

<sup>1</sup> Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников

<sup>2</sup> Российская ассоциация «Народонаселение и развитие»

<sup>3</sup> Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

# Аборты и контрацепция в России на фоне демографического кризиса

Г.Б. Дикке<sup>1</sup>, Л.В. Ерофеева<sup>2</sup>, Е.Л. Яроцкая<sup>3</sup>

Адрес для переписки: Галина Борисовна Дикке, galadikke@yandex.ru

*В статье анализируются произошедшие за последние годы в России изменения в государственной политике и медицинских программах и услугах, связанных с непланируемой беременностью, абортами и контрацепцией. Подчеркивается необходимость пересмотра существующих учебных программ для врачей и среднего медицинского персонала с целью улучшения знаний в области современных технологий прерывания беременности (в частности, медикаментозного аборта) и контрацепции. Широкое внедрение новых методов прерывания беременности, переориентация на профилактику непланируемой беременности должны способствовать снижению риска осложнений абортов и материнской смертности, сохранению репродуктивного здоровья женщин, а также существенной экономии материальных затрат на обеспечение данного вида медицинской помощи.*

**Ключевые слова:** искусственное прерывание беременности, нормативные документы, контрацепция, кюретаж, дилатация, вакуумная аспирация, медикаментозный аборт

## Введение

Несмотря на то что в настоящее время в России отмечается стойкая тенденция к уменьшению общего количества абортов (рис. 1), эта проблема продолжает оста-

ваться актуальной. Аборты все еще являются востребованным методом регуляции рождаемости (26,7 абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста, по данным 2011 г.) [1], хотя их уро-

вень в настоящее время соответствует общемировому (28 на 1000 женщин репродуктивного возраста, по данным 2008 г.) [2]. При этом важно помнить о том, что аборты сопряжены с риском осложнений и неблагоприятных последствий для репродуктивной функции [3].

В 2008 г. для определения возможных стратегических изменений и создания программ, направленных как на снижение числа искусственных абортов, так и на улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам, обратившимся по поводу прерывания беременности, было проведено исследование, организованное Минздравсоцразвития России при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Это исследование явилось первым этапом реализации документа ВОЗ «Стратегический подход к укреплению политик и программ охраны репродуктивного здоровья», который был разработан с целью помочь государственным и неправительствен-



ным структурам разных стран улучшить доступность и качество медицинской помощи в сфере репродуктивного здоровья.

Стратегически важные разделы исследования включали изучение информированности населения по вопросам репродуктивного выбора; доступности и качества услуг по прерыванию беременности и контрацепции. В исследовании участвовали представители Минздрава России, ведущих учреждений в области репродуктивного здоровья, включая Российскую академию медицинских наук, ведущие высшие учебные заведения, Российскую ассоциацию «Народонаселение и развитие», Российскую ассоциацию акушеров-гинекологов, другие неправительственные организации при технической и финансовой поддержке ВОЗ. В рабочую группу входили медицинские работники, представители других профессий, исследователи, внешние эксперты ВОЗ. Общее число членов исследовательской команды составило 25. Сбор данных осуществлялся на трех территориях – в Московской, Ивановской и Свердловской областях (март – апрель 2008 г.).

Результаты исследования опубликованы в ведущих российских изданиях, а также освещены на российских и международных конгрессах и конференциях. С методами сбора данных, исследованными учреждениями, контингентом респондентов и основными результатами можно ознакомиться в периодической литературе [4, 5].

### Цель исследования

С момента завершения исследования и подготовки рекомендаций для систем здравоохранения экспертами проекта прошло 5 лет. Что изменилось за это время? Нами была изучена динамика изменений по основным разделам исследования «Стратегическая оценка качества медицинской помощи при искусственном прерывании беременности» (2008 г.) в соответствии со структурой:

факты – рекомендации, разработанные по результатам оценки, – ситуация в настоящее время.

### Методы исследования

Данные за 2012 г. были получены путем самостоятельного заполнения анкет врачами акушерами-гинекологами, принимавшими участие в V Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (8–11 сентября 2012 г., Сочи) и XIII Всероссийском научном форуме «Мать и дитя» (25–28 сентября 2012 г., Москва). Акушеры-гинекологи представляли медицинские организации акушерско-гинекологического профиля из разных регионов страны. Анкеты содержали вопросы по теме исследования (законодательство, аборт, контрацепция). Всего получено 280 анкет. Исследование мнения женского населения проводилось независимой консалтинговой компанией «RI-VITA Research & Consulting» по заказу Российской ассоциации «Народонаселение и развитие» в 2011 г. в 7 федеральных округах России среди 1004 жителей 34 населенных пунктов [6]. Для анализа использовались также данные статистической отчетности Минздрава России [1], периодические и иные специализированные литературные источники [6–10].

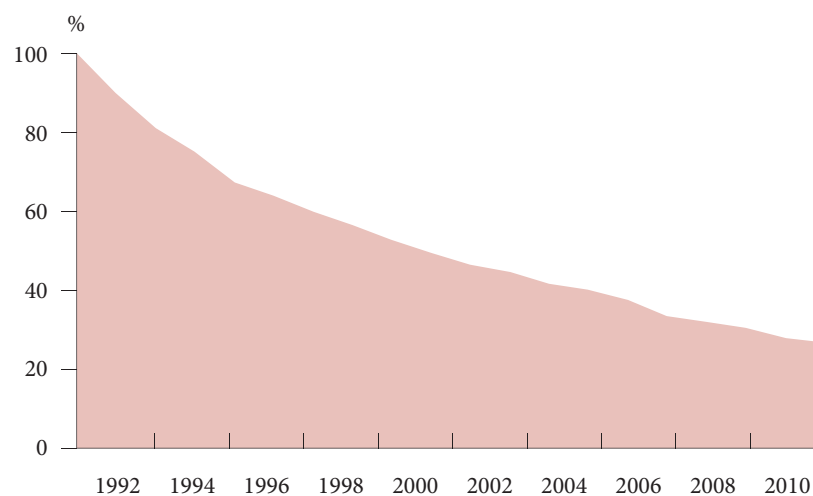


Рис. 1. Динамика снижения числа аборт в 1991–2011 гг.

### Результаты

Законодательство и нормативные документы

**Факты.** Опросы, проведенные группой исследователей в 2008 г., показали, что большинство респондентов не знают российских законов об охране здоровья и свои репродуктивные права, а информированность об аборте и их профилактике крайне недостаточна.

**Рекомендации.** Было рекомендовано, во-первых, создание законодательной базы по репродуктивным правам граждан России. Во-вторых, совершенствование механизма информирования населения по вопросам планирования семьи, безопасного прерывания нежелательной беременности путем создания государственных информационных, образовательных и коммуникационных программ (с привлечением СМИ и других современных информационных технологий), направленных на пропаганду здорового образа жизни, ответственного сексуального и репродуктивного поведения и повышение уровня осведомленности о современной контрацепции.

**Ситуация в настоящее время.** В конце 2011 г. вступил в силу Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [11], устанавливающий основные принципы охраны здоровья, при

этом приоритет отдается охране здоровья женщин и детей. Кроме того, органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица признаются ответственными за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья, доступность и качество медицинской помощи. Определены виды и условия оказания медицинской помощи, в том числе при нежелательной беременности и вынужденных аборт. В закон также внесены принципиальные изменения по сравнению с предыдущим, действовавшим с 1993 г. Так, в статью 56 «Искусственное прерывание беременности» введен пункт о периоде обязательного ожидания (от 48 часов до 7 дней в зависимости от срока беременности) от момента обращения женщины и до того, как процедура аборта может быть выполнена. В статью 70 «Лечащий врач» добавлен пункт о праве врачей на сознательный отказ от предоставления услуги прерывания нежелательной беременности (аборта).

Опросы показали, что с первым положением знакомы 92% врачей, со вторым – только 55%. 32% врачей знают случаи отказа женщин от абортов благодаря периоду ожидания, остальные 68% – нет. 20% практикующих врачей и 38% руководителей здравоохранения уверены в том, что в период ожидания женщина передумает прерывать беременность. Остальные считают, что период ожидания не может повлиять на решение женщины. Сами женщины высказа-

лись против 2 и 7 дней ожидания в 39 и 46% случаев соответственно, 18 и 16% – затруднились с ответом.

47% респондентов-врачей уверены, что раздела, регламентирующего право врача на сознательный отказ от предоставления услуги абортов, нет, 34% – не знают, есть он или нет, 16% – затруднились с ответом или не ответили. Никто из респондентов не знал о том, что в случае отказа врача от предоставления медицинской услуги по прерыванию нежелательной беременности руководитель медицинской организации обязан организовать оказание этой услуги другим врачом, а также что отказ возможен только при отсутствии риска для жизни или здоровья женщины. Искаженное понимание этого пункта привело к полному отказу от выполнения аборта отдельными лечебными учреждениями (например, Преображенская клиника в Екатеринбурге, городская больница № 36 в Кронштадте [9]). Такая практика не только нарушает права женщин, но и сам Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В закон также был введен пункт о закреплении обязанностей врача об информировании пациенток об особенностях медицинского вмешательства и предоставлении достоверных сведений о его последствиях, а также о письменном согласии на аборт. С этим положением согласны и считают его необходимым 91% опрошенных женщин.

Еще один нормативный документ, направленный на сокращение числа абортов, – Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 13 октября 2010 г. № 15-0/10/2-9162 [12]. В письме предписывается проводить психологическое консультирование с целью мотивировать женщину отказаться от аборта [8], и оно, по сути, является методическими рекомендациями по проведению такого консультирования. Отношение пациентов и сотрудников меди-

цинских учреждений к этой процедуре будет проанализировано далее (см. «Предабортное информирование и консультирование»). Новым постановлением Правительства РФ от 06.02.2012 № 98 ранее существовавший перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности (решение суда о лишении или об ограничении родительских прав; пребывание женщины в местах лишения свободы; инвалидность I–II группы у мужа или смерть мужа во время беременности; беременность в результате изнасилования) сокращен до одного пункта – беременность в результате изнасилования.

Таким образом, за анализируемый период государством были приняты меры, направленные на сокращение числа абортов. Были ограничены социальные показания для прерывания беременности, введены обязательное психологическое консультирование и период обязательного ожидания, чтобы мотивировать женщин сохранить беременность.

#### Подготовка работников медицинских учреждений

**Факты.** Исследование, проведенное в 2008 г., показало, что в программах подготовки медицинских специалистов всех уровней и на всех этапах отсутствуют компоненты, касающиеся качества и безопасности услуг при аборте. При обучении внимание уделяется только технике аборта (дилатация и кюретаж), другие аспекты качества процедуры не рассматриваются. Опрошенные врачи и медсестры сообщили, что они не получили достаточной подготовки по навыкам консультирования, поэтому не могут применить их на достаточно высоком уровне. **Рекомендации.** Было предложено улучшить систему подготовки специалистов, оказывающих услуги, связанные с профилактикой и прерыванием нежелательной беременности:

- усовершенствование программ для подготовки врачей, медсестер, провизоров и фармацевтов

Структура применяемых методов прерывания беременности в России характеризуется сохранением высокой частоты использования дилатации и кюретажа в первом триместре, незначительным ростом частоты применения медикаментозных методов и использования вакуумной аспирации.



на до- и последипломном уровне по вопросам планирования семьи, искусственного прерывания беременности;

- создание тренинговых модулей для подготовки специалистов по вопросам безопасных технологий аборта;
- проведение тренингов для получения специалистами практических навыков выполнения аборта современными методами и консультирования по вопросам безопасного аборта, контрацепции, планирования семьи.

*Ситуация в настоящее время.*

На обязательных сертификационных курсах последипломного образования (периодичностью каждые 5 лет) вопросы обеспечения безопасности абORTов в большинстве учебных заведений (за редким исключением) по-прежнему не освещаются. Вследствие этого с методикой выполнения медикаментозного абORTа знакомо ограниченное число врачей. Врачи, практикующие медикаментозный абORT, сообщили, что получали знания самостоятельно с помощью доступной литературы, а также на семинарах и симпозиумах во время проведения конференций различного уровня. Анализ типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по акушерству и гинекологии одного из ведущих образовательных учреждений последипломного образования в нашей стране показал, что тема абORTа включена в раздел «Планирование семьи и контрацепция». При этом количество часов, отпущенных на освоение перечисленных вопросов, в программе профессиональной переподготовки, общего и тематического усовершенствования крайне недостаточно: лекции – 0,5–1 ч, практические занятия – 0,5–3 ч, формы контроля – 0 ч.

Ввиду ограниченности современных сведений о методах прерывания беременности, особенностях течения медикаментозного абORTа многие из практических врачей испытывают трудности

при выборе метода прерывания беременности, определении противопоказаний (вследствие различий в рекомендациях разных источников), оценке клинической картины восстановительного периода, побочных эффектов и осложнений, их ведения (только 52–58% верных ответов врачей при решении клинических задач) [7].

**Предабортное информирование и консультирование**

*Факты.* Изучив процедуру предабортного консультирования, исследователи в 2008 г. обнаружили, что большинство женщин не получают полной информации о существующих методах прерывания беременности и обезболивания, которыми можно воспользоваться в рамках обязательного медицинского страхования и на платной основе, о процедуре абORTа, симптомах, требующих обращения к врачу, методах профилактики побочных явлений и осложнений. Психологическая поддержка оказывается крайне редко. Консультирование перед абORTом в основном сводится к информированию о «вреде абORTа». В государственных медицинских учреждениях женщинам, как правило, не предоставляется возможность выбора метода абORTа или типа обезболивания. Многие женщины не считают консультирование в практикующей в настоящее время форме полезным и хотели бы получать от специалистов более подробную информацию как о процедуре абORTа, так и о современных средствах контрацепции.

*Рекомендации.* По итогам исследования было рекомендовано ввести полноценное пред- и послеабортное консультирование; контроль за выполнением требований нормативных документов по организации медицинской помощи в вопросах прерывания беременности и планирования семьи на всех уровнях; а также организовать конфиденциальные условия для оказания помощи, связанной с абОРтами и планированием семьи.

Частота использования современных методов контрацепции (продолжительных обратимых и гормональных) остается на низком уровне, отмечается недостаточное применение методов продолжительной обратимой контрацепции и снижение ее использования в динамике за последние 10 лет.

*Ситуация в настоящее время.*

В целом процедура информирования и консультирования перед абORTом не претерпела существенных изменений, кроме введения процедуры обязательного оформления добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство по прерыванию беременности и психологического консультирования. Информированное согласие предполагает предоставление врачом информации в доступной форме о методах проведения хирургического абORTа, о связанных с ними рисках, о последствиях подобного медицинского вмешательства. На сегодняшний день рекомендуемый образец добровольного информированного согласия, официально утвержденный, существует только для хирургического абORTа (согласно приложению к действующему приказу Минздравсоцразвития России от 17 мая 2007 г. № 335).

По инициативе Минздрава России в нашей стране организованы Центры кризисной беременности (большинство из них преобразованы из Центров планирования семьи), где осуществляются психологическое консультирование и социальная поддержка беременных женщин, в том числе обращающихся по поводу непланируемой беременности. Однако, как уже упоминалось, в соответствии с Методическим письмом Минздравсоцразвития России от 13 октября 2010 г. № 15-0/10/2-9162 [12] и Методическими рекомендациями Центра общественных



инициатив [8] работа психологов направлена в основном на мотивацию женщин к отказу от аборта. Определен «плановый» уровень таких отказов в 15%.

Более 60% врачей считают, что перед абортом женщине необходима психологическая поддержка и/или помощь психолога, однако 32% из них отметили, что рекомендуемое Минздравом России психологическое консультирование содержит некорректные элементы, которые могут быть расценены как психологическое давление (в частности, демонстрация женщине плодного яйца при ультразвуковом исследовании и прослушивание сердцебиения плода). Только 16% опрошенных женщин согласны с введением обязательного прослушивания сердцебиения плода и просмотра снимков ультразвукового исследования. С психологом перед абортом хотели бы проконсультироваться лишь 4% женщин, из них у дипломированного психолога, независимо от его религиозных убеждений, – 73%, а у «православного» психолога – только 16%. По данным В.В. Шевченко и др. [10] на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна» и демографической программы «Святость материнства», частота отказов от абортов составила 12% от числа проконсультированных, или 1% от общего числа выполненных абортов. В целом, по

данным литературы, частота отказов составляет примерно 9–11% [13] за счет тех женщин, которые действительно нуждаются в консультировании по вопросу о принятии решения (репродуктивное принуждение, инфицированные ВИЧ, социальные причины).

В соответствии с приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н психологическое консультирование должно проводиться на основе информированного добровольного согласия женщины (п. 104) [14]. Однако в ряде регионов эта процедура проводится в обязательном порядке, что является нарушением указанного приказа.

#### Процедура прерывания беременности и качество ее проведения

**Факты.** В 2008 г. исследователями был отмечен крайне ограниченный характер осведомленности женщин о практикующихся методах прерывания беременности и обезболивании при проведении аборта. Большинство женщин знают лишь о кюретаже и о вакуумной аспирации (как о «мини-аборте»). О медикаментозном аборте информированы немногие женщины, получившие сведения по собственной инициативе в коммерческом медицинском центре или из других источников (знакомые, Интернет).

Прерывание беременности по желанию женщины в первом триместре в исследованных регионах осуществляется преимущественно методом дилатации и кюретажа под внутривенным наркозом в гинекологических стационарных отделениях государственных медицинских учреждений (около 80%); реже – путем электрической вакуумной аспирации или медикаментозным методом (последнее – исключительно платно).

Прерывание беременности во втором триместре по медицинским и социальным показаниям осуществляется по заключению комиссии в условиях специализированного стационара методами интраамниального введения

гипертонического раствора, интра- или экстраамниального введения простагландинов или внутривенного введения больших доз окситоцина с последующим выскабливанием полости матки большой кюреткой. В редких ситуациях (при наличии показаний) производят малое кесарево сечение. Медикаментозное прерывание беременности во втором триместре выполняют только в единичных учреждениях в рамках научно-исследовательских программ. В то же время опыт использования медикаментозного аборта за рубежом (в отдельных клиниках до 60–80% абортов выполняется этим методом) демонстрирует отсутствие влияния процедуры прерывания беременности на репродуктивное здоровье женщины и минимальные показатели материнской смертности (5,1 случаев на 100 000 вмешательств в сроках до 20 недель) [2]. Были выявлены следующие особенности предоставления услуг в связи с прерыванием беременности: отсутствие возможности выбора пациенткой метода прерывания и метода обезбоживания, избыточное лабораторное обследование перед процедурой аборта, отсутствие у медицинских работников знаний и навыков подготовки шейки матки перед хирургическим абортом в первом триместре и, соответственно, невыполнение такой подготовки, нарушение принципов конфиденциальности.

**Рекомендации.** Повысить качество услуг по прерыванию беременности предлагалось путем:

- повсеместного внедрения современных технологий регулирования рождаемости и безопасного прерывания беременности (в том числе путем уточнения/сокращения спектра предабортных обследований, использования методик подготовки шейки матки, обезбоживания, профилактики инфекций, широкого внедрения метода медикаментозного аборта как альтернативы хирургическому на основании рекомендаций ВОЗ);

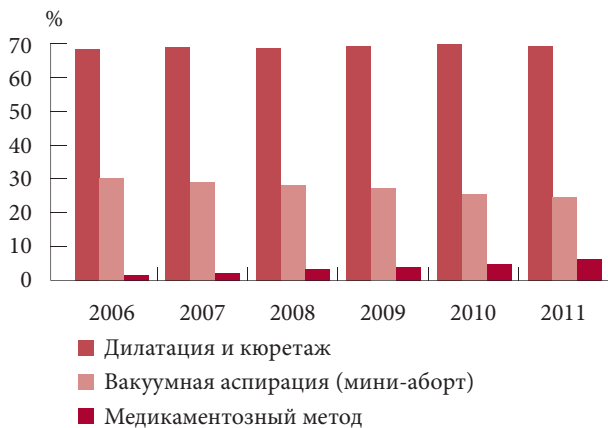


Рис. 2. Динамика структуры методов прерывания беременности в первом триместре (по статистическим данным Минздрава России)

- контроля за выполнением требований нормативных документов по организации медицинской помощи в вопросах прерывания беременности и планирования семьи на всех уровнях;
- организации конфиденциальных условий для оказания помощи, связанной с абортными и планированием семьи.

*Ситуация в настоящее время.* В конце 2012 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [14], который определил приоритетные технологии прерывания беременности. В нем, в частности, в качестве рекомендуемого метода в первом и во втором триместрах беременности указан медикаментозный аборт.

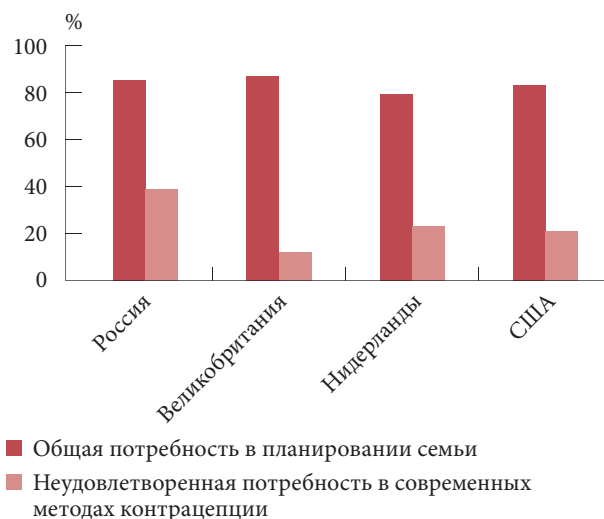
Структура методов прерывания беременности до 2012 г. в первом триместре представлена на рисунке 2. Обращает на себя внимание чрезвычайно низкая частота использования медикаментозного аборта (6,27%, 2011 г.), при этом ее рост происходит за счет замещения вакуумной аспирации. Использование дилатации и кюретажа продолжает оставаться на стабильном уровне – около 70%. Вместе с тем по отдельным регионам процент применения медикаментозного метода прерывания беременности значительно выше и достигает 20–30% (Брянская область, Санкт-Петербург, Республика Мордовия, Кемеровская область). Напротив, в 53 регионах этот метод применяется реже, чем в целом по России. В ряде округов процедура медикаментозного аборта введена в систему обязательного медицинского страхования и является бесплатной для женщин (Кемеровская, Тюменская, Ульяновская области, республики Саха (Якутия), Бурятия). Сведения о применяемых методах прерывания беременности на

поздних сроках в статистической отчетности Минздрава отсутствуют. Вместе с тем единичные регионы демонстрируют успешное применение медикаментозного аборта на поздних сроках беременности (Орловская область, Уфа и некоторые другие).

В 2012 г. в целом по России наметилась более благоприятная тенденция: доля медикаментозных абортов выросла до 8,23%, вакуумной аспирации – до 32,6%, при соответствующем сокращении доли кюретажа до 59,1%. Однако сохраняется существенный разброс по различным регионам. Так, на долю медикаментозного метода приходится 30,1% в Санкт-Петербурге и только 0,1% – в Калининградской области. В Москве этот показатель равен 0,7%, при этом в 2009 г. он составлял 1,4%, а в 2011 г. – 2,2%.

#### Использование средств контрацепции

*Факты.* По результатам исследования 2008 г. была отмечена недостаточная доступность контрацепции по отдельным позициям: рецептурный отпуск контрацептивов; ограниченный выбор контрацептивов в сельской местности и отдаленных районах; частое отсутствие в аптеках более дешевых средств. Кроме того, и взрослые, и подростки отмечали трудности в получении консультирования по вопросам контрацепции, особенно в отдаленных районах и селах. Это было обусловлено не только дефицитом времени, но и недостаточными знаниями гинекологов о современных методах контрацепции, а также, нередко, отсутствием доброжелательного отношения. Последнее особенно касалось молодежи и выражалось, в частности, в недостаточном соблюдении медицинским персоналом принципов конфиденциальности и уважения прав пациентов. *Рекомендации.* Рекомендации группы стратегической оценки включали разработку и внедрение мероприятий по соблюдению прав пациента при оказании услуг, связанных с планированием



**Рис. 3. Потребность в планировании семьи и неудовлетворенная потребность в современных методах контрацепции в разных странах (по данным ООН, 2012 г.)**

семьи, а также разработку мероприятий по расширению доступности современных методов контрацепции для населения, в особенности для социально уязвимых слоев.

*Ситуация в настоящее время.* В 2012 г. число пользователей внутриматочных систем (ВМС) составило 124,3 на 1000 женщин фертильного возраста (в 2005 г. – 136,8), гормональных контрацептивов – 123,2 (в 2005 г. – 94,0) [1]. Эти показатели значительно различаются по регионам страны. В Алтайском крае число пользователей ВМС составляет 386,4 на 1000 женщин фертильного возраста (362,4 в 2005 г.) против 2,1 (17,3 в 2005 г.) в Москве. Число пользователей гормональной контрацепции в Липецкой области составляет 288,3 на 1000 женщин фертильного возраста (194,0 в 2005 г.), в Москве – 32,8 (34,1 в 2005 г.). Показатели ниже общероссийских по обеим позициям зарегистрированы в 4 федеральных округах (Центральный, Северо-Западный, Южный и Северо-Кавказский). Подсчитано, что уровень неудовлетворенных потребностей в планировании семьи, то есть доля женщин, не планирующих беременность в ближайшее время, но

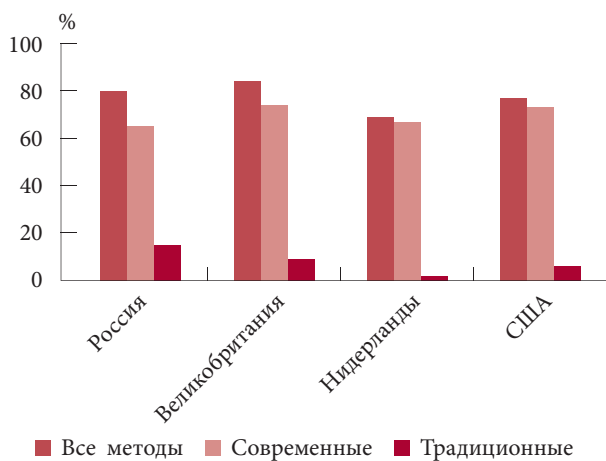


Рис. 4. Применение современных (гормональные, внутриматочные контрацептивы, презервативы) и традиционных методов контрацепции женщинами в разных странах (по данным ООН, 2012 г.)

не использующих никаких противозачаточных средств, составляет около 30–40% (рис. 3). Таким образом, общая потребность в планировании семьи и ее удовлетворенность в России соответствует другим странам, а вот неудовлетворенная потребность в современных методах контрацепции – в 1,7–3 раза выше. Среди молодых женщин она достигает 80%.

К сожалению, статистика Минздрава России не позволяет провести глубокий анализ применяемых населением методов контрацепции, поэтому воспользуемся данными Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций (отдел народонаселения) за 2012 г. [15], которые включают статистическую информацию по разным странам мира. Для сравнения были выбраны развитые страны: США, Великобритания и Нидерланды (как страна с самым низким уровнем аборт и самой высокой «контрацептивной культурой») (рис. 4).

Согласно представленным данным, частота использования всех методов контрацепции россиянками сопоставима с частотой у женщин из сравниваемых стран. Так, несмотря на общепринятое мнение, женщины из России достаточно часто используют современные методы контрацепции

(однако чаще всего презервативы (50,7%) и ВМС (20%)). Кроме того, значительно чаще, чем женщины из сравниваемых стран, россиянки применяют традиционные методы (14,6%), то есть методы, не требующие значительных финансовых затрат. Зарубежные исследователи считают малообеспеченность одним из основных факторов риска наступления нежелательной беременности и ее прерывания, в связи с чем становится весьма актуальным вопрос о выборе наиболее приемлемого по стоимости контрацептива. Несмотря на нерегулярность и непредсказуемость половой жизни у молодежи, случаи использования экстренной контрацепции являются единичными (0,7%).

За время, прошедшее с момента выполнения исследования 2008 г., существенных изменений в обеспечении населения информацией и средствами контрацепции не произошло. Функции ранее закрытых или перепрофилированных Центров планирования семьи по информированию об охране репродуктивного здоровья и профилактике непланируемой беременности, в соответствии с нормативными документами, должны выполнять женские консультации, однако эта работа не является для этих лечебных учреждений приоритетной.

### Обсуждение результатов

Аборт в России в целом соответствует определению ВОЗ безопасного аборта [16] как «процедуры прерывания беременности, выполненной в медицинском учреждении, с помощью предназначенного для этого оборудования и персоналом, имеющим соответствующие образование и практические навыки». Однако широкое использование наименее безопасных методов и общей анестезии повышает риск осложнений, особенно на поздних сроках беременности.

Структура применяемых методов прерывания беременности на настоящий момент характеризуется сохранением высокой частоты ис-

пользования дилатации и кюретажа в первом триместре (до 60%), незначительным ростом частоты применения медикаментозных методов (с 1,5% до 8,2%) и использования вакуумной аспирации (с 30,3% до 32,6%).

Большинство (около 40%) врачей испытывают определенные трудности с проведением медикаментозного аборта из-за недостатка объективной информации, знаний и опыта, вследствие отсутствия модулей обучения по теме репродуктивного выбора и прерывания беременности с использованием современных технологий в программах последипломного образования специалистов. Это определяет необходимость в пересмотре существующих учебных программ и организации практических занятий на всех уровнях подготовки врачей и среднего медицинского персонала.

Частота использования современных методов контрацепции (продолгованных обратимых и гормональных) остается на низком уровне (24,7% от числа женщин фертильного возраста), отмечается недостаточное применение методов пролонгированной обратной контрацепции и снижение ее использования в динамике за последние 10 лет.

Однако позитивные перемены на уровнях законодательства и организации здравоохранения, направленные на расширение использования современных технологий прерывания беременности в целях сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, несмотря на сохраняющиеся/усиливающиеся некоторые относительные ограничения доступности, предполагают улучшение медицинской помощи женщинам по вопросам непланируемой беременности, аборт и контрацепции в ближайшем будущем при условии повышения качества знаний как среди врачей, так и среди населения [6]. Во многом эти изменения зависят от поддержки глав субъектов Федерации, инициативы главных специалистов регионов



и руководителей медицинских учреждений. Замена устаревших методов прерывания беременности как в первом, так и во втором триместрах беременности на современные, рекомендуемые ВОЗ [2], переориентация на профилактику непланируемой беременности будут способствовать снижению осложнений и материнской смертности, сохранению репродуктивного здоровья женщин для реализации отложенного материнства в будущем, а также существенной экономии материальных затрат на обеспечение данного вида медицинской помощи. ❖

## Литература

1. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: сборник. М., 2012. 191 с.
2. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems / World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2<sup>nd</sup> ed. WHO, 2012. // [www.who.int/reproductivehealth/publications](http://www.who.int/reproductivehealth/publications)
3. Письмо МЗ и СР РФ от 21 февраля 2011 г. № 15-4/10/2-1694 «О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 году».
4. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортот и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ // Проблемы репродукции. 2010. № 3. С. 92–108.
5. Сухих Г.Т., Яроцкая Е.Л. Стратегический подход к решению проблемы непланируемой беременности в России // Современные медицинские технологии. 2010. № 5. С. 96–99.
6. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Незнание законов не освобождает от ответственности // Практическая медицина. 2012. № 9. С. 202–205.
7. Дикке Г.Б. «Безопасного аборта не бывает»: ограничения, стереотипы и ошибки в медицинской практике при непланируемой беременности // Доктор.ру. 2012. № 7. С. 49–57.
8. Психологическое преабортное консультирование. Методические рекомендации. М.: Центр общественных инициатив, 2009. 70 с.
9. Черных Н. В Кронштадте отменили аборты // [www.mk.ru/social/article/2013/10/03/925218-v-kronshtadte-otmenili-abortyi.html](http://www.mk.ru/social/article/2013/10/03/925218-v-kronshtadte-otmenili-abortyi.html)
10. Шевченко В.В., Ямицков А.С., Чепурная Е.А. Оценка социально-экономической эффективности преабортного консультирования (на примере реализации в городе Красноярске проекта «Ты не одна», демографической программы «Святость материнства») // Менеджер здравоохранения. 2011. № 2. С. 34–46.
11. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Письмо МЗ и СР РФ от 13 октября 2010 г. № 15-0/10/2-9162 «Психологическое преабортное консультирование».
13. Foster D.G., Gould H., Taylor J. et al. Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. Clinic // *Perspect. Sex. Reprod. Health.* 2012. Vol. 44. № 2. P. 117–124.
14. Приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
15. World Abortion Policies 2011. United Nations, 2012 // [www.un.org/esa/population/publications/2011abortion/11wallchart.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2011abortion/11wallchart.pdf)
16. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ, 2004. 138 с.

## Induced abortions and contraception at the time of Russia's demographic crisis

G.B. Dikke<sup>1</sup>, L.V. Yerofeyeva<sup>2</sup>, Ye.L. Yarotskaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Peoples' Friendship University of Russia, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction Medicine of the Faculty of Continuous Professional Education of Health Professionals

<sup>2</sup> Russian Association 'Population and Development'

<sup>3</sup> Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Contact person: Galina Borisovna Dikke, [galadikke@yandex.ru](mailto:galadikke@yandex.ru)

*The article addresses changes in Russian national policy, medical programs and services in the area of unplanned pregnancy, induced abortions and contraception over the last years. The need for updating medical training programs for medical professionals is emphasized especially concerning modern technologies of artificial termination of pregnancy and contraception. Mainstreaming of the new methods of induced abortion and refocusing on the unplanned pregnancy prevention rather than termination would result in reduction of abortion complications and maternal mortality risk, preservation of women's reproductive health and significant cost savings.*

**Key words:** *iduced abortion, regulatory documents, contraception, curettage, dilation, vacuum aspiration, medical abortion*

Материнство