты ГЖ, некоторые из которых проявляются со временем (от нескольких недель или месяцев), но все они могут оказать серьезное влияние на снижение уровня состояния здоровья и качество жизни населения. Выявлен ряд потенциальных побочных эффектов ГЖ, среди которых называется повышенный риск таких заболеваний и состояний, как рак молочной железы, рак шейки матки, болезнь Крона, язвенный колит, системная красная волчанка, депрессия, расстройства настроения и мысли о самоубийстве, рассеянный склероз, интерстициальный цистит, женская сексуальная дисфункция, остеопоротические переломы костей (особенно для контрацептивов, содержащих только прогестерон), прибавка в весе за счет жирового компонента состава тела. При использовании инъекционных контрацептивов длительного действия существует повышенный риск заражения ВИЧ [15]. Отмечены риски сердечно-сосудистых заболеваний при использовании ГЖ, причем у подростков использование комбинированных ГЖ связывают с 3-кратным увеличением риска венозной тромбозии [2].

Подростки, использующие ДМПА (депо-медроксипрогестерона ацетат), набирают больше веса, чем те, кто не использует контрацептивы, а также страдают от незапланированных кровотечений и отсроченного возвращения к фертильности. Подростки, у которых наблюдается увеличение массы тела более чем на 5% после шести месяцев использования ДМПА, могут подвергнуться риску дальнейшего чрезмерного увеличения массы тела. ДМПА имеет высокие показатели аменореи: до 68% пользователей страдают аменореей через 24 месяца после начала использования этого контрацептива. Хотя частота чрезмерных кровотечений со временем может уменьшаться, нерегулярные кровотечения могут продолжаться долгое время. Было убедительно показано, что у подростков, использовавших ДМПА, повышается опосредованный риск заражения ВИЧ. Многими исследователями признается, что, учитывая наличие многочисленных альтернатив, нет оправдания продолжению

маркетинга данного препарата населению, особенно подросткам. Женщины и девушки, нуждающиеся в противозачаточных средствах, имеют право на получение информации о том, как избежать риска для здоровья за счет использования эффективных негормональных методов и просвещения [2, 15].

Неблагоприятное воздействие ГК включает в себя также ускоренное старение яичников, снижение либидо, инсульт, инфаркт миокарда, гипертонию и тромбоз [3].

ВОЗ считает, что ГК способствуют повышенной менструальной кровопотере и дисменорее. Увеличение риска тромбоэмболии зависит от типа прогестина или дозы этинилэстрадиола. При введении гормональной внутриматочной спирали (ВМС) может быть усиление побочных эффектов, таких как кровотечение, боль в животе и спазмы и лихорадка. Из-за таких побочных эффектов ГК врачи вынуждены назначать подросткам нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и другие лекарственные средства. При этом НПВП также имеют побочные эффекты, в том числе поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с образованием язв и кровотечений, а также риск развития тромботических осложнений и др. При введении гормональных ВМС, особенно при их частом использовании, отмечается увеличение вышеупомянутых побочных эффектов. Поэтому некоторым подросткам требуется парацервикальная блокада. При объективной необходимости назначения ГК в подростковом возрасте медицинские работники должны собрать полный анамнез, быть полностью информированы о состоянии здоровья подростка, о наличии факторов риска, которые могут быть противопоказанием к использованию противозачаточных средств [2].

Имеющиеся у подростков хронические заболевания могут представлять дополнительный риск и еще более усугублять состояние при использовании противозачаточных средств. Так, патогенез тромбоэмболической болезни связан с тромбофильными мутациями, которые могут являться фактором риска для здоровья при назначении ГК [16].

Отмечается, что девочки-подростки и молодые женщины более чувствительны к побочным эффектам ГК, чем женщины старшего возраста. Также молодые женщины могут иметь меньше контроля над сексом и использованием противозачаточных средств, чем женщины старшего возраста [2].

Подростковый возраст является важным периодом в формировании костного аппарата, достижения максимальной прочности костей. Половые гормоны, гормон роста и инсулиноподобные факторы роста взаимодействуют, модулируя изменения в размере костей, их геометрии, а также содержании минералов и микроархитектонике, которые определяют прочность скелета. Влияние некоторых ГК на скелет проявляется более сильно у девочек-подростков, чем у женщин зрелого возраста. Большинство комбинаций ГК могут нарушать процессы костеобразования и резорбции. Подростки с нервной анорексией подвержены повышенному риску потери костной массы из-за низкого уровня эстрогена, что сказывается на росте и плотности кости [1, 17–19].

Использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и внутримышечное введение ДМПА связаны с меньшим приростом или потерей костной массы в подростковом возрасте за счет изменения концентрации эстрогена и инсулиноподобных факторов роста. Была показана связь использования этих препаратов с более медленным увеличением минеральной плотности костей (МПК) и повышенным риском переломов у девушек-подростков, особенно у подростков с расстройствами пищевого поведения. Потеря МПК, связанная с использованием ДМПА, является наибольшей в первые один-два года применения препарата. Потеря костной массы, наблюдаемая при использовании ДМПА, сходна с потерей костной массы, наблюдаемой при беременности. Средняя разница минеральной плотности кости в поясничном отделе позвоночника подростков, использовавших ГК, через 12 месяцев и 24 месяца была очень значимой. Воздействие ГК на подростков, по-видимому, увеличивается, потенциально ухудшая накопления пиковой минеральной плотности

кости позвоночника, что побудило рекомендовать подросткам, принимающим ДМПА, адекватное потребление кальция и витамина D, умеренные нагрузки и отказ от алкоголя, кофеина и курения, которые могут усилить потерю МПК [1, 2, 20].

Оценка влияния двух комбинаций низкодозированных ГК (20 мкг этинилэстрадиола [ЭЭ] / 150 мг дезогестрела или 30 мкг ЭЭ / 3 мг дроспиренона) на набор костной массы у подростков в течение более 2 лет показала нарушение набора костной массы у подростков, принимающих комбинированные ГК. Через 24 месяца у тех, кто не принимал контрацептивы, было больше костной массы (содержание и плотность), чем у тех, кто их использовал. Это негативное влияние ГК, по-видимому, более выражено в группе, которая использовала противозачаточные средства, содержащие 30 мкг ЭЭ / 3 мг дроспиренона. Значительное снижение процентных значений костной щелочной фосфатазы и остеокальцина наблюдалось у пользователей пероральных ГК [18].

Оценка костного метаболизма у двух групп здоровых подростков, принимающих разные дозы и типы ГК по сравнению с контрольной группой подростков, не принимавших их, показала нарушение набора костной массы у здоровых подростков, принимающих КОК. Количество костной массы было выше на всех проанализированных участках у тех, кто не употреблял комбинированные ГК, по сравнению с подростками, принимавшими КОК. В целом негативное влияние комбинированных ГК на набор костной массы было более выражено в группе подростков, которые использовали ГК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола [17].

Поскольку значительное число женщин начинает использовать ГК в молодом возрасте, вопросы влияния контрацептивов на мозг, изменения организации мозговой сети в течение естественного менструального цикла и под воздействием различных ГК в разном возрасте представляют несомненный исследовательский интерес. Влияние ГК на созревание мозга в подростковом возрасте, одном из основных периодов развития нервной

системы, является определяющим фактором здоровья и благополучия человека на протяжении жизни [4, 21–24].

Мозг особо чувствителен к биологическим ритмам выработки половых гормонов. Подростковый возраст, переходный период между детством и взрослой жизнью, характеризуется быстрым развитием белого вещества головного мозга, что частично объясняется повышением уровня гормонов надпочечников и гонад. Повышение уровня гонадных гормонов в период полового созревания связано с макро- и микроструктурными изменениями в белом веществе мозга [25].

За последние 15–20 лет в неврологии и нейрофизиологии все чаще признают, что гендерные различия не ограничиваются репродуктивными функциями и развитие мозга не заканчивается при рождении или вскоре после него, а продолжается на протяжении всего подросткового возраста вплоть до 20-летнего возраста. Ряд МРТ-исследований людей в возрасте от 3 до 30 лет продемонстрировал общую картину роста серого вещества до пика в раннем подростковом возрасте, за которым следует снижение в подростковом возрасте. Изменения половых гормонов в подростковом возрасте могут иметь важные когнитивные/нейронные последствия как во время подросткового возраста, так и после него [4, 21].

Использование ГК может притуплять когнитивные и эмоциональные функции, повышая риск психических расстройств [23].

ГК, как синтетические гормоны, нарушают уровень эндогенных гормонов. Ввиду продолжения развития префронтальной коры (ПФК) на протяжении всего подросткового возраста, влияние ГК может представлять определенный риск для функции мозга в данном возрасте и в дальнейшей жизни. ГК воздействует на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и возбуждающие синапсы в префронтальной коре. Имеются доказательства того, что эстроген и прогестерон способствуют изменениям в структуре и функциях мозга [22, 26].

Половые гормоны, влияя на структуру и функции мозга женщин, потенциально формируют их поведение и психическое

здоровье. На протяжении репродуктивного возраста уровни эстрогенов и прогестерона колеблются в зависимости от менструального цикла и могут модулировать нейронные цепи, участвующие в аффективных и когнитивных процессах. На основе данных доказана пластичность мозга, связанная с колебаниями эндогенных гормонов яичников у женщин с естественным циклом, на что может повлиять применение ГК [27–30].

Учитывая хорошо известную пластичность мозга, зависящую от половых гормонов, подростковый возраст можно рассматривать как период повышенной уязвимости [21].

Недоношенность в анамнезе и гормональная терапия в младенчестве являются фактором, который следует учитывать при назначении ГК в будущем, особенно в подростковом возрасте [32].

Большинство девочек с синдромом Тернера нуждаются в заместительной гормональной терапии для индукции полового созревания и достижения максимальной костной массы. Оптимальная схема заместительной терапии эстрогенами, стимулирующей пубертатное развитие, все еще находится в стадии определения [33–36].

Одним из важных негативных эффектов применения ГК на здоровье подростков является риск формирования нарушений со стороны психического здоровья, что еще более усугубляет существующую ситуацию, так как известно, что почти половина всех нарушений психического здоровья у взрослых начинается с подросткового периода. На материале трех когортных исследований женщин ($n = 184\ 721$) была показана положительная связь использования ГК с высоким риском суицида. Выявлена связь повышенного риска депрессии среди подростков, применявших различные типы ГК [37–39].

Исследование связи ГК у немецких подростков в возрасте от 15 до 17 лет с качеством жизни и психическим здоровьем на материале общенационального обследования состояния здоровья детей и подростков показало, что воздействие экзогенных противозачаточных гормонов было связано с более высоким артериальным давлением и концентрацией 25(OH)D в сыворот-

ке крови. Самостоятельная оценка качества жизни была сходной среди подростков, которые принимали оральные контрацептивы ($n = 522$), и среди тех, кто не принимал ($n = 1\ 173$). Сходной была и оценка качества жизни подростков, данная родителями. Однако уровень 25(OH)D в сыворотке и среднее артериальное давление были значительно выше у пользователей оральных контрацептивов, чем у тех, кто не пользовался ими. Отмечена тенденция к более высокому уровню назначения психотропных препаратов среди участников, принимавших ГК, по сравнению с теми, кто не получал ГК [40].

На материале исследования подростков ($n = 1\ 010$, средний возраст — 16,3 лет), за которыми наблюдали в течение 9 лет, было показано, что среди 16-летних пользователей оральных ГК были более высокие показатели распространенности сопутствующих депрессивных симптомов (плач, проблемы с едой, гиперсомния и пр.) по сравнению с их сверстниками, не использующими оральные контрацептивы. Подростки, которые не принимали ГК в возрасте 16 лет, имели более высокий социально-экономический статус и часто были девственницами (424 из 533 против 74 из 303) [41].

Применение ГК в подростковом возрасте может иметь отсроченный эффект на психическое здоровье. Риск депрессии у женщин увеличивается спустя годы после первого использования ГК в подростковом возрасте [42–44].

Так, среди молодых женщин ($n = 216\ 702$, максимальный возраст — 22,4 года), применение комбинированных или только прогестиновых оральных контрацептивов положительно ассоциировалось с суицидальным поведением. Анализ влияния ГК на женщин, ранее использовавших ГК, показывает, что у женщин, склонных к депрессии/тревоге, риски остаются и после прекращения приема контрацептивов [44].

На основании данных исследования женщин ($n = 264\ 557$) из Великобритании было показано, что первые 2 года использования ГК были связаны с более высоким уровнем депрессии по сравнению с теми, кто никогда не употреблял ГК. После

первых 2 лет применение ГК по-прежнему ассоциировалось с повышенным риском депрессии в течение жизни. В этой связи особое значение имеет обучение пользователей ГК применению скрининга на депрессию, информирование врачей первичного звена о взаимосвязи ГК и депрессии, а также проведение дальнейших исследований для определения причины депрессии с учетом истории использования ГК [45].

Применение ГК подростками ($n = 534$ в возрасте 16–19 лет) было предиктором большого депрессивного расстройства (БДР) в более старшем возрасте (20–25 лет). По результатам анализа распространенности БДР в течение 1 года на материале данных женщин ($n = 1236$) была показана долгосрочная связь между использованием ГК в подростковом возрасте и риском депрессии во взрослом возрасте, независимо от текущего использования ГК [42, 43].

Отдельного рассмотрения требует проблема применения ГК и гормоночувствительных опухолей, так как, несмотря на то что использование ГК является широко распространенным явлением, их влияние на канцерогенез до конца не изучено. Встречающиеся в природе эстроген и прогестерон стимулируют развитие и рост некоторых видов рака. Поскольку ГК содержат синтетические версии этих женских гормонов, они также увеличивают риск рака [3, 5, 46, 47].

Давно признано, что рак молочной железы является гормонозависимым заболеванием. Более высокие уровни эстрогенов, прогестерона и андрогенов, а также более низкие уровни глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), участвуют в развитии рака молочной железы [48, 49].

Гормоны яичников эстроген и прогестерон являются главными регуляторами развития и функционирования широкого спектра тканей человека, включая молочную железу, влияют на репродуктивную, сердечно-сосудистую, центральную нервную, опорно-двигательную системы [50].

В настоящее время исследования предоставили убедительные доказательства того, что риск рака молочной железы

и рака шейки матки увеличивается у женщин, использующих пероральные ГК. Так, анализ данных более чем 150 000 женщин, принявших участие в 54 эпидемиологических исследованиях, показал, что в целом у женщин, когда-либо использовавших пероральные ГК, наблюдалось увеличение относительного риска рака молочной железы по сравнению с женщинами, никогда не принимавшими оральные ГК. Также доказано, что чем дольше женщина использует оральные ГК, тем больше увеличивается риск развития рака шейки матки: увеличение риска на 10% при использовании в течение менее 5 лет, увеличение риска на 60% при использовании в течение 5–9 лет и удвоение риска при использовании в течение 10 и более лет [51].

Датскими учеными также доказано увеличение онко-рисков с ростом продолжительности использования ГК. Так, среди 1,8 млн женщин, за которыми наблюдали в среднем в течение 10,9 года, было отмечено 11 517 случаев рака молочной железы. После прекращения приема ГК риск рака молочной железы был по-прежнему выше среди женщин, принимавших ГК в течение 5 и более лет, чем среди женщин, никогда не принимавших ГК [52, 53].

Выявлено, что применение ГК женщинами до рождения ребенка связано с повышенным риском развития рака у их детей. Наблюдение за общенациональной когортой из 1 185 157 живорожденных детей в период с 1996 по 2014 г. из Датского медицинского регистра рождений показало 606 детей с диагностированным лейкозом (465 — с лимфолейкозом и 141 — с нелимфоидным лейкозом). Дети, рожденные женщинами, недавно использовавшими любой тип ГК, были подвержены более высокому риску любого лейкоза, чем дети женщин, никогда не использовавших ГК [54].

Применение ГК может осложниться проблемой возможного снижения их эффективности предотвращения нежелательной беременности. Так, ожирение является биологическим фактором риска неэффективности пероральных ГК [2].

Отмечается, что в исследованиях по эффективности гормональной контрацепции часто исключаются женщины с самыми высокими показателями индекса массы тела (ИМТ). Часто для испытаний требуется, чтобы женщины имели вес в пределах 25% от «идеальной» массы тела или не выходили за пределы диапазона 80–130% идеальной массы тела. Эти критерии и потенциальные ошибки отбора могли быть частично обусловлены опасениями по поводу повышенного риска тромбоза у женщин с ожирением. Кроме того, данные исследований, проведенных в Европе, где распространенность ожирения исторически была ниже, как правило, интегрировались с данными США, страны с высокой распространенностью ожирения. Показано, что риск беременности почти на 60% выше у женщин с ИМТ > 27,3 кг/м², на 70% выше у женщин с ИМТ > 32,2 кг/м² [55].

Ввиду вышесказанного следует отметить, что в 2016 г. почти каждый пятый из 324 млн подростков в мире имел избыточный вес или страдал ожирением; это на 120% больше, чем подростков, имевших избыточный вес или страдающих ожирением в 1990 г. [6].

Распространенность избыточной массы тела подростков в различных регионах мира колеблется в пределах от менее 10% в Юго-Восточной Азии до более 30% в странах Латинской Америки. Все это говорит о необходимости учета фактора ожирения и высокого ИМТ среди подростков при рекомендации применения ГК [37].

Подростки, использующие ДМПА, набирают больше веса, чем те, кто не использует ГК. Подростки, у которых наблюдается увеличение массы тела более чем на 5% после шести месяцев использования ДМПА, могут подвергаться риску дальнейшего чрезмерного увеличения массы тела. При этом ДМПА может быть фактором высоких показателей аменореи: до 68% пользователей ДМПА страдают аменореей через 24 месяца применения ГК. Хотя количество и частота незапланированных кровотечений со временем могут уменьшаться, нерегулярные кровотечения являются частой причиной прекращения применения ГК [2].

Ввиду вышеописанного негативного воздействия ГЖ на здоровье подростков особого внимания требуют вопросы оценки глобального продвижения ГЖ среди подростков, целью которого является снижение уровня подростковой беременности ввиду ее серьезных медицинских, социальных и экономических последствий, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) [56].

В СНСД, особенно в странах Африки к югу от Сахары, отмечаются высокие уровни подростковой беременности среди подростков, в то время как в Европе, Центральной Азии и Северной Америке, а также в Южной Корее уровень подростковой беременности самый низкий. Подростковая беременность даже в развитых странах является более частым явлением среди населения с более низким образовательным уровнем и низким экономическим статусом [6, 56, 57].

Так, согласно данным, в Японии, стране с высоким уровнем дохода, беременность в подростковом возрасте не связана с неблагоприятными акушерскими исходами, за исключением преждевременных родов. Японские исследователи считают, что беременным подросткам в первую очередь требуется психологическая поддержка, и далее — социальная и экономическая помощь [58].

Программы гормональной контрацепции, продвигаемые международными организациями, нацелены прежде всего на бедные и маргинализированные слои населения развитых стран и СНСД [59].

Выводы

Таким образом, анализ современных зарубежных научных источников показал, что ГЖ нарушают уровень эндогенных гормонов и угрожают женскому здоровью, особенно в подростковом возрасте. Широкое использование ГЖ имеет негативные социально-экономические последствия, включая затраты на лечение заболеваний из-за применения ГЖ, а также

на исправление экологических нарушений, связанных с использованием гормональных контрацептивов.

Распространенность применения ГК среди подростков достаточно высока в Европе. В США отмечается самый высокий показатель подростковой незапланированной беременности среди развитых стран, вероятно, из-за информированности подростков и опасений по поводу побочных эффектов ГК. Среди стран с высоким уровнем дохода особняком стоит Япония, где распространенность пероральных ГК достаточно низкая.

Подростки, у которых наблюдается увеличение массы тела при применении ГК, подвергаются риску дальнейшего чрезмерного увеличения массы тела. При этом ожирение считается биологическим фактором риска неэффективности ГК, основной целью назначения которых является предотвращение беременности.

Одним из наиболее серьезных для здоровья последствий применения ГК в подростковом возрасте является меньший прирост или потеря костной массы в подростковом возрасте, что будет сказываться на росте и плотности костного аппарата женщины в будущем. В подростковом возрасте, одном из основных периодов развития нервной системы, ГК могут изменять как структуру, так и функцию мозга, нарушая когнитивные способности. Использование ГК стимулирует развитие и рост некоторых видов рака, например рака молочной железы и рака шейки матки. Даже после прекращения приема ГК риск рака молочной железы выше среди женщин, принимавших ГК в течение 5 и более лет, чем среди женщин, никогда не принимавших ГК. Также применение ГК женщинами до рождения ребенка связано с повышенным риском развития рака у детей.

Гормональная контрацепция при использовании подростками «вмешивается» в эндогенные процессы, затрагивая эмоциональные, коммуникативные, образовательные и профессиональные аспекты жизни. Наблюдается связь между использованием ГК и депрессией, суицидальными попытками и суицидом среди подростков — пользователей оральных ГК. При этом

применение ГК в подростковом возрасте может увеличить риск депрессии спустя годы после использования контрацептивов.

Применение ГК среди подростков может усугубить диагностированные хронические заболевания. Так, недоношенность в анамнезе и гормональная терапия в младенчестве должны быть важным фактором, который следует учитывать при назначении ГК подросткам. На фоне заместительной гормональной терапии необходима особая осторожность со стороны медиков при назначении ГК подросткам с подтвержденным или возможным диагнозом таких заболеваний, как, например, синдром Тернера.

Подростки, которые не принимали ГК в возрасте 16 лет, имеют более высокий социально-экономический статус, более часто являются девственницами и религиозными людьми.

С учетом негативного воздействия ГК на здоровье подростков необходимо обратить особое внимание на расширение клинических исследований для разработки рекомендаций по применению или неприменению ГК среди подростков, а также на детальное рассмотрение вопросов целесообразности финансирования программ по стимулированию распространения ГК среди подростков, особенно несовершеннолетних. С учетом того, что ВОЗ признает отсутствие веских доказательств финансирования программ пропаганды гормональной контрацепции, продвигаемых международными организациями, нацеленных прежде всего на бедные и маргинализированные слои населения, в нашей стране подобные программы должны считаться недопустимыми для реализации, прежде всего в общеобразовательных организациях.

Необходимы совместные усилия со стороны органов здравоохранения, образования, семьи и общества в области продвижения социально-экономических, образовательных и оздоровительных мероприятий с целью информирования подростков о краткосрочном и долгосрочном влиянии ГК на здоровье, а также формирования у молодежи ответственного отношения к своему здоровью, семье и материнству.

Литература

1. Bachrach L.K. Hormonal Contraception and Bone Health in Adolescents. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020. № 11. 603 p. doi: 10.3389/fendo.2020.00603.
2. Family Planning — A global handbook for providers, 2022 edition. World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>.
3. Segarra I., Menárguez M., Roqué M.V. Women's health, hormonal balance, and personal autonomy. *Front Med (Lausanne)*. 2023. 10:1167504. doi: 10.3389/fmed.2023.1167504.
4. Cahill L. How does hormonal contraception affect the developing human adolescent brain? *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018. № 23. Pp. 131–135. doi: 10.1016/j.cobeha.2018.06.015.
5. White N.D. Hormonal Contraception and Breast Cancer Risk. *Am J Lifestyle Med*. 2018. № 12 (3). Pp. 224–226. doi: 10.1177/1559827618754833.
6. Azzopardi P.S., Hearps S.J.C., Francis K.L., Kennedy E.C., Mokdad A.H., Kassebaum N.J. et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet*. 2019. № 393 (10176). Pp. 1101–1118. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32427-9.
7. Sambah F., Aboagye R.G., Seidu A.A., Tengan C.L., Salihu T., Ahinkorah B.O. Long-acting reversible contraceptives use among adolescent girls and young women in high fertility countries in sub-Saharan Africa. *Reprod Health*. 2022. № 19 (1). 209 p. doi: 10.1186/s12978-022-01494-8.
8. Raidoo S., Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017. № 29 (5). Pp. 310–315. doi: 10.1097/GCO.0000000000000390
9. Marra E., Meijer S., de Graaf H. Changes in young women's contraceptive use in the Netherlands: findings from three sex under the age of 25 surveys. *Genus*. 2020. № 76, P. 7. doi: 10.1186/s41118-020-00078-3.
10. Hognert H., Skjeldestad F.E., Gemzell-Danielsson K., Heikinheimo O., Milsom I., Lidegaard Ø., Lindh I. Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in

- the Nordic countries. *BMJ Open*. 2018. № 8, e022473. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022473.
11. Saotome T. The Reality of Sexuality for Teenage Girls in Japan. *JMAJ*. 2010. № 53 (5). Pp. 279–284.
 12. Yasui T., Ideno Y., Shinozaki H., Kitahara Y., Nagai K., Hayashi K. Prevalence of the Use of Oral Contraceptives and Hormone Replacement Therapy in Japan: The Japan Nurses' Health Study. *J Epidemiol*. 2022. № 32 (3). Pp. 117–124. doi: 10.2188/jea.JE20200207.
 13. Yoshida H., Sakamoto H., Leslie A., Takahashi O., Tsuboi S., Kitamura K. Contraception in Japan: Current trends. *Contraception*. 2016. № 93 (6). Pp. 475–477. doi: 10.1016/j.contraception.2016.02.006.
 14. Williams W.V., Brind J., Haynes L., Manhart M.D., Klaus H., Lanfranchi A. et al. Hormonally Active Contraceptives, Part II: Sociological, Environmental, and Economic Impact. *Linacre Q*. 2021. № 88 (3). Pp. 291–316. doi: 10.1177/00243639211005121.
 15. Williams W.V., Brind J., Haynes L., Manhart M.D., Klaus H., Lanfranchi A. et al. Hormonally Active Contraceptives Part I: Risks Acknowledged and Unacknowledged. *Linacre Q*. 2021. № 88 (2). Pp. 126–148. doi: 10.1177/0024363920982709.
 16. Havlín M. Hormonal contraception used by adolescents and the risk of thromboembolic disease. *Cas Lek Cesk*. 2018. № 157 (7). Pp. 358–362.
 17. Orsolini L.R., Goldberg T.B.L., Caldeirão T.D., Cristiane da Silva C., Rizzo A.D.C.B., Biason T.P. et al. Bone impact after two years of low-dose oral contraceptive use during adolescence. *PLoS One*. 2023. № 18 (6), e0285885. doi: 10.1371/journal.pone.0285885.
 18. Caldeirão T.D., Orsolini L.R., da Silva C.C., Bisi Rizzo A.D.C., Teixeira A.S., Nunes H.R.C., Goldberg T.B.L. Effect of two combinations of low-dose oral contraceptives on adolescent bone mass: A clinical trial with 2 years follow-up. *Medicine (Baltimore)*. 2022. № 101 (37), e30680. doi: 10.1097/MD.0000000000030680.
 19. Merki-Feld G.S., Bitzer J. Contraception in adolescents with anorexia nervosa. Is there evidence for a negative impact of combined hormonal contraceptives on bone mineral density and the course of the disease? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020. № 25 (3). Pp. 213–220. doi: 10.1080/13625187.2020.1743826.
 20. Goshtasebi A., Subotic Brajic T., Scholes D., Beres Lederer Goldberg T., Berenson A., Prior J.C. Adolescent use of combined

- hormonal contraception and peak bone mineral density accrual: A meta-analysis of international prospective controlled studies. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2019. № 90 (4). Pp. 517–524. doi: 10.1111/cen.13932.
21. Brønneck M.K., Økland I., Graugaard C., Brønneck K.K. The Effects of Hormonal Contraceptives on the Brain: A Systematic Review of Neuroimaging Studies. *Front Psychol*. 2020. № 11. 556577. doi: 10.3389/fpsyg.2020.556577.
 22. Gilfarb R., Stewart M., Rajesh A., Ranade S., Dye C., Lenz K.M., Leuner B. Hormonal contraceptive exposure during adolescence impacts the prefrontal cortex and HPA axis response of female rats. Program No. 438.16. 2022. Neuroscience Meeting Planner. San Diego, CA: Society for Neuroscience. 2022. Available at: <https://www.abstractsonline.com/pp8/#!/10619/presentation/70469>.
 23. Jensen K.H.R., McCulloch D.E., Olsen A.S., Bruzzone S.E.P., Larsen S.V., Fisher P.M., Frokjaer V.G. Effects of an Oral Contraceptive on Dynamic Brain States and Network Modularity in a Serial Single-Subject Study. *Front. Neurosci*. 2022. № 16. 855582. doi: 10.3389/fnins.2022.855582.
 24. Beltz A.M. Hormonal contraceptive influences on cognition and psychopathology: Past methods, present inferences, and future directions. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2022. № 67. 101037. doi: 10.1016/j.yfrne.2022.101037.
 25. Piekarski D.J., Green T., Ross J.L., Hallmayer J., Lin X., Jo B. et al. Brain Development in School-Age and Adolescent Girls: Effects of Turner Syndrome, Estrogen Therapy, and Genomic Imprinting. *Biological Psychiatry*. 2020. № 87 (2). Pp. 113–122. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.07.032.
 26. Catenaccio E., Mu W., Lipton M.L. Estrogen- and progesterone-mediated structural neuroplasticity in women: evidence from neuroimaging. *Brain Struct Funct*. 2016. № 221 (8). Pp. 3845–3867. doi: 10.1007/s00429-016-1197-x.
 27. Dubol M., Epperson C.N., Sacher J., Pletzer B., Derntl B., Lanzenberger R. et al. Neuroimaging the menstrual cycle: A multimodal systematic review. *Front Neuroendocrinol*. 2021. № 60. 100878. doi: 10.1016/j.yfrne.2020.100878.
 28. Pritschet L., Santander T., Taylor C.M., Layher E., Yu S., Miller M.B. et al. Functional reorganization of brain networks across the human

- menstrual cycle. *Neuroimage*. 2020. № 220. 117091. doi: 10.1016/j.neuroimage.2020.117091.
29. Stone E., Alshakhouri M., Shaw A., Muthukumaraswamy S., Sumner R.L. Changes in Visual Long-Term Potentiation Show Preserved Cyclicity in Human Females Taking Combined Oral Contraceptives. *Neuroendocrinology*. 2023. № 113 (8). Pp. 859–874. doi: 10.1159/000530805.
30. Hampson E., Morley E.E., Evans K.L., Fleury C. Effects of oral contraceptives on spatial cognition depend on pharmacological properties and phase of the contraceptive cycle. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022. № 13. 888510. doi: 10.3389/fendo.2022.888510.
31. Hampson E. Oral contraceptives in the central nervous system: Basic pharmacology, methodological considerations, and current state of the field. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2023. № 68. 101040. doi: 10.1016/j.yfrne.2022.101040.
32. Sharma D.R., Cheng B., Sahu R., Zhang X., Mehdizadeh R., Singh D. et al. Oestrogen treatment restores dentate gyrus development in premature newborns by IGF1 regulation. *J Cell Mol Med*. 2023. № 27 (17). Pp. 2467–2481. doi: 10.1111/jcmm.17816.
33. Fedor I., Zold E., Barta Z. Liver Abnormalities in Turner Syndrome: The Importance of Estrogen Replacement. *J Endocr Soc*. 2022. № 6 (10), bvac124. doi: 10.1210/jendso/bvac124.
34. Klein K.O., Rosenfield R.L., Santen R.J., Gawlik A.M., Backeljauw P.F., Gravholt C.H. et al. Estrogen Replacement in Turner Syndrome: Literature Review and Practical Considerations. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018. № 103 (5). Pp. 1790–1803. doi: 10.1210/jc.2017-02183.
35. Backeljauw P., Klein K. Sex hormone replacement therapy for individuals with Turner syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2019. № 181 (1). № 13–17. doi: 10.1002/ajmg.c.31685.
36. O'Donoghue S., Green T., Ross J.L., Hallmayer J., Lin X., Jo B. et al. Brain Development in School-Age and Adolescent Girls: Effects of Turner Syndrome, Estrogen Therapy, and Genomic Imprinting. *Biological psychiatry*. 2020. № 87 (2). Pp. 113–122. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.07.032.
37. Adolescent and young adult health. World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.

38. Pérez-López F.R., Pérez-Roncero G.R., López-Baena M.T., Santabábara J., Chedraui P. Hormonal contraceptives and the risk of suicide: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020. № 251. Pp. 28–35. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.053.
39. Bchtawi A.K., Issa B.S.M., Jørgensen E.F., Lidegaard Ø. Hormonal contraceptive use, depression and suicide. *Ugeskr Laeger.* 2020. № 182 (26). V12190713.
40. Lewandowski S.K., Duttge G., Meyer T. Quality of life and mental health in adolescent users of oral contraceptives. Results from the nationwide, representative German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Qual Life Res.* 2020. № 29 (8). Pp. 2209–2218. doi: 10.1007/s11136-020-02456-y.
41. De Wit A.E., Booij S.H., Giltay E.J., Joffe H., Schoevers R.A., Oldehinkel A.J. Association of Use of Oral Contraceptives With Depressive Symptoms Among Adolescents and Young Women. *JAMA Psychiatry.* 2020. № 77 (1). Pp. 52–59. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2838.
42. Anderl C., Li G., Chen F.S. Oral contraceptive use in adolescence predicts lasting vulnerability to depression in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2020. № 61 (2). Pp. 148–156. doi: 10.1111/jcpp.13115.
43. Anderl C., de Wit A.E., Giltay E.J., Oldehinkel A.J., Chen F.S. Association between adolescent oral contraceptive use and future major depressive disorder: a prospective cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2022. № 63 (3). Pp. 333–341. doi: 10.1111/jcpp.13476.
44. Edwards A., Lönn S., Crump C., Mościcki E., Sundquist J., Kendler K., Sundquist K. Oral contraceptive use and risk of suicidal behavior among young women. *Psychological Medicine.* 2022. № 52 (9). Pp. 1710–1717. doi: 10.1017/S0033291720003475.
45. Johansson T., Vinther Larsen S., Bui M., Ek W., Karlsson T., Johansson Å. Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2023. № 32. E39. doi: 10.1017/S2045796023000525.
46. Michels K.A., Pfeiffer R.M., Brinton L.A., Trabert B. Modification of the Associations between Duration of Oral Contraceptive Use and

- Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA Oncol.* 2018. № 4 (4). Pp. 516–521. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.4942.
47. Kakugawa Y., Tada H., Kawai M., Suzuki T., Nishino Y., Kanemura S. et al. Associations of obesity and physical activity with serum and intratumoral sex steroid hormone levels among postmenopausal women with breast cancer: analysis of paired serum and tumor tissue samples. *Breast Cancer Res Treat.* 2017. № 162 (1). Pp. 115–125. doi: 10.1007/s10549-016-4094-3.
48. Swain C.T.V., Drummond A.E., Boing L., Milne R.L., English D.R., Brown K.A. et al. Linking Physical Activity to Breast Cancer via Sex Hormones, Part 1: The Effect of Physical Activity on Sex Steroid Hormones. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022. № 31 (1). Pp. 16–27. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-0437.
49. Drummond A.E., Swain C.T.V., Brown K.A., Dixon-Suen S.C., Boing L., van Roekel E.H. et al. Linking Physical Activity to Breast Cancer via Sex Steroid Hormones, Part 2: The Effect of Sex Steroid Hormones on Breast Cancer Risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022. № 31 (1). Pp. 28–37. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-0438.
50. Hilton H.N., Clarke C.L., Graham J.D. Estrogen and progesterone signalling in the normal breast and its implications for cancer development. *Mol Cell Endocrinol.* 2018. № 466. Pp. 2–14. doi: 10.1016/j.mce.2017.08.011.
51. Oral Contraceptives and Cancer Risk. National Cancer Institute. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/oral-contraceptives-fact-sheet>.
52. Mørch L.S., Skovlund C.W., Hannaford P.C., Iversen L., Fielding S., Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017. № 377 (23). Pp. 2228–2239. doi: 10.1056/NEJMoa1700732.
53. Fitzpatrick D., Pirie K., Reeves G., Green J., Beral V. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: A UK nested case-control study and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023. № 20 (3), e1004188. doi: 10.1371/journal.pmed.1004188.
54. Hargreave M., Mørch L.S., Andersen K.K., Winther J.F., Schmiegelow K., Kjaer S.K. Maternal use of hormonal contraception and risk of childhood leukaemia: a nationwide, population-based cohort study. *Lancet Oncol.* 2018. № 19 (10). Pp. 1307–1314. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30479-0.

55. Edelman A., Trussell J., Aiken A.R.A., Portman D.J., Chiodo J.A. 3rd, Garner EIO. The emerging role of obesity in short-acting hormonal contraceptive effectiveness. *Contraception*. 2018. № 97 (5). Pp. 371–377. doi: 10.1016/j.contraception.2017.12.012.
56. Adolescent pregnancy. World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
57. Early childbearing. UNICEF. Available at: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>.
58. Suzuki S. Clinical significance of pregnancy in adolescence in Japan. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019. № 32 (11). Pp. 1864–1868. doi: 10.1080/14767058.2017.1421928.
59. Funding contraceptive programmes effectively. What the evidence says and what next. World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/news/item/15-12-2016-funding-contraceptive-programmes-effectively.-what-the-evidence-says-and-what-next>.

Фармакодинамика и токсичность мифепристона

Алексей Александрович ФОКИН

Врач, специалист
по клиническим исследованиям

В этом докладе речь пойдет о крайне востребованном в России препарате — мифепристоне. Я расскажу о строении, механизмах действия, общей и специфической токсичности мифепристора, его побочных эффектах.

Мифепристон, как препарат для прерывания беременности, крайне востребован. Около 80–85% всех абортс совершается с помощью мифепристора. Только «белые», официальные, продажи мифепристора в России составляют более 1,5 млн упаковок в год. При этом существует параллельный серый рынок нелегального контрабандного мифепристора, который завозится к нам из Китая. В России мифепристон производится под несколькими торговыми наименованиями («Мифегин», «Миропристон», «Пенкрофтон»), но сама химическая субстанция поставляется из Китая. На наших фармацевтических фабриках китайский мифепристон только фасуется в таблетки по 200 мг и упаковывается.

Несмотря на массовое применение мифепристора в России, больших отечественных исследований отдаленных последствий применения мифепристора нет. При этом с началом его массового применения наблюдается стремительный рост бесплодия и рака молочной железы за последнее десятилетие в России и в странах, где так же популярен мифепристон.

При медикаментозном аборте используют два препарата: мифепристон и мизопростол.

Согласно инструкции, мифепристон должен назначаться до 7-й акушерской недели беременности.

Мизопростол принимается через 2–3 дня после мифепристора.

По строению мифепристон относится к стероидам и является синтетическим аналогом гормона прогестерона. Прогестерон — это основной гормон, который поддерживает все процессы, связанные с беременностью. Прогестерон вырабатывается желтым телом. Мифепристон (RU-486) из-за химического сходства с прогестероном связывается с прогестероновым рецептором клеток. Но в отличие от прогестерона он не активирует рецептор, а, напротив, блокирует прогестероновый рецептор, не позволяя действовать на него прогестерону. Таким образом, мифепристон блокирует работу клеток-мишеней и не запускает их пролиферацию. Из-за этого нарушается транспорт кислорода, углекислого газа и питательных веществ через формирующуюся плаценту. Это в свою очередь приводит к гибели эмбриона (ребенка до рождения).

Мизопростол, который применяют через 2–3 дня после мифепристона, вызывает сокращение гладкой мускулатуры и используется для завершения аборта. Препарат мифепристон самостоятельно (без мизопростола) вызывает выкидыш в 60–80% случаев. При добавлении мизопростола число выкидышей достигает 95%.

Исследования токсичности

Токсичность — это способность веществ в малых концентрациях вызывать нарушение жизнедеятельности, нарушение функции какого-либо органа или смерть всего организма. В токсикологии принято разделять общую (неспецифическую) токсичность и специфическую токсичность. Специфическая токсичность определяется по действию токсина на определенный орган или систему органов. Есть следующие виды специфической токсичности: нейротоксичность, ототоксичность, нефротоксичность, репродуктивная токсичность и др. Исследования токсичности включены в обязательный набор исследований, необходимых для изучения безопасности потенциальных лекарственных средств. Исследования токсичности обязательны для получения

одобрения регуляторными органами для вывода новых лекарств на рынок. Токсичность изучается в рамках доклинических (лабораторных) и клинических исследований.

Репродуктивная и оттогенетическая токсичность является неотъемлемой частью доклинических исследований и проводится особенно тщательно, чтобы выявить возможное влияние веществ на репродуктивные органы, течение беременности и здоровье потомства. Данные доклинических исследований по эмбриофетальной токсичности должны содержать данные исследований, которые проводятся минимум на двух видах млекопитающих, одним из которых должны быть не грызуны. При изучении возможной репродуктивной токсичности изучается влияние препарата на фертильность и раннее эмбриональное развитие, эмбриофетальное развитие, пренатальное и постнатальное развитие, включая материнскую функцию. Кроме того, изучается воздействие препарата на неполовозрелые особи и проводится дальнейшая оценка их развития.

В рамках клинических исследований (уже на здоровых добровольцах и больных) также уделяется огромное внимание возможному негативному действию исследуемого препарата на репродуктивную систему, беременность и потомство. Во-первых, случаи беременности в клинических исследованиях стараются минимизировать. Во-вторых, если во время исследования беременность у испытуемой все-таки происходит, то за течением беременности тщательно наблюдают и до родов, и в течение первого года жизни ребенка.

К чему такая строгость? Репродуктивная функция человека очень важна. Перед массовым применением нового препарата нужно убедиться в его безопасности, что он не наносит вред этой системе органов.

В чем же состоит механизм действия мифепристона? Он является блокатором рецептора прогестерона, отвечающего за нормальное течение процесса беременности. Блокируя рецептор беременности в клетках-мишенях, он нарушает нормальное течение беременности и провоцирует смерть эмбриона и выки-

дыш. Мифепристон повышает сократительную способность миометрия, что тоже неестественно для первого триместра беременности. Кроме того, мифепристон стимулирует высвобождение интерлейкина-8 в хориодецидуальных клетках. Это тоже приводит к отторжению тканей формирующейся плаценты и, в конце концов, к выкидышу.

Исходя из фармакодинамических свойств мифепристона, можно сделать вывод, что это вещество обладает огромной репродуктивной токсичностью, так как нарушает нормальный процесс — беременность. Он назначается, как правило, здоровым беременным женщинам с нормально начинающейся беременностью. То есть мифепристон является специфическим токсином, по-русски — ядом.

Если бы при разработке и изучении токсичности мифепристона к нему применялись все критерии оценки репродуктивной токсичности, этот препарат никогда бы не был зарегистрирован и никогда бы не вышел на рынок. То есть при оценке безопасности мифепристона произошла подмена (изменение) стандартов оценки репродуктивной токсичности. При правильной оценке токсичности, если выявляется токсическое действие на беременность, то препарат не выходит на рынок или будет значительно ограничено применение препарата. При исследованиях мифепристона репродуктивную токсичность превратили в «полезное свойство» или «показание». То есть для этого «уникального» токсина мерой эффективности стала именно специфическая репродуктивная токсичность.

Как же так произошло, что небезопасный препарат с высокой репродуктивной токсичностью прошел все стадии доклинических и клинических исследований, получил одобрение регуляторных органов (Министерства здравоохранения) и вышел в гражданский оборот?

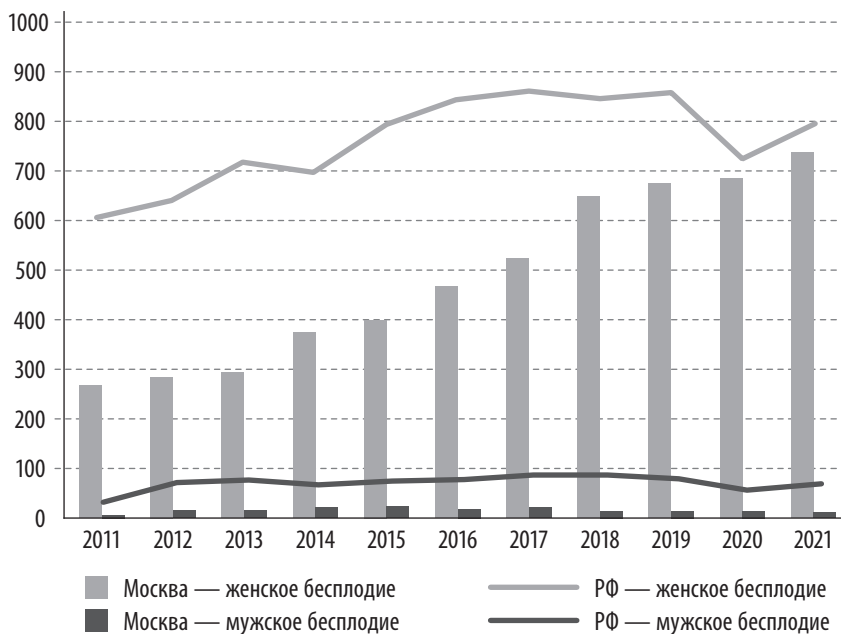
В России применение мифепристона было разрешено письмом Минздрава РФ 02.07.2003 № 2510/7213-03-32 («О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии»), подписанным заместителем министра О.В. Шараповой.

Однако, несмотря на это письмо, в России до 2010 г. сохранялся законодательный парадокс из-за неопределенного статуса этого репродуктивного токсина (мифепристона) для производства искусственного аборта. Согласно изначальной редакции Федерального закона о лекарственных средствах № 61 — токсин (яд), abortивное средство, не может называться лекарством. Вместо того чтобы запретить обращение вещества, нарушающего нормальный процесс беременности и убивающее младенца в утробе матери, наши законодатели просто «расширили» определение лекарственного средства.

Так, в редакцию Федерального закона № 61 «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. было введено новое определение лекарственного средства. Согласно новой редакции закона: «Лекарствами являются не только средства, используемые для профилактики и лечения заболеваний, но и применяемые для производства искусственного аборта». Так, одной поправкой к закону, вещество с высокой репродуктивной токсичностью получило высокий статус лекарственного средства. Теперь токсическое свойство мифепристона стало «полезным», нужным, законным.

Однако изменение легального статуса токсина не меняет его свойств. Государственная Дума, принявшая эту поправку к закону, не имеет власти над свойствами веществ и биологическими процессами. Введение в массовый гражданский оборот репродуктивного токсина сразу дало о себе знать. Это проявилось в виде роста числа частных клиник, оказывающих услуги по медикаментозному прерыванию беременности, и роста благосостояния этих компаний. В Россию стали массово ввозить мифепристон из Китая и стало развиваться местное производство (расфасовка). В 2022 г. продажи мифепристона в России составляли около 1,5 млн упаковок. И как следствие массового применения этого репродуктивного токсина, мы видим катастрофическое снижение двух крайне важных показателей общественного здоровья населения:

1. Стала стремительно падать рождаемость в России, несмотря на все усилия государства по социальной поддержке семей, введение материнского капитала и прочих мер поддержки беременных.
2. Стало стремительно расти бесплодие среди женщин. За 10 лет после легализации мифепристовых абортс частота женского бесплодия выросла с 2011 по 2021 г. на треть. Этот показатель кратно выше в Москве, где наиболее доступны медикаментозные аборты. В Москве частота женского бесплодия за 10 лет увеличилась втрое.



Выводы:

Мифепристон, несмотря на легальный статус лекарственного средства, является специфическим репродуктивным токсином. Его массовое применение в России внесло свой вклад и в спад

рождаемости, и в рост числа бесплодных женщин. Для того чтобы поднять рождаемость и сохранить репродуктивное здоровье женщин, необходимо убрать мифепристон и его аналоги из числа лекарственных средств. То есть надо вернуть в Федеральный закон № 61 изначальное определение лекарственного средства — как средства для лечения и профилактики заболеваний. **Беременность — это не болезнь, репродуктивный токсин — это не лекарство.** Необходимо отозвать регистрационные удостоверения на лекарственные средства, содержащие действующее вещество мифепристон, у всех производителей и держателей удостоверений.

Остановка медикаментозного аборта

Джордж ДЕЛЬГАДО

Медицинский директор
семейного центра «Культура жизни»,
США, Сан-Диего

Разговор пойдет о так называемой остановке прерывания беременности, вызванного мифепристоном, у нас это еще называется «реверсия». Соответствующая программа называется «вторым шансом» по выбору женщины — когда может оказаться еще не слишком поздно спасти жизнь.

Три основных аспекта будет озвучено:

1. Собственно остановка аборта, вызванного мифепристоном.
2. Эффективность и безопасность реверсии.
3. Как это воспринимается самими женщинами.

Что такое мифепристон и как он действует?

Мифепристон известен под различными названиями. Исходное это RU-486 — так было названо действующее вещество на этапе разработки. В США торговое наименование Mifeprex, в Канаде — Mifegymiso, в Западной Европе — Mifegin. Также просто используются термины медикаментозный или химический аборт.

Немного про историю препарата. В 1970 г. в Парижском университете доктор Этьен-Эмиль Болье описал прогестероновые рецепторы. Он говорил, что рецепторы — это как замок, а мы пытаемся сделать ложный, неправильный ключ, обманку. И всего лишь через 10 лет химик Джордж Тойч для разработки антагонистов глюкокортикоидных рецепторов синтезировал RU-486 (мифепристон).

В Соединенных Штатах FDA (администрация по лекарственным средствам и пищевым продуктам) одобрила применение мифепристона на сроке до 70 дней, то есть до 10 недель. В США

курс такой: в первый день 200 мг мифепристона внутрь и далее, через два дня — через 48 часов, 800 мкг мезопростола буккально, то есть между десной и щекой.

Давайте поговорим теперь о принципе действия мифепристона, о концепции ложного ключа к замку. Для присутствующих на конференции немедиков я хотел бы объяснить, почему прогестероновый рецептор можно рассматривать в качестве замка и что на него воздействует. Если воздействует ключ — гормон прогестерон, — то замок проворачивается и дверь открывается. Открытие двери это и есть эффект гормона, который прогестерон должен оказывать на организм.

Но можно вставить в замок такой ключ, который займет замочную скважину, но не провернется и дверь не отопрет.

Именно так и работает мифепристон — то есть он занимает замок, но рецептор при этом не срабатывает — дверь не открывается, и ее уже невозможно открыть ключом, потому что рецептор (замок) занят мифепристоном.

Что такое прогестерон?

Это прогестационный стероидный кетон, то есть это гормон, который готовит матку к имплантации эмбриона на самых ранних сроках, первые 5–7 дней. Он способствует формированию материнской части плаценты — это очень важно, чтобы плацента формировалась именно в нужном месте, в месте имплантации. Подавляет сокращение эндометрия, то есть мышечного слоя матки, и отвечает за поддержание закрытого состояния шейки матки в качестве биологического клапана, чтобы внешний мир был отделен от внутреннего. Прогестерон способствует росту и пролиферации вырабатывающих молоко клеток в молочной железе, но вместе с тем ингибирует саму выработку молока.

Механизм действия мифепристона заключается как раз в блокаде эффектов прогестерона. То есть мифепристон нарушает целостность эндометрия — внутренней оболочки матки, и самое главное — вызывает разделение плаценты, отделение материнского компонента, что сразу прекращает питание

и доставку кислорода развивающемуся эмбриону, что, соответственно, вызывает гибель эмбриона. Это и есть основной механизм действия мифепристона.

Кроме того, мифепристон вызывает сокращение матки, а выработка простагландинов дезингибируется — то есть снимается торможение выработки простагландинов, и матка начинает больше сокращаться. Шейка матки смягчается и раскрывается.

Суммируем: происходит разделение плаценты, отделение плаценты от матки, гибель эмбриона, сокращения матки более не подавляются и, наконец, шейка размягчается и раскрывается. Это медикаментозно индуцированный выкидыш.

В Соединенных Штатах, согласно расчетным оценкам, порядка 60–65% всех абортов — медикаментозные и вызываются именно мифепристомом. Но в некоторых странах, например в Шотландии, до 80% абортов медикаментозные.

Почему два препарата входят в состав протокола? Мифепристон, конечно, эффективно вызывает гибель эмбриона, выживаемость ребенка после применения мифепристона составляет до 25%. Но в 20–40% случаев матка сама не эвакуирует содержимое, хотя ребенок уже погиб. Поэтому добавляется второй препарат — мезопростол, он более эффективно вызывает сокращение матки. Это нужно для того, чтобы изгнать останки ребенка из матки. Итак, происходит мощное сокращение матки, шейка матки размягчается, раскрывается и останки нерожденного младенца изгоняются из полости.

Существует определенное окно возможностей между этими двумя препаратами, синтетический прогестерон может остановить эффекты первого из них.

Для мифепристона это фактически антидот. Что касается эффектов второго препарата, мезопростола, пока мы не научились обращать его действие вспять, по крайней мере в Соединенных Штатах такой возможности нет.

Наша первая публикация была в 2012 г., когда мы пробовали применять прогестерон для реверсии, то есть для останковки эффектов мифепристона. С тех пор, согласно расчетным

оценкам, больше 4 500 детей были спасены, то есть они родились именно благодаря остановленному медикаментозному аборту.

В 50 штатах и более чем в 70 странах, также в вашей замечательной стране — России.

Мы должны также поговорить о контрольной группе. Исследования, которые проведены к настоящему времени, в основном были наблюдательными, основанными на отдельных случаях, за исключением исследования доктора Крейнина. Мы сочли группу плацебо в наших исследованиях неприемлемой по этическим соображениям. В 2017 г. моя коллега доктор Мэри Дэвенпорт описала выживание эмбрионов после мифепристона. Она провела обзор всех исследований, где пациентки получали только мифепристон, без мезопростона, это просто были исследования RU-486.

Здесь важно отметить, что неполный/незавершенный аборт означает, что содержимое матки не эвакуировалось, и здесь выживание эмбриона вообще не рассматривается. При приеме только мифепристона частота неполного/незавершенного аборта составила 20–40%, фактическая выживаемость на основании ультразвукового контроля достигала 25%. По моему мнению, 25% — это такая консервативная оценка, чтобы нас не подвергли критике, мы специально ее занизили.

В 2018 г. мы опубликовали свое эпохальное основополагающее исследование: успешная остановка более 260 индуцированных мифепристоном медикаментозных абортов. В этом исследовании в группе, получавшей высокие дозы прогестерона, в 68% случаев была успешная остановка, в протоколах с инъекционным прогестероном — 64%, если посмотреть на все группы и всех женщин, которые получали прогестерон, в том числе однократно, средняя частота успешной остановки — 48%. С чем мы сравниваем? Если ничего не делать, то частота выживаемости 25%, а наши усилия давали в оптимальном случае выживаемость в 64–68% — то есть очень благоприятный исход при соответствующем лечении. Частота патологий развития плода совсем

не выше общепопуляционной, в нашем исследовании — 2,7%, а средняя у всего населения США — порядка 3%.

Частота преждевременных родов оказалась ниже средней по США, опять-таки в нашем исследовании — 2,7%, в среднем по США — порядка 10%.

Что касается побочных эффектов. Около 150 женщин в месяц начинают вот такую программу **второго шанса**, и частота побочных эффектов — 0,5%, без тяжелых неблагоприятных реакций в отчетах. Данные о побочных эффектах собирались в период до 70 дней.

Также утверждается, что никаких объективных данных о тератогенных эффектах мифепристона нет, то есть мифепристон сам по себе не провоцирует врожденные дефекты плода.

По второму препарату в этой комбинации, мезопростолу, больше данных. Он в 2–4 раза повышает риск врожденных дефектов. Но когда мы говорим об остановке медикаментозного аборта, мы говорим только о реверсии эффектов мифепристона, первого препарата. Что касается самого прогестерона, его безопасность хорошо изучена и описана еще в 1999 г., FDA USA сделан вывод об отсутствии рисков возникновения врожденных дефектов при применении прогестерона.

Мы сталкивались с критикой нашего протокола остановки аборта со стороны некоторой части медицинского сообщества. Вот доктор Митчел Крейнин пытался провести специальные исследования, чтобы опровергнуть концепцию остановки медикаментозного аборта, но исследование это было прекращено по причинам, связанным с безопасностью. Была публикация в журнале «Акушерство и гинекология» 2020 г. Это было рандомизированное слепое плацебоконтролируемое исследование, там были две группы: группа плацебо и группа, получающая высокие дозы прогестерона. Доктор Крейнин провел предварительный анализ для подсчета статистической мощности, основываясь, кстати, на наших данных — 25% выживаемости при использовании плацебо и 68% — на прогестероне. Вывод в работе доктора Крейнина такой: терапия прогестероном

не увеличила частоту побочных эффектов. А прекратили они исследования, потому что у трех пациенток были кровотечения, причем в группе прогестерона у одной пациентки не удалась остановка, произошел аборт, но никаких вмешательств не потребовалось. А вот у второй пациентки в группе плацебо — именно плацебо, это важно — потребовалось срочное применение операционного отсоса по поводу осложнения, и у третьей пациентки в группе плацебо потребовалась даже гемотрансфузия по поводу кровотечения.

Так что именно плацебо, а не прогестерон оказалось небезопасным. Мифепристон сам по себе оказался небезопасным как abortивное средство, но попытка остановки медикаментозного аборта прогестероном оказалась безопасной.

Влияние легализации абортов на женскую смертность в Мексике

Хосе Мануэль МАДРАСО КАБО

Магистр медицинских наук УНАМ,
доктор биоэтики Университета Анауак,
декан медицинских наук
Народного автономного университета штата Пуэбла,
президент Центра биоэтики УРАЕР,
врач-хирург Народного автономного университета
штата Пуэбла, специалист по гинекологии и акушерству
Национального института перинатологии,
Мексика

Аборт нельзя называть безопасной процедурой. 24 апреля 2007 г. Законодательное собрание в городе Мехико одобрило поправки в Уголовный кодекс и Закон об охране здоровья, разрешив проведение аборт (легальное прерывание беременности) на сроках до 12 недель. Это было на уровне города, нашей столицы.

ВОЗ определяет материнскую смертность как любую смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания, вне зависимости от продолжительности и места протекания беременности.

ВОЗ в качестве трех причин материнской смертности во всем мире называет, во-первых, кровопотерю, во-вторых, инфекции, а в-третьих, расстройства кровяного давления во время беременности.

Материнская смертность — это такой интегральный индикатор, позволяющий оценить уровень здравоохранения и качества жизни, поскольку в нем отражается сохраняющееся неравенство полов, а также экономическое и социальное неравенство между разными группами.

Материнская смертность считается глобальной проблемой.

Мехико, наша столица, считается лидером по числу аборт среди всех мексиканских городов. В 2006 г., еще до легализации аборт, здесь проводилось якобы почти 60 000 подпольных аборт, ежегодно приводивших к гибели 120 женщин¹.

¹ Именно этими цифрами в 2007 г. власти Мехико аргументировали необходимость их легализации.

Но мы провели специальные исследования, чтобы проверить эти цифры и результаты.

Цели исследования

1. Проанализировать данные по материнской смертности от всех причин и от абортот в Мексике в целом и г. Мехико в частности, как единственному региону, где аборты разрешены официально.
2. Получить данные по коэффициенту материнской смертности от всех причин и от абортот за 2002–2017 гг.
3. Перечислить причины материнской смертности, упорядочив их по числу умерших.

Методология

Был проведен систематический анализ данных Национального института статистики и географии Мексики (INEGI) за 2002–2017 гг.

INEGI — это государственная общедоступная официальная система информации, куда вносятся данные по всем мексиканцам. Это такой интегральный всеобъемлющий регистр, куда вносятся все причины смертности в Мексике. В частности, и материнской смертности. И мы все эти данные перепроверили.

Использовались следующие переменные: количество смертей для расчета соотношения коэффициента материнской смертности (КМС), регион и город, где они произошли, подробная причина смерти по МКБ.

Были учтены (классифицированы как искусственный аборт) следующие критерии:

- ◆ материнская смерть;
- ◆ медикаментозный аборт;
- ◆ прочие способы аборта;
- ◆ неуказанный способ аборта;
- ◆ неудавшаяся попытка аборта.

Были исключены (классифицированы как самопроизвольный аборт) следующие категории смерти:

- ♦ в результате трубной беременности;
- ♦ внематочной беременности;
- ♦ смерти эмбриона;
- ♦ несостоявшегося аборта и выкидыша.

В нашем исследовании речь идет только об искусственном прерывании беременности и его влиянии на смертность.

Данные INEGI по материнской смертности были скачаны в виде электронной таблицы. Полученная информация была рассортирована по годам, числу смертей, возрасту женщины и месту смерти (г. Мехико).

Был рассчитан КМС в виде числа материнских смертей за год на 10 000 живорождений. Для оценки корреляции был произведен линейно-регрессионный анализ.

Результаты

В таблице 1 показано число материнских смертей по данным INEGI, а также общее число смертей от аборт, зафиксированное в Мексике и по г. Мехико. Мы выяснили, что средний официальный показатель смертности от аборт в период с 2002 по 2017 г. по Мексике составляет 33,1; по г. Мехико — 4,1.

Таблица 1

Материнская смертность, общая и от аборт

Год	От всех причин		От аборт*		Процент смертей от аборт по отношению к общей смертности (%)	
	Город Мехико	Мексика	Город Мехико	Мексика	Город Мехико	Мексика
2002	134	1309	3	41	2,2	3,1
2003	159	1313	6	43	3,8	3,3
2004	152	1239	5	40	3,3	3,2

Год	От всех причин		От аборт ^{ов*}		Процент смертей от абортов по отношению к общей смертности (%)	
	Город Мехико	Мексика	Город Мехико	Мексика	Город Мехико	Мексика
2005	140	1242	8	38	5,7	3,1
2006	129	1166	5	35	3,9	3,0
2007	122	1097	7	39	5,7	3,6
2008	105	1119	4	30	3,8	2,7
2009	116	1208	2	25	1,7	2,1
2010	111	992	4	36	3,6	3,6
2011	97	971	1	27	1,0	2,8
2012	79	960	5	27	6,3	2,8
2013	90	861	5	31	5,6	3,6
2014	79	872	3	28	3,8	3,2
2015	79	778	3	26	3,8	3,3
2016	74	812	1	30	1,4	3,7
2017	59	758	7	27	11,9	3,6
Всего	1725	16697	69	523		
Среднее	111,1	1062,6	4,1	33,1	4,2	3,2

* Аборт: 004–0049 (медицинский), 005–0059 (другой), 006–0069 (неуточненный), 007–0079 (неудачная попытка). Источник: INEGI. Статистика смертности с 2002 по 2017 г.

Мы видим, что цифры совершенно другие, не такие, которые предоставляли проабортные организации. Максимальное количество смертей в год в городе Мехико — 7 человек. Далее отдельно мы посмотрели смертность по всей стране. Среднее значение составило 33 смертельных исхода. Что опять-таки не имело ничего общего с заявленными цифрами (120 и более).

Рассмотрим тенденцию материнской смертности в динамике. В целом в Мексике смертность снижается, это касается и материнской смертности (см. рис. 1: кружки — непосредственное значение, жирная прямая линия — это усредненный тренд).

Рисунок 1

Коэффициент и тренд материнской смертности по стране

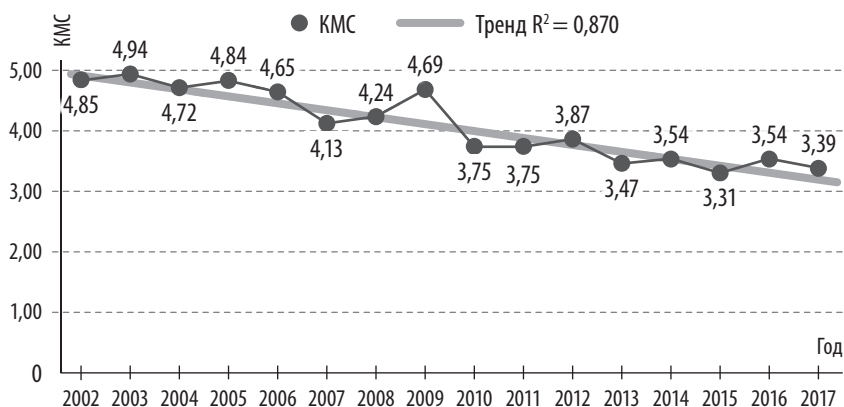


Рисунок 2

Коэффициент и тренд материнской смертности по г. Мехико

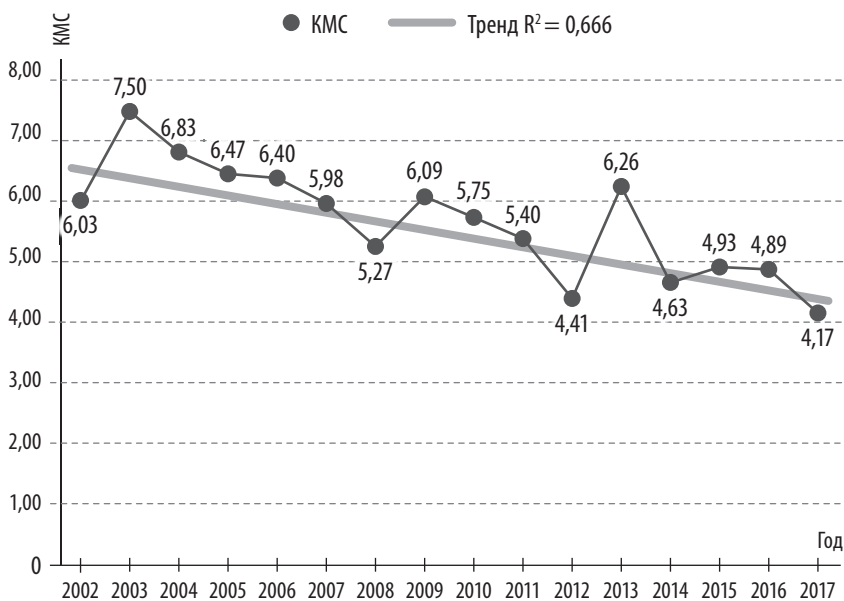


Рисунок 3

Коэффициент и тренд материнской смертности от абортов по стране

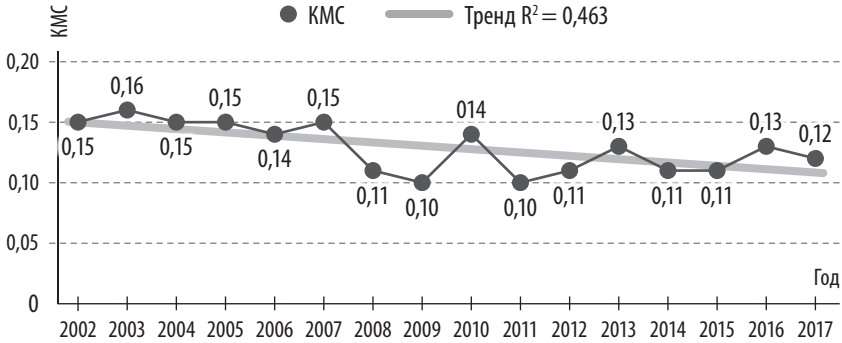
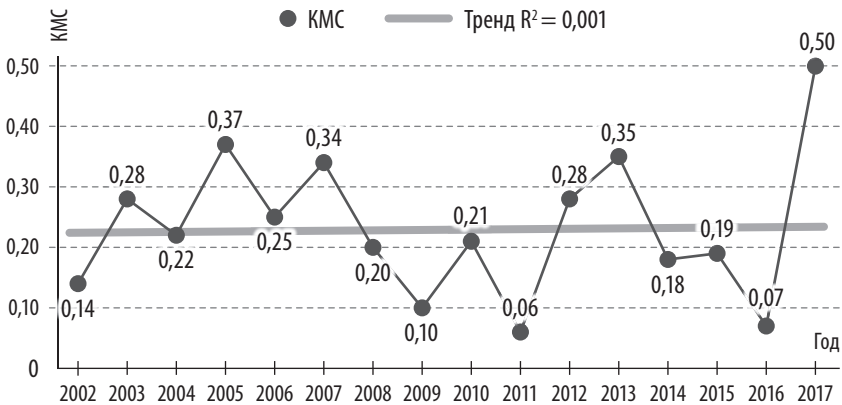


Рисунок 4

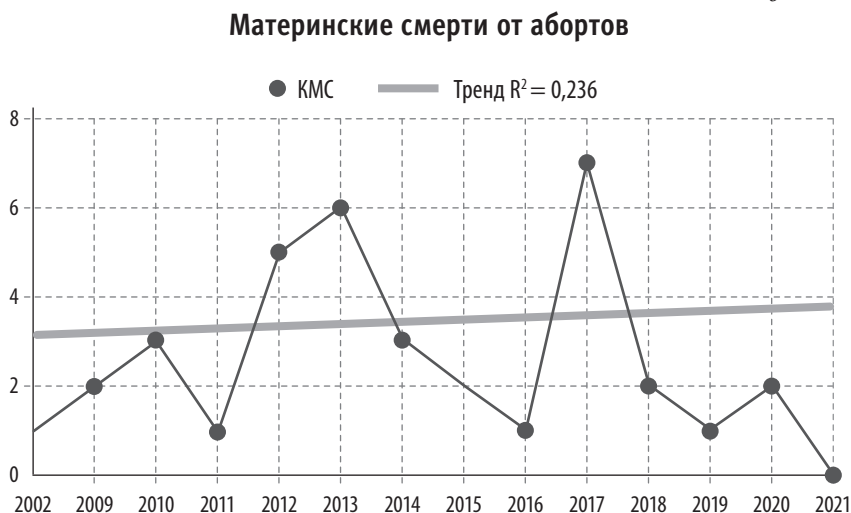
Коэффициент и тренд материнской смертности от родов по г. Мехико



Давайте посмотрим графики. На рисунках 1 и 3 — данные по стране, На рисунках 2 и 4 — по г. Мехико. Казалось бы, смертность должна снижаться, но этого не происходит в Мехико.

А именно в Мехико аборт были легализованы еще в 2007 г. Тренд материнской смертности после легализации абортов не начал снижаться! Важно отметить, что закон о легализации абортов не привел к снижению смертности.

Рисунок 5



Ежегодное число материнских смертей по г. Мехико
согласно данным INEGI показано за период с 2008 по 2021 г.

Можно видеть, что статистический тренд — нейтрально-растущий. Иными словами, несмотря на декриминализацию абортов, материнская смертность не сокращается.

Мы выяснили, что по числу смертей аборты находятся на 12-м месте, а вовсе не 3-м или 4-м, как утверждалось источниками организаций, которые лоббировали легализацию искусственных абортов в Мехико. Когда в 2007 г. в г. Мехико обсуждалась легализация абортов, высказывался следующий аргумент, оказавший значительное влияние на принятие решения: «В последние годы аборты являются одной из трех главных причин материнских смертей...»

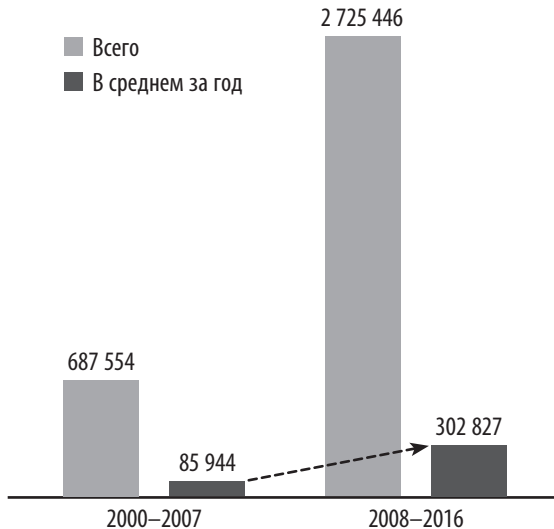
Что произошло дальше?

После легализации в 2007 г. аборт в Мехико общее число абортов начало значительно расти. Важно отметить, что население Мехико огромно — 25 000 000 человек проживают только в самом городе.

Рисунок 6

Число абортов по стране

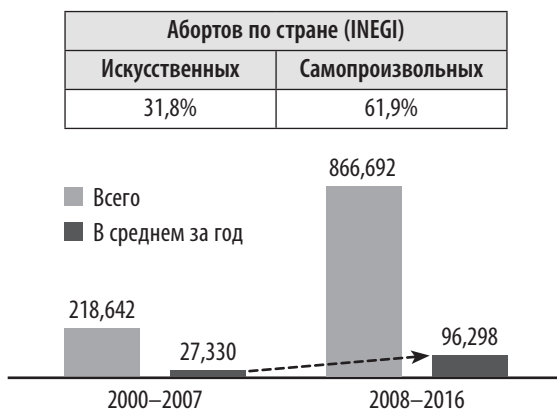
	SSA	IPAS-OMS	IPAS-OMS
Период	2000–2007	2008–2016	2000–2016
Число абортов	687 554	2 725 446	3 413 000
В среднем в год	85 944	302 827	200 764



То есть обоснованием легализации этого закона было уменьшение криминальных аборт, но после легализации аборт выросло общее число аборт. То есть мы видим совершенно противоположный эффект.

Рисунок 7

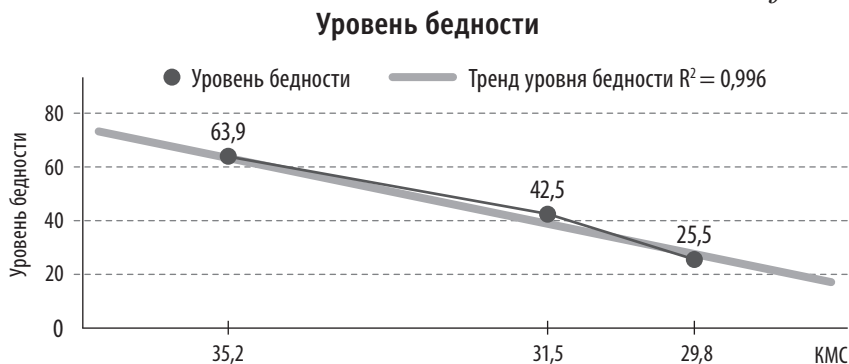
Искусственные аборты по стране



Число искусственных прерываний беременности выросло более чем в 3,6 раза (352%).

От чего же реально зависит коэффициент материнской смертности? Мы можем сказать, что Мексика не столько бедная страна, сколько в ней актуальна проблема бедности из-за социального неравенства. Отмечается четкая корреляция смертности с уровнем бедности. Вот что имеет значение. Реальная причина материнской смертности связана с бедностью.

Рисунок 8



Главные причины материнской смертности

Наши коллеги из частного института биомедицинских исследований, молекулярной биологии и генетики, ставящего своей целью продвижение всесторонних решений по защите здоровья матери, плода и эмбриона, провели исследование.

- ◆ 97% смертей произошли в основном из-за патологий вроде гипертензии беременных, эклампсии, кровопотери в ходе родов, сопутствующих заболеваний, по насильственным причинам и другим причинам акушерского рода. По причине искусственного аборта произошло 2,9% смертей (Мадрасо Х.М. — 3,2%).
- ◆ Проанализировав данные 32 штатов, мы выяснили, что в штатах с благоприятным законодательным климатом в области защиты жизни женщин и нерожденных детей материнская смертность в целом была на 23% ниже, а от абортов — на 47% ниже.

Факторы, обуславливающие уровень материнской смертности в стране

Мы считаем, что на эти факторы необходимо обращать более пристальное внимание. Необходимо предоставить женщинам:

- ◆ качественное образование (то есть информирование об объективных данных);
- ◆ улучшить профессиональную акушерскую помощь;
- ◆ ведение беременности и профессиональное родовспоможение;
- ◆ питьевую воду и канализацию;
- ◆ улучшение помощи при осложненном течении беременности;
- ◆ безопасность;

а также необходимо учитывать такой фактор, как возраст женщин и откладывание родов.

Выводы

Данные INEGI по материнской смертности, вызванной искусственными абортами, по г. Мехико после декриминализации абортов демонстрируют отсутствие отрицательного тренда (на снижение). Искусственный аборт находится на 12-м месте в списке причин материнских смертей в Мексике.

Постабортный синдром как следствие дезинтеграционного репродуктивного выбора женщины

Марк Матусович ИЦКОВИЧ

Кандидат психологических наук,
заведующий базовой кафедрой
«коррекционная педагогика и психология» УрФУ,
психолог-супервизор программы «Спаси жизнь»

Аннотация

В статье рассматриваются как физические, так и психологические последствия abortивного поведения в виде постабортного синдрома. С позиций психоаналитического подхода разбираются мотивации abortивного поведения. Утверждается мысль о первичности сознательного abortивного выбора в дезинтеграции личности женщины и формировании последующих депрессивных и биполярных расстройств.

Ключевые слова:

аборт, постабортный синдром, депрессия, бессознательные мотивации, психотравма, психоанализ, дезадаптация, личность.

По мнению Г.В. Чижовой, В.Г. Дьяченко, Н.В. Шиганцовой, аборт — это противоестественный акт, который кроме физических и физиологических осложнений вызывает многочисленные душевные расстройства, внутреннее опустошение и личностные изменения [33].

Обозначая биологические последствия аборта, можно отметить, что риск аборта связан не только с механическим повреждением инструментами при кюретажном abortе (который уходит из медицинской практики), но и со стрессовым воздействием на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось (что происходит и при фармакологическом abortе) [29]. Это стрессовое воздействие, кстати, не так уж сильно зависит от метода прерывания беременности. По силе воздействия (даже фармакологического аборта) на гипоталамогипофизарнояичниковую ось его действительно можно сравнить с крашгестом [11]. Изъятие из организма развивающегося эмбриона означает резкое прекращение поступления в материнский кровоток хорионического гонадотропина (ХГЧ), который поддерживает желтое тело беременности и «мотивирует» его к синтезу прогестерона, главного гравидарного гормона.

Аборты влияют на генеративную функцию, что в дальнейшем приводит к онкологическим заболеваниям. Весьма значительны в последующем и плодовые потери [33].

У женщин на фоне послеродовых нейроэндокринных изменений и прерывания беременности «вторичные» поликистозные яичники развиваются в течение 3–4 лет. Особенно неблагоприятно могут повлиять на процессы реабилитации повторный аборт и осложнения в послеабортном периоде.

Если стресс после аборта развивается на неблагоприятном фоне, возникают изменения яичников: гипертекоз, текоматоз, формирование поликистозных яичников и злокачественный рост.

Повторные искусственные аборты могут стать причиной патологического течения климактерического периода. У женщин с тремя и более искусственными абортами в анамнезе происходит увеличение риска развития дисгормональных заболеваний и рака молочных желез [9].

Врачи-психиатры, психологи и психотерапевты часто сталкиваются с парадоксальным репродуктивным поведением женщин. С точки зрения здравого смысла трудно понять причины того, почему многие женщины не пользуются современными противозачаточными средствами и прибегают к аборту как средству контрацепции. Но поскольку любое поведение направлено на поддержание гомеостаза, то, по всей видимости, в дело вступают неосознанные мотивы, препятствующие деторождению. По-видимому, это неосознанные мотивы, которые обычно изучают психоаналитики. Психоаналитическая тематика, связанная с абортами, очень редко встречается в публикациях на тему репродуктивного поведения. В поведении женщин присутствует явная дихотомия: с одной стороны, женщина осознанно не предохраняется и психофизиологически готова к материнству (по факту зачатия), а с другой стороны, имеет намерение аборттировать ребенка, сопротивляясь его появлению в своей жизни.

Ссылки на то, что плод не имеет статуса человека и, следовательно, с ним можно обращаться как угодно, — несостоятельны

и являются рационализацией, как формой психологической защиты. Это можно утверждать уверенно, поскольку женщина чувствует и знает, что психоэндокринологически она уже стала мамой, а плод — это будущий человеческий ребенок.

Исходя из того, что любая форма аборта несет в себе риски ухудшения репродуктивного здоровья, получается, что женщина намеренно жертвует своим здоровьем ради того, чтобы избавиться от материнского состояния, к которому она на самом деле готова.

Причины такого парадоксального поведения лежат, очевидно, в области глубинных убеждений относительно материнства, сформировавшихся в перинатальном периоде (напр., кортизоловая насыщенность амниотической жидкости) и раннем детском возрасте (госпитализм, «холодная, мертвая» мать и т. д.).

Развитие потенциальных постабортных психических нарушений можно связать с двумя группами психологических и социальных факторов: факторы, предшествующие аборту, и факторы, возникающие в ситуации аборта и после него (Я.А. Кочетков). К факторам, предшествующим ситуации аборта, относятся когнитивный стиль личности, конфликтные отношения с родителями, конфликтные отношения с партнером. Сюда же относятся низкий социальный уровень, затрудненное материальное положение. Большую роль в развитии депрессии после аборта играют тип привязанности и ранние отношения с матерью. В развитии психологических проблем после аборта большую роль играют отношение общества к абортам, религиозность населения, наконец, отношение самой женщины к аборту [15].

Нельзя с уверенностью говорить о том, переносит женщина аборт без всяких психологических последствий или нет. В одном из исследований сравнивались женщины, прервавшие беременность с помощью аборта, и женщины, потерявшие ребенка в результате выкидыша. Результаты показали, что женщины, потерявшие ребенка в результате выкидыша, испытывают больше психологических проблем, особенно в первые 10 месяцев после выкидыша. У женщин, сделавших аборт, в первые

10 месяцев меньше психологических последствий, но позже (через 2 года) у них значительно чаще встречаются высокие оценки по шкалам депрессии и тревоги [15].

Учитывая, что аборт — это стресс, то его, соответственно, возможно рассматривать как состояние предболезни. Каждый стресс вначале вызывает возбуждение гипоталамических структур головного мозга, а затем фаза возбуждения сменяется фазой разрушения, то есть функциональные изменения, которые предстают на фоне стресса, заканчиваются тяжелым разрушением структур гипоталамуса. Далеко не всегда имеет место обратное развитие, динамика данного процесса во многом зависит от наличия или отсутствия преморбидного фона.

Существуют данные о том, что после аборта женщины больше подвержены риску психических расстройств, а в 10% случаев наблюдается склонность к суицидальным попыткам [20].

После прерывания беременности у здоровых женщин постепенно происходит нормализация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых взаимоотношений, восстанавливаются гонадотропная функция гипофиза и овуляторные циклы в яичниках. А у женщин с неблагоприятным преморбидным фоном или повторными абортами восстановления гипофизотропных функций гипоталамуса и нормализации метаболических сдвигов не происходит, развивается клиническая картина нейроэндокринно-обменного синдрома [27].

В одном исследовании, проведенном еще в СССР, было показано, с какой скоростью исчезают гормоны из кровотока после аборта. В течение часа уровень прогестерона падает на 38%, через три часа на 52% и через сутки — на 80%. Концентрация эстрадиола через час после аборта уменьшается на 58%, а через сутки — на 88%. Таким образом, уровень эстрадиола и прогестерона за сутки снижается более чем в 5 раз [15]. Многочисленные исследования последних лет показали, что половые стероиды, такие как прогестерон и эстрадиол, кроме своих прямых гормональных эффектов, оказывают серьезное влияние на функции центральной нервной системы. Эстрадиол

увеличивает количество серотонина в постсинаптической щели, в то же время уменьшая моноаминоксидазу — фермент, разрушающий моноамины. Таким образом, действие эстрогенов на серотонинэргическую систему можно в целом охарактеризовать как активирующее. При депрессивных расстройствах наблюдается снижение активности серотонинэргической системы, поэтому можно предположить, что эстрогены обладают антидепрессивным эффектом [33].

Также нельзя забывать о гормонах гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Резкий подъем уровня кортизола в ответ на сильный стресс является еще одним фактором, вызывающим дисбаланс нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин и норадреналин [29].

Психологи часто отмечают после абортов такие симптомы, как чувство вины, депрессия, скорбь, чувство обиды, переходящее в агрессию; изменения личности; ощущение пустоты, утраты, — это то, с чего начинается ПАС [27].

Для описания психофизиологических последствий аборта V. Rue был впервые предложен термин «постабортный синдром» (ПАС) для обозначения посттравматического стрессового расстройства, развивающегося после аборта [55]. Автор выделил следующие основные компоненты ПАС: восприятие ситуации аборта как травматического события, находящегося за пределами обычных человеческих переживаний; повторное переживание ситуации аборта в воображении, связанное с неконтролируемыми негативными эмоциями, возвраты к прошлому в памяти, кошмарные сновидения, горе, особенно в годовщину аборта; неудачные попытки избежать или отрицать воспоминание об аборте и эмоциональную боль; возникновение психологических симптомов, связанных с абортом и не имевших место до него.

Большая часть исследований, посвященных проблемам последствий абортов в психиатрии и психологии, посвящена проблеме «постабортного синдрома» — психической травмы, связанной с абортом [15, 20]. Женщины с постабортным синдромом,

как правило, испытывают чувство горечи и ненависти к своему женскому телу, наблюдаются депрессия, агрессия, ненависть к собственному телу, психические расстройства, депрессивное состояние, отрицание собственного тела. В гораздо меньшей степени, однако известны случаи прерывания беременности, где женщина испытывала радость и удовлетворение от каждого проведенного аборта [15].

Однако в результате анализа 250 исследований, посвященных влиянию аборта на психическое здоровье, С. Эверетт Куп в своем труде «Репродукция и здоровье семьи» отметил, что нет серьезных доказательств отрицательного влияния аборта на психику женщины. В то же время Куп, который сам был противником абортов, отметил, что большинство исследований в этой области обладают слабой достоверностью, и отказался от официальной публикации своих данных [57].

Научные психиатрические организации, такие как Американская психиатрическая ассоциация, Британский королевский психиатрический колледж [52], отказались признавать наличие постабортного синдрома.

Исходя из вышеизложенного понятно, по какой причине психиатрическое сообщество склоняется к мнению, что если уж и говорить о негативных последствиях аборта, то в большинстве случаев они обусловлены уже имеющимся психическим расстройством или предрасположенностью к нему. Некоторые авторы считают, что такие изменения происходят из-за отсутствия поддержки родственников и отношения к абортам со стороны общества [15].

Согласно исследованиям, проведенным в разных странах мира, аборт действительно может стать мощным фактором развития психических расстройств. Акушеры-гинекологи не всегда обращают внимание на психические и эмоциональные расстройства вследствие аборта, которые могут привести к суицидальным попыткам. Исследователи из Венгерской медицинской ассоциации утверждают, что у каждой пятой пациентки после аборта наблюдается депрессия. Норвежские специалисты

подсчитали, что у женщин в возрасте от 15 до 27 лет риск психических расстройств значительно вырос [13].

Как указывает в своей статье профессор А.Я. Кочетков [15], «в недавнем популяционном исследовании, проведенном в Норвегии, было показано, что женщины, перенесшие аборт, имеют значительно более высокий риск развития депрессивного расстройства, чем женщины, у которых беременность закончилась родами». В исследовании D. Reardon и соавт. [53] приняли участие более 56 000 женщин из разных возрастных групп. Пациентки имели низкое социальное положение. Ученые обнаружили связь между абортом и развитием психических заболеваний, в том числе депрессивного и биполярного расстройства.

A.N. Broen, T. Moum, A.S. Bodtker, O. Ekeberg [38] сравнивали психические состояния женщин после аборта и тех, кто потерял ребенка при выкидыше. Исследование показало, что женщины, которые потеряли ребенка при выкидыше, более подвержены психологическим проблемам в первые 10 месяцев. Однако у женщин, сделавших аборт, при меньшей выраженности психологической проблематики в первые 10 месяцев, через 2 года в большей степени развивается склонность к депрессиям и тревожным состояниям.

А.О. Николаевская, Я.С. Заплата излучали степень тяжести и особенностей депрессивного синдрома у женщин, перенесших медицинский аборт на раннем сроке беременности, на основе изучения их личностных особенностей и специфики социального функционирования. В результате исследования нами было установлено, что у 38 женщин после медикаментозного аборта были фиксированы нарушения аффективной сферы в виде проявлений депрессивного синдрома различной степени тяжести. В соответствии со шкалой выраженности депрессии Бека, у 17 женщин (44,70%) был выявлен умеренный депрессивный эпизод, у 12 (31,60%) легкий депрессивный эпизод, у 9 (23,70%) — выраженный депрессивный синдром [21].

Показано, что женщины, беременность которых не была запланированной, оказывались не готовыми к материнству, что

приводило к дисгармонии их эмоциональных переживаний. Нарушения в аффективной сфере в виде развития депрессивного синдрома лежали у таких женщин в основе формирования у них постабортного синдрома. Особенности депрессивной реакции в случае развития постабортного синдрома проявлялись в следующем: у женщины возникало «ощущение пустоты внутри», «чувство вины перед неродившимся ребенком, родными людьми, которые советовали не делать аборт», «чувство вины, навязанное обществом», «особое восприятие ужасных картинок санбюллетеней и душераздирающих душу слов на них», «кошмарные сновидения, в которых участвует неродившийся ребенок», страх осуждения супругом и родителями.

Это исследование, в совокупности с исследованием D. Reardon и соавт. 56 000 женщин с низким социальным статусом (см. выше), наталкивает на основную мысль этой статьи: постабортный синдром как явление существует и является дезадаптивным нарушением личности на фоне социально-психологической дезадаптации и нарушений объектных отношений с матерью в раннем детстве. Провоцирующим триггером постабортного синдрома является гормональное снижение эстрогено-серотониновой стимуляции ЦНС в результате аборта.

Именно этим, на наш взгляд, объясняется факт, что женщины, сделавшие аборт, имеют меньше краткосрочных психологических нарушений в первые 10 месяцев, чем женщины, переживающие спонтанный выкидыш, но имеют более глубокую дезадаптацию психики (вплоть до психотических состояний) в последующие годы. То есть при медикаментозном аборте физиологический вред минимален, но зато выражается в глубоких нарушениях психической деятельности в результате субъективного переживания осознанного отказа от материнства путем физического уничтожения плода.

А. Speckhard и V. Rue [53] ссылаются на бессознательные факторы, способствующие развитию постабортного синдрома, освещенные в психоаналитической литературе. Однако тема внутренней психодинамики, связанной с выбором аборта,

и особенно множественных абортов как средства решения проблемы нежелательной беременности, довольно редко становится предметом рассмотрения в психоаналитических публикациях [51, 50, 54].

Объяснительной гипотезой множественного аборта могут служить положения В.А. Агаркова и С.А. Брофман, которые предполагают, что множественные аборты в условиях доступности относительно безопасных контрацептивов имеют значение замены психической переработки ментальной боли и сильной тревоги [4]. Как бессознательные мотивации, подталкивающие женщин к совершению аборта (и тем самым к психическому диссонансу), объясняются в теории садомазохистической системы регуляции К. и Дж. Новиков, идеи «наркотического» решения Дж. Макдугалл, концепции женской перверсии Э. Уэллдон (Там же).

В качестве возможных причин В.А. Агарков, С.А. Бронфман приводят следующие теоретические версии:

1. Садомазохистическая система регуляции и разрешения конфликтов характеризуется цикличностью и повторами, а явление повторных абортов приводится как частный случай ее действия. В рамках теории садомазохизма и садомазохистического суперэго Джека и Керри Новик [47, 48, 49] повторные аборты представляют собой внешнее проявление в психодинамике тех женщин, которые вновь и вновь прибегают к абортам: ощущение триумфа и абсолютной власти (владычества над жизнью и смертью), фантазией отождествления с некой божественной сущностью. Фантазия всемогущего контроля является реактивным образованием на травму в отношениях с объектом (матерью), позволяет женщине обладать исключительностью, неподвластностью биофизическим ограничениям человека. Штайн в своей книге «Повторные аборты» (1988) указывает на то, что фантазия всемогущества играет важную роль в психике женщин, прибегающих к абарту. Он считает, что процесс созидания (зарождение) — аборт (уничтожение) — восстановление (новая беременность) сопровождается чувством триумфа и власти. Во время беременности возникает фантазия о всемогуществе над законами

тела и реальностью в целом, выражающаяся в стремлении избавиться от нежеланного плода. После аборта у женщины возникает сильное желание снова стать матерью как можно скорее. Эта последовательность сменяет желание создавать и разрушать, восстанавливать и снова создавать.

2. Уэллдон считает, что множественные аборты связаны с неосознаваемым желанием контролировать травматическую ситуацию детства [59]. Важную роль внутренней динамики абортов играют нарушения в ранних взаимоотношениях с матерью [36]. В случае выкидыша, как и повторного аборта, в основе таких решений могут лежать проблемы идентификации себя с родителями как щедрыми, способными на зачатие и вынашивание ребенка, а также конфликтные отношения с материнством вообще. При нарушениях в отношениях матери и ребенка образ матери меняется. С одной стороны, это любящая, заботящаяся мать, с другой — хищная фигура, которая отнимает у них жизнь. Сложные отношения между матерью и ребенком могут привести к напряжению в отношениях, а также к проблемам с идентификацией с образом матери. В таких семьях, как правило, отцы отсутствуют по разным причинам (болезнь, развод и т. д.), что затрудняет психологическую адаптацию девочки к жизни с матерью.

3. Кроме того, повторные аборты могут служить выражением ярости в отношении неверного отца, изменяющего с матерью в рамках комплекса Электры, разыгрыванием наказания за вину инцестуозного желания. Многочисленные аборты, как правило, связаны с тем, чтобы защититься от сексуальных желаний, которые возникают во время фаз Электры (бессознательное тяготение девочек к собственному отцу, наряду с враждебностью к матери и соперничеством с нею) и наказанием за их невыполненные желания [44].

4. Уэллдон рассматривает перверсивное материнство как еще один аспект, связанный с множественными абортами. Уэллдон считает, что в перверсиях женщины могут использовать объекты, которые не являются самостоятельными единицами

с собственными границами и потребностями (в том случае, если объект является частью их тела), но воспринимаются как часть собственного тела или его продолжение. Например, это может быть плод или новорожденный. Перверсивные манипуляции с собственным телом дают чувство свободы и контроля над своим телом. В своей книге, посвященной женскому перверсивному поведению, она пишет: «Первичная женская депрессия — это попытка женщины справиться со страхом потери матери» [59]. Фрейд показал, что агрессия играет важную роль в развитии перверсий. У Винникота и Фэйрберна было предположение, что перверсия является результатом не только сексуальной, но и оральной агрессии. Фэйрберн и Винникот [43, 60] считали, что агрессия и проблемы в ее интеграции являются следствием неправильных отношений с матерью из-за грубого нарушения взаимоотношений между матерью и ребенком. В результате формируется искаженное изображение матери, на которое проецируется агрессивный оральный и анальный импульс. Тогда сексуальные отношения между мужчинами и женщинами представляются как опасные и провоцирующие аннигилирование, поглощение, садистскую атаку на плод.

5. Трансгенерационная передача психической травмы. Психологи отмечают, что ранние отношения дочери с матерью, пережившей пролонгированную психическую травму (например, заключения), наполнены фрустрацией, ненавистью, разочарованием и чувством вины. В этих отношениях у ребенка формируется участок «я», аккумулирующий этот негативный опыт репрезентации «поврежденного я» матери, которому присваивается относительная самостоятельность и атрибутируется качество «плохой». Следовательно, это «плохое я» подлежит уничтожению и, проецируясь на будущего ребенка, приводит к абортивному поведению. Это также приводит к формированию перверсного отношения к собственному телу, которое выражается в явлении множественного аборта. Ярким примером трансгенерационных нарушений могут служить дети жертв холокоста, которые имеют более высокий уровень психопатоло-

гии по сравнению с «нормой». Эта психопатология описывается в терминах «ложное я» [60], «шизоидный характер» (пограничная организация личности) или «нарциссический дефект» [8]. По мнению исследователей, травматическое разрушение иллюзий всемогущества родителей приводит к нарушению прохождения нормативных путей развития нарцисса от «грандиозного я» к реалистичной оценке своих способностей у детей, что приводит к фиксации «бреда всемогущества» у них и может привести к дисбалансу ментализаций. Например, дети жертв холокоста не могут оценить свои способности из-за того, что приводит к фиксации «бреда всемогущества» (см. выше).

Соглашаясь с вышеприведенными бессознательными причинами абортивной мотивации, хочется посмотреть на вопрос с другого полюса: именно сознательное решение сделать аборт запускает серию деструктивных бессознательных мотиваций и провоцирует развитие дальнейших психических расстройств. Ведь если женщина сделала бы выбор в сторону пролонгирования беременности, то ее психотравмы раннего возраста были бы компенсированы психическим процессом успешного вынашивания и выхаживания.

Следовательно, именно сознательная волевая составляющая абортивного поведения запускает процесс дезадаптации личности и формирования постабортного синдрома.

Литература

1. Doctors for a Woman's Choice on Abortion (DWCA). Открытое письмо в поддержку врачей, производящих аборт: профессор Салли Шелдон разъясняет закон Великобритании «Об абортах» [Электронный ресурс]. URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180.abstract/> (дата обращения: 25.02.2014).
2. Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11–16.

3. Агарков В.А., Бронфман С.А., Кудаева Л.М., Уварова Е.В. Психологические аспекты патогенеза функциональной аменореи // Психическое здоровье. 2012. Т. 10. № 7. С. 70–79.
4. Агарков В.А., Бронфман С.А., Оржиховская А.И. Изучение особенностей фрустрационных реакций и механизмов психической защиты у лиц, переживших психическую травму // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2009. № 4. С. 17–37.
5. Агарков В.А., Бронфман С.А. Множественные аборты как способ переработки психической боли / Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2 (81). С. 191–212.
6. Артемов А.Н., Снегирева Е.В., Ковалева А.В. Постабортный синдром и техники доабортного психологического консультирования // Молодой ученый. 2016. № 9. С. 371–374.
7. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству / И.Н. Земзюлина // Университетская наука: взгляд в будущее. Сборник трудов 72-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Курск: КГМУ, 2007. С. 88–91.
8. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость / Пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. 672 с.
9. Гинекология: нац. рук. / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. М., 2009. 1088 с. ISBN 978-5-9704-1046-2.
10. Додонов А.Н. Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщин / А.Н. Додонов, В.Б. Трубин // Казанский медицинский журнал. 2009. Т. 90, № 3. С. 404–407.
11. Доклад главного акушера-гинеколога Свердловской области, канд. мед. наук Н.А. Зильбер в рамках II Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: уральские чтения» (23–25 апреля 2015 года).
12. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли — роли матери: Автореф. ... дис. канд. псих. наук. Курск: КГУ, 2009. 24 с.
13. Карахалис Л.Ю., Рябинкина Т.С. Аборт и эндометриоз: прогулка по минному полю. Терапевтическая стратегия постабортной реабилитации в целях борьбы с эндометриозом StatusPraesens.

- Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2015. № 2 (25). С. 87–96.
14. Качан М.А. Психические расстройства у женщин после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках (клиника и терапия): Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2011. 20 с.
 15. Кочетков Я.А. К проблеме психических нарушений после аборта (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2009. № 9. С. 24–29.
 16. Кочнева М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева // Акушерство и гинекология. 1990. № 3. С. 13–16.
 17. Курлеева Т.Ю. Профилактика постабортных осложнений у женщин с ОАГА / Т.Ю. Курлеева, А.Л. Сизоненко // Вопросы повышения качества оказания медицинской помощи в муниципальном здравоохранении: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 150-летию г. Владивостока (30 июня 2010 года). Владивосток: Альфа-Принт, 2010. С. 76.
 18. Куценко О.С. Отношение матери беременной женщины как фактор, влияющий на решение о рождении ребенка // Известия Российского государственного пед. ун-та им. А.И. Герцена. 2010. № 136. С. 163–174.
 19. Макдугалл Дж. Тысячеликий Эрос / Пер. с англ. СПб.: Совместное издание ВЕА ИП и Б&К, 1999. 278 с.
 20. Малюченко И.Ю. Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 2. С. 84–92.
 21. Николаевская А.О., Заплата Я.С. Депрессивный синдром у женщин, перенесших медицинский аборт на раннем сроке по желанию беременной. 380 с.
 22. Новые технологии в акушерстве и гинекологии: материалы Дальневост. регион. науч.-практ. конф. Хабаровск: ДВГМУ, 2011. 247 с.
 23. Павлова С.П. Анализ причин прерывания беременности. Общая врачебная практика (семейная медицина): проблемы и перспективы: материалы третьей науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и поликлин. терапии. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2011. С. 120–124.

24. Перегуда Д.В., Николаевская А.О. Влияние особенностей личности и типов отношения к окружающим на степень развития депрессивной реакции у женщин с постабортным синдромом / Д.В. Перегуда, А.О. Николаевская // *Материалы X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков* / Под ред. В.А. Лазаренко, И.Э. Есауленко, Р.Ш. Хасанова. 2016. С. 146–148.
25. Петрова Н.Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности // *Вестник Санкт-Петербургского ун-та*. 2016. № 3. С. 120–124.
26. Полякова Е.Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома // *Вестник НГУ. Серия: Психология*. 2009. № 1. С. 121–134.
27. Пултавская В. Влияние прерывания беременности на психику женщины. М., 2002. С. 44.
28. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. 688 с.
29. Ранние сроки беременности. 2-е изд., испр. и доп. / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. М.: StatusPraesens, 2009. 480 с.
30. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов // *Рус. мед. журнал [Электронный ресурс]*. URL: http://www.rmj.ru/articles_481.htm/ (дата обращения: 25.02.2014).
31. Тихомиров А.Л. Сохранение репродуктивноо здоровья в постабортном периоде / А.Л. Тихомиров, А.А. Леденкова // *Рус. мед. журнал [Электронный ресурс]*. URL: http://www.rmj.ru/articles_8456.htm/ (дата обращения: 25.02.2014).
32. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / Пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2003. 623 с.
33. Чижова Г.В., Дьяченко В.Г., Шиганцова Н.В. Ранние, поздние и отдаленные последствия абортов // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2014. № 1. С. 3–7.
34. Шмидт-Хеллерау К. Влечение к жизни и влечение к смерти. Либи́до и Лета. Сводная формально логическая модель психоаналитической теории влечений и структурной теории / Пер. с нем. СПб.: Б&К, 2003. 298 с.
35. Adelman A. Traumatic Memory and the Intergenerational Transmission of Holocaust Narratives. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1995. № 50. Pp. 343–367.

36. Benedek T. Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1959. № 7. Pp. 389–417.
37. Blum H. On identification and its vicissitudes. *International Journal of PsychoA Analysis*. 1986. № 67. Pp. 267–276.
38. Broen A.N., Moum T., Bødtker A.S., Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005. № 3. P. 18.
39. Calef V. The unconscious fantasy of infanticide manifested in resistance *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1968. № 16. Pp. 697–710.
40. Clarkin J.F, Fonagy P., Gabbard G.O. (Eds.). *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. Washington, London, American Psychiatric Publishing, Inc. 2010.
41. Deutch H. *The Psychology of Women*. Vol. 1. New York: Grune & Stratton, 1944.
42. Etchegoyen R.H. *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac Books, 1999.
43. Fairbairn W.D. *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock Publications Limited, 1952.
44. Fischer N. Multiple induced abortions: A psychoanalytic case study. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1974. № 22. Pp. 394–407.
45. Grubrich Simitis I. Extreme Traumatization as Cumulative Trauma Psychoanalytic Investigations of the Effects of Concentration Camp Experiences on Survivors and their Children. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1981. № 36. Pp. 415–450.
46. Joseph B. A Clinical Contribution to the Analysis of a Perversion. *International Journal of PsychoA Analysis*. 1971. № 52. Pp. 441–449.
47. Novick J., Novick K.K. The Superego and the Two System Model. *Psychoanalytic Inquiry*. 2004. № 24. Pp. 232–256.
48. Novick J., Novick K.K. Two Systems of SelfARegulation. *Psychoanalytic Social Work*. 2001. № 8. Pp. 95–122.
49. Novick K.K., Novick J. Two Systems Of SelfARegulation And The Differential Application Of Psychoanalytic Technique. *American Journal of Psychoanalysis*. 2003. № 63. Pp. 1–20.
50. Pines D. Pregnancy, Miscarriage and Abortion. A Psychoanalytic Perspective *International Journal of PsychoAnalysis*. 1990. № 71. Pp. 301–307.

51. Pines D. The Relevance of Early Psychic Development to Pregnancy and Abortion. *International Journal of Psychoanalysis*. 1982. № 63. Pp. 311–319.
52. Position Statement on Women’s Mental Health in Relation to Induced Abortion, by the Royal College of Psychiatrists of the United Kingdom. E-pub.
53. Reardon D.C., Cogle J.R., Rue V.M. et al. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *CMAJ*. 2003. № 168. P. 10.
54. Remeikis G.V. A Review of the Psychoanalytic Literature on Abortion. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2001. № 29. Pp. 231–244.
55. Stein Y. Some Reflections on the Inner Space and its Contents. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1988. № 43. Pp. 291–304.
56. Rue V. Abortion and Family Relations testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress. Washington DC, 1981.
57. The C. Everett Koop Papers: Reproduction and Family Health. A profile by the National Library of Medicine. Accessed February 23, 2008.
58. Waelder R. Psychoanalysis, scientific method and philosophy // *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1962. Vol. 10. Pp. 617–637.
59. Welldon D. 1988/2004. *Mother, Madonna, Whore: The Idealization and Denegation of Motherhood*. London: Karnac Books.
60. Winnicott D. Transitional Objects and Transitional Phenomena — A Study of the First Not- Me Possession *International Journal of Psycho-Analysis*. 1953. № 34. Pp. 89–97.

Статистическое исследование влияния «теневых персонажей» на идентифицированного клиента на примере абортированных детей

Олег Юрьевич СУТОРМИН

Практический психолог, врач-невролог,
соискатель кафедры клинической психологии
Владивостокского государственного
медицинского университета

Ключевые слова:

аборт, дети, система, род, системные связи,
системный подход в психологии.

Для цитирования:

Сутормин О.Ю. Статистическое исследование влияния «теневых персонажей» на идентифицированного клиента на примере абортированных детей.

Источник:

Сутормин О.Ю. Статистическое исследование влияния «теневых персонажей» на идентифицированного клиента на примере абортированных детей.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statisticheskoe-issledovanie-vliyaniya-tenevykh-personazhey-na-identifitsirovannogo-klienta-na-primere-abortirovannyh-detey>
(дата обращения: 26.02.2025).

В настоящее время в нашей стране интенсивно развивается и становится все более популярным системный подход в психологии и психотерапии. Само определение системы представлено множеством вариантов, при этом только наиболее глобальные определения обнаруживают некоторые сходства. А. Hall и R. Fagen под системой подразумевали набор элементов или объектов и их признаков [1].

Н. Willke определял систему как целостное взаимодействие частей, количественные взаимосвязи которых между собой являются более интенсивными, а качественные — более продуктивными, нежели их взаимодействие с любыми другими элементами [2]. Семейная система представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами. Семья — постоянно развивающаяся система, которая стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования [3].

Для удержания стабильной структуры на определенном уровне сложности система должна образовывать подсистемы [4].

Анн Анселин Шутценберг упоминала о «призраке». Призрак — это некое образование бессознательного. Его особенность состоит в том, что оно никогда не было осознанным и является результатом передачи из бессознательного родителя в бессознательное ребенка. Это работа в бессознательном с тайной другого, в наличии которой нельзя признаться (инцест, преступление, внебрачный ребенок, в том числе и аборт) [5].

Арист фон Шлиппе, Йохан Швайтцер также говорили о существовании «теневых персонажей» — например, об умерших детях, описывая динамику, связанную с «тевыми личностями» в семье [6].

Эти связи вполне реальны, но по природе своей «сверхчувственны»; они заключены в конкретных свойствах индивида, но к ним не сводимы. Они даны исследователю в проявлениях личности каждого члена группы, но вместе с тем образуют особое качество самой групповой деятельности, которое опосредует эти личностные проявления, определяющие особую позицию каждого в системе [7].

Описание опыта терапевтической работы, предполагающей влияние «теневых членов системы» на возникновение симптомов у идентифицированных клиентов, присутствует у некоторых авторов. В то же время статистических исследований, подтверждающих это влияние, нет.

Таким образом, основной целью данного исследования было получить статистические данные, подтверждающие влияние «теневых персонажей», на примере абортированных детей, на возникновение симптома у идентифицированного респондента и на всю его родовую систему.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в течение 2 лет с 2009 по 2011 г. в процессе оказания психологической помощи людям в ситуации переживания кризиса (возрастного, семейного, профессионального и т. д.).

Выборка представлена 85 клиентами в возрасте от 27 до 58 лет, из них 41 мужчина и 44 женщины. 59 человек составили основную группу, у ее членов в анамнезе имеются абортированные дети. Эта группа разбита на две группы, № 1 и 2 (табл. 1). Контрольную группу составили 26 респондентов, отрицающих наличие абортированных детей в анамнезе их родовой системы на протяжении трех поколений. Возраст респондента и давность факта наличия абортированного ребенка в родовой системе роли не играет. Во время исследования для его объективности респондентам не сообщалась цель исследования. Акцент делался на актуальном чувстве, направленном на себя, и чувствах, направленных на окружающий мир. В статье приводятся данные об актуальных чувствах, направленных на себя.

Таблица 1

**Актуальное чувство, направленное на себя
в данный момент жизни**

Актуальное чувство, направленное на себя	Группа № 1	Группа № 2	Итого	Контроль- ная группа
	Дети, следующие за абортным ребенком	Дети детей, следующих за абортным ребенком		
Всего респондентов в каждой группе:	25	34	59	26
Чувство гнева, направленное на себя	0	4	4	0
Стремление наказать себя	4	3	7	0
Непринятие себя	5	2	7	7
Внутренний запрет довериться жизни	9	3	12	0
Непринятие жизни	2	5	7	9
Стыд за себя	4	8	12	3
Чувство незащищенности	3	6	9	2

Актуальное чувство, направленное на себя	Группа № 1	Группа № 2	Итого	Контроль-ная группа
	Дети, следующие за абортивным ребенком	Дети детей, следующих за абортивным ребенком		
Запрет на удовольствия в жизни	9	3	12	0
Чувство безысходности	6	7	13	0
Недовольство собой	12	14	26	6
Чувство незащищенности	9	4	13	0
Неприятие жизни	9	5	14	0
Ощущение себя несчастным	5	1	6	1
Мысли о самоубийстве	2	1	3	0
Частое раздражение	3	4	7	1
Потребность в наказании	0	6	6	0
Частое чувство обиды	3	6	9	4
Чувство одиночества	4	9	13	9
Чувство вины	15	8	23	5

Для исследования семейной системы использовались:

1. Беседа со сбором анамнестических данных. Респондентам задавался вопрос, были ли абортированные дети у их матерей и у матерей их матери и отца. Также задавался вопрос о наличии чувств, перечисленных в таблице № 1.
2. Метод анализа образа будущего. Респондент в расслабленном состоянии представлял, насколько сохранным и благополучным он будет через два года (табл. 2).

Таблица № 2

Невидение себя благополучным в будущем

Невидение себя благополучным в будущем	Группа № 1	Группа № 2	Итого	Контрольная группа
	3	7	10	0

Анализ показал, что дети, следующие за абортированными детьми (группа № 1), часто отмечали необъяснимое чувство вины — 15 (60% опрошенных), чувство недовольства собой — 12 (48%). Внутренний запрет довериться жизни, запрет на получение удовольствия в жизни, страх смерти, чувство незащищенности, неприятие жизни — 9 (36%). Страх жизни, увязание в прошлом, чувство безысходности — 6 (24%).

34 респондента (группа № 2) чаще всего отмечали, что они как будто живут прошлым, постоянно возвращаясь к прошлым событиям — 12 человек (35% опрошенных), ощущают недовольство собой — 14 (41%), одиночество — 9 (26%). Респонденты отмечали, что они часто испытывают необоснованную вину, стыдятся себя — 8 (24%). Испытывают чувство безысходности — 7 (21%). 6 (18%) чувствуют обиду, испытывают потребность в наказании, чувство незащищенности в жизни, чувствуют страх смерти.

В то же время в контрольной группе самыми распространенными чувствами были одиночество и неприятие жизни 9 (35%). Неприятие себя — 7 (27%). Недовольство собой — 6 (23%).

Таким образом, респонденты, в анамнезе которых присутствовали абортированные дети, называли чувство необоснованной вины — 23 (39%). 28 (47%) отмечали недовольство собой. 15 (25%) испытывали страх смерти. 14 (24%) чувствовали неприятие жизни. 13 (22%) — чувство незащищенности в жизни и одиночества. 12 (20%) — чувство безысходности и страх смерти. Очевидно, количество симптомов в группах № 1 и 2 значительно превышает наличие таковых в контрольной группе — 219 и 47. Среднее количество патологических симптомов на одного человека в группах с абортированными детьми более чем в 2 раза превышает количество симптомов в контрольной группе — 3,7 к 1,8.

Достоверность различий между подгруппами оценивалась по критерию Манна — Уитни. Оценка различий между группами № 1, 2 (факт аборта подтвержден) и контрольной группой, в которой факт аборта отсутствует, по уровню негативных чувств, направленных на себя, показала U-критерий Манна — Уитни:

Укр: $p \leq 0,01$, 47 и $p \leq 0,05$, 67. Результат: $U_{Эмп} = 31$, полученное эмпирическое значение $U_{Эмп}$ (31) находится в зоне значимости.

Оценка различий между группами № 1 и 2 (факт аборта подтвержден) по уровню негативных чувств, направленных на себя, выявила U-критерий Манна — Уитни: Укр: $p \leq 0,01$, 100 и $p \leq 0,05$, 123. Результат: $U_{Эмп} = 163$, полученное эмпирическое значение $U_{Эмп}$ (163) находится в зоне незначимости.

Также исследование показало: дети, следующие за абортированными детьми, часто не видят себя благополучными в будущем: среднее значение на одного респондента 0,32. В контрольной группе этот показатель равен нулю.

Обсуждение полученных результатов. И. Пригожин обнаружил, что при определенных состояниях, отклоняясь от точки равновесия, система может переступить критическую черту, через которую она уже не способна вернуться назад, к предыдущему состоянию, но может начать развиваться в новом, непредвиденном направлении [8]. С нашей точки зрения, такой критической точкой является аборт. Аборт — это лишение жизни, и в большинстве случаев биосистема, которой является родовая система, не может вернуться к исходной точке «благополучия». Она начинает развиваться в новом направлении, образуя подсистемы.

Изменения в системе, особенно в ее деталях, напрямую предусмотреть невозможно. В результате кризисных, стрессовых событий, например аборта ребенка, стабильное состояние системы нарушается, она подходит к критической точке, после которой развивается новая, иногда совершенно неожиданная упорядоченная форма. Например, диада: живой ребенок — абортированный ребенок.

Пройдя фазовый переход, новая упорядоченная форма в семейной системе, в анамнезе которой присутствует абортированный ребенок, формируется за счет возникновения симптома у тех, кто следует в хронологической последовательности за ним. В нашем исследовании под симптомом понимается деструктивное чувство, направленное на себя, например чувство «безысходности». Каким будет симптом, предсказать невозможно,

но, как показывает исследование, он всегда дуалистичен. С одной стороны, он деструктивен для его носителя, с другой — симптом, по сути, становится «полноправным членом» системы, выполняя функции связи одного члена системы с другим, и тем самым несет позитивное значение, объединяя всех членов системы. Например, чувство «одиночества» — это может быть замещенное «чувство» абортированного ребенка, которого не приняли другие члены системы.

В нашем исследовании новые подсистемы — это диады, дети женщины, абортировавшей ребенка, и их дети с теми детьми, которые были абортированы в системе. Во многих случаях наблюдается замещение живыми детьми тех детей, которые были абортированы до них. Часто живые дети испытывают, без видимой причины, чувство вины, чувство одиночества, стыд за себя, частое чувство обиды, нехватку любви, страх смерти. Многообразие этих деструктивных проявлений сложно вместить в одну статью. Например, чувство обиды — это, возможно, для тех детей, которые остались живы, замещение чувств убитых детей. Чувство вины может объясняться тем, что ребенок, следующий за абортированным, неосознанно считает себя виноватым, что он живет, а его брат или сестра нет.

Возможно, в некоторых случаях ребенок берет эти деструктивные чувства у своей матери, которая лишила жизни своего ребенка. Часто такие дети, следующие за абортom, чувствуют себя несчастными, испытывают жалость к себе, тем самым они неосознанно выбирают роль страдающей жертвы, сами не понимая того, наказывая себя за то, что было содеяно до них и без их участия.

Суммируя полученные данные, можно сказать, что основной психологической чертой детей, следующих за абортированным ребенком, и детей, следующих за абортированными детьми, является неприятие себя, отрицательное отношение к себе и невидение себя благополучным в жизни.

В то время как дети, в анамнезе родовой системы которых отсутствует факт аборта, отличаются гораздо более позитивным отношением к себе. Их отношение к себе положительное, они

чаще видят себя благополучными в будущем. Сравнительный анализ показал: давность срока факта аборта роли не играет, у всех респондентов, следующих за абортированным ребенком, уровень неприятия себя был значительно выше, чем у тех респондентов, где факт аборта отсутствовал.

Выводы

1. Как подтвердило исследование, наличие в системе исключенного абортированного ребенка способствует возникновению симптома у детей, следующих за ним.

2. Абортированный ребенок может рассматриваться как исключенный — «теневого персонаж» родовой системы.

3. В большинстве случаев в системе, в анамнезе которой имеется факт абортированного ребенка, образуется новая подсистема — диада «абортированный ребенок и ребенок, следующий за ним».

4. Симптом, возникающий у идентифицированного респондента, следует рассматривать как значимый элемент в родовой системе, связывающий респондента с тем, кто был исключен из системы.

5. При возникновении симптома важно помнить о его двойном значении, как деструктивном, так и объединяющем.

6. Факт абортирования ребенка негативно влияет на всю семейную систему, обуславливая возникновение деструктивных симптомов у тех, кто следует за ним.

7. Дети в истории родовых систем, в которых отсутствует факт аборта, более сохранны и более положительно относятся к себе. Они чаще видят себя благополучными в будущем.

Практическая значимость

1. Полученные статистические данные подтверждают гипотезы существования «теневого персонажей» и их влияние на других членов системы. Они дают возможность скептикам,

которые отрицают системный подход в психологии, увидеть, что за гипотезами стоят конкретные цифры и влияние на клиента других членов системы, в том числе и тех, кто исключен, огромно.

2. Более того, данные факты могут быть использованы в профилактике абортов, в разъяснительной работе об их последствиях.

3. Результаты исследования могут быть полезны при работе по психокоррекции патологической симптоматики, так как дают возможность выявления причин возникновения симптоматики.

Верность предкам, ставшая бессознательной или невидимой (невидимая лояльность), правит нами. Важно сделать ее видимой, осознать, понять то, что нас заставляет, что нами руководит, и в случае необходимости поместить эту лояльность в новые рамки, чтобы обрести свободу жить своей жизнью [9].

Литература

1. Шлиппе А., Швайтцер Й. Учебник по системной терапии и консультированию. М., 2007.
2. Willke H. Methodologische Leitfragen systemtheoretischen Denkens: Annäherung an das Verhältnis von Intervention und System // Zeitschrift fuer systemische Therapie. 1983. № 1 (2). S. 23–37.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб., 2010.
4. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. М., 1998.
5. Шутценберг А. А. Синдром предков. М., 2001.
6. Шлиппе А., Швайтцер Й. Указ. соч.
7. Hoffman L., 1975: Enmeshmentll and the too richly cross-jomed system // Family Process. № 14. Pp. 457–468.
8. Prigogine I., Stenger I. Dialog mit der Natur Munchen Piper. München, 1981.
9. Шутценберг А. А. Указ. соч.

**Перинатальная паллиативная
помощь, поддержка семей,
отказавшихся от аборта
и ожидающих рождения ребенка
с неблагоприятным прогнозом
для жизни и здоровья**

Оксана Петровна ПОПОВА

Врач акушер-гинеколог,
руководитель программы
перинатальной паллиативной помощи
детского хосписа «Дом с маяком»

Мы сейчас говорили о прерывании беременности и в основном говорили о тех случаях, когда все в порядке, но женщина выбирает прервать беременность. Я работаю совсем с противоположной ситуацией: все плохо, но женщина решает сохранить беременность.

Я хочу два слова сказать про детский хоспис «Дом с маяком». Это организация, которая помогает неизлечимо больным детям на территории Москвы и Московской области. У нас одновременно получают помощь около 800 детей, и они находятся в основном дома, так как детям всегда спокойнее и лучше дома. Это нам, взрослым, иногда хочется, чтобы рядом были врачи, больничные стены, необходимое оборудование. Детям всегда главное, чтобы рядом были мама, папа, игрушки и звери домашние, — вот мы и стараемся обеспечить детей такими условиями столько времени, сколько у них есть, сколько им отведено, мы стараемся сделать так, чтобы их жизнь была полноценной, чтобы они купались, гуляли и жили полноценной жизнью.

Перинатальная паллиативная помощь — это помощь¹, которая предлагается тем семьям, которые отказались от прерывания беременности, несмотря на неизлечимый диагноз у ребенка — неизлечимый, который никак нельзя вылечить.

¹ См. доклад Поливиченко Е.В. «Возможности перинатальной и неонатальной паллиативной помощи в ситуации репродуктивного выбора семей», с. 139.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ (от лат. pallium — «покрывало, плащ») — комплексный подход к больному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания (неонкологического и онкологического).

- ◆ Направлена на улучшение качества жизни ребенка с тяжелыми хроническими заболеваниями, при которых снижен или отсутствует реабилитационный потенциал.
- ◆ Включает поддержку семьи.

Задача хосписа — заботиться о качестве жизни ребенка и создавать условия, чтобы вся семья могла жить максимально полной, активной, нормальной жизнью.

Мы берем под опеку семьи, которые узнали о диагнозе на этапе беременности, мы с ними встречаемся, и очень часто семьи готовы получить от нас какую-то помощь, но это бывает не всегда.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ — предлагается семьям, ожидающим рождения ребенка с тяжелым неизлечимым заболеванием, с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья.

Критерии взятия под опеку команды паллиативной помощи:

- ◆ наличие тяжелых неизлечимых заболеваний у ребенка, диагностированных внутриутробно;
- ◆ отказ от прерывания беременности;
- ◆ желание семьи получать паллиативную помощь.

Виды заболеваний и состояний ребенка: тяжелые хромосомные и генетические заболевания, тяжелые неоперабельные врожденные пороки развития и др.

Период получения помощи: до рождения ребенка, роды, период новорожденности. Далее ребенок может быть переведен под наблюдение медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь детям в амбулаторных или стационарных условиях.

Как выглядит городской перинатальный консилиум в Москве? У нас так настроена маршрутизация, что все пациентки после 22 недель беременности в случае грубой патологии плода направляются на такой единственный в Москве перинатальный консилиум. Конечно, бывает, что кто-то не доходит до него, но чаще всего все через него проходят.

Вот на такой консилиум в 2018 г. пришла пара Елена и Игорь, они ждали дочку — 33 недели беременности было у Лены. Они зашли вот в этот кабинет, в кабинете сидят очень опытные знаменитые в Москве врачи: это кардиохирурги, общие хирурги, генетики, неонатологи, акушеры-гинекологи, которые заранее, до того как семья зашла в кабинет, обсуждают случай и обсуждают, можно ли как-то ребенка спасти, вылечить, прооперировать. И когда Лена с Игорем зашли, они присели за этот стол, и врачи им сказали: «К сожалению, у вашего ребенка неизлечимый порок сердца. И уже сейчас, на этапе беременности видны признаки сердечной недостаточности, очень высокая вероятность антенатальной гибели. Вы можете прервать беременность, имеете право сделать это на любом сроке, или можете получить перинатальную паллиативную помощь. К вам сейчас выйдет специалист». И я вышла с Леной, с Игорем за дверь, представилась и говорю: «Давайте мы вам поможем». Елена, конечно, вся была в слезах, у нее дрожали руки, муж сидел, сжимал кулаки, и вот она посмотрела на меня и говорит: «Вы что, не слышали этих врачей, мне нельзя помочь, нам ничего, никто не может помочь, никто не может ничего сделать». Вот я вам сейчас попробую показать, что все-таки сделать всегда что-то можно и что паллиативная помощь — это всегда про это.

Немного в сторону шаг: это структура заболеваний пациентов, с которыми мы встречаемся, пренатальные диагнозы у малышей. Это в основном грубые пороки развития центральной нервной системы, мочевыделительной системы, это тяжелые хромосомные патологии, синдром Эдвардса, Патау с множественными пороками или множественные пороки без подтвержденной хромосомной генетической патологии, это скелетные дисплазии и пороки сердечно-сосудистой системы, диафрагмальные грыжи.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДОПЕЧНЫХ ПРОГРАММЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Пренатальные диагнозы:

- ◆ ВПР ЦНС: Анэнцефалия, экзенцефалия.
 - ◆ ВПР ЦНС: Рахискиз.
 - ◆ ВПР ЦНС: Выраженная вентрикуломегалия.
 - ◆ МВПР, подтвержденная хромосомная патология (микроделеция, дополнительный материал, трисомия).
 - ◆ МВПР без подтвержденной хромосомной патологии.
 - ◆ ВПР мочевыделительной системы (гипоплазия, поликистоз почек).
 - ◆ Диафрагмальная грыжа, гипоплазия легких.
 - ◆ ВПР ССС: (единственный желудочек / общий артериальный ствол / транспозиция магистральных сосудов / коарктация / перерыв / стеноз аорты / общий артериальный ствол IV тип / стеноз аорты / аномальное отхождение легочной артерии / стеноз и недостаточность тронкального клапана/ атрезия ЛА и др.).
 - ◆ Синдром Эдвардса, синдром Патау.
 - ◆ СМА (спинальная мышечная атрофия).
 - ◆ Скелетная дисплазия.
-

Почему вообще мы начали эту программу? Потому что нам писали родители о том, что они сейчас ожидают рождения ребеночка с тяжелой патологией, а мы говорили: ну вот, он родится,

мы будем вам помогать. Но мы видели, что родителям уже сейчас нужна помощь! И еще писали родители, которые прошли эту историю когда-то давно, без поддержки, и это были письма, полные такой горечи, такого ужаса, когда они узнавали диагноз, им говорили прерывать и больше никаких вариантов. От них отворачивались близкие, их не поддерживали врачи, они приходили в роддом, на роды, им говорили: «Вы что, не знали, что надо прервать беременность, почему вы вообще сюда приходите, почему не прервали?» Дальше ребенок рождался, его не показывали, уносили, не предлагали похоронить, и на этом история заканчивалась. Это были очень страшные истории, и мы поняли, что мы хотим хотя бы попробовать что-то изменить.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- ◆ Письма в хоспис родителей, перенесших перинатальную потерю или нуждающихся в помощи на этапе беременности.
 - ◆ Отсутствие структуры в системе здравоохранения, оказывающей помощь беременным женщинам, решившим сохранить беременность, несмотря на тяжелый диагноз ребенка.
 - ◆ Изменение отношения к детям с тяжелыми патологиями.
 - ◆ Несовершенство законодательства — невозможность отказа от реанимации.
-

Почему родители принимают решение все-таки родить такого ребенка? Мы думали, что это в основном религиозные люди, но оказалось, что нет. Всех родителей в нашей программе объединяло то, что они относятся к ребенку внутриутробному как к человеку, начиная с положительного теста на беременность, просто для них это сразу человек, неважно, религиозные люди это или нет. И чаще всего именно поэтому они просто не могут сделать другой выбор, та же самая пара Игорь с Еленой, которые были на пренатальном консилиуме. Когда им сказали прервать, Игорь перебил врачей и сказал: «Я петуха не могу

убить, что вы мне предлагаете — ребенка!» То есть это семьи, которые не в состоянии сделать другой выбор, может быть, даже они бы хотели, но они не могут.

ПОЧЕМУ И КАК РОДИТЕЛИ ДЕЛАЮТ ТАКОЙ ВЫБОР

- ◆ Отношение к ребенку, растущему внутриутробно, как к человеку.
- ◆ Невозможность сделать другой выбор (нет ощущения морального права).
- ◆ Надежда на ошибку и чудо.
- ◆ Религия.

Решение трудное, чаще всего очень взвешенное, выстраданное, осознанное и ответственное. Конечно, бывают деструктивные сценарии, при которых беременная женщина избегает сложного решения, заинтересована в льготах и т. п. В нашей практике таких семей было мало.

Наша задача — дать родителям возможность почувствовать себя родителями. То есть если они относятся к своему ребенку сразу как к человеку, значит, они сразу его родители, сразу мама и папа, даже если они не побудут мамой и папой даже месяц, даже день после рождения своего малыша. И мы стараемся сделать так, чтобы на этапе беременности были силы, были ресурсы, было понимание, как почувствовать себя мамой и папой, это очень трудно и это не всегда получается, но мы стараемся, мы пробуем.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- ◆ Повышение качества жизни семьи (до рождения ребенка, во время родов, в течение жизни ребенка и после его смерти).
 - ◆ Повышение качества жизни ребенка, попытка уменьшить или избежать физических и эмоциональных страданий.
-

Что мы для этого делаем? Во-первых, мы уважаем выбор родителей, мы уважаем их решение не прерывать беременность, мы понимаем, что были планы, да, вот они увидели там две полоски, они представляли себе, что будет дальше, какой будет ребенок, на кого он будет похож, — все эти планы рухнули, и мы стараемся найти опору вот сейчас.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

- ◆ Уважение выбора семьи.
 - ◆ Информирование семьи (полное, честное, тактичное).
 - ◆ Оказание мультидисциплинарной поддержки (медицинской, психологической, духовной, эмоциональной).
 - ◆ Организационная помощь (помощь в выборе места родов, фотосессия, УЗИ, консультации, помощь при оформлении документов, организационные вопросы, связанные с переводом в хоспис, прощанием, похоронами).
 - ◆ Подготовка к родам, составление плана (что важно успеть, что подготовить).
 - ◆ Сопровождение в родах.
 - ◆ Передача после рождения ребенка специалистам хосписа для дальнейшего наблюдения.
 - ◆ Беривмент.
-

У нас была семья, в которой ждали четвертого ребеночка, и папа говорил, что «всех детей я знал, что я буду учиться любить после рождения, но этого ребенка, эту дочку я должен научиться любить сейчас». Для того чтобы у родителей были силы, сначала нужно снять информационный голод, потому что это вакуум такой, в который родители окунаются, нет информации! Нет информации от врачей. От врачей в основном предложение прервать беременность. Мы работаем мультидис-

циплинарной командой, у нас есть врач акушер-гинеколог, неонатолог, фотограф, сопровождающий в родах, нам помогают священники, юристы и т. д. Мы встречаем семьи на консилиумах, к нам обращаются напрямую или направляют специалисты, которые уже знают про нашу программу.

На этапе беременности мы предоставляем информацию, предлагаем пообщаться с другими родителями, прошедшими через такую же историю, предлагаем психологическую помощь, организационную. У нас есть для этого время, мы готовы уделить столько внимания семье, сколько им необходимо, и мы предлагаем беременную фотосессию, чтобы запомнить именно вот это время сейчас, во время беременности. Да, некоторые наши родители говорят, что «мой ребенок прожил 38 недель беременности» или «мой ребенок прожил 40 недель беременности и один час... два часа» — это столько прожил их ребенок, от этого они не стали меньше мамой и папой. Мы предлагаем родителям ультразвуковое исследование, на котором мы не акцентируем внимание на пороках каких-то, а стараемся, чтобы родители порадовались своему малышу.

ГДЕ МЫ ВСТРЕЧАЕМ СЕМЬИ

- ◆ На городском перинатальном консилиуме.
- ◆ Прямые обращения.
- ◆ Направления к нам из других фондов, от врачей, специалистов.

УСЛУГИ ПРОГРАММЫ

На этапе беременности:

- ◆ Предоставление информации о заболевании, ответы на вопросы по состоянию ребенка, рассылка материалов.
- ◆ Общение с другими родителями.
- ◆ Организационная помощь.
- ◆ Обсуждение плана родов, послеродового периода.

- ◆ Обсуждение выбора пути для ребенка.
- ◆ Психологическая помощь.
- ◆ Духовная помощь.
- ◆ Фотосессия, подарки на значимые даты.

ПЕРВАЯ ВСТРЕЧА С СЕМЬЕЙ

- ◆ Место.
 - ◆ Время: 2–3 часа.
 - ◆ Условия, обстановка.
 - ◆ Принятие, уважение выбора.
-

У нас была Полина, которая жила только внутриутробно. У родителей есть видео, где она двигается, где она шевелит ручками, ножками, но живой после рождения они ее не видели.

Мы дарим букеты цветов каждую неделю или какие-то вкусности, мы говорим: вот ваша Машенька, ваш Сашенька, он прожил уже 38 недель, мы вместе с вами радуемся — для родителей это очень важно и ценно, хотя бы даже то, что мы называем ребенка по имени, а то, что мы еще и дарим ему цветы — это особенно важно.

Мы помогаем в родах, сопровождаем беременных во время родов, и после рождения мы помогаем попрощаться с ребенком.

Если ребенок родился живым и его переводят в реанимацию, наша задача, чтобы был доступ к ребенку, чтобы была возможность его крестить. Если ребенок жив и есть возможность выписать его домой, мы выписываем домой под наблюдение детского хосписа «Дом с маяком». Ребенок, может быть, живет недолго, но живет полноценной жизнью, гуляет, купается, живет с братьями и сестрами.

Мы сохраняем память о ребенке.

УСЛУГИ ПРОГРАММЫ

В родах

- ◆ Сопровождение в родах.
- ◆ Психологическая помощь родственникам, духовная помощь, выполнение договоренностей.
- ◆ Помощь в оформлении медицинской документации (ВК о нужде-мости в паллиативной помощи).

После рождения

- ◆ Если ребенок умер, организация прощания, похорон, памятные подарки, вещи.
- ◆ Если жив, организация крещения, посещения реанимации, выписки домой.
- ◆ Фотосессия.
- ◆ Решение вопросов по прекращению лактации или по грудному вскармливанию.
- ◆ Организация помощи дома, предоставление необходимого оборудования, наблюдение, медицинская помощь в домашних условиях.
- ◆ Социальная, юридическая помощь (ускорение получения препаратов в поликлинике).
- ◆ Психологическая помощь, беривмент-программа.
- ◆ Духовная помощь (крещение до выписки или дома, отпевание, поддержка) .

У нас прошло 92 семьи — для нас это много. 62 семьи потеряли малыша, и очень важно, я считаю, сказать, что наши семьи (ни одна из семей) не пожалели о том, что они сделали такой выбор. В 16 семьях родились уже здоровые дети после потери наших малышей — то есть родители не боятся врачей, не боятся роддомов. И не боятся снова вернуться к репродуктивному выбору.

НЕМНОГО СТАТИСТИКИ

- ◆ Всего 92 семьи (с 2018 г.).
- ◆ 62 семьи в беривменте.
- ◆ 9 семей переведены в Детскую программу.
- ◆ 20 семей сняты с учета.
- ◆ 1 ребенок сейчас в перинатальной программе.
- ◆ В наших подопечных семьях после смерти малыша, родилось 15 здоровых детей и 1 ребенок с ВПС.
- ◆ В программе не было ни одного развода.

КАКОЙ БУДЕТ ПАМЯТЬ?

- ◆ Для семьи история не закончилась.
 - ◆ Похороны, прощание, могила, долгое-долгое горевание.
 - ◆ Памятные дни, даты.
-

Возможности перинатальной и неонатальной паллиативной помощи в ситуации репродуктивного выбора семей

Елена Владимировна ПОЛИВИЧЕНКО

Доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии,
гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
главный внештатный детский специалист
по паллиативной медицинской помощи
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Искусственное прерывание беременности лишает семью возможности увидеть здорового ребенка. Насколько же более сложной и более многоходовой задачей является поиск решения в ситуации, когда врач видит тяжелую патологию плода, и она верифицирована сегодняшними современными методами, и возникает репродуктивный выбор, который бывает очень труден.

Я представляю паллиативную помощь — это помощь для тех, кто болен неизлечимо. Мы впервые лет 20 назад услышали о так называемом внутриутробном хосписе — то есть матка, мама как первый хоспис для того, кого она вынашивает. Это тяжело услышать, но такое понятие встречается в литературе. Я хочу напомнить, что наша паллиативная помощь — это часть нормативной базы здравоохранения в стране. Это самый молодой вид паллиативной помощи из всех видов медицинской помощи, она у нас 12 лет как в нормативной базе, она междисциплинарна и адресована не только к людям в белых халатах, она осуществляется также психологами, социальными работниками, духовными лицами, волонтерами.

Сегодня паллиативная помощь — это целая система. Я отвечаю за учет данных в этой сфере и могу вам сказать, что в прошлом году около 26 000 детей — неизлечимо больных инвалидов получили этот вид помощи в нашей стране. Когда доктор говорит: «Знаете, я должен вас расстроить, у вашего ребенка по данным исследований очень тяжелое заболевание»... есть прекрасная статья, которая озаглавлена так: «Когда начало жизни означает ее конец», — это как раз та самая ситуа-

ция. В этой позиции репродуктивный выбор становится очень сложно находящимся решением. Вот данные 2005 г.: 250 с лишним женщин опрашивают через 2–7 лет после того, как они приняли решение из-за порока развития плода беременность прервать. И из них, из этих 200 с лишним женщин 17% по-прежнему имеют признаки посттравматического стрессового расстройства.

Психологические последствия прерывания беременности с врожденными пороками развития плода

Исследование **254 женщин**.

Проведено **через 2–7 лет** после прерывания беременности на сроке **до 24 недель** в связи с ВПП плода.

- ◆ Изучены симптомы: переживания горя, ПТСР и отдаленные психологические симптомы.
- ◆ **17,3% женщин** имели патологические признаки посттравматического стрессового расстройства.
- ◆ Детерминанты неблагоприятных психологических последствий:
 - гестационный возраст на момент прерывания > 14 недель;
 - недостаточная поддержка от партнера;
 - низкий образовательный уровень женщины.

Korenrop M.J. et al. Prenat Diagn 2005. Vol. 25. № 3. Pp. 253–260.

Я адресую вас к очень мудрому педагогу, многие знакомы с его совершенно героическим жизненным путем. Концепция Януша Корчака говорит о том, что «неважно, каков ребенок, люби его любым — неталантливым, неудачливым, взрослым. Ребенок — это праздник, который пока с тобой», каким бы он ни был.

Такой близости, какая складывается иногда между неизлечимо больным ребенком и его родителями, иной раз не увидишь в благополучной семье. С духовной, нравственной точки зрения — это удивительное событие.

За рубежом «внутриутробный хоспис», перинатальная паллиативная помощь развивается уже давно. Посмотрите на правый столбик: процент беременностей без прерывания бывает очень высоким (50% и выше), если с женщиной поговорили специально обученные специалисты по паллиативной помощи.

Результаты программ перинатальной паллиативной помощи за рубежом

Авторы, год	Страна	Число пациентов	% беременностей без прерывания
Calhoun, 2003	США	31	87
D'Almeida, 2006	США	28	75
Breeze, 2007	Великобритания	20	40
Leuthner, 2007	США	185	37



В прошлом году мы перевели «**Международные стандарты паллиативной помощи детям**» на русский язык, брошюра выйдет через месяц. Там пятая группа заболеваний или состояний впервые зазвучала как легитимная, и там говорится о том, что нерожденные дети с серьезными проблемами здоровья, которые могут не дожить до рождения, — это наши пациенты.

Такой малыш еще не гражданин, мы еще не знаем его имени, мы не видели его глаз, но мы уже о нем думаем, и мы хотим сделать

так, чтобы из того самого достоинства уважения к святости ситуации, к роли матери, к роли продолжения рода, чтобы все было сделано, как у людей.

Мы стараемся, и моя коллега из московского хосписа **«Дом с маяком»** Оксана Петровна Попова рассказала, как они реально это все исполняют.

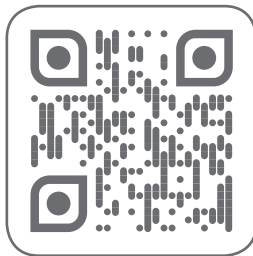
Но мне важно связать то, о чем я говорю, с дорожной картой по повышению качества и доступности паллиативной медпомощи — у нас есть нормативный документ, где правительство говорит о том, что такая особенная группа еще не рожденных детей требует проработки вопросов оказания паллиативной медпомощи. То есть мы исполняем правительственную дорожную карту. В Москве департамент здравоохранения два года назад сформировал приказ, в котором есть раздел «Особенности оказания медпомощи беременным, у которых установлены хромосомные нарушения, врожденные пороки развития плода с неблагоприятным прогнозом». То есть на нормативной базе детский хоспис **«Дом с маяком»** очень активно и не один год работает с этими семьями.

То есть женщинам предоставляется на пренатальном консилиуме не только информация по здоровью, по прогнозу, по способам родоразрешения, сохранения или прерывания беременности. На пренатальном консилиуме сидит представитель паллиативной помощи, который очень хорошо инструктирован, обучен и имеет опыт работы с такими семьями. Этот человек дает вначале информационную поддержку: на что можно рассчитывать семье, если роды состоятся, какова будет помощь для этой женщины и ее родственников. Дают также организационную поддержку, психологическую, духовную, медициной занимаются акушеры-гинекологи. Фонд **«Детский паллиатив»** очень много делает для создания организационно-методической научной базы этого направления.



«Дом с маяком»

<https://mayak.help/perinatal/>



«Детский паллиатив»

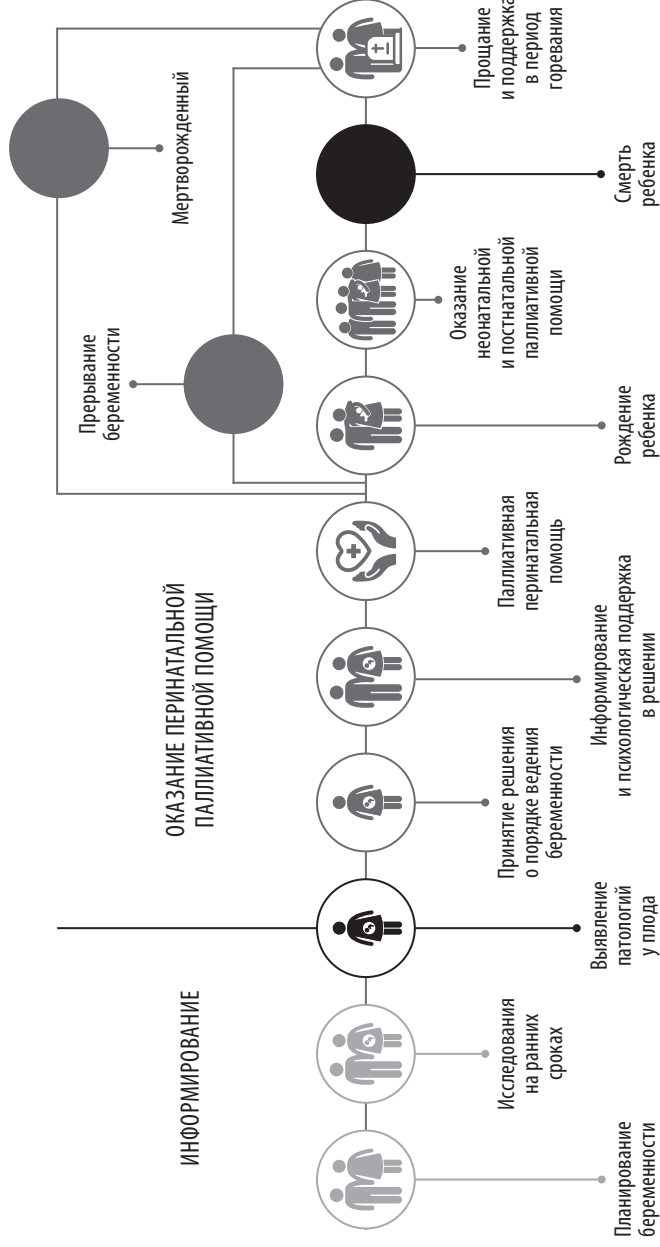
<https://www.rcpcf.ru/>

Услуги перинатальной паллиативной помощи

(на примере Перинатальной программы
благотворительного фонда «Дом с маяком», г. Москва)

Выявление тяжелого неизлечимого заболевания у ребенка внутриутробно	Пренатальный скрининг: <ul style="list-style-type: none"> ◆ 1-го триместра — 11–14-я неделя ◆ 2-го триместра — 18–21-я неделя ◆ 3-го триместра — 30–34-я неделя
Перинатальная паллиативная помощь	Сроки оказания помощи
ГОРОДСКОЙ перинатальный консилиум	◆ 13–40-я неделя беременности
ИНФОРМАЦИОННАЯ помощь Предоставление родителям необходимой информации о диагнозе ребенка, прогнозе, возможностях паллиативной помощи детям	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 13–40-я неделя беременности ◆ роды ◆ 1–4-я неделя новорожденности
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ помощь Составление индивидуального плана беременности и родов, сопровождение на консилиуме и в родах, помощь в стационаре, на дому, организация прощания и похорон	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 13–40-я неделя беременности ◆ роды ◆ 1–4-я неделя новорожденности
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ помощь Индивидуальная поддержка всех членов семьи на дорожном этапе, в процессе и после родов. Помощь в переживании утраты — до 5 лет после смерти ребенка	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 13–40-я неделя беременности ◆ роды ◆ 1–4-я неделя новорожденности ◆ детская жизнь с 28 дня и далее
ДУХОВНАЯ помощь Индивидуальная помощь при уважительном отношении к религиозным, духовным и личным убеждениям семьи	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 13–40-я неделя беременности ◆ роды ◆ 1–4-я неделя новорожденности
Помощь семье в создании ВОСПОМИНАНИЙ и памятных вещей <ul style="list-style-type: none"> ◆ Организация фотосессий беременной женщины, семьи, новорожденного ребенка (в том числе на родах) ◆ Создание шкатулки памяти (3D УЗИ, памятные фотографии, отпечатки ладошек и ступней, локонов волос и пр.) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 13–40-я неделя беременности ◆ роды ◆ 1–4-я неделя новорожденности
Паллиативная медицинская помощь детям	Сроки оказания помощи
В амбулаторных и стационарных условиях, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> ◆ на дому ◆ в отделениях паллиативной медицинской помощи ◆ в детском хосписе 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 4-я неделя новорожденности ◆ детская жизнь с 28-го дня и далее

Перинатальная паллиативная помощь



15 брошюр издано о том, как нужно работать с семьями, которые находятся в сложной ситуации оптимального репродуктивного выбора, если имеется прогноз, неблагоприятный для жизни ребенка. Нас очень порадовало в свое время письмо Минздрава России, как сообщать диагноз при инвалидизирующей патологии. Это был, безусловно, шаг вперед, и я благодарна всем причастным — это работает, но это очень хорошо работает среди неонатологов, пациентских сообществ, НКО, и это встречает некое сопротивление в родовспомогательных учреждениях, потому что это требует изменений, требует быть более строгими к своему профессиональному стилю.

Как выглядит медико-социальный контекст работы и паллиативной помощи новорожденным с пороками развития, хромосомными нарушениями, которые вылечить сегодня невозможно?

Информационно-методическое письмо Минздрава России от 10.11.2021 № 15-1 /И/1-18597 «Рекомендации по сообщению диагноза при подозрении или обнаружении у плода/ребенка инвалидизирующей патологии или риска ее развития»

При сообщении беременной женщине информации о подозрении или обнаружении у плода инвалидизирующей патологии или риска ее развития запрещается:

- ◆ рекомендовать прервать беременность;
- ◆ рекомендовать отказаться от ребенка;
- ◆ излагать субъективное видение перспектив жизни ребенка и семьи;
- ◆ препятствовать присутствию иных лиц, сопровождающих беременную женщину во время беседы по их желанию.

Речь идет о тех детях, которых ни один волшебник в мире не может вылечить, речь не идет о каких-то более мягких видах патологии. И я хочу закончить идеей о том, что перинатальная и неонатальная паллиативная помощь адресована семье, и она ставит своей задачей помочь семье прожить вот это тяжелое неопределенное время. Что будет? Мертворождение, прерывание, рождение ребенка, операции, паллиативный подход — это очень тяжелое время, время особое, которое запоминается навсегда.

Один наш коллега говорит: «В каком бы возрасте я ни спросил женщину о ребенке, которого она потеряла, у нее всегда краснеют глаза, сколько бы времени после этого ни прошло и каким бы этот ребенок ни был».

Помочь родителям оставаться родителями в их святой родительской роли — вот задача перинатальной паллиативной помощи.

Психогенное бесплодие как следствие аборта

**Письмо нерожденному ребенку
и его внимательный разбор с психологом**

Анастасия ПОПОВА

Психолог и руководитель психологической службы,
соучредитель «Лейб Медик»

«Здравствуй, нерожденный малыш!

Я все еще ощущаю боль, вспоминая о тебе, о своем шаге, о своем решении...

Как быстро я поняла, что беременна, как ночи напролет уговаривала свой мозг не поступать так, как решила. Сердце было за тебя, а мозг против. Я послушала мозг.

Я боялась, что ты не родишься здоровым из-за таблеток, которые я пила, из-за того, какой я была, из-за того, что отец твой был наркоманом. У меня будто бы было предчувствие, и я себя уговаривала, чтобы оправдать это действие.

Ты выбрал не ту семью, точнее, ее отсутствие. Почему дети могут легко прийти к тем, кто их не ждет, а к тем, кто их ждет и зовет, не приходят?

Я помню, как плакала и извинялась перед тобой, что ты не родишься.

Просила, чтобы твоя душа выбрала другую, хорошую семью, где ждут ребенка. Врачи подливали масла в огонь, пугая меня всем чем можно, и только одна врач утешала меня и ничего не комментировала».

Я — психолог. Меня зовут Анастасия Попова и я уже почти двадцать лет занимаюсь вопросами репродуктивного здоровья и ролью психики в них.

Ролью уровня стресса, негативного или позитивного опыта беременностей, родов, взаимодействия с младенцами в том, может ли женщина забеременеть, выносить и родить ребенка. Или не может. Или не решается даже попробовать.

Привычное нам устройство системы здравоохранения не учитывает эти вопросы, поэтому я открыла собственную клинику с партнерами — врачом-репродуктологом и медицинским управленцем, прошедшим все круги ада в лечении собственных репродуктивных проблем. Мы работаем с пациентами через восстановление фертильности пары и имеем возможность учесть и психологический фактор в числе прочих. Учитываем. Видим результат.

И конечно, в работе с психогенным бесплодием опыт аборта имеет гигантское значение.

Думаю, мы в лечении бесплодия и невынашивания сталкиваемся с опытом аборта у женщин гораздо чаще, чем другие врачебные специальности. И хотя этот аборт может быть сделан давно, его последствия, как медицинские, так и психологические, могут быть яркими и через годы после события.

Тема болезненная, и о ней часто молчат даже с врачом и с психологом, но и работать женщины все чаще решаются. И роль аборта в своей жизни оценивают адекватно. А иногда даже дают разрешение на публикацию материалов со словами: «Если это кого-то убережет и кому-то поможет — пожалуйста!» Поэтому появились мой доклад и эта статья — я могу опубликовать материалы работы с разрешения пациентки.

О письме и практике

Работа психолога с последствиями аборта подразумевает несколько разных практик. Одна из них — письменная практика. В ней много плюсов, она позволяет спокойно подумать и сформулировать наиболее сложные мысли. Это письмо нерожденному ребенку от женщины, которая уже семь лет лечит бесплодие.

* * *

«Твой отец не хотел твоего появления и находил всякие отмазки, чтобы даже не говорить об этом. Очень жаль, что именно тут ты решил прийти ко мне. Ох, если бы ты подождал немного, я никогда не сделала бы аборт.

У нас был случай, когда мы только начали встречаться, и я уже тогда себе сказала, что я хочу, я забеременею. И буду рожать.

Я часто задаю себе вопрос: почему все так получается? Как это устроено? И не нахожу ответа...

Как я ревела на диване и билась в истерике и слезах, зачем все так?! И решила, что лучше вообще не иметь детей, и впредь стала аккуратнее.

Я помню, как выпила таблетку в 2,5 недели беременности, ведь я точно знала, что беременна, с первого дня задержки. И я все равно ее выпила, эту таблетку, и знала, что все кончилось, и психика была на нуле».

Это молодая женщина, 29 лет. Аборт она сделала десять лет назад. Никаких проблем со здоровьем на данный момент нет, муж тоже обследован, и все в порядке. Она счастлива замужем, хорошая работа, все хорошо. И вот это странное заключение врачей: «бесплодие неясного генеза». Это когда вообще все нормально, а беременность почему-то не наступает.

Впрочем, мы видим и другие варианты. Например, иммунная система бунтует против беременности: повышены антитела к ХГЧ или антиспермальные антитела. Они надежно защищают женщину от каждого сперматозоида. Чтобы больше никогда не забеременеть!

Могут быть и более простые последствия — спаечный процесс в результате перенесенного воспаления. Пораженные трубы, матка, но о медицинских последствиях аборта уже сказано много. Совсем безопасным и без последствий он не бывает в принципе. Мы про последствия психологические. Они есть всегда.

* * *

«Когда я закрывала глаза, то чувствовала ребенка, тебя, и я знала, что виновата перед тобой. Я никогда не думала, что сделаю аборт, я была против, но сделала. Думаю, что не поступила бы иначе, ты уж меня за это прости. Я выбрала

себя и свою жизнь и не нашла места в ней для тебя. Я сказала себе, что твоя душа нашла покой или, возможно, пришла в другую семью.

Для меня это был грех, очень тяжелый и непростительный. В настоящее время я стараюсь редко вспоминать об аборте, но иногда, когда состояние тяжелое и мозг повторяет одно и то же, я понимаю, что я бы не сделала по-другому, и тогда зачем мучить себя? И не нахожу ответа. Просто издеваюсь над собой».

Эти психологические последствия скрыты от всех. И врачу их не открывают, да и где врачу успеть помогать с таким. Плюс, врач — соучастник? Скрывают от близких, даже самых доверенных. Живут с этим в одиночестве и не находят выхода. Иногда, если могут, рассказывают об этом на исповеди. Некоторым помогает. Многим нет. Повторяют на исповеди одно и то же, пока батюшка не отправит к психологу. Тогда идут к другому батюшке, но иногда и к психологу. Не могут простить сами себя. И живут в этом десятилетиями.

И даже придя к психологу, далеко не всегда говорят об этом. Иногда проходит несколько встреч, прежде чем становится возможно озвучить эту страшную тему. Иногда за спокойно сказанным: «Да, в 19 лет у меня был аборт» — позже открывается вот такая история. В ней слезы, ночные кошмары, панические атаки, психосоматика и наказание себя бездетностью. Или невозможность построить новые отношения. Или еще какой-то себе запрет и самонаказание. Чувство вины обязательно его требует, а как еще поступить с этой виной — непонятно и спросить не у кого.

* * *

«Я пишу тебе, и будто пропадают силы, энергия уходит, видимо, я очень много ее оставила в той ситуации. И у меня это не получается отпустить. Верю в то, что ты живешь где-то, ведь у нас есть души. И твоя душа где-то счастлива, хоть и не была принята. Я верю в это. Сил нет. Я допишу письмо позже».

В работе психолога такая письменная практика предполагает, что после того, как письмо написано, его нужно убрать на два-три дня и потом вернуться к нему, перечитать. Подумать, все ли написано, не хочется ли добавить что-то еще. Иногда после такого перерыва женщина решается написать о чем-то наиболее сложном. О переживаниях или событиях, которые наиболее трудно затрагивать. Здесь, в этом письме, этого не произошло, но в таком перерыве женщина может вспомнить или решиться озвучить важные подробности. Разные. И тяжелые — про страх, боль, предательство, отчаяние. И хорошие — про поддержку, доброту, дружбу и любовь, которые проявляются и в таких драматичных обстоятельствах. Обида, страх, возмущение или благодарность, пережитые тогда, легко вспоминаются спустя годы после события.

Как это бывает в минуты травм и острых переживаний, очень четко запоминается все до мельчайших нюансов: кто как себя повел, и кто что сказал, и какого цвета были стены в коридоре. В целом само событие может быть вытеснено из памяти, но если женщина начинает вспоминать, то помнит все невероятно подробно.

Важная деталь: если в процессе женщина услышит, что у нее больше не будет детей или она не достойна больше иметь детей, — вероятность психогенного бесплодия в дальнейшем увеличивается в разы.

Увы, таких исследований я не нашла, но, опираясь на свою практику, встречаю такие случаи часто.

* * *

«Прошло 2 дня, я перечитала письмо, и кажется, что написала все, что думаю и чувствую. Чувствую потребность отпустить тебя и принять как историю в жизни, как факт, что мне пришлось принять тяжелое решение. Я правда желаю тебе найти семью, где тебя будут ждать и любить, или уже нашел, так как прошло более 10 лет. Как бы мне отпустить эту память и это письмо? Хорошо бы отдать его чайке, от-

править с ней, чтобы она отнесла его в море. В бирюзовое море, которое я так люблю за его приливы и отливы. Но, наверное, достаточно и того, что я решилась нормально об этом подумать и даже написать.

Прощай!»

Обратили внимание? Эта приписка уже совсем другая! Есть уже и чайка, и море, которое она любит. Немного легче, правда? Что произошло?

Ей удалось затронуть тему, о которой она со страхом и стыдом молчала десять лет! Мало того, ей удалось предъявить все это другому человеку, в данном случае психологу. И это оказалось не страшно, не больно, не стыдно и не опасно. Она не встретила осуждения, пренебрежения, а просто смогла рассказать и быть услышанной. Оказалось, что не обязательно бояться и стыдиться, а можно просто быть со всем этим и жить дальше.

А дальше у этой прекрасной практики есть еще одно продолжение. Женщина пишет сама себе ответ от неродившегося ребенка. Многие сомневаются и боятся: «Я же буду просто писать свои мысли?!» Конечно, свои. Никакой эзотерики тут нет, это не способ контактировать с загробным миром. Это способ заглянуть в собственные мысли, включить свет в темной комнате, в которой предполагались страшные монстры. Это та область, в которую страшнее и стыднее всего заглядывать, именно на этом месте происходит болезненное застревание, которое может затянуться на десять или сколько угодно лет. Не всегда, но в случае психогенного бесплодия там очень стоит поискать ответы. Это человек. Он мог жить и чувствовать. А его лишили жизни. И все об этом думают. И все этого боятся.

Вот ответ, который она написала:

* * *

«Здравствуй, несостоявшаяся мама. Пишет тебе твой нерожденный малыш. Я знаю, что ты чувствуешь сожаление, боль, жалость, несправедливость по отношению ко мне с твоей

стороны. До сих пор мучаешь себя воспоминаниями и при каждом воспоминании слезы блестят в глазах и ком в горле. Я знаю, что ты думаешь, что если бы не сделала в 17 лет операцию на яичниках, то не забеременела так быстро и ничего бы не случилось. Ты всегда винишь во всем себя. А в этой ситуации была виновата не только ты, но и мой несостоявшийся отец, которому было все равно. Я знал, что не появлюсь на свет. Ты была не готова, точнее, не была готова рожать от того, с кем встречалась. Хоть были отговорки про таблетки или что парень наркоман, но ты не хотела от него детей в принципе. Это был твой урок, и я помню, как ты однажды задала вопрос в небо, я бы даже сказал, помолилась:

“Господи, дай мне знак, как мне быть дальше, я запуталась и не знаю, чего хочу и что делать!”»

Надо сказать, что в этом случае, как и в других похожих, такой ответ пишется уже почти спокойно. К эмоциям уже решились прикоснуться и они уже схлынули. Все оказалось не так долго и не так страшно, как думалось. И теперь заработала голова, а такие помощники, как интеллект и здоровое мышление, всегда ускоряют процесс выздоровления даже от самых бредовых идей. Да, очень жаль, что все так случилось, но стоит ли это того, чтобы наказывать себя бездетностью? Не иметь больше детей и не дать родиться им — разве это кому-то поможет?

Я не оправдываю аборты. Я вообще не судья, чтобы обвинять, прощать или оправдывать. Моя задача — помочь выздороветь и стать матерью тем, кто этого хочет и не может себе разрешить. Или отцом. Были и такие случаи. А для этого нужно помочь простить себя, хотя бы частично. Вот и помогаю, как могу. Получается.

* * *

«Ты была услышана, и знак поступил, и ты истолковала его так, как считала нужным, хотя в такой ситуации другой человек мог решить, что это знак выключить эмоции и рожать.

Но ты не видела его своим мужем. Ты знала, что будешь страдать, и не хотела этого. А в твоей семье страдали все близкие женщины. Мама, бабушка говорили: “Ну что делать, жизнь тяжелая”. Ты представляла, как твой бывший парень видит тебя выходящей замуж за другого. После расставания с ним ты была счастлива, что вас ничего не связывает, даже нерожденный я. Тебе пришлось бы его видеть, а так ты забыла и давно простила эти 4,5 года отношений. Я вижу, что злость ушла, ты ничего там не оставила, все забрала и все вернула, что было не нужно тебе от него.

Ты спокойна сейчас, и именно это было для тебя знаком и твоим дальнейшим шагом. Я помню, как ты ругала себя, истязала упреками, издевалась над своей психикой, заставляла себя принять, что больше не будет детей, и не желать детей. Я все это чувствовал. Ты билась между разумом и сердцем, и я знаю, что в других обстоятельствах ты приняла бы меня. Но это были именно те обстоятельства, и именно в них появился я. Я не мог быть другим и появиться сейчас. Я был тогда и тогда был нужен тебе своим нерождением. Где ты была бы, если бы этого не случилось? Возможно, еще с ним, и к чему бы это привело?»

На этом этапе женщины отчетливо вспоминают и осознают тот простой факт, что решение об аборте было принято не на пустом месте. Были доводы и обстоятельства в пользу этого решения, увы. Иногда это были очень весомые доводы. И решение было принято не бездумно и не было эгоистичным капризом. Обычно эти весомые вещи всегда есть, даже если снаружи кажется, что все просто и женщина глупа и не думает, что делает. Чуть заглянуть вглубь — и там окажутся очень непростые обстоятельства. Также на этом этапе отчетливо осознается роль партнера — отца ребенка. И его 50% ответственности за происходившее. И от этого тоже становится немного легче. Могут вспомниться яркие роли или высказывания других членов семьи, близких людей, врачей. Осознается, что

влияли многие и сильно, а поэтому несправедливо за это решение брать всю ответственность только на себя. И винить только себя тоже несправедливо.

Также осознается роль времени. На момент принятия решения женщина была более молодой, менее опытной и сильной, могла зависеть от окружающих. Финансово, материально, психологически. Не была такой, как сейчас, и не могла думать и действовать так, как умеет сейчас. А поэтому несправедливо восклицать «*Но ведь я могла бы...*» Нет. Не могла. Если бы могла, сделала бы иначе.

И единственным разумным решением является мысль, что все это всем было для чего-то нужно. Включая неродившегося ребенка. И эта мысль спасает, так как тоже напоминает о скромности нашей роли и наших решений. О наличии больших и сложных процессов, которые мы можем совсем не осознавать и не понимать. Так тоже легче.

* * *

«Ты прошла свой путь тогда, а я — свой. Нам обоим было больно, но это наш урок. Но прошло уже больше 10 лет, а ты все винишь себя. Я злюсь на тебя, что ты не можешь отпустить ситуацию. Я уже никогда не появлюсь у тебя, я прошел свой путь тогда и иду дальше, а ты иди своим путем. У каждого своя душа и своя жизнь, давай ее жить, не вспоминая. Ты боишься, что у меня все плохо, но это не так. Напротив, когда душа проходит трудный урок, то находит свою счастливую дорогу. Так иди дальше и забудь свой страх. Подумай не обо мне, а о другой душе, которая <будет> твоим ребенком, рожденным в любви и понимании с твоим мужем. Позволь себе быть счастливой и перестань винить себя, во всем!

Я понимаю, что ты меня не забудешь. Но я бы хотел, чтобы вина, боль, жалость ушли и ты отпустила бы меня, жила свою жизнь, а я свою. Мы 10 лет назад все прошли, и это прошлое. Давай жить настоящим. Прощай!»

И здесь эта мысль тоже звучит. Ура. Потому что так можно принять ситуацию и погоревать о ней. Да, жаль. Да, была моложе, слабее. Да, не справилась. Да, не поддержали те, кто рядом, не помогли. Они тоже действовали, как могли.

Можно просто погоревать. Можно поплакать. А потом эту историю можно отпустить. Не забыть, помнить, но не страдать от нее каждый день и не видеть кошмарных снов. Так после раны остается шрам. Он не болит и не воспаляется, не отравляет жизни, но напоминает о том событии, которое ранило.

Я обычно спрашиваю у женщин, что им хочется сделать с письмом? Кто-то хочет оставить его на память. Кто-то хочет куда-то его деть. Тогда обсуждаем, куда. Вот это письмо хотелось оставить мне и даже было разрешено его публиковать, где я сочту нужным. Но иногда бывают и другие милые истории. Кто-то, задумавшись, приходит к выводу, что письмо нужно отправить. Куда-то. Придумывают не куда, а как, и это бывает уже с улыбкой:

«А я хочу сжечь и развеять пепел».

«А я его сложу и весной отправлю корабликом по воде».

«А мы с мужем купили саженец, посадили возле леса и под его корни положили письмо».

Это нужно сделать, если хочется. Такая деятельность становится хорошей точкой в переживаниях. Дело закрыто.

Через некоторое время после этого можно получить какие-то известия. Иногда наступают долгожданные беременности. Иногда вдруг нет выкидыша. Поженились. Сменила врача и лечение стало помогать. Решилась сменить работу. Переехала, как давно хотела и боялась.

В этом случае я получила такую информацию:

«Анастасия Александровна, доброе утро! Обещала Вам написать через 3 месяца. У меня все хорошо, пока еще не беременела, но теперь четко понимаю, что сейчас это навряд ли связано с психологией. Чувствую в эмоциональном плане себя хорошо, даже несмотря на внешнюю ситуацию. Не вызывают у меня тревожные мысли и сожаление те проблемы,

которые вызывали раньше. Спокойно могу о них говорить. Сейчас с мужем поедem в отпуск, а после отпуска наведемся к врачу, возобновим поиск факторов, которые могут влиять.

Спасибо Вам большое за все и успехов в Вашем важном деле! Буду рада обратиться к Вам за помощью, если она требуется».

Короткий итог, или К чему я это все написала

Аборт часто скрывают. В скрытой форме его последствия могут сильно портить жизнь и здоровье неограниченное время.

Основную часть переживаний об аборте составляют чувство вины и размышления на тему наказания. Сложно самостоятельно найти хороший выход из них. Поэтому они могут быть интенсивными, тянуться долго и иметь как поведенческие, так и соматические последствия. Иногда долгое и не помогающее лечение, странные не проходящие заболевания, бесплодие неясного генеза, нерешительность, «хочу я или не хочу ребенка», корнями уходят именно туда.

Работать с этим можно и нужно. Не так и сложно на самом деле.

Я описала один из вариантов. Есть другие. Например, защитные — когда вина и страх проживаются через попытку сделать аборт популярным и объявить его правильным для всех. Так немного легче: «я же не одна такая», но в этом много самообмана, а потому работает плохо и требует постоянной подпитки и усиления стимуляции. В этом природа активной и часто агрессивной позиции сторонниц абортов — слишком страшно остаться наедине со страшной правдой.

Но и им можно помочь. В том числе и такими статьями.

Достоинство и ценность жизни ребенка на пренатальной стадии развития

Ирина Васильевна СИЛУЯНОВА

Доктор философских наук, почетный профессор
Российского национального исследовательского
медицинского университета им Н.И. Пирогова

Что такое «достоинство»?

Мы имеем ряд светских определений этого понятия:

- ◆ Достоинство — морально-нравственная категория признания значения и ценности жизни каждого человека.
- ◆ Достоинство — форма защиты и самозащиты жизни человека.
- ◆ Достоинство человека связано с оценкой и самого себя, и другого человека.
- ◆ Достоинство — это неотъемлемое свойство и особенность человека как представителя человечества как биологического рода. Среди животных этой категории не существует.

Достоинство составляет основу признания и уважения всех прав и свобод человека, принадлежащих ему даже независимо от того, воспринимает ли и оценивает ли это он сам.

«Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления». Это цитата из статьи 21 части 1 Конституции Российской Федерации.

Но при этом мы наблюдаем широчайшую практику прекращения человеческой жизни во время искусственного прерывания беременности.

Искусственное прерывание беременности — это умаление достоинства женщины, ребенка и врача! Это уничтожение жизни ребенка на пренатальной стадии его развития. С одной стороны — статья Конституции, с другой — повсеместная практика прерывания беременности.

Возникает вопрос: безобидно ли это противоречие?

Вопрос о ценности человеческой жизни упирается в вопрос о том, когда начинается человеческая жизнь.

Мы понимаем важность этого вопроса и провели анализ всех существующих позиций в естественно-научной и в гуманитарной литературе.

Мы выявили, что существует 6 основных позиций в естественно-научной литературе и 6 в гуманитарной.

Естественно-научный подход:

1. Формирование дыхательной системы.
2. Формирование сердечно-сосудистой системы.
3. Начало функционирования головного мозга.
4. Образование первичной полоски.
5. Имплантация бластоцисты в стенку матки.
6. Момент слияния гамет (образование генома).

Гуманитарный подход:

1. Градуализм.
2. Социализм.
3. Психология.
4. Морально-интенциональный подход.
5. Философская антропология.
6. Теология.

Все эти позиции объединены и все они противостоят ныне действующему закону, который фиксирует право на уничтожение ребенка до 12 недель.

Наука свидетельствует, что формирование сердечно-сосудистой системы происходит на 4-й неделе от зачатия, начало функционирования ствола мозга на 6-й неделе, дыхательная система формируется к 20-й неделе, образование первичной полоски — 14 суток, имплантация бластоцисты в стенку матки происходит на 5–6-е сутки. Генетики фиксируют начало человеческой жизни с момента оплодотворения.

Позиции гуманитарного подхода также противоречат действующему законодательству.

Наша кафедра отстаивает морально-интенциональный подход. Для того чтобы было моральное отношение, необходимо 2 субъекта.

И тот факт, что мы сегодня поднимаем эту тему, говорим о ней, включает этого человека, который формируется в чреве матери, и понимаем его в качестве субъекта нашего морального отношения.

Как мы это обсудим и какое решение примем на уровне собственной совести — от этого будут зависеть жизни или смерти огромного количества людей.

Ныне действующий закон оказывается ненаучным, он противостоит многим научным позициям относительно начала человеческой жизни.

Само понятие «закон» — это олицетворение самой науки. Закон юридический не может быть не научным. Иначе это не закон.

Закон не может быть не моральным. Иначе это плохой закон.

К чему приводит существование аморального регулятора человеческого поведения?

В середине XX века в европейской культуре начинается движение в сторону легализации абортов. Но с разрешением абортов выросла материнская смертность. Поэтому далее происходит политика внедрения контрацептивных форм защиты.

Идеологи сексуальной революции САМИ пишут, что мощнейшим фактором развития сексуальной революции являются контрацептивы. В человеческой культуре происходит освобождение сексуальности. Вследствие этого идет рост венерических заболеваний. Среди молодежи этот рост катастрофический. Следствием этого становится бесплодие. Что делать? Наука отвечает на этот вызов. Создаются технологии искусственного оплодотворения. Эти технологии дают массу лишних эмбрионов — базу для экспериментальной работы генетиков по редактированию генома человека с возможностью изменения человеческой природы.

Идет разрушение семьи.

Взрыв гомосексуальных движений возникает не просто так. Одним из оснований гомосексуальных движений являются именно эти медицинские технологии. Мужчина и мужчина могут образовывать семью, используя методы искусственного оплодотворения.

Мы фиксируем факт разрушения традиционной семьи, и право на создание гомосексуальных семей сейчас фиксируется в большом числе существующих государств.

Более того, эта технология вводит практику суррогатного материнства. А что такое практика суррогатного материнства? Это форма купли-продажи детей!

Сегодня идут активные исследования в области разработки искусственной матки.

Таким образом мы приходим к полному аморализму и отрицанию традиционных ценностей, жизни, достоинства, семьи.

Разрушению подвергается и само материнство как уникальный феномен человеческой культуры. Как геном нравственности. Материнство отвечает за сохранность человечности в человеческом обществе и защищает мир от растления и распада. Материнство — это биологическое и нравственное уникальное явление.

О врачах

Я была участником создания закона 2011 г., который сейчас действует [Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — *Прим. ред.*].

Мы много работали над статьей 70, в которой прописано право врача отказаться от проведения аборта. Речь идет о достоинстве врача не участвовать по своим нравственным убеждениям в этой процедуре. Это право было введено. Но эту статью нужно дорабатывать, потому что это право не только лечащего врача, но и право других медицинских работников. По этой

статье руководитель имеет возможность не соблюсти право врача отказаться от проведения аборта.

Мы видим здесь тонкий момент. И нам кажется, что врачи должны включиться в этот процесс — отстаивание своего собственного достоинства.

В кодексе медицинской этики Американской медицинской ассоциации написано, что этические принципы важнее правовых. Если врачи верят и видят, что закон несправедлив, то они должны работать для изменения этого закона. Для отстаивания своего собственного достоинства. Потому что потеря этого достоинства чревата ростом недоверия к профессии врача в обществе. А это плохой знак и для врачебного сообщества, и для нас с вами.

В кодексе профессиональной этики православного врача фиксируется: «Православный врач должен действовать таким образом, чтобы привести национальное законодательство в сфере охраны здоровья в соответствие с принципами христианской этики».

Надо ли запретить аборты?

Слово «запрет» в русском языке образовано от слова «против».

Всегда запрет в Уголовном кодексе и в законодательстве был формой ЗАЩИТЫ достоинства и сохранения человеческой жизни. Запреты существуют не просто так.

Сейчас, к сожалению, принцип вседозволенности является регулятором уничтожения человеческой жизни.

Необходимо привести основные регуляторы, которые существуют в нашей жизни, к гармонии. О чем идет речь?

С одной стороны, у нас есть закон, разрешающий аборты. А с другой стороны — указ Президента «О сохранении традиционных ценностей» [Указ Президента РФ от 09.11.2022 № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей». — *Прим. ред.*].

20 ценностей перечислены в этом указе:

жизнь, достоинство, права и свободы человека, патриотизм, гражданственность, служение Отечеству и ответственность за его судьбу, высокие нравственные идеалы, крепкая семья, созидательный труд, приоритет духовного над материальным, гуманизм, милосердие, справедливость, коллективизм, взаимопомощь и взаимоуважение, историческая память и преемственность поколений, единство народов России.

Выводы и предложения:

1. Вывод абортот из системы ОМС.
2. Организация широкого экспертного обсуждения вопроса о введении запрета на умышленное прекращение жизни, то есть запрета на причинение смерти человеку на ранних стадиях его развития.
3. Просветительская работа о недопустимости абортов на всех уровнях общественного и индивидуального сознания — Интернет, ТВ, искусство, кинематограф, образование, социальная реклама.

Аборт и здоровье женщины
Доклады участников
Международной конференции 2023 г.

Редактор *Е. Фокина*
Корректор *Т. Добрян*
Дизайн обложки *Т. Анашкиной*
Верстка *Т. Анашкиной*

Подписано в печать: 20.02.2025.
Формат: 60x84/16
Печать офсетная. Объем 10 п. л.
Тираж: 300 экз.