



ХОЛОДНЫЙ СТАРТ

Проблемы внедрения технологий безопасного аборта в России



Текст: проф. Г.Б. Дикке

Опыт многих стран показывает, что уровень абортов может быть намного более низким, чем в России. Так, по данным ВОЗ, в мире в 2007 г. из общего числа беременностей искусственным абортом завершилось 22%. В России этот показатель в 2007 г. составил 45,8%.

Общее число абортов резко сокращается в том случае, когда доступны и широко используются эффективные методы контрацепции². Однако по ряду причин этот показатель ещё ни в одной стране мира никогда не снижался до нуля. В связи с этим возникает вопрос: что современная медицинская наука и практика может предложить тому, пусть и небольшому, числу женщин, которые всё же по тем или иным причинам решаются идти на аборт?

В российской медицинской литературе преобладает взгляд на искусственный аборт как на операцию, калечащую здоровье. Во многих научных исследованиях описаны неблагоприятные последствия абортов (легальных абортов!) для здоровья женщины. Частота ранних, отсроченных и отдалённых осложнений после аборта колеблется в пределах 16–52%, при этом гораздо чаще развиваются поздние осложнения, обычно более тяжёлые, чем ранние³.

Аборты часто выступают причиной бесплодия, невынашивания и других осложнений беременности и родов, более высоких показателей материнской и перинатальной смертности. У беременных чаще развиваются поздние осложнения, обычно более тяжёлые, чем ранние³. Аборты часто выступают причиной бесплодия, невынашивания и других

осложнений беременности и родов, более высоких показателей материнской и перинатальной смертности. У беременных чаще развиваются поздние осложнения, обычно более тяжёлые, чем ранние³. Аборты часто выступают причиной бесплодия, невынашивания и других

женщин с абортами в анамнезе на 10–12% выше, чем у женщин, их не имеющих⁴.

Вместе с тем такая авторитетная организация, как ВОЗ, признаёт, что процедуры и техника выполнения искусственного аборта на ранних стадиях просты и безопасны. Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является одним из самых безопасных медицинских вмешательств⁵.

Запрягаем голго

Если мировая медицинская наука активно развивается, внедряются новые технологии, вводятся новые препараты, в том числе в сфере прерывания беременности, то Россия в этом вопросе значительно отстаёт.

Например, согласно рекомендациям ВОЗ, предпочтительными методами выполнения аборта в I триместре являются аспирация (мануальная или электрическая) и медикаментозный (применение мифепристона), а во II триместре — дилатация и эвакуация и медикаментозные способы. В России же аборты, выполненные методом вакуум-аспирации, составляют всего 23,4%. Медикаментозных абортов — самых безопасных на сегодняшний день — зарегистрировано в 2007 г. всего 22,4 тыс. (при общем числе абортов 1,3 млн), т. е. 1,72%.

По-прежнему самым распространённым способом в России остаётся метод дилатации и кюретажа (78,9%), который ВОЗ допускает только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы.

Ещё более тревожная складывается ситуация с абортами во II триместре (22–27 нед по социальным и медицинским показаниям), которые выполняются устаревшими методами — интраамниальным введением растворов. И хотя общая частота их невелика (1,5%, или 20144 случаев), именно в этой группе наблюдается максимальное число летальных исходов, которые в 2007 г. составили 18,8% в структуре материнской смертности. Иными словами, количество смертей от осложнений аборта в 2007 г. было 5,6 случаев на 100 тыс. вмешательств.

Сколько смертей по причине осложнений от аборта можно предотвратить? Согласно исследованиям, проведённым в

Институте Алана Гуттмахера (1998), при наличии доступа к службам выполнения безопасного аборта, вероятность летального исхода вследствие аборта, выполненного с использованием современных методов, не превышает 1 на 100 тыс. вмешательства.

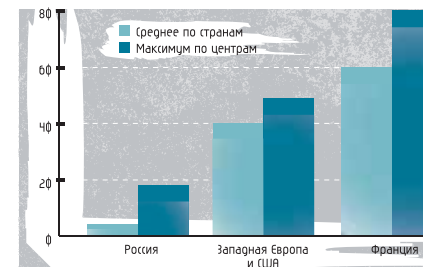
Таким образом, повышение качества процедуры по прерыванию беременности следует считать одной из неотложных задач для российской системы здравоохранения.

В чём причины?

Согласно рекомендациям ВОЗ, основные составляющие безопасного аборта — информированность, доступность и качество. В 2009 г. по инициативе ВОЗ было проведено исследование, которое ставило своей целью оценить в России систему оказания медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности. Исследование показало, что безопасность этой процедуры не соблюдается. Причин оказалось множество.

- Низкая информированность самих врачей и населения о безопасных методах.
- Жёсткое ограничение сроков прерывания беременности безопасными методами.
- Преимущественное использование устаревших методов выполнения искусственного аборта — хирургических методов (до 12 нед) и интраамниального введения растворов (на поздних сроках).
- Высокая стоимость услуг в частных медицинских учреждениях.
- Нехватка профессионально подготовленного персонала.
- Отрицательное отношение со стороны медработников («Безопасного аборта не бывает!»).
- Недостаточный уровень знаний у медработников в области законодательства и законоприменения.
- Усложнённая процедура соблюдения нормативных требований.
- Дефицит необходимых ресурсов.
- Отсутствие клинических протоколов и стандартов оказания медицинской помощи женщинам при аборте.
- Отсутствие необходимого инструментария и средств для медикаментозного прерывания беременности в государственных ЛПУ.
- Отсутствие системы подготовки квалифицированных специалистов, выполняющих аборты.

Частота применения медикаментозного аборта в мире



Технология безопасности: вакуум-аспирация

Вакуумная аспирация — одна из технологий безопасного аборта. При обследовании 170 тыс. женщин, которым был сделан аборт в I триместре путём вакуумной аспирации, было установлено, что менее чем у 0,1% женщин возникли осложнения, потребовавшие лечения в условиях стационара⁶.

Высокая эффективность вакуумной аспирации была неоднократно продемонстрирована на примере ряда рандомизированных контролируемых испытаний. Было показано также, что технологии мануальной и электрической вакуумной

аспирации в равной степени эффективны и могут использоваться при сроке до 12 полных недель. В России более распространены электрические аспираторы.

В случае мануальной вакуумной аспирации (МВА) необходимое разрежение создается при помощи удерживаемого в руках и приводимого в действие вручную пластикового аспиратора объемом 60 мл. В некоторых случаях использование такого устройства может оказаться предпочтительнее, например в малобюджетных лечебных учреждениях, при необходимости обеспечить мобильность.

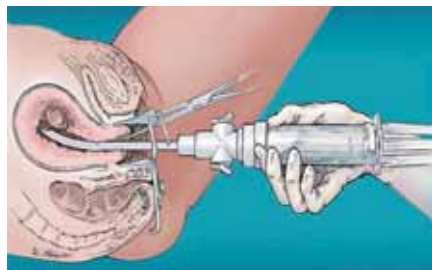
Существующие аспираторы рассчитаны на использование пластиковых канюль разного диаметра — от 4 до 12 мм. Это обеспечивает атравматичность манипуляции по отношению к матке. Возможность визуального контроля удаленных тканей позволяет избежать контрольного кюретажа.

Аборт методом вакуумной аспирации в зависимости от срока беременности занимает не более 3–10 мин, и его можно делать в амбулаторных условиях, вводя обезболивающие средства и/или применяя местную анестезию.

На самых ранних этапах беременности аспирационную канюлю вводят без предварительного расширения шейки матки. При необходимости расширения используют механические или осмотические расширители как изолированно, так и в сочетании с простагландином. Альтернативный вариант — предварительная подготовка шейки матки такими фармакологическими средствами, как мифепристон (Пенкрофтон) или простагландин (Мизопростол).

Большинство женщин, идущих на аборт под местной анестезией в I триместре беременности, чувствуют себя достаточно удовлетворительно для того, чтобы покинуть ЛПУ, проведя в послеоперационной палате примерно 30 мин под наблюдением персонала⁷.

Система отечественного здравоохранения обеспечивает женщин вакуумной аспирацией в амбулаторных условиях при сроках только до 21 дня аменореи. В остальных же случаях нужна госпитализация, а сама манипуляция выполняется металлическими канюлями, как правило, под общим наркозом и завершается контрольным кюретажем.



Техника проведения аборта методом мануальной вакуумной аспирации



Портативная система для эвакуации содержимого полости матки — ручной шприц-аспиратор



Новые виды пластмасс сочетают в себе два свойства — жёсткость юретки с мягкостью гибкой канюли

Технология безопасности: медикаментозный аборт

Это наиболее динамично развивающийся метод искусственного прерывания беременности. В последние годы в мире разработаны и широко применяются новые эффективные схемы, как для I триместра, так и для II триместра беременности.

Современные схемы медикаментозного аборта в I триместре

Режимы	Эффективность
Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 400 мкг перорально через 36–48 ч	<49 дней: 96–98%
Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 800 мкг вагинально через 24–48 ч <i>или</i> Мифепристон 200 мг перорально и мизопростол 400 мкг под язык через 24–48 ч	<63 дней: 95–99%

Современные схемы медикаментозного аборта во II триместре (после 12 полных недель — по медицинским и социальным показаниям)

- 200 мг мифепристона. Затем через 36–48 ч:
- 1 мг гемепроста вагинально (повторные дозы через каждые 6 ч, не более 4 доз) *или*
- 400 мкг мизопростола внутрь через каждые 3 ч, не более 5 доз *или*
- 800 мкг мизопростола вагинально с дальнейшим введением 400 мкг мизопростола через 3 ч, не более 4 доз.

Нормативно-правовые основы безопасного аборта

Письмо МЗ и СР РФ от 2 июля 2003 г. N 2510/7213-03-32 «О применении мифепристона в акушерстве и гинекологии» ограничивает использование медикаментозного способа прерывания беременности только до 42 дней аменореи. Тем не менее в некоторых отечественных источниках 2007–2009 гг. отмечается возможность использования медикаментозного аборта в сроках

Демографическое будущее России

Для исправления демографической ситуации в России необходима активная работа, направленная на увеличение рождаемости и численности населения в целом. Это отвечает требованиям национальной безопасности государства. Однако это не должно ограничивать доступа к безопасному аборту. Ведь в конечном итоге качественные услуги в области планирования семьи направлены на сохранение репродуктивного здоровья женщины и, соответственно, репродуктивного потенциала населения.

В целом, разделяя озабоченность руководителей государства отрицательным естественным приростом населения, можно привести последний прогноз ООН до 2050 г.¹¹ В соответствии с этим прогнозом, России ждёт рост коэффициента суммарной рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижение коэффициента младенческой смертности, причём на существенные величины.

Представляется, что показатели будут постепенно меняться в нужную сторону — по мере естественного замещения поколений и изменения репродуктивного поведения больших масс людей, если:

- не нарушать естественного развития в направлении второго демографического перехода, при котором ожидается повышение уровня рождаемости до простого и более воспроизводства на фоне эволюции института семьи и брака в сторону увеличения степени индивидуальной свободы;
- соблюдать действующее законодательство и права личности;
- избегать мер прямого демографического стимулирования или запретов.

Библиография: www.praesens.ru

до 63 дней аменореи с использованием 1 таблетки мифепристона/мизопростола^{3,7,8,9}.

Исследования, проведённые с участием большого количества пациенток в Институте репродукции человека (А.Г. Хомасуридзе, 2006), с применением отечественного препарата Пенкрофтон в ранних сроках беременности до 63 дней низкой дозой (200 мг) и во II триместре с использованием 200 мг Пенкрофтона и повторных доз простагландинов, выполненные под патронатом ВОЗ, дают основание для более широкого использования современных протоколов медикаментозного аборта в клинической практике.

Однако распространение безопасного аборта на территории России существенно сдерживает отсутствие необходимой нормативно-правовой базы.

Права женщины

Кроме чисто медицинских задач, на работников здравоохранения всех уровней возложена этическая и юридическая ответственность за соблюдение прав женщин, которые изложены во Всеобщей декларации прав человека (принята Генеральной ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.) и Хартии МФПС о сексуальных и репродуктивных правах (Билья о правах МФПС, ноябрь, 1995 г.), а также некоторых других международных документов, принятых к исполнению и в РФ.

Хочется напомнить, что конституционные законодательства государств, претендующих на статус современных, закрепляют не замкнутую, а открытую модель суверенитета, предполагающую приоритет именно международного права.

Устав ООН обязывает государства участвовать в самом широком международном сотрудничестве в области прав человека. Достаточно указать на Декларацию прав и свобод человека и гражданина, принятую Верховным Советом РФ

* «Пенкрофтона».

в ноябре 1991 г. и впервые закрепившую доминирующее место человека в системе ценностей общественного развития. После ратификации Россией в 1998 г. Европейской конвенции о защите прав и основных свобод человека, а также иных конвенций Совета Европы с полным основанием можно говорить о том, что европейское определение прав человека официально признано в качестве действующего права на территории России.

Устав о половых и репродуктивных правах включает в себя 12 прав и представляет собой адаптированное изложение права человека в сфере собственного воспроизводства (репродукции).

- **Право на жизнь.**
- **Право на личную свободу и безопасность.**
- **Право на равенство и свободу от всех форм дискриминации.**
- **Право на невмешательство в личную жизнь и конфиденциальность.**
- **Право на свободу убеждений.**
- **Право на получение информации и образования.**
- **Право выбора вступления или невступления в брак и создания и планирования семьи.**
- **Право решать вопрос о рождении детей и планировать рождение детей.**
- **Право на медицинское обслуживание и здравоохранение.**
- **Право пользоваться достижениями научного прогресса.**
- **Право на свободу собраний и на политическое участие.**
- **Право на защиту от жестокого и унижительного обращения.**

Постановлением специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединённых Наций (июнь 1995 г., п. 8.25) было принято положение: «В условиях, при которых аборт не противоречит законодательству, выполнение аборта должно быть безопасным». Данное положение на современном этапе должно рассматриваться как руководство к действию.

Сценарии рождаемости и смертности для России до 2050 г. (средний вариант нового прогноза ООН)

Показатель	1995–2000	2001–2005	2010–2015	2020–2025	2045–2050
Коэффициент суммарной рождаемости, ‰	1,232	1,139	1,182	1,357	1,75
Ожидаемая продолжительность жизни, годы	66,1	66	69,3	72	76,9
Коэффициент младенческой смертности, ‰	167	168	140	114	72