



Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики



ЕВРОПА



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЖЕНЕВА

Безопасный аборт:
Рекомендации для
систем здравоохранения по
вопросам политики и практики



ЕВРОПА



**Всемирная организация здравоохранения
Женева**

Выражение благодарности

Всемирная организация здравоохранения выражает большую благодарность всем принимавшим участие в подготовке этой публикации и, в частности, участникам Тематического консультативного совещания ВОЗ по безопасности аборт, проходившего в Женеве в сентябре 2000 г., за их вклад и дальнейшее рецензирование. Европейское региональное бюро ВОЗ выражает большую благодарность Институту открытого общества (Open Society Institute) и сотрудникам Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии медицинских наук Т.М.Астаховой, Е.М.Вихляевой, Ж.А.Городичевой, Е.И.Николаевой, С.В.Павловичу, И.С.Савельевой за их вклад в подготовке издания на русском языке.

Первоначально опубликован на английском языке "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for health Systems", World Health Organization, Geneva, 2003 ISBN 92 4 159034 3.

Европейское региональное бюро ВОЗ получило разрешение на издание этого перевода на русском языке в Европейском региональном бюро ВОЗ

Ключевые слова

ABORTION, INDUCED - METHODS
ABORTION, INDUCED - STANDARDS
PRENATAL CARE - ORGANIZATION AND
ADMINISTRATION
MATERNAL WELFARE
HEALTH POLICY
GUIDELINES

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: publicationrequests@euro.who.int; разрешить их перепечатку – по адресу: permissions@euro.who.int; и разрешить их перевод – по адресу: pubrights@euro.who.int. По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

© Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение "страна или район", оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования.

Содержание

Введение	6
Глава 1: Службы, обеспечивающие доступность безопасного аборта: проблема общественного здравоохранения	
Резюме	10
1 Предыстория	11
2 Искусственный аборт	12
3 Небезопасный аборт	13
4 Безопасный аборт	15
5 Юридические, политические и контекстуальные аспекты	15
6 Задача обеспечения доступности безопасных услуг	17
Библиография	19
Глава 2: Ведение женщин, поступающих в медицинское учреждение по поводу аборта	
Резюме	22
1 Мероприятия по уходу за женщиной перед выполнением аборта	25
1.1 Сбор анамнеза	25
1.2 Физикальное обследование	26
1.3 Лабораторные исследования	26
1.4 Ультразвуковая диагностика	27
1.5 Ранее выявленная патология	27
1.6 Инфекции половых путей (ИПП)	28
1.7 Эктопическая беременность	28
1.8 Резус-изоиммунизация	29
1.9 Цитология шейки матки	29
1.10 Информирование и консультирование	29
1.10.1 Консультирование для принятия информированного решения	30
1.10.2 Информация о порядке выполнения аборта	31
1.10.3 Информация и услуги по контрацепции	31
2 Методы выполнения аборта	32
Резюме	32
2.1 Подготовка шейки матки	35

2.2 Методы обезболивания	36
2.2.1 Препараты для обезболивания	37
2.2.2 Анестезия	37
2.3 Хирургический аборт	38
2.3.1 Метод вакуумной аспирации	38
2.3.2 Дилатация и выскабливание	40
2.3.3 Расширение шейки матки и эвакуация продукта зачатия	40
2.3.4 Другие хирургические методы прерывания беременности при более поздних сроках	42
2.3.5 Исследование тканей после хирургического аборта	43
2.4 Медикаментозные методы выполнения аборта	43
2.4.1 Мифепристон и простагландин	45
2.4.1.1 До 9 полных недель с первого дня последнего менструального цикла	45
2.4.1.2 От 9 до 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла	47
2.4.1.3 После 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла	47
2.4.2 Мизопропрост или только гемепрост	47
2.4.2.1 До 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла	47
2.4.2.2 После 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла	48
2.4.3 Другие лекарственные средства, вызывающие аборт	48
2.5 Другие вопросы, связанные с выполнением аборта	49
2.5.1 Профилактика инфекций и инфекционный контроль	49
2.5.1.1 Мытье рук и использование защитных барьеров	50
2.5.1.2 Порядок уборки и мойки	50
2.5.1.3 Безопасное удаление отходов, загрязненных биологическими жидкостями организма	51

2.5.1.4	Безопасное обращение с острым/ колющим инструментарием и его удаление	51	2.2	Необходимое оборудование, расходные материалы, лекарственные средства и рабочие помещения	79
2.5.1.5	Безопасная очистка использованного оборудования	52	2.2.1	Нормативные требования, предъяв-ляемые к лекарственным препаратам и изделиям медицинского назначения	80
2.5.2	Ведение женщин с осложнениями после аборта	53	2.3	Механизмы направления женщин для оказания специализированной помощи	82
2.5.2.1	Неполный аборт	53	2.4	Уважение к принятому женщиной информированному решению и соблюдение принципов независимости и конфиденциальности с учетом особых потребностей девушек-подростков	83
2.5.2.2	Несостоявшийся аборт	53	2.4.1	Информированное и независимое принятие решений	84
2.5.2.3	Кровотечение	53	2.4.2	Независимость при принятии решений (освидетельствование от третьей стороны)	86
2.5.2.4	Инфекция	54	2.4.3	Конфиденциальность	87
2.5.2.5	Перфорация матки	54	2.4.4	Приватность	87
2.5.2.6	Осложнения, связанные с анестезией	55	2.5	Специальные нормы в отношении женщин, ставших жертвой изнасилования	88
2.5.2.7	Отдаленные последствия аборта	55	3	Повышение профессиональных навыков и качества работы персонала	88
3	Последующее наблюдение	56	3.1	Профессиональные навыки, подготовка и обучение персонала	88
3.1	Восстановительный период	56	3.1.1	Учебные программы	90
3.1.1	Хирургические методы искусственного прерывания беременности	56	3.2	Кураторские функции	91
3.1.2	Медикаментозные методы выполнения аборта	56	3.3	Аттестация и лицензирование медработников и лечебных учреждений	94
3.2	Выбор метода контрацепции и консультирование по профилактике ИППП	57	4	Проведение мониторинга и оценки медобслуживания	94
3.3	Инструкции для женщин по поведению после аборта	58	4.1	Мониторинг	95
Библиография		59	4.2	Оценка	98
Глава 3: Организация медицинского обслуживания			5	Финансирование	99
Резюме		66	5.1	Расходы лечебного учреждения или системы здравоохранения	100
1. Оценка текущей ситуации		68	5.2	Приемлемость стоимости услуг предоставляемых женщинам	101
2. Разработка национальных нормативов и стандартов		74	Библиография		102
2.1	Варианты организации медобслуживания по искусственному прерыванию беременности и типы учреждений, на базе которых выполняются аборт	74			
2.1.1	Учреждения местного уровня	75			
2.1.2	Уровень оказания первичной медицинской помощи	76			
2.1.3	Уровень районной больницы (первичный уровень)	76			
2.1.4	Специализированные стационарные учреждения вторичного и третичного уровней	77			

Глава 4: Нормативно-правовые аспекты

Резюме	106
1 Охрана здоровья женщин и международные соглашения	108
2 Законы и их применение	109
3 Юридические нормы, регулирующие выполнения аборта	111
3.1 Когда беременность представляет угрозу для жизни женщины	111
3.2 Когда беременность представляет угрозу для соматического или психического здоровья женщины	112
3.3 Когда беременность является результатом изнасилования или инцеста	113
3.4 Когда имеются отклонения от нормы со стороны плода	113
3.5 Экономические или социальные причины	114
3.6 По желанию женщины	114
3.7 Ограничения, связанные со сроком беременности	114
3.8 Прочие ограничения	115
4 Создание благоприятного нормативно-правового режима	115
4.1 Цели	116
4.2 Комплекс предоставляемых услуг	116
4.3 Методы искусственного прерывания беременности	117
4.4 Круг представителей помощи	117
4.5 Стоимость услуг	117
4.6 Требования, предъявляемые к системе здравоохранения/качеству медобслуживания	118
4.7 Информация для населения	118
5 Устранение административных и нормативных барьеров	119
Библиография	126
Приложение 1: Дополнительный список литературы и источников информации	127
Приложение 2: Документы, отражающие международные соглашения по вопросам безопасного аборта	129
Приложение 3: Инструменты и расходные материалы, необходимые для мануальной вакуумной аспирации (МВА)	134
Приложение 4: Методы контрацепции после аборта	135

Введение

На Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций, состоявшемся в октябре 2000 г., все страны поддержали идею выполнения на глобальном уровне такой важнейшей задачи, как снижение масштабов бедности и неравенства. Вопрос, касающийся улучшения ситуации с охраной материнства, был включен в список основных целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия; в частности, в течение 1990-2015 гг. планируется обеспечить снижение материнской смертности на три четверти.

Существует немало причин материнской смертности. Как в период родовой деятельности, так и непосредственно в родах женщины умирают по причине осложнений, которые либо остаются нераспознанными, либо их ведение осуществляется неправильно. Причиной смерти среди женского населения могут быть и такие болезни, как малярия, течение которой на фоне беременности может ухудшаться. Женщины умирают из-за осложнений, возникающих при малых сроках беременности, – иногда это происходит еще до того, как женщина узнает о своей беременности, например, вследствие внематочной беременности. К тому же, они умирают и тогда, когда хотят избавиться от нежелательной беременности, но не имеют доступа к соответствующему медобслуживанию. Чтобы обеспечить достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия и связанных с улучшением показателей охраны здоровья матери и снижением материнской смертности, конкретные меры должны быть предприняты во всех вышеназванных областях практической деятельности.

Несмотря на то, что за последние три десятилетия наблюдается значительный рост масштабов применения методов контрацепции, ежегодно делается примерно 40-50 млн. аборт, причем половина из них выполняется в небезопасных условиях. На глобальном уровне приблизительно 13% всех материнских смертей обусловлены осложнениями после небезопасного аборта. Помимо того, что ежегодно умирает около 70 тыс. женщин, десятки тысяч страдают от долговременных последствий для здоровья, в том числе от бесплодия. Даже когда обеспечивается широкая доступность служб планирования семьи, нежелательная

беременность может иметь место в результате контрацептивной неудачи, в связи с проблемами использования методов контрацепции или невозможностью воспользоваться ими, или по причине инцеста или изнасилования. Беременность может представлять угрозу жизни женщины или ее физическому или психическому здоровью. Учитывая эти обстоятельства, практически все страны мира приняли законы, разрешающие при определенных условиях искусственное прерывание беременности. Если в одних странах легальность аборта обусловлена исключительно необходимостью спасения жизни женщины, то в других – аборт может быть выполнен по просьбе самой женщины. Системы здравоохранения обязаны реагировать на такие ситуации должным образом.

Роль Всемирной организации здравоохранения заключается в разработке нормативов и стандартов, а также в подготовке рекомендаций, которые способствуют усилению потенциала систем здравоохранения государств-членов. Вот уже более трех десятилетий ВОЗ оказывает помощь правительствам стран, международным учреждениям и неправительственным организациям в области планирования и обеспечения служб охраны материнства, в том числе в вопросах ведения осложнений, связанных с небезопасным абортом, и оказания высококачественного обслуживания по планированию семьи.

На специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, проходившей в июне 1999 г., правительства стран постановили, что «в условиях, при которых аборт не противоречит законодательству, в рамках систем здравоохранения должно проводиться профессиональное обучение медработников и обеспечиваться оснащение необходимым оборудованием, а также должны быть приняты другие меры, чтобы аборт стал безопасным и доступным. Необходимо принять дополнительные меры, гарантирующие охрану здоровья женщин».

Настоящий документ содержит методические рекомендации по проведению в жизнь принятого постановления.

Глава 1

Обеспечение доступности
служб, выполняющих
безопасный аборт, —
крупная проблема
общественного
здравоохранения

Глава 1 Резюме

- По расчетным данным не менее 46 млн. беременностей ежегодно заканчиваются искусственным абортом. Около 20 млн. абортот не являются безопасными.
- Примерно 13% обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным абортом, что, вероятно, соответствует приблизительно 67 тыс. смертей ежегодно.
- В развивающихся странах риск летального исхода из-за осложнений, вызванных небезопасным абортом, в сотни раз превышает соответствующий риск при квалифицированном выполнении аборта в безопасных условиях.
- Осложнения, обусловленные небезопасным абортом, способствуют развитию серьезных нежелательных последствий для здоровья женщин, в частности возникновению бесплодия.
- Поскольку ни один из методов контрацепции не является надежным на все 100%, проблема наступления нежелательной беременности останется актуальной, и женщины будут вынуждены идти на аборт.
- Практически во всех странах выполнение аборта разрешено по закону, и в большинстве стран ради сохранения физического и психического здоровья женщины аборты не запрещены.
- Поэтому, предусмотренные по закону услуги по выполнению безопасного аборта должны быть доступными и предоставляться высококвалифицированным медперсоналом, успешной работе которого способствует существующая стратегия, нормативная база и инфраструктура систем здравоохранения, в том числе снабжение необходимым оборудованием и расходными материалами для того, чтобы у женщин был свободный доступ к такой форме обслуживания.

1 Предыстория

В материалах Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD) (Каир, 1994 г.), а также Четвертой Всемирной конференции по положению женщин (FWCW) (Пекин, 1995 г.) были закреплены права женщин в отношении охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Решения, принятые Каирской конференцией, заключаются в следующем: «Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, признанные в национальных и международных юридических документах и документах по правам человека. Эти права базируются на основном праве всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственные решения относительно количества своих детей и интервалов между их рождением и располагать для этого необходимой информацией, образовательной подготовкой и средствами, а также на праве, которое обеспечивает достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья» (Организация Объединенных Наций, 1995 г., п. 7.3).

На конференции в Пекине правительствами стран была выработана согласованная позиция, суть которой сводится к следующему: «Права человека в отношении женщин предусматривают их право осуществлять контроль и свободно принимать ответственные решения в отношении реализации своей сексуальности, в том числе по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья без какого бы то ни было принуждения, дискриминации и

насилия. Равноправное положение женщин и мужчин в плане развития сексуальных отношений и решения вопросов о воспроизводстве потомства, включая уважительное отношение к сохранению целостности личности, требует взаимного уважения, согласия и обоюдной ответственности за сексуальное поведение и его последствия» (Организация Объединенных Наций, 1996 г., п. 96).

В частности, возвращаясь к вопросу об абортах на конференции в Каире, правительства стран мира согласились с тем, что небезопасный аборт представляет собой серьезную угрозу для здоровья населения, и приняли на себя долгосрочные обязательства, предусматривающие снижение потребностей в искусственном прерывании беременности за счет оказания расширенного набора услуг по планированию семьи и их совершенствования, а также признали то обстоятельство, что в ситуациях, не противоречащих действующему законодательству, выполнение аборта должно быть безопасным (Организация Объединенных Наций, 1995 г., п. 8.25). Годом позже участники Пекинской конференции выступили в поддержку достигнутых соглашений и предложили правительствам стран изучить вопрос о пересмотре тех законодательных актов, в которых предусматриваются различные меры наказания в отношении женщин, решившихся на нелегальный аборт (Организация Объединенных Наций, 1996 г., п. 106).

На основании результатов обзора и оценки выполнения программы действий состоявшейся в

1999 г. Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD + 5), которые были получены в ходе работы Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, принято очередное решение, смысл которого состоит в следующем: «... и в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких аборт. Должны приниматься дополнительные меры по охране здоровья женщин» (Организация Объединенных Наций, 1999 г., п. 63.iii).

В течение многих лет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и другие организации занимались разработкой руководств по профилактике небезопасного аборта и ведению связанных с ним осложнений (см. Приложение 1). В этом документе представлены методические рекомендации для правительств стран, политиков, руководителей программ и медработников по проведению в жизнь положений п. 63.iii, изложенных выше.

2 Искусственный аборт

Из 210 млн. ежегодно возникающих беременностей примерно 46 млн. (22%) заканчиваются искусственным абортом, а во всем мире подавляющее большинство женщин, как правило,

имеют в своем анамнезе хотя бы один аборт к тому времени, когда им исполняется 45 лет (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г.). Именно тогда, когда доступны и широко используются эффективные методы контрацепции, наблюдается резкое снижение общего коэффициента аборт (Bongaarts и Westoff, 2000 г.), однако по целому ряду причин этот показатель еще нигде не снижался до нуля. Во-первых, миллионы женщин и мужчин либо не имеют доступа к соответствующим методам контрацепции, либо не располагают адекватной информацией и поддержкой в целях их эффективного использования. Во-вторых, не существует метода контрацепции, который имел бы 100-процентную результативность. В табл. 1.1 сделанный вывод наглядно проиллюстрирован на основании расчетных данных по «идеальному использованию» того или иного метода, когда пользователь неуклонно следует инструкциям по применению метода, а также данных, полученных путем расчета «типичного использования» метода, когда во внимание принимается то обстоятельство, что людям иногда не удается реализовать идеальную схему применения методов контрацепции. В-третьих, высокая распространенность насилия в отношении женщин, в том числе бытового и во время вооруженных конфликтов, может приводить к нежелательной беременности. В-четвертых, изменение обстоятельств, как, например, развод или какая-то другая кризисная ситуация, могут превратить желательную беременность в нежелательную.

3 Небезопасный аборт

Даже если бы всем, кто пользуются противозачаточными средствами всегда удавалось добиваться их идеального использования, то все равно ежегодно у примерно 6 млн. женщин наступала бы случайная беременность. Следовательно, несмотря на высокие показатели распространенности методов контрацепции нежелательная беременность будет иметь место при постоянном стремлении женщин к ее прерыванию с помощью искусственного аборта.

Небезопасный аборт это «процедура прерывания нежелательной беременности лицами, не владеющими необходимыми навыками, или происходящая в условиях, не удовлетворяющих минимальным медицинским стандартам, или наличие и того, и другого» (Всемирная организация здравоохранения, 1992 г.). Примерно 20 млн. ежегодно выполняемых искусственных абортов или около половины из этого числа считаются небезопасными. Девяносто пять процентов такой статистики приходится на развивающиеся страны (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.). Во всем мире статистика отношения небезопасного аборта к числу живорожденных выглядит как 1:7 (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.), однако в некоторых регионах эта пропорция может быть гораздо выше. Например, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна на трех живорожденных приходится более чем один

небезопасный аборт (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.).

Около 13% связанных с беременностью смертей явились результатом осложнений после небезопасного аборта (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.); если сравнивать с последними расчетными данными о показателях материнской смертности во всем мире (в пределах 515 тыс. согласно данным за 1995 г., Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.), то их доля соответствует примерно 67 тыс. смертей в год. Кроме того, небезопасный аборт ассоциируется с весьма высоким уровнем заболеваемости. Например, результаты исследований говорят о том, что по меньшей мере одна из пяти женщин, которым был сделан небезопасный аборт, в конечном счете страдает от инфекции половых путей. Некоторые из этих инфекций протекают в тяжелой форме и вызывают бесплодие (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.).

В тех ситуациях, когда в отношении аборта существуют юридические ограничения, или когда аборт предусмотрен законом по ряду причин, но доступность соответствующего обслуживания может быть ограничена, или качество самого обслуживания не всегда удовлетворяет высоким требованиям, материально обеспеченные женщины все же нередко обращаются к частнопрактикующим врачам с целью получить квалифицированную медицинскую помощь. Тем не менее, многие женщины, лишенные такой

Табл. 1.1 **Ориентировочные данные о наступлении случайной беременности вследствие контрацептивной неудачи в разных странах мира (оценки за 1993 г.)**

Метод контрацепции	Расчетный процент неудач (идеальное использование) ¹	Расчетный процент неудач (типичное использование) ¹	Число пользователей ²	Число случайных беременностей (идеальное использование)	Число случайных беременностей (типичное использование)
	%	%	абс. число	абс. число	абс. число
Женская стерилизация	0.50	0.50	201 000	1005	1005
Мужская стерилизация	0.10	0.15	41 000	41	62
Инъекционные контрацептивы	0.30	0.30	26 000	78	78
ВМС	0.60	0.80	149 000	894	1192
Таблетки	0.10	5.00	78 000	78	3900
Презервативы (мужские)	3.00	14.00	51 000	1530	7140
Барьерные вагинальные методы	6.00	20.00	4000	240	800
Периодическое воздержание	3.00	25.00	26 000	780	6500
Прерывание полового акта	4.00	19.00	31 000	1240	5890
Итого:			607 000	5886	26 567

¹ Trussel (1998 г.) — по расчетным данным США. Процент неудач отражает долю женщин, у которых возникает беременность на фоне использования данного метода в течение одного года.

² Отдел ООН по вопросам народонаселения (2002 г.). Ориентировочное число женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в законном или договорном браке.

3 Небезопасный аборт (продолжение)

возможности, и у которых возникла нежелательная беременность, относятся к группе высокого риска по небезопасному аборту. В такую группу входят женщины из бедных слоев населения, проживающие в отдаленных районах, находящиеся в социально уязвимом положении (как, например, беженки или вынужденные переселенцы) или еще не вышедшие из подросткового возраста, особенно если они не замужем. Женщины из этой категории обладают меньшим доступом не только к информации, но и к службам охраны репродуктивного здоровья, нередко оказываясь жертвами сексуального принуждения и насилия; к тому же, они могут несвоевременно поднимать вопрос об искусственном прерывании беременности и, следовательно, чаще, чем другие женщины, вынуждены полагаться на небезопасные методы выполнения аборта и обращаться к недостаточно квалифицированным поставителям помощи (Bott, 2001 г.; Gardner и Blackburn, 1996 г.; Mundigo и Indriso, 1999 г.).

4 Безопасный аборт

Почти все летальные исходы и осложнения, вызванные небезопасным абортом, можно предотвратить. 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 вмешательств. В странах, где женское население имеет доступ к службам выполнения безопасного аборта, вероятность наступления летального исхода вследствие аборта, выполненного с использованием современных методов, не превышает 1 на 100 тыс. вмешательств (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г.). В развивающихся странах риск наступления смерти, обусловленной осложнениями после небезопасного аборта, в сотни раз выше, чем после профессионально выполненного аборта в безопасных условиях (Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.). Аборт, проведенный женщинам с малым сроком беременности надлежащим образом, спасает их жизнь и позволяет исключить ощутимые затраты на лечение предотвратимых осложнений после небезопасного аборта (Fortney, 1981 г.; Tshibangu et al., 1984 г.; Figa-Talamanca et al., 1986 г.; Mpangile et al., 1999 г.).

5 Юридические, политические и контекстуальные соображения

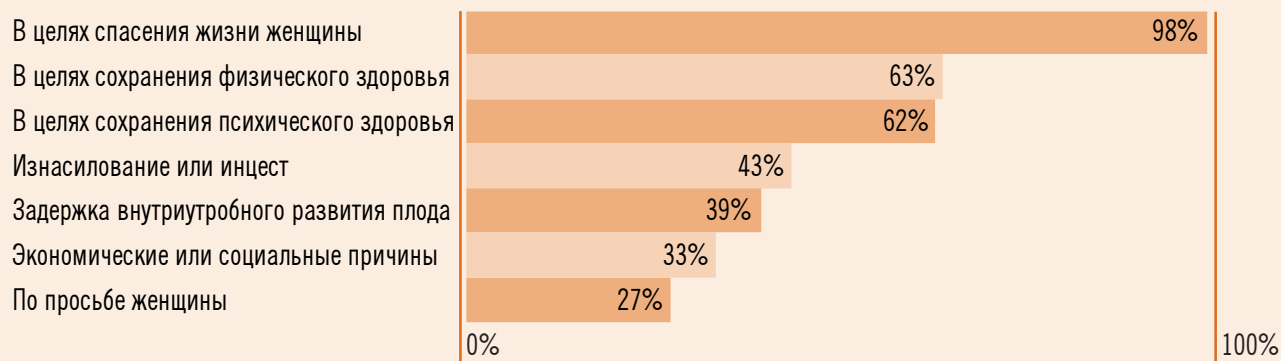
Практически во всех странах для спасения жизни женщины выполнение аборта разрешено законом (рис. 1.1). В случае более чем трех пятых стран аборт также разрешен из соображений сохранения физического и психического здоровья женщины, и примерно в 40% случаев допускается после изнасилования или инцеста или задержки внутриутробного развития плода. В одной трети стран аборт разрешен по экономическим или социальным причинам, и в не менее одной четверти стран

допускается выполнение аборта по желанию женщины (Отдел ООН по вопросам народонаселения, 1999 г.). Таким образом, фактически во всех странах для выполнения аборта, если эта процедура не противоречит действующему законодательству, должны существовать доступные и безопасные службы.

Тем не менее, во многих ситуациях, когда по закону женщины имеют право на аборт, безопасность такой процедуры по целому ряду причин не соблюдается. К таким причинам можно отнести следующие проблемы в системе здравоохранения: нехватка профессионально подготовленного персонала или его концентрация в городских районах; отрицательное отношение со стороны медработников; использование непригодных или устаревших методов выполнения искусственного аборта; отсутствие должного механизма выдачи разрешений на эту

деятельность медработникам или учреждениям; недостаточный уровень знаний у поставителей помощи в области законодательства или законоприменения; усложненная процедура соблюдения нормативных требований; или дефицит необходимых ресурсов. В целях обеспечения доступности безопасного обслуживания и юридического оформления следует также обращать внимание на решение таких политических и социальных проблем, как отсутствие необходимой нормативной или правовой базы; недостаточно полное информирование населения о действующем законодательстве и правах женщин, предусмотренных в нем; отсутствие исчерпывающей информации для населения об учреждениях, где выполняются аборт, или о необходимости делать аборт в начале беременности; отсутствие правильного отношения со стороны членов семьи; стигматизация и опасения, связанные с несоблюдением принципов

Рис. 1.1 Причины, по которым выполнение аборта разрешается, с распределением по странам в процентах



Источник: Отдел ООН по вопросам народонаселения, 1999 г.

конфиденциальности; и предвзятое мнение о качестве предоставляемых услуг.

На работников здравоохранения всех уровней возложена этическая и юридическая ответственность за соблюдение прав женщин. Взаимодействуя с Министерством здравоохранения и Министерством юстиции, а также с профессиональными ассоциациями, они могут оказать реальную помощь в выяснении обстоятельств, при которых аборт не противоречит принятому законодательству. Медработники обязаны знать и применять на практике национальное законодательство в отношении абортов и вносить свой вклад в дальнейшее развитие нормативной базы, стратегии и протоколов в целях обеспечения доступности высококачественного обслуживания, предусмотренного действующим законодательством, а также соблюдения прав женщин на гуманное к ним отношение и получение необходимой помощи в условиях конфиденциальности. Наличие свободного доступа к выполнению раннего безопасного аборта позволяет существенно снизить высокие уровни материнской смертности и заболеваемости; такая форма обслуживания помогает системам здравоохранения избежать связанных с небезопасным абортom затрат; это также позволяет предоставлять соответствующую помощь тем женщинам, которые все еще недостаточно охвачены программами по планированию семьи, и в том числе тем, в отношении которых методы контрацепции оказались неудачными.

6 Задача обеспечения доступности безопасных услуг

Обеспечение доступности безопасного аборта при условии соблюдения в полном объеме положений действующего законодательства требует профессиональной подготовки медработников с тем, чтобы они обладали глубокими знаниями национального законодательства и нормативной базы, хорошо владели техническими приемами; решения вопросов снабжения необходимым оборудованием и расходными материалами; и разработки протоколов, правил и политики, которые создают условия для оказания высококачественных услуг по выполнению аборта. В последующих главах представлены рекомендации по каждому из этих вопросов с учетом не только накопленных фактических данных и практического опыта, но и принципов, согласованных в ходе работы таких международных форумов, как ICPD, FWCW, ICPD+5 и FWCW+5, и предусмотренных на международном уровне правами человека. Поскольку в большинстве стран мира выполнение аборта при определенных показаниях разрешено по закону, практически в любой стране (как развитой, так и развивающейся) существуют широкие возможности для проведения в жизнь рекомендаций, предложенных в настоящем документе.

- В главе 2 «Ведение женщин, поступающих в медицинское учреждение по поводу аборта» представлен обзор клинических аспектов,

связанных с выполнением высококачественных аборт, включая диагностику беременности, вопросы информирования и консультирования, порядок выбора и предоставления соответствующего метода искусственного прерывания беременности, а также принципы организации ухода за женщиной в послеабортном периоде. В этой главе описаны рекомендуемые методы выполнения аборта, а также параметры, от которых зависит безопасность, действенность и оптимальное использование таких методов.

- В главе 3 «Организация медобслуживания» даны рекомендации, касающиеся основных элементов организации на местах высококачественного обслуживания женщин, решивших сделать легальный аборт. Предлагаемая тематика включает такие аспекты, как оценка потребностей, национальные нормы и стандарты, элементы медобслуживания на всех уровнях системы здравоохранения, формирование профессиональных навыков и обеспечение качества работы персонала, проведение аттестации и лицензирования, решение вопросов мониторинга и оценки, выделение финансовых средств.
- В главе 4 «Нормативно-правовые аспекты» рассматриваются основные принципы обеспечения доступности безопасного аборта при условии соблюдения в полном объеме положений действующего законодательства. Предлагаемая тематика затрагивает юридические основы

выполнения аборта на фоне благоприятного нормативно-правового режима, что позволяет устранить неоправданные барьеры, препятствующие оказанию соответствующих услуг.

В Приложении 1 вниманию читателей предлагается дополнительный список литературы, к которому они могут обратиться для получения более исчерпывающих данных по рассматриваемой в монографии тематике. В Приложении 2 приведены соответствующие выдержки из документов, отражающих международный консенсус по этой проблеме, и в Приложениях 3 и 4 соответственно дается более подробное описание необходимого оборудования и методов контрацепции после аборта.

Библиография

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*. New York and Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.

Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies In Family Planning* 31:193-202.

Bott S. (2001) Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: findings from WHO case studies. In: Puri CP and Van Look PFA (eds). *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International (P) Limited, Volume 1, 351-366.

Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K, Fong CK, Palan VT, Adeeb N, Nylander P, Onifade A, Akin A and Bertan M. (1986) Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* 16:375-389.

Fortney JA. (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. *Public Health Reports* 96:574-579.

Gardner R and Blackburn R. (1996) People who move: new reproductive health focus. *Population Reports Series J*, No. 45.

Mpangile GS, Leshabari MT and Kihwele DJ. (1999) Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI and Indriso C. (eds). *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization, pp. 387-403.

Mundigo AI and Indriso C. (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.

Trussell J. (1998) Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart GK, Guest F and Kowal D (eds). *Contraceptive technology (17th revised edition)*. New York, Ardent Media Inc., pp. 779-844.

Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L and Mbiye K. (1984) Avortement clandestin, problème de santé publique à Kinshasa. [Illicit abortion, a public health problem in Kinshasa (Zaire)] *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)* 13:759-763.

United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)

United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)

United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add. I)

United Nations Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations. Population Division (ST/ESA/SER.A/178).

United Nations Population Division. (2002) *World contraceptive use 2001*. New York, United Nations (Sales No. E.02.XIII.7)

World Health Organization. (1992) *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Geneva, World Health Organization. (WHO/MSM/92.5)

World Health Organization. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/97.16)

World Health Organization. (2001) *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.9)

Глава 2

Ведение женщин, поступающих в медицинское учреждение по поводу аборта

Ведение женщин перед операцией аборта

- Определение сроков беременности является важным фактором при выборе наиболее адекватного метода прерывания беременности. Такие процедуры, как бимануальное обследование органов малого таза и выявление других признаков беременности, как правило, бывают достаточными. Для подтверждения диагноза могут дополнительно использоваться лабораторные исследования или ультразвуковая диагностика.
- В территориях с высоким уровнем распространенности анемии определение концентрации гемоглобина или гематокрита позволит принять неотложные меры в случае развития осложнений, обуславливающих необходимость переливания крови.
- Рутинное назначение антибиотиков во время выполнения аборта снижает риск возникновения инфекционных осложнений после этой операции. Однако, не следует отказывать женщине в аборте если нет возможности назначить ей профилактическое лечение антибиотиками.
- Женщина должна получить полную, точную и доступную для понимания информацию о процедуре выполнения аборта, о том, что может ее ожидать во время и после операции. Кроме того, женщина должна быть проконсультирована для принятия информированного решения.

Методы выполнения аборта

- При выполнении раннего аборта (в I триместре) предпочтение отдается следующим методам:
 - мануальная или электровакуумная аспирация при сроках беременности до 12 полных недель со дня начала последней менструации;
 - медицинский аборт – комбинированная терапия, предусматривающая прием мифепристона и дальнейшее применение одного из таких простагландинов, как мизопростол или гемепрост, при сроках беременности до 9 полных недель с первого дня последнего менструального цикла. В большинстве стран из всех простагландинов мизопростол является препаратом первого выбора, так как он недорогой, и его не нужно хранить в холодильнике.
- Расширение шейки матки и выскабливание делаются только тогда, когда нет возможности для проведения вакуумной аспирации или медицинского аборта.
- При сроках беременности более 12 полных недель со дня начала последней менструации предпочтение отдается следующим методам:
 - расширение шейки матки и выскабливание с использованием вакуумной аспирации и абортных щипцов;
 - использование мифепристона и дальнейшее введение повторных доз одного из таких простагландинов, как мизопростол или гемепрост;

- назначение повторных доз только простагландинов (мизопроста или гемепроста).
- Перед выполнением хирургического аборта рекомендуется подготовить шейку матки при сроках беременности более 9 полных недель у нерожавших женщин, у женщин моложе 18 лет и у всех женщин со сроками беременности более 12 полных недель.
- Женщинам всегда следует рекомендовать прием медикаментозных средств для обезболивания. В большинстве случаев достаточно назначить анальгетики, местное обезболивание и/или легкое седативное средство на фоне вербальной поддержки.
- Проведение местной анестезии, как, например, инъекции лидокаина вокруг шейки матки, показано в целях ослабления ощущения дискомфорта у женщин в тех случаях, когда для хирургического аборта требуется механическое расширение шейки матки. При абортах общая анестезия не рекомендуется, поскольку, по сравнению с местным обезболиванием, она связана с более частыми осложнениями.
- Как и при ведении любых других больных во все времена, в связи с инфекционным контролем следует принимать универсальные меры предосторожности, чтобы снизить риск распространения инфекций, передающихся через кровь, включая ВИЧ-инфекцию.

Последующее наблюдение

- После выполнения хирургического аборта женщин можно выписывать из медицинского учреждения по мере улучшения их самочувствия и нормализации показателей жизненно важных функций.
- При хирургических методах прерывания беременности женщины должны явиться на повторный прием к врачу через 7-10 дней после операции.
- В случае использования медицинских методов аборта, если последний является неполным на момент выписки женщин из медицинского учреждения, им необходимо повторно показаться врачу через 10-15 дней в целях подтверждения полного завершения аборта.
- До выписки из медицинского учреждения всем женщинам должна быть предоставлена информация о контрацепции, а желающих воспользоваться такими методами следует обеспечить контрацептивами или дать им направление для консультации по поводу контрацепции.
- Женщинам должны быть даны указания в устной и письменной форме относительно того, как следить за своим здоровьем после выписки из медицинского учреждения, насколько обильным может быть кровотечение, как правильно распознавать осложнения и куда обращаться за помощью в таком случае.

Определения, используемые в этом документе

Хирургические методы аборта

- Использование трансцервикальных процедур в целях искусственного прерывания беременности, включая вакуумную аспирацию, расширение шейки матки и выскабливание, а также расширение шейки матки и эвакуацию продукта зачатия.

Медикаментозные методы аборта

- Использование фармакологических средств в целях прерывания беременности. Иногда также используется термин «нехирургический аборт».

Срок беременности

- Количество полных дней или недель с первого дня начала у женщины последнего нормального менструального цикла.

Регуляция менструального цикла

- Эвакуация продукта зачатия из полости матки на раннем этапе без лабораторного или ультразвукового подтверждения беременности у женщин, которые сообщают о задержке месячных.

1 Мероприятия по уходу за женщиной перед выполнением аборта

Первые шаги при оказании женщинам услуг по прерыванию беременности заключаются в том, чтобы установить факт наступления беременности, и если это действительно так, — определить ее сроки и убедиться в том, что это внутриматочная беременность. Уровень риска, связанный с искусственным абортом (даже если риск незначителен при должном выполнении аборта), повышается по мере увеличения срока беременности (Grimes и Cates, 1979 г.). Следовательно, определение срока беременности является важнейшим фактором, от которого зависит выбор наиболее приемлемого метода искусственного прерывания беременности.

Персонал любого лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) должен быть достаточно квалифицированным и компетентным, чтобы собрать анамнез и выполнить бимануальное обследование органов малого таза. Если какой-либо центр здоровья не укомплектован специалистами соответствующего профиля и не имеет должного оснащения для производства искусственного аборта, то должна существовать система своевременного направления женщин в ближайшие медицинские учреждения для оказания специализированной помощи. Персонал обязан быть вполне компетентным,

чтобы в процессе консультирования женщины оказать ей помощь в принятии того или иного решения (см. раздел 1.10.1).

1.1 СБОР АНАМНЕЗА

При задержке менструации большинство женщин склонны предполагать, что они беременны. У женщины следует уточнить первый день, когда у нее начались последние месячные или последний менструальный цикл (ПМЦ), а также выяснить, проходило ли менструальное кровотечение нормально. Вместе с тем, у женщин может наблюдаться отсутствие месячных по причинам, не связанным с беременностью, а в отдельных случаях фактически беременные женщины могут и не сообщить о том, что пропустили положенные сроки менструации. К примеру, кормящие грудью женщины могут забеременеть в послеродовом периоде еще до наступления первой менструации. В начале беременности кровотечение у некоторых женщин может происходить независимо от менструального цикла, и это обстоятельство может служить причиной задержки менструации или ошибочного расчетного срока очередного цикла. К другим симптомам, о которых обычно сообщают женщины в начальные сроки беременности, относятся следующие: нагрубание молочных желез и их болезненность при обследовании, тошнота, иногда сопровождаемая рвотой, ощущение усталости, изменение аппетита и учащенное мочеиспускание.

1.2 ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Медработники обязаны подтвердить факт наступления беременности и определить ее сроки путем бимануального обследования органов малого таза. Несмотря на то, что многие медработники профессионально подготовлены к тому, чтобы оценить сроки беременности, какая-то их часть не владеет необходимыми практическими навыками диагностики беременности с малым сроком или точного определения ее продолжительности в I триместре. Поэтому, нередко требуется дополнительная подготовка персонала (см. Главу 3).

К признакам наступления беременности, которые можно обнаружить путем бимануального обследования тазовых органов уже на 6–8 неделе беременности, относится размягчение цервикального перешейка, а также размягчение матки и увеличение ее размеров. Если матка у беременной женщины имеет меньшие размеры чем можно предположить, считая с первого дня ПМЦ, то это может быть несостоявшийся выкидыш, или это внематочная беременность; если же размеры матки больше, чем предполагаемые, то это может быть обусловлено тем, что это беременность более поздних сроков, чем расчетная с учетом первого дня ПМЦ, или это многоплодная беременность, фиброма матки или пузырный занос.

Кроме того, в процессе физикального обследования медработник обязан уточнить расположение матки – повернута ли она кпереди, наклонена кзади или занимает такое положение, при котором оценка сроков беременности может оказаться неточной, а выполнение хирургического аборта будет усложнено. Медперсонал должен быть профессионально подготовлен к тому, чтобы распознавать признаки инфекций, передающихся половым путем (ИППП), других инфекций половых путей (ИПП), равно как и таких состояний, как анемия и малярия, которые могут обусловить необходимость дополнительных вмешательств или оказания пациентке специализированной медицинской помощи. В случае серьезной патологии шейки матки женщину следует направить в учреждение соответствующего уровня для проведения дальнейшего обследования.

1.3 ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В большинстве случаев для подтверждения наличия беременности и оценки ее сроков медработникам потребуются лишь сведения из анамнеза женщины и результаты ее физикального обследования. Возможно, что тест на беременность и не понадобится, за исключением тех случаев, когда типичные признаки беременности будут отсутствовать, и медработник не будет уверен, действительно ли женщина беременна. Тем не менее,

необходимость в получении результатов тестирования не должна откладывать эвакуацию продукта зачатия из полости матки на более поздний срок или препятствовать этому.

Определение гемоглобина или гематокрита в целях выявления анемии в эндемичных по данному заболеванию территориях позволяет медработнику принять решение о начале соответствующего курса лечения и заранее подготовиться к принятию соответствующих мер в случае кровотечения во время или после аборта.

В соответствующих случаях необходимо обеспечить анализы крови на групповые факторы по системе ABO и резус-фактор, особенно при поступлении женщины в специализированные центры, поскольку развитие осложнений может обусловить необходимость переливания крови (см. ниже 2.5.2.3).

1.4 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

В целях выполнения раннего аборта ультразвуковая диагностика не требуется (RCOG 2000). С помощью аппаратуры УЗИ можно выявлять случаи внематочной беременности со сроком примерно 6 недель. Некоторые специалисты считают, что при более поздних сроках беременности использование этой аппаратуры целесообразно как до, так и после выполнения аборта. Если в медицинском

учреждении предусмотрена УЗИ- диагностика, то женщины, поступающие по поводу аборта, должны обследоваться отдельно от женщин, которые обращаются в ЛПУ в связи с дородовым наблюдением.

1.5 РАННЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Наряду с получением данных, подтверждающих развитие беременности и указывающих на ее сроки, медработникам следует воспроизвести все детали из истории болезни и проанализировать другие факторы, которые могут негативно повлиять на выполнение аборта. К таким факторам можно отнести следующее: проблемы с кровотечением, аллергия на какой-либо препарат, вводимый в процессе аборта, и сведения о каких-либо принимаемых женщиной лекарственных средствах, которые могут взаимодействовать с препаратами, назначаемыми во время операции.

С клинической точки зрения, наличие у поступившей по поводу аборта женщины ВИЧ-инфекции требует принятия таких же мер предосторожности, как и в случае с иными медицинскими/хирургическими вмешательствами (см. ниже 2.5.1). Если у женщины положительная реакция на ВИЧ-инфекцию, то ей может понадобиться особое консультирование (см. 1.10.1).

1.6 ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ (ИПП)

Наличие инфекции в нижних отделах половых путей при выполнении аборта является фактором риска по развитию ИПП после операции (Penny et al., 1998 г.). Согласно полученным данным, рутинное назначение антибиотиков в случае аборта наполовину снижает риск инфицирования в послеоперационном периоде (Sawaya et al., 1996г.). Однако, отсутствие возможности провести профилактический курс лечения антибиотиками не является противопоказанием для выполнения аборта. В любом случае важнейшую роль в профилактике послеоперационной инфекции играет неукоснительное соблюдение установленных требований чистоты и дезинфекции (см. раздел 2.5.1).

Если клинические проявления свидетельствуют о присутствии инфекции, то женщине следует сразу же назначить курс лечения антибиотиками, после чего можно приступать к выполнению аборта. В повседневной практике проводится лабораторное тестирование на ИПП, и при отсутствии явных признаков инфекции не следует переносить процедуру искусственного прерывания беременности на более поздний срок в ожидании результатов анализа.

1.7 ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность может представлять собой угрозу жизни женщины. Признаки, указывающие на наличие эктопической беременности, могут включать в себя следующее: меньшие, по сравнению с предполагаемыми, размеры матки с учетом ориентировочного срока беременности и боль в нижней части живота, особенно на фоне вагинального кровотечения и кровянистых выделений, головокружения или обморока, бледности кожных покровов, а в отдельных случаях – и при наличии образования в области придатков. При подозрениях на внематочную беременность необходимо безотлагательно подтвердить предварительный диагноз и приступить к лечению женщины или как можно скорее обеспечить ее перевод в специализированное учреждение, обладающее необходимым потенциалом для подтверждения диагноза и начала лечения (подробная информация о схемах лечения приводится в материалах Всемирной организации здравоохранения, 2000а г.).

Следует особо подчеркнуть, что ввиду аналогичной симптоматики постановка диагноза внематочной беременности затруднена как в период, так и после применения медикаментозных методов прерывания беременности. Следовательно, при использовании медикаментозных методов

выполнения аборта без предварительного подтверждения диагноза эктопической беременности у женщины (особенно на фоне развития тяжелого и нарастающего болевого синдрома после операции) ей необходимо пройти обследование на внематочную беременность.

1.8 РЕЗУС ИЗОИММУНИЗАЦИЯ

Начиная с 1961 г. в США рекомендована иммунизация Rh-иммуноглобулином по обращаемости всех женщин с отрицательным резус-фактором в течение 72 ч после выполнения аборта (Finn et al., 1961 г.), однако при искусственном прерывании беременности в I триместре на этот счет не существует убедительных доказательств. Иммунизацию Rh-иммуноглобулином женщин с отрицательным Rh-фактором обычно проводят в условиях стационара, причем такой курс лечения проводится непосредственно при выполнении аборта. В случае женщин, пользующихся медикаментозными методами прерывания беременности, введение Rh-иммуноглобулина рекомендовано одновременно с введением простагландина (Urquhart и Nempleton, 1990 г.).

1.9 ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ЦИТОЛОГИЯ

Кроме того, в некоторых учреждениях женщинам нередко предлагают сделать анализ мазка из шейки матки, равно как и другие формы медобслуживания, связанные с охраной

репродуктивного здоровья. Обращение женщины в ЛПУ с просьбой о выполнении аборта может послужить поводом для проведения цитологического исследования мазка шейки матки, особенно в странах и территориях с высоким уровнем распространенности рака шейки матки и ИППП. Вместе с тем, сам факт прохождения таких обследований не должен рассматриваться как предварительное условие для прерывания беременности, — к тому же предлагаемые в этой связи услуги необязательны для выполнения безопасного аборта.

1.10 ИНФОРМИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Предоставление соответствующей информации является неотъемлемой составляющей высококачественного медобслуживания женщин, идущих на аборт. Информация должна быть полной, точной и доступной для восприятия, а сам процесс информирования должен проходить в приватной обстановке с соблюдением требований конфиденциальности. В Главе 3 дается подробная информация, касающаяся вопросов подготовки кадров, а также других требований к организации работы по информированию и консультированию женщин, включая соблюдение этических норм.

1 Мероприятия по уходу за женщиной перед выполнением аборта (продолжение)

1.10.1 Консультирование в целях принятия решения

Консультированию принадлежит важнейшая роль в плане оказания женщине необходимой помощи при рассмотрении возможных вариантов выбора, а также при принятии решения без какого-либо нажима. Консультирование должно быть добровольным, проходить в конфиденциальной обстановке, и этим должен заниматься профессионально подготовленный специалист.

Если женщина делает свой выбор в пользу аборта, медработник обязан разъяснить ей неизбежные в этой связи юридические требования. Женщина должна располагать достаточным временем для принятия решения, даже если для этого потребуется повторное посещение клиники спустя какое-то время. В любом случае в процессе беседы важно, чтобы женщина поняла, насколько безопаснее и эффективнее делать аборт при малом сроке беременности. Наряду с этим медработник обязан предоставить необходимый объем информации тем женщинам, которые решили сохранить свою беременность до конца и/или рассмотреть вопрос об усыновлении, включая, в

зависимости от обстоятельств, направление женщины в специализированное учреждение.

В отдельных случаях женщина может подвергаться давлению сделать аборт со стороны своего партнера или других членов семьи. Особенно уязвимыми в отношении такого рода прессинга могут быть незамужние девушки-подростки и ВИЧ-инфицированные женщины. Все женщины с положительной реакцией на ВИЧ-инфекцию должны иметь полное представление не только о риске сохранения беременности для собственного здоровья, но и об опасностях передачи вирусной инфекции новорожденным детям. Они также должны быть осведомлены о существующих для инфицированных женщин курсах лечения и о профилактике вертикальной трансмиссии инфекции от матери к ребенку с тем, чтобы у них была возможность принять информированное решение относительно сохранения или прерывания беременности, если последнее не противоречит действующему законодательству. К тому же, женщины могут обращаться с просьбой о проведении дополнительного консультирования (Всемирная организация здравоохранения, 1999г.). Если медработники догадываются о том, что женщина действует по принуждению, они должны поговорить с нею наедине или направить на дополнительный консультирования. Если сотрудникам известны факты сексуального насилия или надругательства над женщиной или

имеются догадки относительно этих обстоятельств, то, по мере необходимости, они обязаны направить ее на консультацию или на лечение в другие службы. Руководители ЛПУ должны позаботиться о том, чтобы все сотрудники владели информацией о наличии таких форм обслуживания в рамках системы здравоохранения и по месту жительства (см. Главу 3).

1.10.2 Информация о порядке выполнения аборта

Женщине должна быть предоставлена информация как минимум по следующему кругу вопросов:

- какие действия будут предприниматься во время и после выполнения аборта;
- какие неудобства будет испытывать женщина (например, менструальноподобная боль и кровотечение);
- сколько времени займет сама процедура;
- какими болеутоляющими средствами и методами она сможет воспользоваться;
- какой риск и осложнения могут быть обусловлены применением данного метода;

- через какое время она сможет возобновить привычный образ жизни, в том числе половую жизнь; и
- в чем будет выражаться последующее наблюдение после аборта.

Если есть возможность выбора того или иного метода прерывания беременности, то медработники должны быть обучены тому, чтобы дать женщине полную информацию с учетом конкретного срока беременности, состояния ее здоровья и потенциальных факторов риска.

1.10.3 Информация и услуги по контрацепции

Информирование женщины по вопросам контрацепции и о предоставляемых в этой связи формах обслуживания является неотъемлемым компонентом набора услуг по выполнению аборта, поскольку в будущем это поможет женщине предотвратить нежелательную беременность. Каждая женщина должна быть информирована о том, что восстановление овуляции может произойти уже спустя две недели после аборта (Cameron и Baird, 1988 г.), и она вновь рискует забеременеть, если не воспользуется каким-либо эффективным методом контрацепции. Женщина должна получить точную информацию, что позволит ей выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом своих потребностей. Если

женщина решается пойти на аборт, как она полагает, из-за постигшей ее контрацептивной неудачи, то медработникам следует обсудить с ней вопрос о том, что, по всей вероятности, были допущены ошибки в использовании самого метода, а также о том, как этим методом правильно пользоваться, или лучше все-таки перейти на другой метод контрацепции (см. раздел 3.2 и Приложение 4, где рассматриваются конкретные методы). Тем не менее, последнее слово в пользу выбора какого-либо метода остается за женщиной.

Согласие женщины воспользоваться тем или иным методом контрацепции ни в коем случае не должно служить предварительным условием для выполнения аборта по ее просьбе.

2 Методы выполнения аборта

РЕЗЮМЕ

На рис. 2.1 вкратце представлены те методы выполнения аборта, которые являются наиболее подходящими на разных этапах развития беременности с учетом протоколов, принятых в разных странах мира. Что касается прерывания беременности в зависимости от ее продолжительности, то предлагаемые сроки следует главным образом трактовать как показательные, а не предписывающие. В частности, если большинство квалифицированных медработников могут

безопасно выполнить вакуумную аспирацию при сроке беременности до 12 полных недель, то другие медработники, которые прошли специальную подготовку, обладают достаточным опытом и имеют в распоряжении аспирационные канюли нужного размера, могут сделать безопасный аборт при сроке до 15 полных недель (RCOG, 2000 г.).

На современном этапе доступность безопасных и эффективных медикаментозных методов прерывания беременности пока является ограниченной. Однако в ближайшем будущем благодаря стремительному развитию технологий и постоянным научным изысканиям такие методы будут находить более широкое применение. Вот почему в данной публикации обсуждаются вопросы использования соответствующих лекарственных средств, чтобы специалисты по планированию и руководители программ имели возможность подготовиться к планомерному внедрению названных методов в медицинскую практику.

Рис. 2.1 Методы выполнения аборта

Полные недели, прошедшие с первого дня последнего менструального цикла



Предпочитаемые методы



2 Методы выполнения аборта

(продолжение)

Методы, используемые до 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

К предпочтительным методам в данном случае можно отнести мануальную или электровакуумную аспирацию или медикаментозные методы с введением сочетания мифепристона и в дальнейшем — одного из простагландинов. Если безопасность и эффективность мифепристона в сочетании с простагландином уже не вызывают сомнений при их назначении до 9 полных недель со дня начала последней менструации, то параметры безопасности и эффективности этого режима терапии в период с 9 до 12 полных недель еще до конца не изучены.

При использовании медикаментозных методов прерывания беременности необходимо иметь вакуумную аспирацию в качестве резервного метода или же обеспечить перевод женщины на более высокий уровень для оказания специализированной помощи в случае несостоявшегося или неполного аборта. К расширению шейки матки и выскабливанию следует прибегать лишь тогда, когда нет возможности воспользоваться ни одним из вышеназванных методов. Организаторы здравоохранения и лица, формулирующие

политику в этой сфере, должны принять всевозможные меры к тому, чтобы метод вакуумной аспирации пришел на смену кюретажа полости матки.

Методы, используемые после 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

В ряде случаев возникает потребность в том, чтобы прервать беременность на более поздних сроках, при этом в медицинских учреждениях всех уровней должна быть предусмотрена возможность направления женщин в такие центры, которые обладают соответствующим потенциалом для безопасного выполнения аборта при более продолжительном сроке беременности. Аномалии развития плода, как правило, не диагностируют до 12-й недели беременности, а также на фоне агрессивного лечения женщины по поводу тяжелого сердечно-сосудистого заболевания или рака может возникнуть необходимость выполнения позднего аборта по медицинским показаниям. Некоторые женщины, особенно девушки-подростки, испытывают затруднения в плане обращения за помощью на раннем этапе либо откладывают свой визит к врачу на более поздний срок. Такая ситуация может складываться при следующих обстоятельствах: женщина не располагает нужной информацией об условиях, при которых разрешается делать аборт; она не знает о

существовании служб охраны здоровья, или эти службы для нее недоступны; она испытывает финансовые затруднения; не знает, как следует распознавать признаки наступления беременности; у нее нерегулярные менструации; двойственное отношение с самого начала к перспективе выполнения аборта; обеспокоенность по поводу состояния здоровья по истечении I триместра; семейный конфликт или изменившиеся жизненные обстоятельства, которые меняют ранее сложившееся положительное отношение женщины к своей беременности на противоположное мнение.

Предпочтительный медикаментозный метод прерывания беременности после 12-й недели с первого дня последнего менструального цикла состоит в применении мифепристона, за которым следуют повторные дозы одного из простагландинов – мизопростол или гемепроста. При этом предпочтительным хирургическим методом является расширение шейки матки и эвакуация продукта зачатия с использованием вакуумной аспирации и абортных щипцов.

2.1 ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ

В некоторых странах перед выполнением хирургического аборта в I триместре беременности широко распространена практика подготовки шейки матки (или ее предварительная обработка) с использованием осмотических расширителей или фармакологических средств, поскольку при прерывании беременности при сроке более 9 полных недель гестации такая процедура не только проще и короче по времени, но и снижает частоту развития общеизвестных ранних осложнений (Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.). Предварительная обработка шейки матки накануне хирургического аборта особенно показана для женщин определенных категорий, в частности для женщин с цервикальными аномалиями или наличием хирургического вмешательства в анамнезе, для молодых женщин и женщин с развитой беременностью, поскольку все они относятся к группе повышенного риска по травме шейки матки или перфорации матки, что может служить причиной кровотечения (Grimes et al., 1984 г., Schulz et al., 1983 г.). Однако процесс подготовки шейки матки имеет некоторые недостатки, в том числе и дополнительные расходы и затраты по времени. Таким образом, данная процедура может быть рекомендована для нерожавших женщин при сроках беременности более 9 полных недель, для

женщин моложе 18 лет и для всех женщин при сроке беременности свыше 12 полных недель (RCOG, 2000 г., Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.).

Последние научные данные говорят о том, что вагинальное введение 400 мкг мизопростола за 3-4 часа до операции оказывается эффективным (Singh et al., 1998 г.). В целях предварительной подготовки шейки матки также вполне приемлемым является пероральный прием 400 мкг мизопростола за 3-4 часа до выполнения такой процедуры (Ngai et al., 1999 г.). Прочие эффективные схемы лечения предполагают прием 200 мг мифепристона перорально за 36 часов до операции (Целевая группа Всемирной организации здравоохранения по постовуляторным методам регулирования фертильности, 1994 г.) или вагинальное введение 1 мг гемепроста за 3 часа до выполнения аборта (Henshaw и Templeton, 1991 г.).

2.2 МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Большинство женщин заявляют, что при аборте в той или иной степени испытывают боль. В ходе проведения ряда наблюдений и исследований были проанализированы факторы, связанные с болевыми ощущениями при выполнении хирургического аборта под местной анестезией. Степень остроты боли меняется в зависимости от возраста женщины, срока беременности, степени

расширения шейки матки и боязливости самой женщины (Smith et al., 1979 г.). Установлено, что предшествующие роды через естественные родовые пути служат смягчающим боль фактором (Borgatta и Nickinovich, 1997 г.). Такие обстоятельства, как период времени менее 2-х минут между введением местной анестезии и началом операции, отсутствие свободного выбора между местным и общим наркозом, равно как и частое использование обезболивающих средств в анамнезе, способствуют усилению болевых ощущений (Donati et al., 1996 г.).

Адекватные методы купирования боли не требуют значительных затрат на лекарственные средства, оборудование или подготовку персонала. Пренебрежительное отношение к такому важному компоненту как обезболивание, совершенно неоправданно повышает чувство тревожности и дискомфорта у женщин и негативным образом сказывается на качестве медобслуживания.

Консультирование женщины и сочувственное отношение, по-видимому, снижает у нее уровень страха и степень восприятия боли (Solo, 2000 г.). Лицо, выполняющее аборт, и другой присутствующий при этом персонал должны относиться к женщине доброжелательно и подбадривать ее. Кроме того, когда это уместно, а также при желании женщины во время такой

процедуры может быть полезным присутствие ее мужа или партнера, члена семьи или подруги. Вместе с тем, предлагаемые пути обезболивания не должны подменять доступные терапевтические методы уменьшения боли.

2.2.1 Медикаментозные методы обезболивания

Женщинам следует всегда предлагать медикаментозные методы купирования боли. При выполнении аборта принято использовать три типа препаратов как в отдельности, так и в комбинации, а именно: анальгетики, которые уменьшают боль; транквилизаторы, которые уменьшают чувство тревожности; и обезболивающие средства, которые притупляют ощущение физического раздражителя. В большинстве случаев на фоне оказания вербальной поддержки вполне достаточным будет использование анальгетиков, местной анестезии и/или прием легкого успокоительного средства. Стоимость большинства таких препаратов сравнительно невысока.

Использование анальгетиков ненаркотического происхождения, которые включены в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, как, например, нестероидных противовоспалительных средств, обычно оказывается достаточным для уменьшения боли, возникающей при выполнении хирургического или медикаментозного аборта, в том числе схваткообразной боли внизу живота (Suprpto и

Reed, 1984 г., Matambo et al., 1999 г.). По данным трех рандомизированных контролируемых испытаний, для облегчения боли после операции прием парацетамола оказался неэффективным (Cade и Ashley, 1993 г., Hein et al., 1999 г., Dahl et al., 2000 г.).

При прерывании беременности хирургическим путем предоперационное введение таких транквилизаторов, как диазепам, снижает ощущение страха и способствует релаксации, что упрощает выполнение процедуры и для женщины, и для медработника. Эти препараты могут обусловить развитие амнезии, которая желательна для некоторых женщин, однако такое лечение может вызвать сонливость и более продолжительную неспособность свободно передвигаться. Дополнительное назначение анальгетиков наркотического происхождения также может оказаться целесообразным, хотя вероятность развития осложнений в форме угнетения дыхательной функции предполагает наличие реанимационного оборудования и средств, нейтрализующих действие наркотиков.

2.2.2 Анестезия

Если для выполнения хирургического аборта требуется расширение шейки матки механическим путем, то для смягчения ощущения дискомфорта женщине проводится парацервикальная блокада при местном обезболивании путем инъекции

быстродействующего лидокаина под цервикальную слизистую оболочку в область «четырех квадрантов» по окружности шейки матки. Преимущества местной анестезии перед общей заключаются в сокращении времени восстановления функций организма, а постоянное пребывание женщины в сознании позволяет ей предупредить медработника о возникновении возможных проблем. Местное обезболивание путем инъекций должно проводиться профессионально, чтобы исключить вероятность проникновения препарата в венозное русло. Доказано, что местная анестезия при вакуумной аспирации безопасна и эффективна (Thonneau et al., 1998 г.).

Не рекомендуется выполнять аборт под общим наркозом, поскольку это повышает уровень клинических рисков (Lawson et al., 1994 г., MacKay et al., 1985 г., Osborn et al., 1990 г.). В отличие от местного обезболивания данная процедура зачастую приводит к кровотечению (Grimes и Cates, 1979 г.). Использование общей анестезии обуславливает повышение затрат со стороны как ЛПУ, так и женщины, так как по правилам некоторых больниц женщина должна оставалась в стационаре на ночь. И все же, некоторые женщины отдают предпочтение общему обезболиванию, проведение которого с точки зрения медработника может оказаться целесообразным при выполнении сложных процедур. Всякое медицинское учреждение, где

практикуется общий наркоз, должно иметь специальное оснащение и квалифицированный персонал для проведения такого обезболивания, а также предоставления помощи при любых осложнениях.

2.3 ХИРУРГИЧЕСКИЙ АБОРТ

2.3.1 Метод вакуумной аспирации

Вакуумная аспирация является наиболее предпочтительным хирургическим методом прерывания беременности при сроке до 12 полных недель. Некоторые медработники, в зависимости от уровня профессиональной подготовки и практического опыта, а также от конкретного случая, смогут успешно выполнить вакуумную аспирацию при сроке беременности до 15 полных недель. Высокая эффективность вакуумной аспирации была неоднократно продемонстрирована на примере проведения целого ряда рандомизированных контролируемых испытаний. Имеются данные, подтверждающие выполнение полного аборта в 95-100% случаев (Greenslade et al., 1993 г.). Технологии мануальной или электровакуумной аспирации оказываются не менее эффективными (Westfall et al., 1998 г.).

Процесс вакуумной аспирации предполагает эвакуацию содержимого полости матки через пластиковые или металлические аспирационные канюли, которые подсоединены к источнику вакуума. При электровакуумной аспирации

(ЭВА) используется электрический вакуумный насос. В случае мануальной вакуумной аспирации (МВА) необходимое разрежение создается при помощи удерживаемого в руках и приводимого в действие вручную пластикового аспиратора объемом 60 мл (или шприца). Существующие аспираторы рассчитаны на использование пластиковых канюль разного размера в диапазоне от 4 до не менее 12 мм в диаметре. Некоторые типы аспирационных канюль и большинство моделей аспираторов предназначены для многократного применения при условии их промывки и высокоуровневой дезинфекции или стерилизации. Имеются также и механические насосы с педальным приводом.

В зависимости от срока беременности аборт методом вакуумной аспирации занимает не более 3-10 мин, и его можно делать в амбулаторных условиях с использованием обезболивающих средств и/или местной анестезии. На самых ранних этапах беременности аспирационную канюлю вводят без предварительного расширения шейки матки. Тем не менее, перед введением канюли дилатация, как правило, обеспечивается с помощью механических или осмотических расширителей как изолированно, так и в сочетании с простагландином, или путем предварительной подготовки шейки матки такими фармакологическими средствами, как мифепристон или простагландин (например, мизопростолом или гемепростом).

Большинство женщин, идущих на аборт под местной анестезией в I триместре беременности, чувствуют себя вполне удовлетворительно, чтобы покинуть ЛПУ, проведя в послеоперационной палате примерно 30 мин под наблюдением персонала. Более продолжительные периоды отдыха обычно необходимы при выполнении абортов на более поздних этапах беременности, а также при использовании седативных средств или общего наркоза.

Вакуумная аспирация представляет собой безопасную процедуру. Согласно данным обследования 170 тыс. женщин из г. Нью-Йорка (США), которым был сделан аборт в I триместре беременности (в большинстве случаев путем вакуумной аспирации), было установлено, что лишь у менее 0.1% женщин возникли серьезные осложнения, подлежащие лечению в условиях стационара (Наkim-Elahi et al., 1990 г.). В результате вакуумной аспирации лишь в редких случаях могут возникать такие осложнения, как инфекция органов малого таза, обильное кровотечение, травма шейки матки, неполная эвакуация содержимого полости матки, перфорация матки, осложнения после анестезии и продолжающаяся беременность (Grimes и Cates, 1979 г.). Спазмы или боль в нижней части живота и менструальноподобное кровотечение относятся к побочным эффектам любой процедуры искусственного прерывания беременности.

2.3.2 Расширение шейки матки и выскабливание

Процедура расширения шейки матки и выскабливания, также именуемая острым кюретажем, предполагает расширение шейки матки с помощью механических расширителей или фармакологических средств и использование острых металлических кюреток для выскабливания стенок матки.

Расширение шейки матки и выскабливание — это менее безопасное вмешательство, чем вакуумная аспирация (Cates et al., 2000 г.), и одновременно значительно более болезненное для женщин (Grimes et al., 1977 г.). В большинстве промышленно развитых и во многих других странах в повседневной практике вакуумная аспирация пришла на смену процедуре расширения шейки матки и выскабливания. Частота серьезных осложнений после такой операции в 2-3 раза превышает частоту осложнений, связанных с вакуумной аспирацией (Grimes и Cates, 1979 г.). Рандомизированное контролируемое исследование, цель которого заключалась в сопоставлении процедуры расширения шейки матки и выскабливания с вакуумной аспирацией, показало, что при сроке беременности до 10 недель с первого дня ПМЦ на вакуумную аспирацию, в отличие от дилатации и кюретажа, уходит меньше времени при меньших кровопотерях (Lean et al., 1976 г.).

В табл. 2.1 кратко изложены требования, предъявляемые к вакуумной аспирации, а также к расширению шейки матки и выскабливанию. В настоящее время при возникновении потребности в расширении шейки матки и выскабливании для повышения уровня безопасности и качества оказываемой помощи следует принять всевозможные меры к тому, чтобы вместо такой процедуры внедрить в практику вакуумную аспирацию. В тех учреждениях, где на данный момент не предусмотрены услуги по выполнению аборта, следует отдавать предпочтение вакуумной аспирации, а не дилатации и кюретажу. В учреждениях, где по-прежнему практикуется расширение шейки матки и выскабливание, руководство обязано обеспечить надлежащий комплекс мер по обезболиванию, высокую профессиональную подготовку персонала и адекватную клиническую практику под наблюдением более опытных врачей для поддержания на должном уровне практических навыков сотрудников.

2.3.3 Расширение шейки матки и эвакуация продукта зачатия

Процедуру расширения шейки матки и эвакуацию продукта зачатия принято использовать при сроке 12 полных недель беременности и более. При наличии высококвалифицированного и опытного персонала такой хирургический метод

выполнения аборта в более позднем периоде является самым безопасным и наиболее эффективным (RCOG, 2000 г.). Расширение шейки матки и эвакуация продукта зачатия предполагает подготовку шейки матки с введением либо мифепристона и простагландина, например мизопростола, либо ламинарии, либо аналогичного гидрофильного расширителя; расширение шейки матки; и

эвакуацию содержимого полости матки путем электровакуумной аспирации с помощью канюль диаметром 14-16 мм и абортных щипцов. В зависимости от срока беременности для адекватного расширения шейки матки может понадобиться не менее двух часов или даже целый день. Во время процедуры многие медработники считают полезным проведение УЗИ-исследования, но это не имеет решающее значение.

Табл. 2.1 Требования, предъявляемые к процедуре расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия

Описание характеристики	Вакуумная аспирация	Расширение шейки матки и выскабливание
Местонахождение	Смотровая, общая операционная или операционная для акушерско-гинекологических вмешательств	Общая операционная или операционная для акушерско-гинекологических вмешательств
Обезболивание	Мягкое седативное средство, обезболивание и/или местная анестезия	Сильное или мягкое седативное средство, обезболивание и/или местная анестезия
Профессиональный уровень медработника	Гинеколог, специально обученный врач общей практики, специально обученный медработник среднего звена	Гинеколог, специально обученный врач общей практики

По материалам Greenslade et al., 1993 г.

2 Методы выполнения аборта

(продолжение)

Итоги проведения рандомизированного контролируемого исследования, цель которого состояла в получении сравнительной оценки расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия и интраамниотического введения простагландина более раннего выпуска ПГФ_{2α}, подтвердили, что расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия проводится быстрее, безопаснее и представляется более приемлемым до 18 недель беременности (Grimes et al., 1980 г.). Не проводилось сопоставления процедуры расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия с современными медикаментозными методами прерывания беременности, в частности такими, как введение мифепристона наряду с повторными дозами мизопростола. Если у медработников нет возможности проходить адекватное профессиональное обучение под руководством более опытных врачей, и если поток поступающих пациенток недостаточен, чтобы персонал сохранял необходимые практические навыки выполнения данной процедуры, то должны применяться медикаментозные методы.

Процедура расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия обычно проводится лишь при парацервикальной блокаде и легким обезболиванием, что позволяет заниматься этим в

амбулаторных условиях. Вместе с тем, в учреждениях, где осуществляется такое вмешательство, должен работать профессионально подготовленный персонал, в том числе должно быть предусмотрено необходимое оборудование для достижения, если потребуется, более глубокого обезболивания и седации. Общая анестезия не является необходимой и может быть причиной повышенного риска (см. выше 2.2.2). Обычно на выполнение процедуры расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия уходит не более 30 мин. Сотрудники ЛПУ и женщины, поступающие по поводу данной процедуры, должны быть готовы к тому, что в отличие от аборта, выполняемого в I триместре, возможны более обильные выделения после операции, включая кровотечение. Кроме того, персонал должен пройти курсы обучения по специализированному консультированию пациенток, идущих на аборт во II триместре.

2.3.4 Другие хирургические методы прерывания беременности при более поздних сроках

Серьезные оперативные вмешательства не следует рассматривать как основные методы прерывания беременности. Гистеротомия несовместима с современной практикой выполнения аборта из-за более высоких показателей заболеваемости, смертности и затрат в сравнении с процедурой расширения

шейки матки и эвакуации продукта зачатия или с медикаментозными методами аборта. Также не должна осуществляться гистерэктомия за исключением тех случаев, которые требуют безотлагательной операции.

2.3.5 Исследование тканей после хирургического аборта

После прерывания беременности хирургическим путем важно немедленно исследовать продукты зачатия, чтобы исключить вероятность внематочной беременности. В случае МВА, выполненной при сроке беременности более 6 полных недель, опытные медработники обычно визуально могут оценить продукты зачатия, в частности по ворсинкам хориона. Если в полученном путем аспирации материале не содержатся ожидаемые продукты зачатия, то следует предполагать наличие внематочной беременности, и в таком случае женщина должна пройти дополнительное обследование, о чем говорилось выше (см. 1.7). Кроме того, медработникам необходимо обращать особое внимание на признаки возможного пузырного заноса. Если содержимое аспирата не соответствует расчетному сроку беременности, медработники вправе предположить, что был выполнен неполный аборт. В повседневной практике направление продуктов зачатия на анализ в патологоанатомическую лабораторию не является обязательным условием.

2.4 МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ВЫПОЛНЕНИЯ АБОРТА

Доказано, что медикаментозные методы выполнения аборта являются безопасными и эффективными (Ashok et al., 1998a г., Peyron et al., 1993 г., Schaff et al., 1999 г., Shpitz et al., 1998 г., Trussell и Ellerston, 1999 г., Urquhart et al., 1997 г., Winikoff et al., 1997 г.). В наиболее распространенные схемы лечения входит антипрогестоген мифепристон, действие которого связывает рецепторы прогестерона и оказывает на него ингибирующее воздействие, препятствуя тем самым продолжению беременности. По действующим схемам лечения предусмотрено введение начальной дозы мифепристона, после которой следует ввести синтетический аналог простагландина, что активизирует маточные сокращения и способствует изгнанию продуктов зачатия (Swahn и Bygdeman, 1988 г.).

Последствия выполнения медикаментозного аборта аналогичны тем, которые имеют место при самопроизвольном аборте, и проявляются в виде схваткообразных болей внизу живота и затяжного менструальноподобного кровотечения. Кровотечение длится в среднем 9 дней, но в редких случаях может продолжаться до 45 дней (Creinin и Aubeny, 1999 г.). Побочными эффектами являются тошнота, рвота и диарея. Состояния, которые служат основанием для осторожного назначения мифепристона и

простагландина, являются хроническая или острая печеночная недостаточность или недостаточность надпочечников, патологические кровотечения, курение более 20 сигарет в день и аллергические реакции на любые используемые лекарственные средства. Мифепристон не является методом лечения внематочной беременности; подозрение на внематочную беременность предполагает проведение дополнительного обследования и, если она подтверждается, – немедленного лечения (см. Всемирная организация здравоохранения, 2000а г.).

Медикаментозные методы аборта оказались вполне приемлемыми в ряде стран с ограниченными ресурсами (Elul et al., 1999 г., Ngoc et al., 1999 г.). Однако такие препараты, как мифепристон доступны в настоящее время лишь в отдельных развивающихся странах. В ближайшие годы такая ситуация может измениться, и руководителям соответствующих ведомств необходимо знать, в чем может возникнуть потребность в связи с внедрением медикаментозных методов прерывания беременности в практику работы ЛПУ.

Табл. 2.2 Более часто назначаемые схемы лечения мифепристоном и простагландинами

До 9 полных недель с первого дня ПМЦ

200 мг мифепристона, спустя 36–48 ч

вагинальное введение 1.0 мг гемепроста

или

800 мкг мизопростола вагинально

или

400 мкг мизопростола перорально при сроке до 7 полных недель

мкг = микрограммы

мг = миллиграммы

После 12 полных недель с первого дня ПМЦ

200 мг мифепристона, спустя 36–48 ч

вагинальное введение 1.0 мг гемепроста (повторные дозы через каждые 6 ч, но не более 4 доз и, если необходимо, через каждые 3 ч, но не больше 4 дополнительных доз)

или

400 мкг мизопростола перорально через каждые 3 ч, но не более 5 доз

или

800 мкг мизопростола вагинально с дальнейшим пероральным введением 400 мкг мизопростола через каждые 3 ч, но не более 4 доз

2.4.1 Мифепристон и простагландин

2.4.1.1 До 9 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

Было доказано, что мифепристон вместе с мизопростолом или гемепростом, являются исключительно эффективными, безопасными и приемлемыми препаратами для выполнения аборта в начале I триместра (RCOG, 2000 г.). Имеются сведения об их эффективности в 98% случаев (Trussel и Ellerson, 1999 г.). Примерно у 2-5% женщин, прошедших курс лечения мифепристоном и мизопростолом, возникает необходимость в хирургическом вмешательстве для решения проблемы неполного аборта, прекращения дальнейшей беременности или контроля кровотечения (Целевая группа Всемирной организации здравоохранения по постовуляторным методам регулирования фертильности, 2000 г.).

Согласно исходным протоколам назначения мифепристона, был рекомендован пероральный прием 600 мг мифепристона вместе с вагинальным введением 1 мг гемепроста спустя 36-48 ч. Однако на основании нескольких исследований было установлено, что 200 мг мифепристона представляет собой наиболее предпочтительную дозировку, поскольку она не только обладает такой же эффективностью, как и 600-миллиграммовая дозировка (McKinly et al., 1993 г., Целевая группа Всемирной организации здравоохранения по постовуляторным методам

регулирования фертильности, 1993 г.), но и обуславливает снижение затрат.

Мизопростол как представитель простагландинов, также продемонстрировавший свою эффективность (RCOG, 2000 г.), значительно дешевле, чем гемепрост, причем мизопростол необязательно хранить в холодильнике. Поэтому, для большинства стран названный простагландин является препаратом первого выбора. Эффективная схема лечения предусматривает пероральный прием 200 мг мифепристона наряду с вагинальным введением 800 мкг мизопростола (RCOG, 2000 г.). В отличие от перорального приема мизопростола более высокая его эффективность и переносимость достигаются при вагинальном введении (El-Refaey et al., 1995 г.). Пероральная доза 400 мкг мизопростола эффективна при сроке до 7 полных недель беременности (Целевая группа Всемирной организации здравоохранения по постовуляторным методам регулирования фертильности, 2000 г.).

Большинство протоколов требуют наблюдения медперсонала при приеме мифепристона и простагландина, при повторном посещении медицинского учреждения через два дня после приема мифепристона. Вскоре после приема мифепристона женщины могут уходить домой, но только после проведения с ними беседы об ожидаемом кровотечении и возможном изгнании

продуктов зачатия, а также о том, как распознавать осложнения и куда в таком случае обращаться за помощью. Для оказания необходимой медицинской помощи должна быть предусмотрена круглосуточная работа персонала.

После приема простагландина при повторном посещении ЛПУ чаще всего наблюдения продолжается в течение 4-6 ч, когда примерно у 90% женщин обычно происходит изгнание продуктов зачатия. Некоторым женщинам в этот период может понадобиться медикаментозное лечение в связи с схваткообразными болями внизу живота (см. выше 2.2.1). Остальные женщины (около 10% случаев), у которых за период наблюдения аборт не происходит, обязаны обратиться в медицинское учреждение спустя 2 недели для подтверждения полного завершения аборта.

В протоколах, согласно которым женщине разрешается покинуть ЛПУ сразу после введения простагландина, предписано проведение разъяснительной беседы о том, что у нее может произойти изгнание продуктов зачатия в домашней или в другой обстановке без наблюдения со стороны медперсонала. В этом случае примерно через две недели женщины должны повторно явиться в медицинское учреждение для подтверждения прерывания беременности на основании гинекологического осмотра или лабораторного исследования.

Некоторые исследователи считают, что женщинам необязательно повторно являться в ЛПУ для приема простагландина, и предлагают разрешить им принимать простагландин на дому (Schaff et al., 1997 г.). В последнее время данный подход также использовался в Тунисе и Вьетнаме, и многие женщины считают его вполне приемлемым (Elul et al., 2001 г.). Вместе с тем, безопасность и целесообразность организации медобслуживания по такому принципу в разных странах еще в полной мере не изучены. При неполном или неудачном аборте для прерывания беременности показано хирургическое вмешательство. Любое учреждение, предлагающее медикаментозные методы аборта, должно, если потребуется, обеспечить его выполнение путем вакуумной аспирации. Такие услуги могут быть оказаны на базе этого же или другого учреждения, где практикуется метод вакуумной аспирации. В любом случае медработники обязаны позаботиться о том, чтобы в момент необходимости женщины имели доступ к таким формам медобслуживания.

Обычно женщины довольны оказанными услугами, если они имеют реалистичные ожидания (Breitbart, 2000 г.). Вот почему им требуется исчерпывающая информация о том, на что следует рассчитывать, и какие бывают побочные эффекты в случае медикаментозных методов прерывания беременности. Медработникам следует проследить за тем,

чтобы женщина не только понимала важность соблюдения протокола лечения, особенно если какой-либо из препаратов она принимает самостоятельно, но и знала бы, как распознавать осложнения и что делать в случае их развития.

2.4.1.2 От 9 до 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

Вопросы назначения мифепристона и мизопростола при сроке беременности от 9 до 13 недель также все еще находятся в стадии изучения (Ashok et al., 1998b г.). В целях отработки оптимальных схем лечения необходимо убедиться в том, что первые положительные результаты являются достоверными.

2.4.1.3 После 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

Схема лечения, предусматривающая пероральный прием мифепристона с введением повторных доз мизопростола или гемепроста, является безопасной и высокоэффективной (RCOG, 2000 г.). В 97% случаев эффективные результаты терапии были получены за счет приема 200 мг мифепристона перорально с последующим спустя 36-48 ч вагинальным введением 800 мкг мизопростола и дальнейшим пероральным приемом через каждые 3 ч (но не более четырех доз) 400 мкг мизопростола (El-Refaey и Templeton, 1995 г.). Кроме того, успешным оказался режим терапии,

включающий в себя прием 200 мг мифепристона и пероральный прием через каждые 3 ч 400 мкг мизопростола максимум до 5 доз (Ngai et al., 2000 г.). Желаемый эффект был также достигнут за счет приема 200 мг мифепристона и вагинального однократного введения 1 мг дозы гемепроста, а если было необходимо, и повторных доз через каждые 6 ч, но не более четырех доз гемепроста (Ho et al., 1996 г.). Курс лечения 1 мг гемепроста можно продолжить путем приема через каждые 3 ч обеспечивая введение при необходимости до 4-х дополнительных доз (Gemzell-Danielsson и Ostlund, 2000 г., Tang et al., 2001 г.).

2.4.2 Только мизопростол или гемипрост

2.4.2.1 До 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

Была также проанализирована эффективность и безопасность одного лишь мизопростола. Несмотря на то, что сравнительные исследования не проводились, полученные данные подтверждают, что, в отличие от комбинированного лечения с использованием мифепристона, эффективность приема только одного мизопростола ниже, причем процедура аборта занимает больше времени и более болезненна на фоне более выраженных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (Bugalho et al., 2000 г.).

Из-за широкой доступности и низкой стоимости данного препарата, а также того, что в некоторых странах его повсеместное использование позволяло снизить частоту осложнений вследствие небезопасного, криминального аборта (Costa и Vessy, 1993 г.), дальнейшие исследования в настоящее время направлены на разработку оптимального режима лечения только одним мизопростолом (Blanchard et al., 2000 г.).

Существуют опасения относительно последствий сохранения беременности при назначении одного мизопростола (Fonseca et al., 1991 г., Gonzalez et al., 1998 г., Schonhofer, 1991 г., Orioli и Castilla, 2000 г.). Требуется проведение дальнейших научных исследований в целях анализа возможной тератогенности мизопростола.

2.4.2.2 После 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла

Установлено, что почти в 84% случаев мизопростол эффективен для индуцирования аборта в течение 24 ч за счет его введения перорально или вагинально в различных дозах (Dickinson et al., 1998 г., Wong et al., 1996 г.), хотя в сочетании с мифепристоном действие мизопростола проявляется не так быстро. Необходимо проведение дальнейших исследований, чтобы подобрать оптимальную схему терапии одним лишь мизопростолом при сроке беременности более 12 недель.

В ряде стран зарегистрирована методика вагинального введения одного лишь гемипроста для прерывания беременности во II триместре. Рекомендуемая доза составляет 1 мг и вводится через каждые 3 ч до 5 раз в течение первого дня наряду с назначением, по мере необходимости, повторных доз для введения на следующий день. Такая схема лечения позволяет вызвать аборт у 80% и 95% женщин соответственно по истечении 24 и 48 ч (Thong et al., 1992 г.).

2.4.3 Другие лекарственные средства, вызывающие аборт

В некоторых странах, где мифепристона в наличии не было, накоплен опыт назначения метотрексата, который является цитотоксическим препаратом для лечения рака, ревматического артрита, псориаза и некоторых других состояний, и который в сочетании с мизопростолом служит медикаментозным методом прерывания беременности при малых сроках (до 7 полных недель с первого дня ПМЦ). Согласно итогам недавно проведенного рандомизированного контролируемого испытания, в 92% случаев достигнут успех при лечении метотрексатом в дозировке 50 мг и дальнейшем интравагинальном введении через 6 или 7 дней 800 мкг мизопростола. На 15 день терапии показатель успешного лечения составил 83% (Creinin, 2000 г.). Тем не менее, принимая во внимание озабоченность специалистов по поводу тератогенности метотрексата, Комитет

экспертов ВОЗ по токсикологии рекомендовал не использовать данный препарат для индуцирования аборта (ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/ Специальная программа Всемирного банка научных исследований, разработок и подготовки научных кадров по проблемам воспроизводства населения, 1997 г.). Если беременности после неудачных попыток индуцировать аборт метотрексатом все же сохранялись, были получены данные о таких пороках развития, как дефекты конечностей и аномалии черепа и костей лица, однако точные сведения о реальной степени риска отсутствуют (Powell и Ekert, 1971 г., Diniz et al., 1978 г., Feldkamp и Carey, 1993 г.). Таким образом, службам, которые планируют внедрение медикаментозных методов прерывания беременности, рекомендовано использовать не метотрексат, а мифепристон и мизопростол.

Существуют и другие средства для стимуляции сокращений матки и индуцирования аборта при сроках от 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла. К ним можно отнести интраамниотическое введение гипертонического раствора или гиперосмолярного раствора мочевины; интра- или экстраамниотическое введение этакридина; парентеральное интра- или экстраамниотическое введение аналогов простагландина; и внутривенное или внутримышечное введение окситоцина (Всемирная организация здравоохранения, 1997г.). Однако, по сравнению

с современными медикаментозными методами, большинство из перечисленных методов и путей введения препаратов ассоциируются с инвазивными и менее безопасными вмешательствами.

2.5 ДРУГИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫПОЛНЕНИЕМ АБОРТА

2.5.1 Профилактика инфекций и инфекционный контроль

Поскольку при выполнении аборта и оказании помощи предполагается контакт с кровью и другими биологическими жидкостями организма, клинический и вспомогательный персонал медицинских учреждений любого профиля, предоставляющих такую форму медицинской помощи, должен соблюдать на практике универсальные меры предосторожности в отношении профилактики инфекций и борьбы с ними, а также иметь об этом четкое представление в интересах как собственного здоровья, так и здоровья своих пациенток.

Универсальные меры предосторожности представляют собой элементарные стандарты по инфекционному контролю, которыми всегда следует руководствоваться при организации ухода за любыми больными, чтобы свести к минимуму риск распространения инфекций, передающихся через кровь. К таким мерам

можно отнести следующее: мытье рук водой с мылом до и после выполнения любых процедур; пользование при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями такими защитными барьерами, как перчатки, халаты, передники, лицевые маски и защитные очки; безопасное удаление медицинских отходов, загрязненных кровью и другими биологическими жидкостями; надлежащее обращение с бывшим в употреблении постельным бельем; осторожное обращение с острыми/колющими предметами и их безопасное уничтожение; тщательная дезинфекция инструментов и другого загрязненного оборудования (Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.).

2.5.1.1 Мытье рук и использование защитных барьеров

Весь медицинский персонал обязан тщательно мыть руки до того, как контактировать с пациенткой и сразу же после всякого контакта с кровью, биологическими жидкостями или слизистыми. Следует пользоваться перчатками, прошедшими эффективную дезинфекцию или стерилизацию, и надевать новую пару перчаток при переходе к обследованию другой клиентки, а также при повторном вагинальном (ректальном) обследовании одной и той же женщины. Необходимо отметить, что использование таких вспомогательных предметов, как стерильные бахилы, не имеет принципиального значения для снижения частоты инфицирования, хотя расходы при этом возрастают.

2.5.1.2 Уборка и мойка

Вполне достаточно использовать моющие средства и горячую воду для повседневной уборки и мойки полов, коек, туалетных комнат, стен и прорезиненных подстилок. В целях удаления пятен при случайном разбрызгивании биологических жидкостей следует пользоваться резиновыми перчатками повышенной прочности и всасывающими материалами (салфетки и т.п.), чтобы с их помощью собрать как можно больше пролитой жидкости. В дальнейшем использованные материалы следует выбросить во влагостойкий контейнер для последующего сжигания или захоронения в глубокой яме. Участок, на который пролилась жидкость, следует обработать хлорсодержащим дезинфицирующим средством и затем тщательно промыть горячей водой с мылом.

Какие бы то ни было манипуляции с бывшим в употреблении постельным бельем должны быть сведены к минимуму – его следует закладывать в мешки по месту сбора и не заниматься сортировкой или полосканием на участках пребывания больных и ухода за ними. По мере возможности постельное белье с крупными пятнами биологической жидкости должно перевозиться во влагостойких мешках. Если таких мешков нет, то белье должно быть сложено загрязненными местами внутрь, и обращаться с ним надо осторожно, пользуясь перчатками.

2.5.1.3 Безопасное удаление отходов, загрязненных биологическими жидкостями организма

Твердые отходы, загрязненные кровью, биологическими жидкостями, а также лабораторные препараты или ткани организма человека следует складывать во влагонепроницаемые контейнеры, подлежащие дальнейшему сжиганию или захоронению в яме на глубине 7 футов¹ на расстоянии как минимум 30 футов от источника воды. Такие жидкие отходы, как кровь или биологические жидкости, следует сливать в дренаж, соединенный с коллектором или выгребной ямой для сточных вод, которые проходят соответствующую очистку.

2.5.1.4 Безопасное обращение с острым/колющим инструментарием и его удаление

Наибольшая опасность передачи ВИЧ-инфекции при нахождении в лечебно-профилактическом учреждении связана с нарушением целостности кожных покровов в результате случайного укола загрязненными иглами или острым/колющим инструментарием. Это в равной степени относится и к возбудителям гепатита В. В большинстве случаев инфицирование вследствие нанесения травм острыми/колющими предметами происходит в результате глубокого проникновения через кожу полых игл. Такие травмы нередко случаются при попытке надеть защитный колпачок на использованную иглу, а

также в процессе очистки, удаления или неадекватного выбрасывания отработанных игл. Хотя по возможности следует избегать насаживания защитного колпачка на иглу, иногда в этом все же возникает необходимость. В таком случае следует надевать колпачок одной рукой зачерпывающим движением. Должны быть в наличии и легко доступны проколостойкие контейнеры для безопасного удаления острого/колющего отработанного инструментария. Наполненные контейнеры подлежат сжиганию в закрытых мусоросжигательных установках или захоронению в глубокой яме. Дополнительные меры предосторожности для профилактики травм, причиненных острыми/колющими предметами, предусматривают ношение перчаток, пользование при лечении женщин адекватными источниками света, расстановку контейнеров для острых/колющих предметов по месту использования последних, недопущение выброса отработанного острого/колющего инструментария в обычные отходы и хранение острых/колющих предметов в недоступных для детей местах. При наложении хирургических швов следует, по мере возможности, пользоваться иглодержателями.

¹ Прим. переводчика:
1 фут = 0.305 м

2 Методы выполнения аборта (продолжение)

2.5.1.5 Безопасная очистка использованного оборудования

Все хирургические инструменты многоразового использования, которые были задействованы при выполнении аборта, должны быть немедленно переданы для очистки и стерилизации. Если отсутствует централизованная служба или ЛПУ не имеет должного технического оснащения, то рекомендуется руководствоваться порядком действий, о котором говорится ниже.

Механическая очистка от загрязнения является важнейшим этапом в обеспечении соответствующего заключительного обеззараживания инструментов. Последние должны быть немедленно промыты в проточной воде с мылом. В дальнейшем все инструменты подлежат стерилизации или высокоуровневой дезинфекции с использованием дезинфицирующего средства. В процессе стерилизации происходит уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и бактериальных эндоспор, которые являются возбудителями столбняка и газовой гангрены. Данный эффект наилучшим образом достигается путем паровой стерилизации под давлением [в течение 20 мин при температуре 121°C и давлении 103.5-140кПа] или в среде газа (этиленоксида) (Sopwith et al., 2001 г.).

Высокоуровневая дезинфекция достигается за счет замачивания инструментов в растворе гипохлорита [при контакте в течение 5 мин и температуре 20-25°C в буферном гипохлорите (рН = 7-8) и концентрации 5000 частей активного хлора на млн.] или в свежеприготовленном растворе глутаральдегида [при контакте в течение 5 ч и температуре 20-25°C в 2% активированном щелочном растворе (рН = 7.5-9)] (Sopwith et al., 2001 г.). Благодаря высокоуровневой дезинфекции обеспечивается нейтрализация всех микроорганизмов, включая вирус гепатита В и ВИЧ, но не происходит полного уничтожения бактериальных эндоспор. При использовании фенола или антисептиков высокоуровневая дезинфекция не достигается. Продезинфицированные инструменты необходимо промывать *стерильной* водой.

Пластиковый инструментарий, в частности большинство имеющихся в настоящее время моделей шприцов для вакуумной аспирации и аспирационные канюли, нельзя стерилизовать при высокой температуре, так как такие инструменты будут давать трещины или плавиться. Если нет специальных инструкций, предполагающих обратное, то следует руководствоваться описанными выше методами высокоуровневой холодной дезинфекции.

Медработники обязаны строго выполнять инструкции по эксплуатации всех подлежащих

дезинфекции изделий, следуя соответствующим правилам их дезинфекции.

2.5.2 Ведение женщин с осложнениями в период после аборта

Если аборт выполняется высококвалифицированным персоналом, то осложнения бывают редко. Вместе с тем, всякое медицинское учреждение, функционирующее на любом уровне системы здравоохранения, должно иметь соответствующее оснащение и обученный персонал, умеющий распознавать осложнения после аборта и круглосуточно оказывать женщинам безотлагательную помощь или направлять их в специализированное учреждение (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г.). Навыки персонала по ведению женщин с осложнениями после искусственного аборта аналогичны тем которые требуются при введении женщин с выкидышем.

2.5.2.1 Неполный аборт

Если прерывание беременности выполняется опытным специалистом, то неполного аборта при вакуумной аспирации, как правило, не бывает. Это явление встречается чаще в связи с медикаментозными методами прерывания беременности. Соответствующими признаками и симптомами являются вагинальное кровотечение, боли в нижней части живота и признаки инфекции. Кроме того, подозрения на

неполный аборт могут быть вполне обоснованными, если ориентировочный срок беременности не подтверждается по результатам визуального осмотра извлеченной при хирургическом аборте ткани. Персонал любого ЛПУ должен пройти соответствующее обучение и иметь необходимое оборудование для лечения неполного аборта путем повторного эвакуации содержимого полости матки методом вакуумной аспирации, а также иметь в виду вероятность кровотечения или инфицирования.

2.5.2.2 Несостоявшийся аборт

Несостоявшийся аборт может быть диагностирован женщинам, беременность которых была прервана хирургическими или медикаментозными методами. Если при последующем обращении женщины к врачу после выполнения аборта одним из названных методов подтверждается факт сохранения беременности, то для ее прерывания показана вакуумная аспирация или расширение шейки матки и эвакуация продукта зачатия во II триместре беременности.

2.5.2.3 Кровотечение

Кровотечение может быть следствием остатками продуктов зачатия в полости матки, травмы или повреждения шейки матки или, что бывает редко, перфорации матки. В зависимости от конкретной причины соответствующий курс

лечения может заключаться в повторной эвакуации содержимого полости матки и во введении стимулирующих сокращение матки средств для остановки кровотечения, во внутривенных инфузиях, а в тяжелых случаях и в переливании крови, лапароскопии или диагностической лапаротомии. Ввиду невысокой встречаемости кровотечения при вакуумной аспирации рутинное назначение средств, стимулирующих родовую деятельность, не рекомендуется, хотя потребность в них может возникать при расширении шейки матки и эвакуации продукта зачатия. Затяжное менструальноподобное кровотечение является ожидаемым следствием прерывания беременности медикаментозными методами. Кровотечение подобного рода лишь в редких случаях бывает до такой степени тяжелым, чтобы обусловить развитие неотложного состояния. Так или иначе, любое медицинское учреждение должно располагать возможностями для стабилизации состояния женщин и их лечения или экстренного направления пациенток с кровотечением для оказания специализированной помощи.

2.5.2.4 Инфекция

После аборта, выполненного надлежащим образом, инфекция возникает в редких случаях. К типичным ее симптомам можно отнести повышение температуры или озноб, выделения из половых органов с неприятным запахом, боль

в животе или в области органов малого таза, длительное вагинальное кровотечение или кровянистые выделения, болезненность матки при надавливании или обследовании и/или повышенный уровень лейкоцитов крови. При диагностировании инфекции лечащий врач должен назначить женщине курс антибиотиков, и если возможная причина инфекции связана с остатками продуктов зачатия, то необходимо провести их повторную эвакуацию из полости матки. Женщины с тяжелыми инфекциями могут нуждаться в госпитализации. Как говорилось выше в разделе 1.6, было доказано, что профилактическое назначение антибиотиков женщинам, поступившим по поводу хирургического аборта, снижает риск развития инфекции в послеабортном периоде (Sawaya et al., 1996 г.), и этот курс лечения следует проводить во всех случаях, когда есть такая возможность.

2.5.2.5 Перфорация матки

Обычно перфорация матки остается незамеченной, и для ее купирования не требуется никакого вмешательства. В итоге проведения обследования более 700 женщин, поступивших по поводу аборта в I триместре и одновременно лапароскопической стерилизации, выяснилось, что в 12 из 14 случаев перфорация матки была настолько незначительна, что без лапароскопии осталась бы незамеченной (Kaali et al., 1989 г.). Если возникает подозрение на

перфорацию матки, то единственные мероприятия, которые при этом необходимы, заключаются в наблюдении за женщиной и ее лечении антибиотиками. При наличии соответствующего оснащения лапароскопия представляется наиболее предпочтительным методом обследования. Если результаты лапароскопии и/или состояния пациентки служат основанием для малейшего подозрения на повреждение кишечника, кровеносных сосудов или других анатомических структур, то может быть показана лапаротомия для восстановления поврежденных тканей.

2.5.2.6 Осложнения, связанные с анестезией

По сравнению с общим наркозом, местная анестезия безопаснее, причем не только при вакуумной аспирации в I триместре, но и в случае расширения шейки матки и эвакуации продукта зачатия во II триместре (Osborn et al., 1990 г., MacKay et al., 1985 г.). Если же применяется общая анестезия, то лечащий персонал должен обладать необходимыми навыками для оказания помощи при судорогах и нарушении сердечной деятельности и функции дыхания. Всегда должны быть в наличии средства, нейтрализующие действие наркотиков.

2.5.2.7 Отдаленные последствия аборта

В подавляющем большинстве случаев у женщин, которым был правильно сделан искусственный аборт, не будет каких-либо отдаленных последствий такого вмешательства с точки зрения их общего самочувствия или состояния репродуктивного здоровья. Исключение составляет лишь незначительная доля женщин с серьезными осложнениями после аборта (Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.). Научные исследования не подтверждают связь между безопасно индуцированным абортом в I триместре и неблагоприятными исходами последующих беременностей (Hogue et al., 1999 г.). Надежные эпидемиологические данные не свидетельствуют о существовании повышенного риска возникновения рака молочной железы у женщин, идущих на аборт в I триместре беременности (Melbye et al., 1997 г.). Судя по результатам проведенного тщательного обзора результатов исследований (Dadg, 1991 г.), психологические остаточные явления имеют место у незначительного числа женщин и, по всей вероятности, представляют собой продолжения состояния, которые наблюдались ранее.

3 Последующее наблюдение

3.1 ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

3.1.1 Хирургические методы искусственного прерывания беременности

При наблюдении за женщинами после прерывания беременности хирургическим путем медработники должны обеспечить необходимые условия для отдыха женщин, оказывать им поддержку и следить за их общим состоянием. Персонал ЛПУ обязан уделять особое внимание жалобам женщин на боль, так как болевой синдром может быть обусловлен перфорацией матки или острой гематометрой (скоплением крови в полости матки), которая поддается лечению препаратами вызывающими маточные сокращения. Следовательно, крайне важно, особенно при выполнении абортов на позднем этапе, оценить размер матки путем ее бимануального исследования через брюшную стенку. При отсутствии осложнений большинство женщин может покинуть лечебное учреждение, как только их состояние стабилизируется и жизненно важные функции в норме. Если аборт выполнен на более поздних этапах беременности, а также в случае сильного воздействия седативных средств или общей анестезии восстановительный период может оказаться более продолжительным, и женщина, таким образом, может нуждаться в более тщательном наблюдении.

В идеальной ситуации в порядке последующего наблюдения и оценки общего состояния здоровья женщин, которым был сделан хирургический аборт, через 7-10 дней после данной процедуры она должна придти на осмотр к квалифицированному медработнику.

3.1.2 Медикаментозные методы выполнения аборта

Как сказано выше, в соответствии с протоколами лечения в случае использования медикаментозных методов прерывания беременности при сроке до 9 полных недель женщины, как правило, должны находиться под наблюдением медперсонала в течение 4-6 ч после приема простагландина. Медработники должны осматривать все гигиенические прокладки и содержимое суден, которыми пользовались женщины в период наблюдения, тем самым максимально повышая вероятность получения за истекшее время доказательства состоявшегося аборта.

Чтобы подтвердить факт завершения аборта, отсутствие инфекции или любых других осложнений, следует назначить время для повторного визита к врачу через 10-15 дней тем женщинам, в отношении которых на данный момент времени полный аборт не подтвержден, а также тем, которые приняли простагландин дома или покинули лечебное учреждение вскоре после введения простагландина. В большинстве

случаев во время этого посещения ЛПУ полный аборт должен быть подтвержден. В противном случае может возникнуть необходимость направления женщин на вакуумную аспирацию, однако это будет клинически целесообразно лишь тогда, когда процесс все еще продолжающейся беременности будет подтвержден на основании данных гинекологического обследования, клинической симптоматики или результатов лабораторных исследований.

Ввиду повышенного риска кровотечения и неполного аборта, связанного с выполнением необходимых процедур при сроке беременности после 12 полных недель, все женщины из этой группы должны находиться под наблюдением вплоть до изгнания не только плода, но и плаценты.

3.2 ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРЕДВРАЩЕНИЮ ИППП

Медперсонал обязан проследить за тем, чтобы до выписки из ЛПУ все женщины получили необходимую информацию и прошли консультирование по вопросам контрацепции после аборта, включая неотложную контрацепцию.

В целях использования методов контрацепции в период после аборта могут быть рассмотрены их

всевозможные варианты, включая внутриматочные спирали и гормональные средства, при условии учета не только индивидуальных особенностей состояния здоровья каждой женщины, но и ограничений, связанных с выбором конкретных методов (см. Приложение 4). Следует воздерживаться от использования диафрагмы и цервикального колпачка до истечения 6 недель после выполнения аборта во II триместре, а при введении внутриматочной спирали в процессе прерывания беременности во II триместре существует повышенный риск ее экспульсии (Stanwood et al., 2001 г.). Рекомендуется прибегать к некоторым методам естественного планирования семьи не раньше того, как у женщины после сделанного аборта пройдет не менее трех менструальных циклов (Всемирная организация здравоохранения, 2000b г.). Особое внимание следует уделять тем случаям, когда женщины обращаются с просьбой о стерилизации, чтобы убедиться в том, что они сделали свой выбор не под тяжестью сложившихся обстоятельств и не станут сожалеть об этом в дальнейшем.

В лечебно-профилактических учреждениях, которые предоставляют населению услуги по выполнению аборта, должны быть предусмотрены возможности с тем, чтобы на месте удовлетворить любой выбор, сделанный женщиной из большинства известных методов

контрацепции. Если же выбранный женщиной метод контрацепции не может быть предоставлен (например, в учреждениях первичного звена операции по стерилизации обычно не делают), то ей должны сообщить, где и каким образом можно воспользоваться таким методом, а на данный момент она должна получить совет относительно контрацепции до произведения операции. Все женщины должны знать о существовании неотложной контрацепции, причем следует рассмотреть возможность выбора этого метода теми женщинами, которые сразу же не смогли воспользоваться одним из рутинных методов контрацепции.

Независимо от выбранного женщинами метода контрацепции медработникам следует обсудить со всеми клиентками вопросы профилактики ИППП, включая ВИЧ, а также обратить их внимание на то, насколько важно пользоваться презервативами. Информация о профилактике инфекций особенно актуальна для представительниц групп повышенного риска и населения территорий с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Уместно предложить прохождение добровольного тестирования и консультирования или дать направление в другие ЛПУ для консультации и обследования на ВИЧ. Следует пропагандировать метод двойной защиты или использование таких методов, которые обеспечивают предохранение не только от беременности, но и от ИППП.

3.3 КАК СЕБЯ ВЕСТИ ПОСЛЕ АБОРТА

Женщины, поступающие по поводу аборта, должны получать четкие и доступные для понимания инструкции в устной и письменной форме о том, как заботиться о своем здоровье после выписки из ЛПУ, в частности о том, как распознавать осложнения, которые требуют обращения за медицинской помощью. За время ожидания полного аборта, индуцированного медикаментозными средствами, у женщин должна быть возможность для общения с врачом или другими медработниками, которые смогут ответить на вопросы и оказать им необходимую поддержку.

После прерывания беременности хирургическим путем у женщин в течение нескольких недель может наблюдаться слабое менструальноподобное кровотечение или кровянистые выделения. Женщин следует проинформировать о том, что при использовании медикаментозных методов выполнения аборта у них, по всей вероятности, будет происходить кровотечение, которое по своей интенсивности будет таким же или более обильным, чем в случае тяжело протекающего менструального кровотечения. Симптомы, указывающие на необходимость обращения к врачу, включают в себя массивное кровотечение, сохранение повышенной температуры тела более суток и боль внизу живота. Тошнота, которая

может сопровождаться рвотой, обычно утихает в течение 24 ч после аборта, сделанного путем оперативного вмешательства. Медработникам следует настраивать женщин на то, что они могут ощущать схваткообразные боли вниз живота, проявления которых, как правило, можно существенно уменьшить, принимая отпускаемые без рецепта болеутоляющие средства. Для не умеющих читать женщин необходимо использовать изобразительные формы информации, на основании которой будет ясно, как правильно распознавать осложнения и куда обращаться за помощью.

Если аборт выполняется в I триместре, то большинство женщин смогут вернуться к своей привычной деятельности и обязанностям по истечении нескольких часов или дней.

При последующем посещении ЛПУ у медработников появляется возможность обсудить с женщинами их переживания, если в этом возникнет необходимость. К примеру, с женщинами, которым сделан аборт по медицинским показаниям или по причине изнасилования, необходимо переговорить возникшее чувство утраты или двойственное отношение к недавним событиям, или же провести с ними дополнительное консультирование.

Библиография

Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965.

Ashok PW, Flett GM and Templeton A. (1998b) Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 352:542-543.

Blanchard K, Winikoff B, Coyaji K and Ngoc NTN. (2000) Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55:189-190.

Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293.

Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183(Suppl 2):S26-S33.

Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A and David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61:47-50.

Cade L and Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care* 21:93-96.

Cameron IT and Baird DT. (1988) The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118:161-167.

Gates W, Grimes DA and Schultz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19(Suppl 1):12-17.

Costa SH and Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341:1258-1261.

Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.

Creinin MD and Aubigny E. (1999) Medical abortion In early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp. 91 -106.

Dagg PKB. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion - denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148:578-585.

Dahl V, Fjellanger F and Raeder JC. (2000) No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain* 4:211-215.

Dickinson JE, Godfrey M and Evans SF. (1998) Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7:115-119.

Diniz EM, Corradini HB, Ramos JL and Brock R. (1978) Efiectos sobre o concepto do metotrexato (ametopterinina) adminlstrado a mre. Apresentaço de caso. *Revista do Hospital das Clinicas; Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo* 33:286-290.

Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.

El-Refaey H and Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10:475-478.

El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L and Templeton A. (1995) Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 382:983-987.

Elul B, Ellertson C, Winikoff B and Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception* 59:107-114.

Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women In less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.

Feldkamp M and Carey JC. (1993) Clinical teratology counseling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology* 47:533-539.

Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D and Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1:1486-1490.

Fonseca W, Alencar AJ, Mota FS and Coelho HL. (1991) Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338:56.

Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.

Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Pa JA, Huson SM and Holmes LB. (1998) Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet* 351:1624-1627.

Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.

Grimes DA and Cates W Jr. (1979) Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34:177-191.

Grimes DA, Hulka JF and McCutchen ME. (1980) Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic

instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 137:785-790.

Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC - a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41 -46.

Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251:2108-2112.

Hakim-Elahi Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76:129-135.

Hein A, Jakobsson J and Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 43:245-247.

Henshaw RC and Templeton AA. (1991) Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU 486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98:1025-1030.

Ho PC, Chan YF and Lau W. (1996) Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception* 53:281 -283.

Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, pp 217-228.

Kaali SG, Szigetvari IA and Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161:406-408.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ER. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 14:481-486.

MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66:661 -665.

Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89:816.

McKinley C, Thong KJ and Baird DT. (1993) The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8:1502-1505.

Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K and Andersen PK. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336:81-85.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.

Ngai SW, Tang OS and Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15:2205-2208.

Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellertson C, Am KN, Hieu DT and Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25:10-14 & 33.

Orioli IM and Castilla EE. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:519-523.

Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6:416-422.

Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. (1998) A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105:599-604.

Peyron R, Aubigny E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A and Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21:1509-1513.

Powell HR and Ekert H. (1971) Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia* 2:1076-1077.

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.

Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87:884-890.

Schaff EA, Elsinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ and Poppers S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 59:1-6.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH and Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44:353-360.

Schonhofer PS. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337:1534-1535.

Schulz KF, Grimes DA and Gates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1:1182-1184.

Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92:795-798.

Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ. (1979) Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133:489-498.

Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8:45-51.

Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. *Liverpool School of Tropical Medicine*. Available online at: www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.

Spitz IM, Bardin CW, Benton L and Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338:1241-1247.

Stanwood NL, Grimes DA and Schulz KF. (2001) Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108:1168-1173.

Suprpto K and Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150:1000-1001.

Swahn ML and Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95:126-134.

Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.

Thong KJ, Robertson AJ and Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16

dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44:65-74.

Thonneau P, Fougereyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M and Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81:59-63.

Trussell J and Ellertson C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135.

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1997) Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters* 9: 162-166.

Urquhart DR and Templeton AA. (1990) Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet* 335:914.

Urquhart DR, Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, Rodger M, Baird DT et al. (1997) The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception* 55:1-5.

Westfall JM, O'Brien-Gonzales A and Barley G. (1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7:991-995.

Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A and Ellertson C. (1997) Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176:431-437.

Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC and Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.

World Health Organization. (1994) *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)

World Health Organization. (1997) *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1999) *HIV and pregnancy: a review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.15)

World Health Organization. (2000a) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

World Health Organization. (2000b) *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)

World Health Organization. (2001) *Fact Sheet 11: HIV and the workplace and universal precautions*. Geneva, World Health Organization. Available online at: www.who.int/HIV_AIDS/nursemidwives/fact-sheet-11.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1993) Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal* 307:532-537.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1994) Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. *Contraception* 50:461 -475.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (2000) Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530.

Глава

3

Организация медицинской помощи

При планировании и организации работы служб, выполняющих аборт, необходимо учитывать целый ряд факторов, сохраняющих свою актуальность независимо от обстоятельств, при которых аборт считается легальным, или от тех лиц, кто несет ответственность за принятие решений и/или за внедрение в практику такой формы медицинской помощи в системе здравоохранения. Эти факторы и принципы действительны и распространяется на медицинские учреждения вне зависимости от их формы собственности – идет ли речь о принадлежности последних к государственному, частному или некоммерческому сектору. В большинстве случаев благодаря небольшому репрофилированию действующих учреждений, приобретению незначительного количества дополнительного оборудования или организации основного курса обучения персонала можно обеспечить предоставление соответствующей формы обслуживания на базе учреждений, которые ранее этим не занимались, либо создать условия для повышения качества, безопасности и эффективности производственной деятельности и усиления потенциала существующих служб. В основе перечисленных преобразований должен лежать тщательный процесс планирования, охватывающий следующее:

- **Оценка текущей ситуации.** Проводимая в связи с этим работа не должна быть сложной или занимать много времени. Аспекты, подлежащие обзору в процессе оценки, представляют собой следующее: законы и нормативные требования, предъявляемые к организации и доступности для населения служб, выполняющих безопасные аборт; разнообразие услуг и уровень предоставляемого в настоящее время медобслуживания; качество оказываемой медицинской помощи, включая индуцирование искусственного прерывания беременности и ведение осложнений небезопасного аборта; социально-демографический состав пользователей; и отношение к работе и уровень знаний медицинского персонала.
- **Разработка национальных нормативов и стандартов,** регламентирующих предоставление высококачественных услуг по искусственному прерыванию беременности. Действие таких нормативов и стандартов должно распространяться на следующие компоненты: различные формы и конкретные условия оказания услуг по искусственному прерыванию беременности; необходимый набор оборудования, расходных материалов и лекарственных средств и соответствующая клиническая база; механизмы направления пациенток к специалистам; уважительное отношение к решению женщины, принятому на основании полученной всесторонней информации, а также к ее независимости и личной автономии,

включая соблюдение принципов конфиденциальности и приватности и учитывая особые потребности девушек-подростков; и разработка специальных нормативов, которые касаются женщин, пострадавших от сексуального насилия.

- **Определение перечня профессиональных навыков**, а также требований к организации курсов обучения для персонала, курации его работы и аттестации. В частности, должно быть четко оговорено, какие категории медработников имеют право производить аборт. К другим подлежащим проработке вопросам можно отнести содержание учебных планов и программ по искусственному прерыванию беременности и разработку стандартов в отношении кураторской деятельности, в том числе требований к проведению аттестации и лицензирования с целью гарантировать соблюдение медицинскими работниками и учреждениями основных критериев выполнения безопасного аборта.
- **Проведение мониторинга и оценки соответствующих служб.** Сюда входит сбор рутинных статистических данных о производственной деятельности служб, включая сведения о пациентках, использование контрольных перечней кураторами и проведение периодических выборочных обследований.
- **Финансирование.** В бюджете ЛПУ должны быть предусмотрены статьи расходов на содержание персонала, подготовку кадров, закупку инструментов, расходных материалов и медикаментов, а также на капитальные затраты. Кроме того, следует проследить за тем, чтобы услуги для женщин были бы доступными по цене. Дополнительные расходы действующих учреждений здравоохранения, связанные с услугами по выполнению безопасного аборта, обычно невысоки и сопоставимы с получаемыми результатами сохранения женского здоровья.

1 Проведение оценки текущей ситуации

В результате проведенной оценки можно будет уточнить, где должны быть организованы соответствующие службы, и/или каким образом необходимо усовершенствовать уже действующие медицинские учреждения. обстоятельная оценка ситуации на национальном, региональном и местном уровнях не должна быть слишком сложной или занимать очень много времени. В большинстве случаев необходимые сведения можно собрать путем анализа уже накопленной информации и проведения консультаций со всеми участвующими «заинтересованными сторонами» (включая руководство Министерства здравоохранения, медработников, женщин, представителей гражданского общества и учреждений, оказывающих техническую/донорскую помощь), а также в ходе наблюдения за фактическим предоставлением услуг на разных уровнях системы медобслуживания. Справочная информация с детальным изложением предлагаемых подходов (методик проведения экспресс-оценки и ситуационного анализа) дается в Приложении 1.

Одна из методологий, которая доказала свою эффективность при использовании в разных странах, известна под названием «Стратегический подход к повышению качества помощи, оказываемой службами охраны

репродуктивного здоровья» (Всемирная организация здравоохранения, 1999 г., Всемирная организация здравоохранения, 2002а г.). Осуществление «Стратегического подхода» предполагает создание группы специалистов по оценке, в состав которой входят многочисленные представители заинтересованных сторон и перед которой ставится задача проведения оценки действующих на местах технологий, качества предоставляемой помощи, а также конкретных потребностей женщин и перспектив на будущее.

Независимо от используемой методики оценки важно обеспечить учет всевозможных вариантов дальнейшего развития событий. Такая постановка вопроса позволяет добиться большей приемлемости и, следовательно, более реальной осуществимости рекомендаций и планов, составленных на основании результатов оценки. Особенно актуальным представляется учет мнений нынешних и потенциальных пользователей относительно конкретного набора оказываемых услуг, поскольку именно пользователи могут точно указать, какие трудности возникают в плане доступности соответствующих служб. Более того, важно и то, чтобы в ходе оценки была проанализирована доступность служб охраны репродуктивного здоровья для населения в целом и, в частности, изучен реальный доступ пользователей к информации и службам по вопросам

контрацепции, так как от этого во многом зависит частота нежелательных беременностей. Если же в процессе оценки предусмотрено прямое наблюдение за женщинами и медработниками, то от обоих важно получить информированное согласие.

Ниже даны конкретные вопросы, на которые должны ответить респонденты в процессе оценки. К наиболее типичным источникам данных, которые помогают ответить на эти вопросы, относится следующее: медицинская документация (ведение которой осуществляется как на местном, так и на национальном уровне); отчеты, направляемые в Министерство здравоохранения; результаты местных или общегосударственных социологических исследований среди медработников и/или пользователей в целях изучения общественного мнения; кроме того, сюда также входят, хотя и в меньшей степени, данные, полученные в итоге проведения Обзора демографической ситуации и состояния здоровья населения (DHS) и других общенациональных обследований состояния здоровья. Многого можно почерпнуть, занимаясь обзором современных литературных источников, но в большинстве случаев такой обзор следует дополнить информацией, полученной в результате проведения экспресс-оценки. Важно отметить, что широко распространенным недостатком является наличие во всех этих информационных источниках неполных сведений

об абортах, будь то легальных или нелегальных, безопасных или небезопасных.

а) Какие существуют законы, основные принципы и нормативные требования, в том числе принципы организации клинической практики, регламентирующие наличие и доступность услуг по выполнению безопасного аборта?

Как полагают не только специалисты в области здравоохранения, но и население в целом, действующее законодательство имеет заметно более ограничительный характер, чем на самом деле, вследствие чего необходимые формы обслуживания могут отсутствовать совсем, а женщины не имеют доступа к услугам, которые предусмотрены законом. Если ситуация складывается иным образом, то специалисты здравоохранения могут знать о существовании соответствующего закона, но по многим причинам не обеспечивают его проведение в жизнь. Важным этапом оценки является тщательная экспертиза текста законодательства и механизмов применения закона на практике группой экспертов, в состав которой входят юристы и организаторы общественного здравоохранения.

- В частности, экспресс-оценка, скорее всего, позволит выявить следующую ситуацию: в тех случаях, когда по действующим законам и нормативным требованиям предусматривается получение разрешения

или освидетельствование от третьей стороны — например, решение вопроса на уровне больничных комиссий по абортам или получение согласия супруга или медицинского/полицейского освидетельствования полового акта по принуждению, — возникают большие задержки с получением необходимого разрешения, что негативно сказывается на состоянии здоровья женщин. Результаты оценки могут подсказать реальные возможности или подходы с тем, чтобы упорядочить существующие процедуры и/или распространить более четкую информацию среди общественности, юристов, судей и врачей о том, в каких случаях женщины имеют право пользоваться этими услугами, и каким образом должна быть обеспечена доступность последних. На реализацию таких преобразований может потребоваться немало времени, однако некоторым странам все же удалось успешно выполнить эту задачу (Veira Villela и de Oliveira Araujo, 2000 г., Billings et al. 2002 г.).

б) Какова частота легального аборта и осложнений небезопасного аборта? Кто входит в группу пользователей предоставляемых услуг и для кого эти услуги недоступны?

Немало трудностей может возникнуть при получении расчетных данных о частоте небезопасного аборта и о числе легальных абортов, выполняемых в настоящее время,

особенно в тех случаях, когда доступность легального аборта ограничена. Вместе с тем, социологические обследования, как правило, позволяют получить нужные данные, на основании которых можно воссоздать общую картину сложившейся ситуации (Mundigo и Indriso, 1999 г.). Официальная статистика деятельности служб здравоохранения позволяет получить ориентировочные сведения о легальных абортах и о количестве поступлений в стационары по поводу осложнений небезопасного аборта. Данные выборочных обследований, например, при проведении Обзора демографической ситуации и состояния здоровья населения, могут говорить о распространенности такого явления, как нежелательная или несвоевременная беременность. В соответствующих случаях на основании данных сведений можно получить представление о возрасте, семейном и социально-экономическом положении женщин, которые пользовались службами представляющие возможность искусственного прерывания беременности, а также о той категории клиенток, которые имели осложнения после небезопасного аборта. Полученные данные помогут должным образом спланировать программу дальнейшей работы.

- На пример, имеющаяся информация о женщинах, получивших лечение по поводу осложнений небезопасного аборта, подтверждает их принадлежность к

возрастной группе моложе 25 лет, то в этом случае лица, формулирующие политику, и специалисты по программной деятельности должны будут разработать не только стратегии проведения разъяснительной работы среди молодежи и обучения в области сексуального и репродуктивного здоровья, и распространения информации о действующих службах контрацепции и искусственного прерывания беременности. Более полные сведения о характере отношения медицинских работников к аборту могут указывать на необходимость организации дополнительного обучения в целях формирования у них такого отношения к подросткам и молодежи, которое лишено предубежденности или осуждения.

в) В каких учреждениях обеспечивается в настоящее время выполнение легального аборта?

Предусмотрено ли оказание такой формы обслуживания учреждениями первичного звена, учреждениями по оказанию специализированной или только высокоспециализированной помощи? К какой форме собственности относятся эти учреждения – к государственному, частному или некоммерческому сектору? Имеются ли такие службы во всех регионах страны? Функционируют ли эти службы автономно или они интегрированы в комплекс других служб здравоохранения? Какая доля абортотворения выполняется в каждом из учреждений определенного профиля?

- Результаты оценки могут показать, что такие услуги в основном сосредоточены в городских больницах. В этом случае следует в первую очередь обеспечить обучение специалистов и оснащение необходимым оборудованием учреждений более низкого уровня, в том числе расположенных в сельской местности, чтобы создать условия для выполнения аборта в I триместре, а также для эффективного направления более тяжелых больных в специализированные учреждения.

г) Какому уровню качества соответствуют услуги по выполнению аборта на современном этапе?

Какие методы используются для индуцирования аборта и для ведения осложнений небезопасного аборта при разных сроках беременности? Какому уровню качества соответствует техническое оснащение этих служб? Предоставляется ли женщинам соответствующая информация? Проходят ли женщины консультирование по вопросам контрацепции как до, так и после выполнения аборта, и пользуются ли они услугами контрацепции? Меняется ли качество оказываемой помощи в зависимости от разных уровней медобслуживания или от конкретного региона в стране? Некоторую информацию такого плана можно почерпнуть из медицинской документации лечебных учреждений. Обзор протоколов медобслуживания с позиции проводимой политики позволит уточнить, являются ли стандарты обеспечения качества

помощи предельно ясными, и получают ли женщины необходимую информацию о контрацепции, и пользуются ли они услугами планирования семьи в послеабортном периоде. На основании экспресс-оценки можно будет сделать вывод о том, соответствует ли действующая практика принятым стандартам.

- Прямое наблюдение за работой служб при проведении оценки помогает выяснить, что качество медобслуживания может оказаться неудовлетворительным из-за нехватки расходных материалов, неспособности создать условия для приватной обстановки или обеспечить должный уровень подготовки кадров. Недостатки такого рода можно устранить, обеспечивая направление инвестиций, в частности, на развитие систем материально-технического снабжения или на повышение квалификации персонала и совершенствование кураторской деятельности.

д) Как медработники относятся к аборту, и каков уровень их знаний в этой области?

Насколько они информированы о действующем законодательстве и клинической практике, а также о том, куда следует обращаться за помощью? Насколько полно соответствуют представленные ими сведения реальной практике, определенное мнение о которой сложилось у членов бригады по проведению экспресс-оценки? В большинстве стран накопленный объем информации по этим вопросам весьма ограничен, однако актуальным

представляется сбор необходимых сведений, поскольку характер отношения к своим обязанностям со стороны медработников и сложившаяся практика являются важными факторами, предопределяющими степень доступности безопасных и легальных абортов для женщин.

- Предположим, в результате проведенной оценки может выясниться, что отдельные медработники могут испытывать двойственное чувство или негативно относиться к аборту по желанию женщины, даже тогда, когда это делается легально (Dickson-Tetteh et al., 2000г.). В этом случае специалистам по планированию службы необходимо позаботиться о том, чтобы у женщин, имеющих на это право, был доступ к соответствующим формам медицинской помощи.

е) Каковы познания женщин в вопросах, связанных с абортом и с деятельностью служб, выполняющих аборт, и каковы, по их мнению, перспективы развития этих служб?

Информированность женщин и сформировавшиеся представления об оказываемых услугах, равно как и сама социальная среда, могут препятствовать использованию тех форм медобслуживания, на которые они вправе рассчитывать. Выборочные обследования говорят об опасениях женщин по поводу ненадлежащего обращения, предосудительного отношения со стороны мужей

или партнеров или общественного порицания (Mundigo and Indriso, 1999 г.), что в общей сложности будет мешать обращаться за помощью к специалистам. Кроме того, проведенная оценка позволит выяснить, насколько женщины осведомлены относительно своих прав на аборт, и сколько им придется заплатить за аборт, выполняемый в государственном учреждении или частной клинике.

- К примеру, если экспресс-оценка подтверждает, что женщинам не нравится обращаться в государственные учреждения, и они не пользуются услугами последних по разным причинам (в том числе из-за неполной конфиденциальности/приватности в обслуживании и боязни стать объектом критики или ввиду бытующего мнения об отсутствии качественной помощи), то специалистам по планированию и руководителям программ следует принять меры для повышения качества медобслуживания. Можно попытаться решить эту проблему путем организации курсов повышения квалификации персонала с целью усовершенствовать профессиональные качества сотрудников и навыки межличностного общения.

ж) Каковы затраты системы здравоохранения на выполнение безопасного аборта? Каков уровень расходов при лечении осложнений небезопасного аборта?

Сведения о прямых затратах можно собрать путем просмотра медицинской документации или получить посредством проведения ускоренного обзора состояния служб здравоохранения как государственного, так и частного сектора. Более детализированную информацию об уровне затрат можно получить в результате проведения углубленных выборочных обследований. Оценочные данные за год о состоянии дел в одном учреждении вполне приемлемы для первоначальной оценки (King et al., 1998 г.). Кроме того, собранная информация может быть обработана с использованием методик анализа расходов, представленных в виде электронных таблиц (см. Приложение 1).

- Полученная таким образом информация поможет принять взвешенные решения по организации той или иной формы медобслуживания на соответствующем уровне системы здравоохранения, а также разработать предложения по внедрению конкретных методов на каждом уровне.

2 Разработка национальных нормативов и стандартов

Во многих странах нормативы и стандарты, регламентирующие порядок выполнения аборта, не оформлены в письменном виде, и в таких ситуациях их необходимо создать. Там, где такие документы имеются, следует проводить их регулярный обзор, чтобы действующие стандарты соответствовали уровню последних достижений передовой практики. Нормативы и стандарты должны быть приведены в соответствие с действующим законодательством, которое гарантирует предоставление высококачественного медобслуживания при выполнении аборта. Вышеназванные документы должны включать в себя критерии предоставления государственными, частными и некоммерческими учреждениями высококачественной помощи по выполнению аборта с учетом важнейших ее параметров, в том числе таких, как:

- Различные формы и конкретные условия оказания услуг по искусственному прерыванию беременности.
- Необходимый набор оборудования, расходных материалов и лекарственных средств и соответствующая клиническая база.

- Механизмы направления пациенток в специализированные учреждения.
- Уважительное отношение к решению женщины, принятому на основании полученной информации, а также к ее личной автономии, включая соблюдение принципов конфиденциальности и приватности и учитывая особые потребности девушек-подростков.
- Разработка специальных схем оказания помощи женщинам пострадавшим от сексуального насилия.

2.1 ВАРИАНТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ И ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ, НА БАЗЕ КОТОРЫХ ВЫПОЛНЯЮТСЯ АБОРТЫ

Благодаря организации медобслуживания по раннему искусственному прерыванию беременности на уровне первичного звена можно значительно расширить доступность таких служб для женщин, имеющих законное право на аборт. Поэтому, в первую очередь следует задуматься над тем, как изыскать финансовые средства на проведение курсов обучения медработников первичного звена и на закупку необходимого оборудования в целях организации

работы служб, выполняющих ранние аборты, и создания системы направления пациенток в специализированные учреждения соответствующего профиля. Если на уровне первичного звена высококачественные службы охраны репродуктивного здоровья еще не созданы, то для оказания специализированной помощи следует, как минимум, внедрить в практику эффективные механизмы направления женщин с первичного на более высокие уровни медобслуживания.

Во всех ситуациях важнейшим элементом представляется отлаженная система направления пациенток для оказания специализированной помощи (см. раздел 2.3). Учреждения более высокого уровня, располагающие достаточными финансовыми средствами на подготовку кадров и закупку оборудования, могут использоваться в качестве учебной базы для профессиональной подготовки специалистов из учреждений более низкого уровня, что позволит расширить возможности охвата данной формой медобслуживания населения, проживающего на определенной территории.

В тех случаях, когда функционирует широкая сеть соответствующих служб, но качество их работы низкое, в первую очередь необходимо проанализировать главные причины выявленных недостатков, разработать

рекомендации и обеспечить их проведение в жизнь. Такие рекомендации могут предусматривать переподготовку персонала, или улучшение инфраструктуры и технического оснащения учреждений на всех уровнях системы медобслуживания. В большинстве случаев самой простой и наиболее экономически эффективной представляется стратегия, ориентированная на интеграцию служб, выполняющих аборты, в сеть действующих учреждений, которые занимаются охраной репродуктивного здоровья населения.

2.1.1 Учреждения местного уровня

Работникам здравоохранения, обеспечивающим медобслуживание местного населения, принадлежит важная роль в том, чтобы оказывать помощь женщинам в предотвращении нежелательной беременности посредством проведения с ними разъяснительной работы и предоставления методов контрацепции, а также информирования о последствиях небезопасного аборта. Кроме того, они должны уметь проводить с женщинами информационную работу, рассказывая о том, как избежать неоправданных отсрочек и сделать безопасный легальный аборт, и направлять женщин с осложнениями небезопасного аборта для оказания соответствующей помощи.

2.1.2 Уровень оказания первичной медико-санитарной помощи

Центры первичной медико-санитарной помощи, как правило, имеют необходимый минимум медицинского оборудования и определенное число квалифицированных медработников. Для учреждений этого уровня представляются вполне приемлемыми такие методы аборта, как вакуумная аспирация и медикаментозные методы, поскольку в таком случае не требуется, чтобы пациентки оставались там на ночь.

В состав персонала могут входить такие категории медработников, как медсестры, акушерки, помощники медсестер, а в отдельных случаях и врачи. Медперсонал, уже прошедший профессиональное обучение и владеющий навыками не только бимануального обследования органов малого таза для выявления признаков беременности, но и таких трансцервикальных манипуляций, как введение ВМС, может пройти дополнительную подготовку по выполнению вакуумной аспирации (Freedman et al., 1986 г., Greenslade et al., 1993 г.). В случаях, когда медикаментозные методы прерывания беременности официально зарегистрированы и предлагаются населению, задействованный персонал может также обеспечивать лечение и вести наблюдение за ним (Cooper, 2000 г.).

Точно так же, как и в случае ведения физиологических родов и самопроизвольного аборта, на местах должны быть предусмотрены механизмы своевременного направления, когда это необходимо, пациенток в учреждения более высокого уровня для оказания специализированной помощи. По этой причине следует предусмотреть возможность, если потребуется, вызова по телефону квалифицированных специалистов не только в обычные часы работы медицинского учреждения, но и после его закрытия.

2.1.3 Уровень районной больницы (первичный уровень)

Как отмечено в табл. 3.1, в лечебно-профилактических учреждениях районного уровня должен быть предусмотрен весь комплекс услуг по выполнению аборта, который обеспечивается абсолютно всеми учреждениями первичного звена, причем это условие должно выполняться и в том случае, когда такие услуги предоставляются учреждениями более низкого уровня. При выполнении аборта редко возникает потребность в оказании высокоспециализированной помощи, и услуги такого рода не должны входить в повседневный набор мероприятий, связанных с выполнением аборта, особенно при дефиците необходимых ресурсов.

К примеру, рутинное использование в целях выполнения раннего аборта такого специализированного оборудования, как ультразвуковое исследование, связано с более высокими затратами со стороны системы здравоохранения и не является крайне необходимым при искусственном прерывании беременности с малым сроком (RCOG, 2000 г.). При выполнении аборта на раннем этапе общая анестезия, как правило, не требуется, поскольку приводит к повышению риска и увеличению расходов на такую операцию (Lawson et al., 1994г.). Вот почему выполнение аборта в стационарах должно проводиться на амбулаторной основе, что представляется безопасным, снижает затраты и создает дополнительные удобства для женщины.

В специализированных стационарах, укомплектованных необходимым персоналом и оборудованием для оказания неотложной акушерской помощи, предусмотрены все условия для ведения послеабортных осложнений. Поэтому стационары такого уровня должны быть готовы к поступлению женщин после аборта по направлению из любых лечебно-профилактических учреждений, которые находятся на территории врачебного участка.

2.1.4 Специализированные стационарные учреждения вторичного и третичного уровней

Стационары вторичного и третичного уровней должны иметь в своем распоряжении необходимый персонал и оборудование для выполнения абортов во всех случаях, оговоренных действующим законодательством, а также для ведения любых осложнений небезопасного аборта. Особенно важно, чтобы на базе клиник при медицинских ВУЗах были предусмотрены услуги по выполнению аборта, и таким образом созданы условия для профессионального обучения соответствующих категорий специалистов методам выполнения аборта во время прохождения ими клинической практики на ротационной основе.

Табл. 3.1 Формы медобслуживания в зависимости от типа ЛПУ в системе здравоохранения

Уровень общины

- Проведение санитарно-просветительской и разъяснительной работы среди населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и аборт.
- Популяризация среди местного населения соответствующих методов контрацепции, в том числе метода неотложной контрацепции.
- Обучение всех категорий медработников тому, как должно быть организовано информирование и направление женщин в службы, выполняющие легальный аборт.
- Обучение всех категорий медработников тому, как распознавать послеабортные осложнения и своевременно направлять женщин на лечение.
- Обеспечение проезда до учреждений для выполнения аборта и лечения по поводу осложнений небезопасного аборта.
- Обучение всех категорий медперсонала (и работающих среди населения представителей других основных профессий – полицейских, учителей и т.д.) тому, как распознавать признаки изнасилования девушек или женщин или инцеста, и в какие медицинские учреждения или социальные службы их следует направлять в таких случаях.

Уровень первичной медицинской помощи

- Обеспечение всех компонентов, которые упомянуты в связи с медобслуживанием на уровне общины.
- Обучение всех категорий медперсонала, задействованного в области охраны репродуктивного здоровья, тому, как проводить консультирование по вопросам, связанным с планированием семьи, нежелательной беременностью и абортом.
- Предоставление более широкого выбора методов контрацепции (включая, к примеру, ВМС и инъекционные контрацептивы).
- Выполнение вакуумной аспирации при сроке беременности до 12 полных недель (см. Главу 2).
- Обеспечение терапевтических методов прерывания беременности при сроке до 9 полных недель (см. Главу 2).
- Стабилизация клинического состояния и лечение антибиотиками женщин с осложнениями небезопасного аборта.
- Выполнение вакуумной аспирации при неполном аборте.
- Своевременное направление и доставка женщин в специализированные учреждения, если требуется сделать аборт или провести лечение по поводу послеабортных осложнений, которые не могут быть предоставлены на месте.

Уровень районной больницы

- Обеспечение всех компонентов медобслуживания по поводу аборта, предлагаемых на уровне первичной медико-санитарной помощи.
- Выполнение хирургической контрацепции наряду с другими методами контрацепции.
- Выполнение абортов при любых обстоятельствах и на любом этапе развития беременности, если это не противоречит действующему законодательству.
- Лечение послеабортных осложнений.
- Проведение разъяснительной работы и реализация образовательных программ для населения, проживающего на территории врачебного участка.
- Организация курсов обучения для всех соответствующих категорий медработников (на этапе пред- и последипломной подготовки) по вопросам медицинской помощи, связанного с абортами.

Специализированные стационарные учреждения вторичного и третичного уровней

- Обеспечение всех компонентов медицинской помощи по поводу аборта, предлагаемых на всех вышеназванных уровнях.
- Лечение любых послеабортных осложнений, в том числе и тех, которыми не справляются на районном уровне.

2 Разработка национальных нормативов и стандартов

(продолжение)

2.2 НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ОБОРУДОВАНИЕ, РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И РАБОЧИЕ ПОМЕЩЕНИЯ

В приведенной ниже таблице (табл. 3.2) коротко перечислено все, что требуется для оказания услуг по выполнению аборта в лечебно-профилактических учреждениях разных уровней. Типы расходных материалов и оборудования, а также инфраструктура, необходимая для вакуумной аспирации и терапевтических методов прерывания беременности, являются таким же, как и соответствующее оснащение при оказании гинекологической помощи и обеспечении клинической контрацепции. Детальный перечень основного оборудования и расходных материалов для выполнения мануальной вакуумной аспирации дается в Приложении 3. Подробные сведения о лекарственных средствах, назначаемых при лечении осложнений, например о таких препаратах, как окситоцин, в/в растворы и антибиотики, можно найти в других источниках (Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.).

В повседневной практике при планировании и составлении сметы расходов, в процессе закупок и распределения товарных запасов и организации работы ЛПУ следует руководствоваться предложенным перечнем инструментов и медикаментов. Критериями выбора конкретных образцов инструментов являются их качество, долговечность и стоимость, а также способность системы обеспечить постоянное наличие оборудования и поддержание его с течением времени в рабочем состоянии.

Благодаря внедрению вакуумной аспирации в практику медобслуживания расширяются потенциальные возможности систем здравоохранения в плане наличия и доступности услуг по выполнению аборта, так как простота этой процедуры делает ее вполне пригодной для учреждений первичного звена. Кроме того, расходы на внедрение данного метода относительно невысоки (Lean et al., 1976 г.). Анализ расходов на мануальную вакуумную аспирацию проводился в связи с ее применением при лечении осложнений небезопасного аборта. Результаты исследований говорят не только о значительном снижении затрат на мануальную вакуумную аспирацию, но и о повышении качества оказываемой помощи (Неизвестный источник, 2000 г., Vrambila et al., 1999 г., El Shafei et al., 1999 г.). Предъявляемые требования и необходимые для этого ресурсы

могут влиять на характер решений, принимаемых при выборе конкретного метода вакуумной аспирации. В стационарах и других лечебных учреждениях, где выполняется множество операций по искусственному прерыванию беременности, использование электровакуумной аспирации, в отличие от мануальной вакуумной аспирации, может быть более эффективным. Однако, в учреждениях, где практикуется электровакуумная аспирация, но бывают перебои с электроснабжением, очень важно предусмотреть мануальную вакуумную аспирацию в качестве запасного варианта. Вакуумная аспирация оказалась исключительно подходящим методом с точки зрения персонала, работающего в учреждениях разного уровня (Bradley et al., 1991 г., Екверпу, 1990 г., Совет по вопросам народонаселения, 2000а г., Совет по вопросам народонаселения, 2000б г., Университет штата Северная Каролина, 2001 г.).

Инструменты для мануальной вакуумной аспирации могут предназначаться для одноразового или многократного применения. Если речь идет об инструментах многократного использования, то при покупке таких изделий следует обращать внимание на их долговечность ввиду интенсивного применения и регулярной очистки от загрязнений. Одноразовые инструменты обладают такими достоинствами, как стерильность и, следовательно, безопасность для женщины, а также удобство в работе персонала. Недостатки одноразовых

инструментов заключаются в том, что их поставки обходятся дороже и должны быть бесперебойными. Более того, во избежание риска для здоровья медработников и населения следует соблюдать осторожность при удалении использованного одноразового инструментария. Приобретение оборудования многократного использования минимизирует затраты на расходные материалы, однако в таком случае следует неуклонно выполнять требования очистки и дезинфекции аппаратуры (см. Главу 2, раздел 2.5.1).

2.2.1 Нормативные требования, предъявляемые к лекарственным препаратам и изделиям медицинского назначения

В каждой стране действуют свои правила регистрации и ввоза импортных лекарственных средств. Тем не менее, в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств, который адаптирован многими странами в качестве Национального перечня основных и жизненно важных лекарственных средств, входят такие анальгетики ненаркотического происхождения, как негормональные противовоспалительные средства (например, ибупрофен), транквилизаторы (например, диазепам) и местные анестетики (лидокаин) (Всемирная организация здравоохранения, 2002б г.). Чтобы тот или иной препарат вошел в Национальный перечень основных и жизненно важных лекарственных средств, обычно требуется его

Табл. 3.2 **Инструменты и медикаменты, необходимые для выполнения аборта, и оснащение рабочих помещений**

Метод	Инструменты и медикаменты	Оснащение рабочих помещений
Вакуумная аспирация	<ul style="list-style-type: none"> - Основной набор инструментов и медикаментов для гинекологических и терапевтических вмешательств (например, влагалищное зеркало, кольцевидный или губчатый пинцет, антисептический раствор, марля или марлевые тампоны, перчатки), однозубый крючок - Механические расширители шейки матки (Пратта или Деннистона), осмотические расширители или мизопростол - Иглы и местное обезболивающее средство для парацервикальной блокады - Анальгетики - Отсосы: ручной или электровакуумный аспиратор со шлангами - Канюли: гибкие или жесткие, угловые или прямые; разного размера - Сетка и стеклянная чаша для осмотра тканей 	<ul style="list-style-type: none"> - Инструменты и медикаменты - Отдельное помещение для консультирования - Чистое, отдельное помещение для проведения лечения - Смотровое кресло с подставками и расширителями для ног - Кровать - Табуретка для медработника - Чистая вода - Яркое освещение - Расходные материалы для деконтаминации, очистки, мойки и высокоуровневой дезинфекции инструментов - Одноразовый контейнер для отходов - Санузел, отвечающий санитарно-гигиеническим требованиям
Медикаментозные методы выполнения аборта	<p>Основной набор инструментов и медикаментов для гинекологических вмешательств (например, влагалищное зеркало, марля или марлевые тампоны, гигиенические прокладки для месячных, перчатки) В зависимости от принятого протокола:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Мифепристон + мизопростол или гемепрост - Анальгетики - Стеклянная чаша для осмотра тканей 	<ul style="list-style-type: none"> - Отдельное помещение для консультирования - Отдельный участок со стульями, куда поступают женщины в ожидании изгнания продуктов зачатия (отделен от палаты с роженицами) - Санузел, отвечающий санитарно-гигиеническим требованиям - Условия для выполнения вакуумной аспирации на месте или для перевода пациентки
Расширение шейки матки и вакуумная аспирация	<p>Все позиции по списку для вакуумной аспирации, а также:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Расширители большого размера и широкопросветные канюли - Специальные пинцеты (например, Софера или Бьерера) для последующих процедур - Окситоцин 	<p>Всё перечисленное выше для вакуумной аспирации</p>

2 Разработка национальных нормативов и стандартов

(продолжение)

регистрация и наличие на отечественном рынке. В том случае, если какое-либо лекарственное средство не зарегистрировано, то по действующим в некоторых странах правилам допускается его импорт через Систему удостоверения качества фармацевтических препаратов в международной торговле (см. Приложение 1 для доступа к информации в режиме «онлайн»).

В отдельных странах, но не во всех, также установлены требования к регистрации изделий медицинского назначения. Руководителям программ прежде, чем импортировать в страну такое оборудование, как мануальные вакуумные аспираторы, следует убедиться в том, необходима ли регистрация этой продукции.

Изделия, которые перечислены в табл. 3.2 и предназначены для оснащения служб, выполняющих аборт, должны входить в общенациональную программу материально-технического обеспечения изделиями медицинского назначения и распределяться в те лечебно-профилактические учреждения, которые в них нуждаются.

2.3 МЕХАНИЗМЫ НАПРАВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Для организации служб, выполняющих безопасные аборт, огромное значение имеет отлаженная система направления больных в специализированные учреждения. Все категории персонала центров здоровья, клиник или стационаров обязаны направлять женщин в соответствующие службы, если те или иные виды помощи не могут быть предоставлены на месте. Между лечебно-профилактическими учреждениями разных уровней должна быть достигнута договоренность относительно перевода и перевозки больных с тем, чтобы (а) нуждающиеся в помощи женщины своевременно ее получили; и (б) женщины, которым требуется помощь ввиду осложнений небезопасного аборта, прошли срочное лечение. Если же поступающие по поводу нежелательной беременности женщины не имеют право на легальный аборт, важно, чтобы медработники сумели оказать им поддержку, предоставили нужную информацию и/или дали совет, как можно сохранить текущую беременность, а также направили их в службы родового наблюдения.

В основе действующей системы перевода и транспортировки больных в специализированные учреждения лежат следующие положения:

- стандартный порядок определения тех условий, при которых возникает необходимость в направлении больных в специализированные учреждения, а также процедуры их перевода и транспортировки;
- стандартный порядок, в соответствии с которым принимающие учреждения обеспечивают лечение женщин, поступивших из направляющего учреждения, а также направляют соответствующие уведомления в ЛПУ, откуда были направлены пациентки;
- руководство по обработке информации о пациентках для обеспечения безопасного и правильного их ведения, в том числе правила соблюдения требований конфиденциальности;
- руководство по оценке потребностей клиенток в связи с необходимостью их перевода в учреждения иного профиля, например, в центры по лечению ИППП или ВИЧ-инфекции, в службы социальной помощи или консультирования, а также в судебные органы в случае, если женщины оказались жертвами изнасилования.

2.4 УВАЖИТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРИНЯТОМУ ЖЕНЩИНОЙ РЕШЕНИЮ НА ОСНОВЕ ПОЛУЧЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ И СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ НЕЗАВИСИМОСТИ, КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ПРИВАТНОСТИ С УЧЕТОМ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Действующие в стране нормативы, стандарты и регламентирующие положения должны создавать благоприятные предпосылки не только для реализации женщинами своих репродуктивных и других прав, но и для выполнения медработниками своего этического долга. В рамках национального законодательства, нормативных требований и стандартов в отношении аборт должны быть созданы гарантии для информированного и свободного принятия решения, личной автономии при принятии решения, конфиденциальности и приватности (Cook и Dickens, 2000 г.). В основе этих стандартов лежат международные нормативы по правам человека, которые изложены в многочисленных документах, в том числе и в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, и в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации женщин.

2.4.1 Информированное и свободное принятие решений

Женщины, которые оказываются перед необходимостью решить проблему нежелательной беременности, нередко могут чувствовать свою незащищенность наедине с медработниками. К женщинам следует относиться уважительно и с пониманием. Поэтому, персонал лечебных учреждений должен проявлять внимание к пожеланиям женщины и давать ей информацию в таком виде, чтобы она без особого труда воспринимала и запоминала полученные сведения и могла бы решить, пойти на аборт или нет, и сделать свой выбор в рамках действующего законодательства без какого-либо нажима, принуждения или дискриминации.

Кроме того, медработникам следует учитывать и такие ситуации, при которых женщина может быть вынуждена решиться на аборт против своей воли, руководствуясь, к примеру, состоянием собственного здоровья, в частности по причине ВИЧ-инфекции. В таких случаях медработник обязан сделать все от него зависящее, чтобы создать условия для принятия женщиной полностью информированного и свободного решения.

Медработники имеют полное право отказаться сделать аборт, однако на них возлагаются моральные обязательства следовать профессиональным этическим нормам, в

соответствии с которыми специалисты здравоохранения, как правило, должны обеспечить направление женщин к квалифицированным коллегам, в принципе не имеющим возражений против искусственного прерывания беременности, если это не противоречит действующему законодательству. Когда же нет возможности обратиться к другому специалисту, медработник обязан сделать женщине аборт ради спасения ее жизни или предотвращения необратимого ущерба ее здоровью, руководствуясь при этом национальным законодательством.

Если на какой-либо стационар, клинику или центр здоровья возложены функции государственного учреждения по медобслуживанию населения в соответствии с законом, то такое учреждение не вправе ставить жизнь или здоровье женщин под угрозу, отказывая им в соответствующей помощи. Они должны предоставить женщине возможность сделать аборт в соответствии с действующим законодательством.

Особые соображения в отношении подростков

Подростки подчас обладают недостаточными знаниями по таким вопросам, как проявление сексуальности, контрацепция, возникновение беременности и ее очевидные признаки и инфекции, передающиеся половым путем. Молодые и незамужние девушки-подростки не осознают, что фактически вступили в половую связь и, следовательно, могут забеременеть. У них может оказаться мало опыта для общения с взрослыми по вопросам такого рода, а также для того, чтобы воспользоваться медицинскими услугами в целях охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Подростки нуждаются в благоприятной обстановке, когда бы у них была возможность рассказать о своих потребностях, опасениях и о том, что их смущает, причем важно, чтобы их не осуждали или не заставляли замолчать.

Медработники обязаны преодолеть возможное чувство неловкости, связанное с откровенными проявлениями подростковой сексуальности, особенно в ситуациях с незамужними девушками-подростками, — тем более что таковое истинное положение вещей в большинстве стран. В частности, медработники должны быть обходительными и задавать простые вопросы на доступном для понимания языке. Возможно, им придется повторять вопросы, пытаясь с осторожностью и предупредительностью выяснить для себя важную информацию. Они могут предложить разные варианты ответов, чтобы вызвать подростков на откровенность, так как девушкам нередко требуется какое-то время для доверительного разговора о своих проблемах. Крайне важно, чтобы медицинские работники полностью гарантировали соблюдение конфиденциальности, заверив девушку-подростка в том, что никому не расскажут о посещении ею центра здоровья.

Может возникнуть необходимость в создании **медицинских центров доброжелательного отношения к девушкам-подросткам**, чтобы у них был доступ к соответствующим формам медобслуживания. Нередко эту задачу можно выполнить путем перепрофилирования действующих служб, ориентируя их работу на удовлетворение потребностей подростков. Не исключено, что в связи с этим часы приема в центрах и их месторасположение должны быть удобными для девушек-подростков, а стоимость посещения приемлемой. Информацию о наличии таких служб следует распространять среди девушек-подростков и членов их семей, причем местное население в данном случае зачастую может сыграть полезную роль.

(Всемирная организация здравоохранения, 2002с г.)

2 Разработка национальных нормативов и стандартов

(продолжение)

2.4.2 Независимость при принятии решений (освидетельствование от третьей стороны)

Основополагающим этическим принципом уважительного отношения к любому человеку является соблюдение его личной автономии. Такая независимость означает, что всякий дееспособный взрослый человек для обращения за медицинской помощью не нуждается в получении согласия (разрешения) от какой-либо третьей стороны, в частности от мужа или партнера. В связи с этим медработники не должны настаивать на обязательном получении согласия со стороны супруга, если по действующему законодательству и соответствующим нормативным актам этого не требуется.

Более того, уважительное отношение к людям предполагает обязательную защиту интересов социально уязвимой части населения. Особенно уязвимыми оказываются такие категории граждан, как незамужние женщины, подростки, а также те, кто проживает в условиях крайней бедности и страдает от бытового насилия. Проблемы стигматизации и дискриминации, ассоциируемые с физической и умственной нетрудоспособностью, а также с таким

состоянием здоровья, как инфицированность ВИЧ, широко распространены и могут использоваться в качестве причины, чтобы заставить женщину сделать аборт. Моральный долг медработников обязывает их позаботиться о том, чтобы женщины этой категории имели возможность получить необходимую медицинскую помощь.

Что касается получения согласия (разрешения) от родителей в отношении несовершеннолетних, то правительства практически всех стран ратифицировали Конвенцию по правам ребенка (КПР). Статья 5 названной Конвенции гласит: «Государства-участники уважают ответственность, права и обязанности родителей... должным образом управлять и руководить ребенком в осуществлении им признанных настоящей Конвенцией прав и делать это в соответствии с развивающимися способностями ребенка». Однако в дополнении к этому в Статье 3, где содержится один из четырех основополагающих общих принципов, лежащих в основе проведения в жизнь всех статей настоящей Конвенции, предписано следующее: «Во всех действиях в отношении детей [по определению — это лица моложе 18 лет], независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное

внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка».

Медработники должны настоятельно рекомендовать несовершеннолетним девушкам советоваться по поводу своей беременности с родителями или с другими взрослыми, кому они доверяют. Если девушка утверждает, что это невозможно (например, из-за того, что поведение одного из родителей носит оскорбительный характер), медработники не должны настаивать на получении согласия от родителей, за исключением тех ситуаций, когда такое требование предусмотрено действующим законодательством или соответствующими нормативными актами. Медработники должны пройти курсы обучения методикам информирования, консультирования и лечения девушек-подростков в соответствии с полученными новыми знаниями, чтобы иметь четкое представление о специфике предлагаемых услуг, а не полагаться в суждениях о подростках исходя из произвольно взятой поправки на возраст.

2.4.3 Конфиденциальность

Медицинские работники обязаны охранять пациентки от возможного несанкционированного разглашения информации, а также обеспечить условия, при которых пациентки, разрешающие передавать другим лицам конфиденциальную информацию о себе, идут на это без

принуждения, руководствуясь четкими разъяснениями на этот счет.

Опасения по поводу несоблюдения принципов конфиденциальности удерживают многих женщин (особенно девушек-подростков и незамужних женщин) от обращения в лечебно-профилактические учреждения и могут подтолкнуть их к тому, что они свяжутся с нелегальными и опасными лицами предоставляющие услуги криминального аборта или решатся на само спровоцированный аборт. Если женщина не дает четкого наставление медработнику, чтобы тот обратился за советом к ее супругу или к родителям или к кому-то еще, то такая консультация считается серьезным нарушением принципа конфиденциальности.

2.4.4 Конфиденциальность/Врачебная тайна

Насколько это максимально возможно, руководители лечебно-профилактических учреждений должны создать такие условия, когда внутри учреждений обеспечивается приватная обстановка не только для бесед между женщинами и медработниками, но и непосредственно для оказания помощи. В минимальном объеме проблема приватности может быть решена, в частности путем выполнения отдельно взятой процедуры в одном кабинете за определенный промежуток времени при занавешенных окнах и дверных проемах, а

также путем использования простых матерчатых или бумажных хирургических салфеток для каждой женщины и на каждую процедуру.

2.5 СПЕЦИАЛЬНЫЕ НОРМЫ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН, СТАВШИХ ЖЕРТВОЙ ИЗНАСИЛОВАНИЯ

Женщины, забеременевшие вследствие изнасилования, нуждаются в особо чутком обращении с ними, ввиду чего на всех уровнях системы здравоохранения должны быть созданы условия для оказания им соответствующей помощи и поддержки.

В таких случаях следует разработать специальные нормативы и стандарты по выполнению аборта, предусмотрев дополнительное обучение для персонала. Эти стандарты не должны предписывать излишних административных или судебных процедур, как, например, обязательных требований к женщинам выдвинуть обвинение или выдать личность насильника (Billings et al., 2002 г.) (см. также Главу 4). Более того, в идеальном случае эти стандарты должны быть составной частью нормативов и стандартов, которые регламентируют общие принципы ведения жертв изнасилования и определяют порядок таких действий, как оказание физической и психологической помощи, использование неотложной контрацепции, лечение по поводу

ИППП или травм, сбор судебных доказательств, а также консультирование и организация последующего наблюдения (Всемирная организация здравоохранения и Верховный комиссар ООН по делам беженцев, 2000 г.).

3 Повышение профессиональных навыков и качества работы персонала

3.1 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ, ПОДГОТОВКА И ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА

Судя по всему, выполнение задачи доступности безопасного легального аборта для всех имеющих на это право женщин требует вовлечение среднего медицинского персонала, поскольку во многих частях мира численность квалифицированных врачей может быть недостаточной. В целях оказания высококачественной помощи в послеабортном периоде и непосредственно при выполнении аборта в ряде стран практикуется дополнительное обучение представителей среднего медперсонала, в том числе акушеров и других категорий медработников, не имеющих высшего медицинского образования (Billings et al., 1999 г., Dickson-Tetteh et al., 2000 г., Совет по вопросам народонаселения, 2000b г., Университет штата Северная Каролина, 2001 г., Yumkella и Githiori, 2000 г.). Результаты

сравнительного исследования подтвердили отсутствие разницы в частоте осложнений у женщин после абортов, выполненных помощником врача (фельдшером) и врачом в I триместре методом мануальной вакуумной аспирации (Freedman et al., 1986 г.).

Медработники, которые уже овладели базовыми навыками выполнения аборта, могут пройти обучение на курсах для ведения более сложных случаев. К примеру, персонал, способный выполнять аборты при сроках беременности до девяти недель, может освоить методику выполнения аборта на более поздних этапах беременности. После прохождения дополнительной профессиональной подготовки в ограниченном объеме медработники, выполняющие процедуру вакуумной аспирации

при лечении неполного аборта, могут овладеть методикой безопасного прерывания беременности.

Приобретение необходимых навыков выполнения безопасного аборта должно быть предусмотрено учебными планами и программами подготовки специалистов по искусственному прерыванию беременности на этапе до- и последиplomной подготовки. Программы обучения всех категорий медработников, специализирующихся по лечению женщин, должны включать в себя раздел, посвященный развитию навыков распознавания послеабортных осложнений. Кроме того, имея в виду вышеперечисленные навыки, следует отметить важность регулярного обучения всех категорий персонала на курсах совершенствования.

В категорию среднего медицинского персонала входит многочисленная группа клиницистов не из числа врачей, а именно: медсестры, практикующие медсестры, старшие сестры отделений, помощники врачей и другие, уровень профессиональной подготовки и круг функциональных обязанностей которых может отличаться в зависимости от той или иной страны, тем не менее полученные ими навыки позволяют выполнять такие связанные с охраной репродуктивного здоровья базовые клинические процедуры, как бимануальное обследование органов малого таза для подтверждения беременности и определения положения матки, введение маточного зонда, трансцервикальные манипуляции, причем данная категория персонала может пройти учебный курс по выполнению раннего аборта.

[Определение этого понятия было предложено и согласовано участниками Тематического консультативного совещания, проходившего в сентябре 2000 г.]

3 Повышение профессиональных навыков и качества работы персонала *(продолжение)*

3.1.1 Учебные программы

В основе учебных программ как до-, так и последипломной подготовки должны лежать принципы формирования компетентности, включая прохождение клинической практики под наблюдением наставника, что создает необходимые предпосылки для демонстрации практическим медработником своей профессиональной компетентности. Эти программы должны учитывать различные методологии обучения и преподавания и обеспечивать приобщение медицинских работников не только к специальным и клиническим навыкам, но и к целой системе профессиональных установок и мировоззрения. Такая постановка вопроса требует переосмысления ценностной ориентации, что позволит медработникам ощутить разницу между собственной системой ценностей и правами клиенток на получение высококачественной помощи. Названные учебные программы должны проводиться в учреждениях, куда поступает значительное число пациенток, чтобы у всех стажеров была возможность пройти клиническую практику, в том числе связанную с ведением осложнений.

Учебные планы и программы могут различаться по содержанию и по количеству часов в зависимости от объема навыков, которыми уже владеет медработник к моменту прохождения курса обучения (см. табл. 3.3 с полным перечнем основной тематики). Весь цикл обучения должен быть составлен таким образом, чтобы практикующий медработник приобрел следующие профессиональные навыки:

- применение на практике широкого спектра навыков межличностного общения в целях достижения должного взаимопонимания и контакта со всеми пользователями медобслуживания при соблюдении права человека не только на получение лечения, но и на выполнение требований конфиденциальности с проявлением к нему уважительного отношения и без ущемления чувства достоинства;
- надлежащая передача и эффективное обсуждение конфиденциальной информации, касающейся проявлений сексуального поведения и беременности;
- оказание помощи клиенткам в принятии информированных решений;
- проведение безопасного и качественного бимануального обследования органов малого таза для диагностики беременности и определения размера и положения матки с

тем, чтобы принять правильное решение по поводу аборта или направления женщины в специализированное учреждение более высокого уровня;

- распознавание внематочной беременности;
- точное распознавание признаков и симптомов ИПП и ИППП;
- распознавание признаков физического насилия;
- правильное введение лекарственных средств;
- точное выполнение процедур(ы) аборта, в отношении которых(ой) медработник прошел курс обучения;
- принятие эффективных мер при развитии осложнений до, в период и после вмешательства;
- обеспечение правильного направления женщин в другие соответствующие службы;
- предоставление информации и услуг по вопросам контрацепции;
- содержание в чистоте используемого оборудования и обеспечение его безопасности;

- точное, аккуратное ведение документации.

В табл. 3.3 предлагается рекомендуемое содержание программ обучения всех категорий медработников. Подробные сведения об учебных планах и программах, включая соответствующие исходные материалы, приведены в Приложении 1.

3.2 КУРАТОРСКИЕ ФУНКЦИИ

В рамках системы медобслуживания должны быть созданы условия для того, чтобы кураторы имели возможность отслеживать процессы оказания медицинских услуг в плане соответствия последних установленным нормативам и стандартам, удовлетворения потребностей клиенток и соблюдения их прав. Функциональные обязанности кураторов включают в себя следующее:

- создание атмосферы уважительного отношения и проявление готовности оказать содействие при общении и с персоналом, и с клиентками;
- распределение рабочих заданий и поручений между членами коллектива с учетом их профессиональных навыков, а также наблюдение за производственной деятельностью медработников с целью обеспечить не только высокий профессионализм, но и добиться от персонала сочувственного отношения к клиенткам;

Табл. 3.3 **Основное содержание учебной программы по теме «Службы, выполняющие аборт»**

Важнейшие предпосылки для организации служб, выполняющих аборты

- Юридические положения, нормативные требования и основные принципы
- Влияние небезопасного аборта на здоровье
- Нравственная ответственность за выполнение аборта
- Национальные нормативы и стандарты по производству абортов

Консультирование и взаимодействие между медработником и пациенткой

- Ознакомление с установками и мировоззренческими концепциями медицинских работников по поводу аборта
- Приватность и конфиденциальность
- Навыки межличностного общения и консультирования
- Информирование по вопросам, касающимся аборта и контрацепции
- Проблемы и риски, связанные с ВИЧ и ИППП
- Группы населения, заслуживающие особого внимания, например, девушки-подростки, беженки, женщины с диагнозом ВИЧ или ИППП
- Распознавание признаков того, что женщина стала жертвой насилия, и оказание ей необходимой помощи путем направления к специалистам для оказания помощи и дополнительного консультирования

Клинические навыки

- Анатомические и физиологические изменения, обусловленные беременностью и абортом
- Оценка состояния здоровья женщины накануне процедуры: данные анамнеза, необходимые обследования, уточнение срока беременности и т.д.
- Скрининг на ИППП
- Методы выполнения аборта
- Профилактика инфекций
- Методы обезболивания
- Распознавание и ведение послеабортных осложнений и/или направление женщины для оказания специализированной помощи
- Тактика ведения и организация ухода в период после выполнения аборта, включая информирование по вопросам контрацепции и предоставление услуг
- Критерии направления к специалистам и порядок перевода пациенток, состояние которых выходит за рамки компетентности данных медицинских работников

Административно-организационные вопросы и обеспечение качества

- Ведение учетной документации и отчетность
- Условия для обеспечения приватности и конфиденциальности
- Логистика, оснащение оборудованием и управление материальными запасами
- Мониторинг и оценка
- Механизмы эффективного перевода и транспортировки больных в специализированные учреждения
- Стандарты кураторской деятельности

- обеспечение доступности для медработников необходимого оборудования, изделий медицинского назначения и помещений для проведения консультирования и оказания помощи в условиях приватности и конфиденциальности;
- мониторинг потребностей в профессиональной подготовке сотрудников без отрыва от производства и создание условий для этого;
- мониторинг и обеспечение доступности медобслуживания без какой-либо дискриминации по таким, например, признакам, как возраст или семейное положение, и исключение таких ситуаций,

когда за медобслуживание женщинам выставляют незаконные счета; и

- создание гарантий для полностью информированного и добровольного согласия в отношении аборта и послеабортной контрацепции.

Одним из важных инструментов при выполнении кураторских функций является контрольный перечень вопросов, по которым кураторы регулярно оценивают ситуацию на местах (см. табл. 3.4). Такой контрольный перечень должен составляться на местном уровне с учетом конкретных обстоятельств, и его использование должно содействовать поддержанию качества помощи на должном уровне.

Табл. 3.4 Основные вопросы для оценки ситуации куратором

- Оборудование (наличие, количество, состояние, содержание в чистоте, стерилизация, условия хранения)
- Расходные материалы (отвечающие требованиям, не просроченные, правильно хранимые)
- Наблюдение за ходом консультирования
- Наблюдение за оказанием клинической помощи
- Обеспечение условий приватности
- Содержание рабочих помещений в чистоте
- Точность и полнота рабочих записей
- Просмотр статистических ведомостей и медицинской документации на предмет полноты данных
- Анализ основных показателей производственной деятельности

3 Повышение профессиональных навыков и качества работы персонала *(продолжение)*

3.3 АТТЕСТАЦИЯ И ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДРАБОТНИКОВ И ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В тех случаях, когда аттестация специалистов, выполняющих аборты, является обязательной, единственным смыслом данной процедуры является гарантия соответствия медработников важнейшим критериям предоставления, как и в случае с другими медицинскими вмешательствами, безопасной помощи. Предъявляемые в связи с аттестацией и лицензированием требования не должны использоваться для того, чтобы исключить какие-то категории специалистов. Как упоминалось выше в разделе 3.1, многие категории медработников могут пройти специальные курсы обучения для выполнения безопасного аборта.

В тех странах, где выполняющие аборты учреждения подлежат лицензированию, предъявляемые к этой процедуре требования должны соответствовать критериям, согласованным на национальном уровне. Задача лицензирования медицинского учреждения сводится к обеспечению условий безопасного

обслуживания клиенток и оказания им всеобъемлющей помощи. Однако такие условия лицензирования не должны ассоциироваться с завышенными требованиями с точки зрения оснащения технически сложной аппаратурой и наличия разветвленной инфраструктуры или исключительно опытного персонала, что не является решающим для предоставления безопасной медицинской помощи и неизбежно приведет к ограничению доступности услуг.

4 Проведение мониторинга и оценки медобслуживания

Как и в случае со всеми другими формами медобслуживания, качество работы служб по выполнению аборта подлежит мониторингу и оценке. Процессы регулярного сбора точных сведений о показателях производственной деятельности и периодического мониторинга и оценки на уровне учреждения представляются ключевым моментом в работе по поддержанию на должном уровне предоставляемых услуг и повышению качества работы. Кроме того, благодаря этим процессам можно оценить являются ли службы, выполняющие аборт, действительно доступными для женщин, которые имеют на это законное право. В перспективе при условии сбора исходной информации, в том числе данных смертности и заболеваемости по причине небезопасного аборта, а также при

условии регулярного поступления точных данных, отражающих динамику основных производственных показателей, программы мониторинга и оценки смогут показать, насколько непосредственная доступность легального аборта способствует снижению уровня материнской смертности и заболеваемости. Такие статистические данные наряду с другой информацией, полученные в ходе мониторинга и оценки, должны доводиться до сведения заинтересованных сторон в целях обсуждения и дальнейшего использования для принятия решений по совершенствованию предоставляемых услуг.

4.1 МОНИТОРИНГ

Посредством мониторинга обеспечивается наблюдение за процессом медобслуживания клиенток, в том числе отслеживание тенденций во времени. Регулярный мониторинг помогает менеджерам и кураторам выявлять и решать проблемы или предотвращать их до того, как они могут приобрести серьезный или непреодолимый характер. Надлежащий мониторинг предполагает способность прислушиваться к мнению тех медицинских работников, которые могут поделиться важными соображениями относительно повышения качества медобслуживания. Удачно спланированные системы мониторинга содействуют установлению обратной связи по

выявленным проблемам между руководством учреждения и группой кураторов, с одной стороны, и персоналом, с другой, а также создают предпосылки для вовлечения сотрудников учреждения в коллективный процесс выработки решений. Процессы и механизмы мониторинга деятельности учреждения предполагают ведение такой работы, как обсуждение историй болезни, просмотр журналов записей, наблюдение за работой персонала, использование контрольных перечней, а также осуществление в рамках учреждения выборочных обследований и аудиторских проверок статистики материнской смертности. Все вышеперечисленные усилия приводят к улучшению качества медобслуживания (см. Приложение 1 со списком дополнительной литературы).

Руководствуясь соображениями целесообразности, сведения об абортах, выполняемых медицинскими учреждениями, следует включать не в отдельную систему учета и отчетности, а в общий массив данных, сбор которых осуществляется в рамках официальной статистики (в частности, с помощью учетно-отчетных форм, регистрационных журналов, карточек складского учета, контрольных перечней, медицинских карт клиенток, журналов учета повседневной деятельности). Основные показатели производственной деятельности предусматривают, по меньшей мере, учет

следующих статистических данных: количество сделанных аборт; принятые учреждением, но не поступившие на аборт женщины; женщины, которых направили в специализированные учреждения более высокого уровня; клиентки, получившие лечение по поводу послеабортных осложнений; и женщины, выбравшие для себя методы контрацепции. Объем и типы собираемых в обязательном порядке статистических данных должны соответствовать потенциальным возможностям и рабочей нагрузке персонала. Лучше иметь в распоряжении более ограниченный объем точных данных наряду с отлаженным механизмом обратной связи, чем требовать от медработников вести такую статистику, которую они не в состоянии собрать или не хотят этим заниматься.

Отобранный набор данных, характеризующих работу учреждения, следует регулярно передавать на более высокие уровни, чтобы можно было оценить ситуацию в разных учреждениях и в пределах территории, а также использовать такого рода статистику на национальном уровне в целях информирования лиц, которые определяют политику и занимаются планированием.

Помимо этого, такие данные могут сыграть весьма полезную роль при мониторинге динамики затрат, которые несет лечебное учреждение в связи с легальными абортами и лечением осложнений небезопасного аборта.

Регулярный мониторинг предусматривает следующее:

- Анализ закономерностей или проблем в области медобслуживания на основании показателей производственной деятельности (например, с учетом принятых учреждением, но не поступивших на аборт женщин; статистики осложнений; количества выбранных женщинами методов контрацепции с распределением по типу метода).
- Определение доли женщин, обратившихся по поводу повторного аборта.
- Наблюдение за консультированием и оказанием клинической помощи для оценки качества общения с женщиной на протяжении всего процесса, а также для исправления любых недостатков, связанных с несоблюдением технических нормативов или других установленных требований, что негативно отражается на качестве медобслуживания (это, в частности, может проявляться в предвзятом отношении к клиенткам или во взимании незаконной платы за услуги).

Табл. 3.5 **Предлагаемые источники получения данных и индикаторы мониторинга и оценки работы служб, выполняющих аборт**

Показатели текущей производственной деятельности

- Количество сделанных аборт с распределением по сроку беременности в полных неделях и по типу вмешательства
- Период времени между первой консультацией и аборт
- Число женщин, направленных в другие учреждения, с распределением по конкретной причине
- Число женщин, принятых учреждением, но не поступивших на аборт, с распределением по конкретной причине
- Число женщин, пролеченных по поводу осложнений, с распределением по типу выполненного аборта
- Предоставленные методы контрацепции с распределением по типу метода
- Число направлений по поводу контрацепции

Периодическая оценка результатов

- Число (%) медицинских учреждений, где выполняются аборты, и их относительное распределение в пределах территории, включая принадлежность к определенному уровню в системе здравоохранения и характер использования
- Число медицинских работников, выполняющих аборты, и их распределение в пределах территории, включая принадлежность к определенному уровню в системе здравоохранения
- Число медработников, прошедших курсы обучения с распределением по типу обучения; оценка качества обучения
- Оценка качества медобслуживания
- Затраты на выполнение аборт и лечение послеабортных осложнений с распределением по типу вмешательства и категории медицинского работника, а также по оплате за услуги при взимании таковой
- Периодические специальные исследования (удовлетворенность клиенток, близость районов проживания женщин к медицинскому учреждению, уровень затрат, степень воздействия и т.д.)
- Количество персонала, нуждающегося в обучении без отрыва от основной работы, и число прошедших обучение

Информация о пациентках (вносится в медицинскую карту пациентки)

- Возраст, наличие родов в анамнезе, семейное положение
- Причина(ы) направления в специализированные учреждения
- Причина(ы) отказа
- Предоставление услуг по дальнейшему ведению
- Выбранный метод контрацепции
- Плата за услуги при взимании таковой

4 Проведение мониторинга и оценки медобслуживания *(продолжение)*

- Должное функционирование системы логистики для обеспечения регулярного снабжения оборудованием и расходными материалами.
- Регулярный сбор данных, направляемых учреждениями на более высокие уровни.
- Проведение оценки проделанной работы по исправлению недостатков, выявленных в процессе регулярного мониторинга.

4.2 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

При проведении оценки достижений анализируются такие параметры, как соответствие, результативность, эффективность, устойчивость и реальное воздействие предоставляемых услуг, на основании статистических данных, которые отражают специфику практической деятельности, и сбор которых осуществляется в процессе мониторинга и специальных исследований для того, чтобы составить мнение, в какой мере удастся выполнять поставленные задачи. Например, наблюдается ли улучшение качества? Доступна ли данная форма медобслуживания всем женщинам, имеющим на это право?

Обеспечивается ли достижение количественных и качественных показателей обучения и подготовки специалистов? Увеличилось ли число центров, оказывающих соответствующую помощь? Оценку результатов работы можно проводить на уровне первичном уровне, региональном или межрегиональном и национальном уровнях, и такой механизм должен быть организован на начальной стадии развития программной деятельности, чтобы была предусмотрена не только исходная, но и промежуточная оценка, предпринимаемая через определенные промежутки времени.

Регулярно проводимые, ориентированные на клиентов оценки таких слагаемых, как личные переживания женщин, осложнения, качество оказанной помощи и доступность медобслуживания, позволяют получать важную информацию в целях совершенствования клинической помощи и информативных программ для населения. Это делается с помощью анкетирования, целенаправленного наблюдения и интервью при выписке. Аналогичные аналитические опросы следует также проводить с медработниками для оценки их профессиональных установок, знаний, практики, потребности и их рекомендаций по поводу совершенствования предоставляемых услуг.

Оценки полученных результатов позволяют измерить степень влияния на достижение целей охраны здоровья женщин таких факторов, как расширенный доступ и более качественное медобслуживание клиенток, имеющих право на аборт. В частности, регулярные специальные исследования посредством формирования выборок из состава учреждений и врачебных участков дают возможность проанализировать процесс увеличения частотности обращения за услугами по выполнению легального аборта. Кроме того, специальные исследования позволяют отследить изменения, происходящие в структуре поступления пациенток в стационары в связи с осложнениями небезопасного аборта как до, так и после предпринятых преобразований. Как и в случае с другими аналитическими обзорами, оценка воздействия предполагает наличие обстоятельной исходной оценки и ясного описания целей и показателей программной деятельности.

В большинстве случаев важнее определить несколько легко измеряемых показателей, чем стремиться к сбору очень детализированного набора данных, особенно в условиях ограничения научно-исследовательского потенциала системы здравоохранения. При наличии мощного потенциала всесторонний подход является более предпочтительным. В процессе анализа достижений следует использовать не только количественные

показатели, но и качественные параметры оценки. Качественная оценка предполагает интервьюирование медработников, женщин, мужчин и лидеров сообществ, чтобы получить представление о том, насколько они информированы относительно существующих форм обслуживания и их приемлемости, предполагаемой потребности в медобслуживании и сформировавшегося общественного мнения о таких службах.

5 Вопросы финансирования

В бюджеты лечебно-профилактических учреждений должны входить следующие статьи расходов:

- закупка инструментов, расходных материалов и медикаментов, необходимых для организации служб по выполнению аборта или для совершенствования уже действующих в рамках системы служб (см. Глава 2);
- содержание персонала (работающего на почасовой основе или на полную ставку);
- организация программ подготовки кадров;
- единовременные (обычно умеренные) капитальные затраты, например, на реконструкцию рабочих площадей в лечебных учреждениях.

Поскольку для выполнения безопасного аборта на базе акушерско-гинекологических отделений не требуются дополнительные навыки персонала или приобретение нового оборудования, то объемы дополнительных затрат на организацию таких форм обслуживания для имеющих на это право женщин, будут, по всей вероятности, небольшими, особенно с учетом получаемых выгод для охраны здоровья женщин. Государственные бюджеты здравоохранения большинства стран должны иметь достаточные средства на покрытие этих расходов.

Если же для выполнения аборта предусматривается взимание платы за услуги, использование фондов медицинского страхования или других механизмов возмещения затрат, то все эти механизмы должны быть построены таким образом, чтобы не ограничивать доступность соответствующих форм обслуживания для женщин.

5.1 РАСХОДЫ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИЛИ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Под расходами подразумеваются изредка производимые капитальные затраты, а также периодические издержки. Например, к не часто производимым капитальным затратам можно отнести закупку таких изделий, как аспирационные устройства, смотровые кресла, стерилизаторы или автоклавы; расходы на

строительство и реконструкцию процедурных кабинетов и кабинетов для консультирования.

В категорию периодических издержек входят расходы, связанные с закупкой инструментов и расходных материалов, запас которых должен регулярно пополняться, и сюда следует относить такие изделия, как канюли, ручные вакуумные аспираторы, лекарственные средства, марлю, антисептические растворы и растворы для холодной стерилизации, используемые при обработке инструментов; к прочим регулярным расходам относятся затраты на постоянно действующие курсы обучения, содержание персонала и организацию работы учреждения. Как уже упоминалось, большинство названных статей расхода, как правило, бывают заложены в бюджете учреждений, куда поступают беременные женщины.

Решения о том, какой метод выполнения аборта следует предложить или как организовать медобслуживание, оказывают прямое влияние на стоимость предоставляемых услуг и их приемлемость по затратам.

Особое значение имеют два организационных вопроса. Во-первых, как сказано выше, переход от методики расширения шейки матки и выскабливания к вакуумной аспирации для эвакуации содержимого полости матки является не только более безопасным для женщины, но и обеспечивает реальное существенное снижение

затрат со стороны системы здравоохранения (Jowett, 2000 г.). Вакуумную аспирацию может сделать медработник среднего звена в обычном процедурном кабинете в амбулаторных условиях, тогда как процедура расширения шейки матки и выскабливания должна выполняться врачом в условиях операционной. При вакуумной аспирации, являющейся менее болезненным вмешательством, как правило, требуется меньше обезболивающих средств, чем при дилатации и кюретаже (Grimes et al., 1997 г.), и, следовательно, женщины вскоре после выполненной процедуры могут покинуть лечебное учреждение. Во-вторых, если по линии системы здравоохранения среди женщин проводится эффективная разъяснительная работа о важности обращения в ЛПУ на раннем этапе беременности, то наблюдается рост частоты использования менее затратных вмешательств при малом сроке и параллельное снижение частоты использования более затратных вмешательств при более позднем сроке беременности. Эти и другие изменения в тактике ведения пациенток позволяют не только сократить расходы, но и улучшить качество медобслуживания.

5.2 ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЖЕНЩИНАМ УСЛУГ ПО ЗАТРАТАМ

Учреждения здравоохранения нередко устанавливают такие высокие тарифы за медобслуживание, что для многих женщин оно становится недоступным. Некоторые финансируемые из госбюджета программы, по линии которых женщинам из бедных слоев населения безвозмездно оказывают прочие виды медицинской помощи, не обеспечивают покрытие расходов на выполнение аборта или оплачивают лишь отдельные процедуры. Более того, за предоставленные услуги женщинам могут быть предъявлены незаконные счета на значительные суммы (выставляемые медработниками сверх принятой в системе здравоохранения официальной стоимости услуги), которые наряду с транспортными расходами и такими вменными издержками, как время отсутствия на рабочем месте, представляют собой непреодолимую для женщин преграду. В перспективе такого рода практика обычно обходится дороже для системы здравоохранения, так как вследствие этого происходит рост числа женщин, которые стремятся индуцировать аборт самостоятельно или обращаются к поставщикам небезопасных услуг, что в конечном счете является причиной их поступления в стационары с серьезными осложнениями.

Если за выполнение аборта взимается плата, то ее сумма должна соответствовать уровню платежеспособности женщины, не ограничивая при этом доступность данной формы медобслуживания для неплатежеспособных женщин, в том числе женщин с низким уровнем дохода и девушек-подростков. Более того, во всех медицинских учреждениях должны быть предусмотрены механизмы, исключающие вероятность взимания персоналом незаконной платы. К другим мерам, имеющим целью сделать услуги за выполнение аборта более доступными для женщин, можно отнести субсидирование служб, выполняющих аборт женщинам из бедных семей, за счет доходов по линии других форм обслуживания или за счет клиенток с более высоким уровнем дохода; уменьшение разницы в стоимости абортов, выполненных при разных сроках беременности и с использованием разных методов с тем, чтобы у женщин был доступ к таким услугам, которые в наибольшей степени отвечали бы их потребностям независимо от конкретной стоимости медобслуживания; и распространение информации о действующих службах по выполнению аборта и размерах оплаты таких услуг, чтобы женщины могли принимать решения, имея точные сведения об их стоимости. Недопустимо отказывать женщине в аборте или откладывать эту операцию на более поздний срок из-за неплатежеспособности клиентки.

Библиография

- Anonymous. (2000) Improving quality and reducing costs in post-abortion care in Peru. *Reproductive Health Matters* 8:189.
- Billings DL, Ankrah V, Baird TL, Taylor JE, Ababio KP and Ntow S. (1999) Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 141-158.
- Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de Leyn D, Ramirez R, Martinez LV and Diaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.
- Bradley J, Sikazwe N and Healy J. (1991) Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22:391-394.
- Brambila C, Langer A, Garcia-Barrios C and Heimburger A. (1999) Estimating costs of postabortion services at Dr Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 108-124.
- Cook R and Dickens B. (2000) *Considerations for formulating reproductive health laws*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
- Goyaji K. (2000) Early medical abortion In India: three studies and their implications for abortion services. *Journal of American Medical Women's Association* 55(Suppl):191-194.
- Dickson-Tetteh K, Mavuya LM, Gabriel M, Rees H, Billings DL and King TDN. (2000) *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.
- Ekwempu CC. (1990) Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8:37-38.
- El Shafei M, Hassan EO, Mashalli A, Shalan H and El Lakkany N. (1999) Improving reproductive health service by using manual

vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology* 25:711-722.

Freedman MA, Jilison D, Coffin RR and Novick LF. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health* 76:550-554.

Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.

Grimes D, Schulz KF, Gates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.

Jowett M. (2000) Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy* 53:201-228.

King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. Carrboro, Ipas.

Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.

Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ET. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.

Mundigo AI and Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Visitaar Publications for the World Health Organization.

Population Council. (2000a) *Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.

Population Council. (2000b) *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.

University of North Carolina. (2001) *PRIME postabortion care*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

World Health Organization. (1999) *Abortion In Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/HRP/IRR/99.2)

World Health Organization. (2000) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

World Health Organization. (2002a) *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/02.11)

World Health Organization. (2002b) *Essential medicines: WHO model list (12th Edition)*. Geneva, World Health Organization. Available on-line at: <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expertcomm.shtml>

World Health Organization. (2002c) *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/02.18)

World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (2002) *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (WHO/RHR/02.08)

Yumkella F and Githiori F. (2000) *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

Глава

4

Нормативно-правовые
аспекты

- Небезопасный аборт является одной из ведущих причин материнской смертности и заболеваемости, хотя такая операция и выполняется в различных ситуациях практически во всех странах в соответствии с законом. Это, по-видимому, происходит из-за того, что служб, выполняющих безопасный аборт, зачастую просто не существует, несмотря на то, что согласно действующему законодательству их можно было бы организовать. В результате проведения обзора и оценки в рамках Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD + 5) было принято решение, что в ситуациях выполнения легального аборта «система здравоохранения должна заниматься подготовкой медицинских кадров, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких аборт». Важнейшим условием для проведения в жизнь данной рекомендации является правильное толкование конкретных ситуаций, при которых аборт не противоречит действующему законодательству и связанным с этим нормативным положениям.
- Почти во всех странах разрешается делать аборт хотя бы в том случае, когда возникает реальная угроза жизни женщины. Большинство национальных законодательных актов также допускают выполнение аборта, если беременность представляет опасность для физического или психического здоровья женщин; многие законы предусматривают возможность искусственного аборта если беременность оказывается результатом изнасилования или инцеста, или когда имеют место отклонения от нормы со стороны плода. Во многих законодательствах также предусмотрено выполнение аборта по социально-экономическим причинам или по желанию женщины.
- Создание благоприятного нормативно-правового режима необходимо для того, чтобы у каждой женщины, имеющей на это право, был свободный доступ к высококачественным службам, выполняющим аборт. Стратегия должна строиться таким образом, чтобы были созданы предпосылки для достижения положительных результатов в отношении женского здоровья, распространения адекватной информации и оказания высококачественных услуг по планированию семьи, а также для удовлетворения конкретных потребностей таких групп населения, как женщины из бедных слоев населения, девушки-подростки, пережившие изнасилование женщины и ВИЧ-инфицированные женщины.

- Проводимые стратегии и программы должны устранить препятствия, стоящие на пути своевременного предоставления услуг. К таким препятствиям можно отнести недостаточную информированность населения о действующем законодательстве, а также о том, в каких учреждениях выполняются легальные аборт; о положениях, регламентирующих порядок регистрации случаев или получения разрешения от третьей стороны; о таких мешающих и излишних требованиях как длительные сроки ожидания своей очереди или отсутствие приватной обстановки; и о чрезмерных ограничениях в отношении тех категорий медработников или лечебных учреждений, которые подлежат лицензированию, чтобы получить право делать аборт. В табл. 4.2 на с. 93-96 перечислены некоторые трудности общего характера и предложены меры по их преодолению.

1 Охрана здоровья женщин в свете международных соглашений

Подавляющее большинство смертей по причине небезопасного аборта приходится на развивающиеся страны, где в отношении абортот действует жесткое ограничительное законодательство (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г.). В развивающихся регионах (за исключением Китая) показатель смертности составляет 330 смертей на 100 тыс. абортот, что в сотни раз больше по сравнению с соответствующим показателем в развитых странах. Самый высокий уровень смертности — ориентировочно 680 смертей на 100 тыс. вмешательств — наблюдается в странах Африки (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г., Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.).

Правительства большинства стран уже ратифицировали юридически обязательные международные договоры и конвенции о защите таких прав человека, как право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья; право на недопустимость дискриминации; право на жизнь, свободу и личную безопасность; право на лечение, исключающее всякие проявления негуманного или унижительного обращения; и право на получение образования и информации.

В итоге проведения обзора и оценки в рамках Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD + 5) правительства стран, принимая во внимание вышеупомянутые права человека, пришли к следующему заключению: «... и в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких абортот. Должны приниматься дополнительные меры по охране здоровья женщин» (Организация Объединенных Наций, 1999 г., п. 63.iii). Ясное понимание законодательных актов об абортот, равно как и соответствующих нормативно-правовых положений, представляется важным условием доступности услуг по выполнению безопасного аборта для всех женщин, имеющих на это право. Более того, правительства большинства стран, принимавших участие в работе Четвертой Всемирной конференции по положению женщин, состоявшейся в 1995 г., пришли к соглашению о том, что им следует «... рассмотреть возможности пересмотра законодательства, содержащего карательные меры в отношении женщин, которые прервали беременность противозаконным образом» (Организация Объединенных Наций, 1996 г., п. 106).

2 Законы и законоприменение

Как показано на рис. 1.1 в Главе 1, если беременность представляет собой угрозу жизни женщины, практически во всех странах аборт разрешен ради спасения ее жизни (Отдел ООН по вопросам народонаселения, 1999 г.). Примерно две трети стран допускают выполнение аборта в случае возникновения серьезной опасности для физического или психического здоровья женщины. Факт изнасилования или инцеста служит дополнительным аргументом при принятии положительного решения о выполнении аборта в более чем 40% стран; и примерно в таком же процентном соотношении стран разрешается выполнение аборта, когда имеют место отклонения от нормы со стороны плода.

Немало женщин стремится сделать аборт, так как считают, что не имеют возможности воспитать будущего ребенка. Более того, для многих женщин — и это особенно касается молодых, одиноких женщин, — сохранение беременности представляется проблематичным или нереальным в социальном плане. Признавая актуальность названных проблем, одна треть стран разрешает аборт по экономическим и/или социальным причинам. И примерно 27% стран допускают выполнение аборта по просьбе женщины с учетом того, что перед всеми женщинами, желающими сделать аборт,

возникает одна или несколько из вышеперечисленных трудностей.

Процесс либерализации законов в отношении абортов начался в первой половине XX века на фоне все более растущего признания небезопасного аборта как одной из важнейших проблем общественного здоровья. В некоторых странах в 30-е годы прошлого столетия число судебных преследований за производство абортов стало сокращаться. В Англии один из практикующих врачей специально создал судебный прецедент, выступая в качестве ответчика и руководствуясь соображениями охраны здоровья населения, чтобы публично высказаться за декриминализацию аборта. Таким образом, в 60–70 годы было положено начало процессу либерализации законодательных актов об абортах, причем не только во всех европейских странах, но и в Замбии, Индии, Канаде, на Кубе, в США и в целом ряде других государств. Особенно в период с середины 80-х годов многие другие страны во всех регионах мира продолжили свои усилия по снижению числа ограничительных законоположений и судебных разбирательств, связанных с абортом (Berer, 2000 г., Rahman et al., 1998 г.).

Процесс разработки законов в отношении абортов имеет свои особенности во всех странах и отражает сложившиеся исторические,

политические и религиозные традиции (Организация Объединенных Наций, 2001а г., 2001б г., 2002 г.). Статьи, регламентирующие выполнение аборта, можно найти в уголовном кодексе, гражданском праве или и в том, и в другом своде законов. В одних странах в сводах законов об охране здоровья населения или о медицинской этике содержатся специальные статьи, поясняющие порядок толкования законодательства об абортах, однако во многих странах не приняты какие-либо формализованные толкования или разрешительные юридические нормы. Вместе с тем, в других странах на аборт не может распространяться действие законодательного права, а лишь его толкование при слушании дела в суде. Принятие отдельными странами целого ряда формулировок, ввиду наличия многочисленных или подчас противоречащих друг другу статей, иногда усложняет задачу трактовки истинного смысла законодательства и основных принципов, касающихся аборта. Практика разработки и проведения в жизнь законодательных актов, курсов действий и нормативных положений отражает специфику толкования последних или вовлечения многочисленных участвующих сторон, в том числе судебных органов, членов парламента, политиков и медицинских работников на различных этапах законотворческой деятельности. Все эти факторы оказывают свое влияние не только на наличие служб,

выполняющих легальные аборт, но и на их доступность для женщин.

Проведенные многими странами научные исследования говорят о том, что женщины, имеющие законное право на аборт, зачастую не имеют возможности воспользоваться этими услугами (Gupte et al., 1997 г., lyengar и lyengar, 2002 г., Koster-Oyekan, 1998 г., Mundigo и Indriso, 1999 г.). К возможным причинам такой ситуации можно отнести недостаточный уровень профессиональной подготовки медработников, их нежелание заниматься абортами, ограничения, введенные государственными органами на ЛПУ определенного профиля и категории персонала, которые имеют право делать аборт, или неспособность оформить необходимые разрешительные документы. В список этих причин могут также входить такие факторы, как дефицит ресурсов и отсутствие приверженности идее организации высококачественного обслуживания на уровне первичного звена (Berger, 2000 г.). Кроме того, многие люди (как в группе медработников, так и среди женщин) могут просто не владеть информацией о том, что разрешено законом. Например, в одной из территорий отдельной страны, где выполнение аборта разрешено при сроке беременности до 20 недель, более 75% состоящих в браке женщин и мужчин не знали, что такой аборт является легальным (lyengar и lyengar, 2002 г.). В странах с ограничительными законодательствами в

отношении абортов осмотрительная позиция поставителей помощи в сочетании с подчас детально разработанными процессуальными требованиями, скорее всего, усложняют процедуру получения необходимого разрешения и отпугивают желающих, особенно среди женщин, которые проживают в сельской местности, а также молодых и безграмотных женщин (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г.).

Поэтому, большинству стран предстоит еще многое сделать, чтобы:

- провести обзор и способствовать более широкому распространению информации о соответствующих законах и основных принципах;
- спланировать и реализовать стратегию обеспечения доступности соответствующих служб в рамках действующего законодательства;
- выявить и устранить неоправданные административные и нормативные барьеры, ограничивающие доступность этой формы медобслуживания.

3 Осмысление юридических норм, регулирующих выполнение аборта

Крайне важно, чтобы медработники, представители других профессий, в частности, полицейские или сотрудники судебных органов, и население в целом располагали точной информацией и имели ясное представление о том, что в их стране разрешено законом. Несмотря на особенности юридического толкования, принятого в каждой стране в отдельности, все же можно привести ряд замечаний общего характера относительно ниже перечисленных обстоятельств, при которых чаще всего допускается выполнение аборта (Организация Объединенных Наций, 2001а г., 2001б г., 2002 г.).

3.1 КОГДА ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОД УГРОЗОЙ

Почти во всех странах аборт разрешен ради спасения жизни беременной женщины. В некоторых странах принято пользоваться детальными перечнями ситуаций, которые классифицируются как угрожающие жизни человека. В этих перечнях, как правило, дается наглядное описание ситуаций, которые считаются опасными для жизни, но заранее не исключают профессионального мнения врача о том, что на самом деле может поставить жизнь

конкретной женщины под угрозу. Вместе с тем, эти перечни можно интерпретировать с позиции ограничительных норм либо считать их содержанием исчерпывающим, хотя оно в действительности таковым не является. К примеру, если считать исчерпывающими опасные для человека физические факторы, приведенные в списке, то при такой постановке вопроса угрожающими жизни психическими состояниями можно пренебречь.

Все медработники должны владеть информацией о том, как сказываются повышенные факторы риска небезопасного аборта на показателях материнской смертности и заболеваемости, они также должны знать, как проконсультировать женщин по поводу предусмотренных законом вариантов прерывания беременности. В отдельных ситуациях врачи настаивают на необходимости сделать безопасный аборт, поскольку в противном случае жизнь женщины, если она решит обратиться к недостаточно квалифицированному практикующему медработнику, может оказаться в опасности (Oye-Adeniran et al., 2002 г.).

Даже тогда, когда сохранение жизни женщины служит единственно возможным основанием для аборта, самое главное заключается в выполнении следующих условий: профессиональная подготовка персонала, функционирование соответствующих служб и информирование населения о них, организация

лечения по поводу осложнений небезопасного аборта и предоставление услуг по планированию семьи для широкого круга пользователей.

3.2 КОГДА ФИЗИЧЕСКОЕ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОД УГРОЗОЙ

Несмотря на то, что время от времени при решении вопроса о выполнении аборта принято разграничивать «физическое здоровье» от «психического здоровья», в законодательстве многих стран не оговорены конкретные аспекты здоровья, а констатируется лишь тот факт, что аборт разрешен исключительно в целях предотвращения риска причинения вреда здоровью беременной женщины. В таких случаях иногда ссылаются на предложенное ВОЗ определение понятия «здоровье», которое гласит: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» (Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.).

Если в законодательстве некоторых стран особое место отведено важности охраны «психического здоровья», то понятие «психическое здоровье» ассоциируется с проявлениями психологического дистресса, обусловленного, к примеру, актом изнасилования или incestом либо диагнозом отклонений в развитии плода. В других ситуациях при толковании возможной

угрозы психическому здоровью женщин также подразумевают развитие дистресса под воздействием неблагоприятных социально-экономических условий.

3.3 КОГДА БЕРЕМЕННОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ИЗНАСИЛОВАНИЯ ИЛИ ИНЦЕСТА

Во многих странах, исходя из соображений охраны психического здоровья, такие случаи принято относить к причинам для выполнения аборта. Одна группа стран трактует заявление женщины в качестве свидетельских показаний. В другой группе стран обязательным является сбор судебных доказательств о состоявшемся половом акте или требуется представить фактические данные о том, что половой акт был насильственным или связанный с эксплуатацией женщины. Например, могут быть выдвинуты требования, чтобы факт изнасилования был установлен по решению судьи, который может затребовать показания свидетелей акта насилия; или могут быть выдвинуты условия, в соответствии с которыми до получения женщиной разрешения на аборт сотрудник полиции должен быть убежден в том, что она оказалась жертвой насилия.

Перечисленные требования, имеющие целью отсеять сфабрикованные обвинения, нередко обескураживают женщин потерпевшие насилие для обращения в службы, выполняющие ранний,

безопасный аборт. Отсрочки, связанные с соблюдением судебных или административных формальностей, могут подтолкнуть женщин обратиться за нелегальными, небезопасными для здоровья услугами, или же время ожидания может настолько затянуться, что женщине в конечном итоге могут отказать в аборте по причине слишком большого срока беременности.

В таких ситуациях судебные или административные формальности должны быть сведены к минимуму или полностью устранены, а также должны быть разработаны четкие протоколы как для сотрудников полиции, так и для медработников в целях содействия своевременному направлению женщин к специалистам и обеспечения доступности соответствующих форм медобслуживания (Billings et al., 2002 г., Veira Villela и de Oliveira Araujo, 2000 г.).

3.4 КОГДА ИМЕЮТ МЕСТО ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ СО СТОРОНЫ ПЛОДА

Данная причина находит все большее признание в странах как вполне обоснованная, даже при наличии ограничительного законодательства в отношении аборт, поскольку на современном этапе имеется реальная возможность диагностировать такие состояния, многие из которых являются несовместимыми с жизнью или с самостоятельной жизнью большого ребенка. В законодательстве некоторых других

стран не предусмотрены особые ссылки на учет отклонений от нормы со стороны плода — скорее, обращается внимание на необходимость сохранения психического здоровья ввиду стрессового состояния, вызванного диагнозом аномалии развития плода.

3.5 ПО ПРИЧИНАМ, СВЯЗАННЫМ С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ПОЛОЖЕНИЕМ

В большинстве стран, где аборты разрешены по социально-экономическим причинам, принято истолковывать законодательство таким образом, чтобы учитывались фактические или прогнозируемые социально-экономические условия проживания беременной женщины. В некоторых странах практикуется проведение экспертизы того, действительно ли женщина находится в состоянии стресса под воздействием ситуации, в которой она оказалась. В отдельных законодательных актах предусмотрено возрастание риска, который распространяется на уже родившихся в семье детей и который может быть обусловлен рождением еще одного ребенка.

3.6 ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ

По закону женщина может сделать аборт, не называя причину своего решения. Возможность сделать аборт по желанию женщины появилась тогда, когда страны стали признавать

стремление женщин искусственно прервать свою беременность по одной и часто более чем одной из вышеуказанных причин, причем все они считаются вполне законными.

3.7 ОГРАНИЧЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ СО СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Необходимость спасения жизни женщины может возникнуть в любой момент в период беременности. Решение о выполнении аборта по причине отклонения от нормы со стороны плода, вероятнее всего, может быть принято во II триместре, так как большинство диагнозов такого рода выставляют лишь при сроке беременности более 12 недель. Законы и стратегии, допускающие выполнение аборта по социально-экономическим причинам или по желанию женщины, как правило, предусматривают ограничения по сроку беременности. Обычно этот срок равен 12 неделям, прошедшим с первого дня ПМЦ. Если в одних странах установленный предельный срок соответствует 18, 22 или 24 неделям, начиная с первого дня ПМЦ, то в других странах срок беременности не оговаривается. Законы, в которых учитываются предельные сроки гестации, зачастую допускают выполнение аборта на более поздних этапах беременности при определенных обстоятельствах или при выполнении дополнительных условий, как, например, получение разрешения на аборт не

одного, а двух врачей (Институт Алана Гуттмахера, 1999 г., Rahman et al., 1998 г.).

3.8 ПРОЧИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Иногда законы и стратегии в отношении аборта безосновательно ограничивают не только перечень лечебных учреждений в зависимости от их принадлежности к определенному профилю, но и категории практикующих медработников, которым разрешено заниматься абортами. Кроме того, согласно действующему законодательству, может потребоваться разрешение от других членов семьи. Требования такого рода, обычно призванные стоять на страже здоровья женщины, могут вызвать противоположный эффект, создавая непреодолимые препятствия в плане доступности данной формы обслуживания (Iyengar и Iyengar, 2002 г., Koster-Oyekan, 1998 г.).

Кроме того, тот или иной закон может уточнять те ситуации, когда аборт считается нелегальным, а не конкретизировать те случаи, когда аборт считается легальным. Например, в одном из таких законов прописано, что аборт является нелегальным, если делается без согласия женщины; или не выполняется в соответствии с принятыми профессиональными стандартами; или производится в учреждении неадекватного профиля; или делается с целью получить прибыль (Alvarez-Lajonchere, 1989 г.).

4 Создание благоприятного нормативно-правового режима

Проводимые курсы действий имеют различные формы и могут включать в себя, наряду с другими документами, законодательные положения, выпущенные Министерством здравоохранения инструкции, руководства для специалистов и методические рекомендации по подготовке кадров. Ниже представлены основные элементы стратегии, призванной в рамках действующего законодательства обеспечить доступность служб по выполнению безопасного аборта.

Несмотря на возможное отсутствие реальных предпосылок для скорейшего проведения в жизнь всеобъемлющей стратегии, для реализации договоренностей, достигнутых в ходе работы Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD) (Организация Объединенных Наций, 1995 г.) и ICPD + 5 (Организация Объединенных Наций, 1999 г.), в конечном счете потребуется проведение конкретных мер в отношении всех компонентов, перечисленных в разделах 4.1-4.7. Следует проанализировать действующие стратегии, чтобы выявить возможные упущения, а также те направления работы, которые нуждаются в совершенствовании.

4.1 ЦЕЛИ

Проводимые стратегии должны строиться с учетом доминирующих условий функционирования национальной службы здравоохранения и преследовать достижение таких целей, как:

- сведение к минимуму частоты нежелательной беременности и, следовательно, таких ситуаций, когда возникает необходимость в аборте, за счет распространения высококачественной информации по вопросам планирования семьи и предоставления соответствующих услуг, включая неотложную контрацепцию;
- создание благоприятных условий для того, чтобы каждая женщина, имеющая право на аборт, пользовалась свободным доступом к службам по выполнению безопасного аборта;
- удовлетворение конкретных потребностей таких групп населения, как женщин из бедных семей, девушек-подростков, беженок и переселенков, ВИЧ-инфицированных женщин и переживших изнасилование, — т.е. всех категорий, которые должны быть охвачены в рамках специальных программ помощи неимущим и нуждающимся.

Для достижения этих целей реализуемые стратегии должны быть ориентированы на аспекты, о которых пойдет речь ниже.

4.2 КОМПЛЕКС ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Отвечая минимальным требованиям, службы, выполняющие аборт, должны всегда стремиться к тому, чтобы не только предоставлять точную медицинскую информацию об аборте, но и обеспечивать в ненавязчивой форме консультирование и информирование по вопросам контрацепции, в том числе оказывать услуги по предупреждению нежелательной беременности и искусственному ее прерыванию (см. подробное описание в Главах 2 и 3). Если службы по выполнению аборта проводят работу по распространению информации о методах контрацепции, обеспечивают соответствующее обслуживание и направление женщин в специализированные учреждения, равно как и лечение по поводу осложнения небезопасного аборта, то такая организация медобслуживания населения создает благоприятные условия для профилактики нежелательной беременности и снижения потребности в аборте в будущем.

4.3 МЕТОДЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Предпочтительным является наличие выбора возможных методов выполнения аборта в зависимости от реального потенциала системы здравоохранения, как об этом подробно говорится в Главе 2. Даже те системы здравоохранения, которые испытывают серьезный дефицит в материально-технических ресурсах, должны обеспечивать выполнение раннего безопасного аборта путем мануальной вакуумной аспирации на всех соответствующих уровнях системы медобслуживания и, в случае необходимости, направлять женщин в специализированные учреждения более высокого уровня. Следует также обеспечить широкую доступность служб, выполняющих мануальную вакуумную аспирацию, для ведения женщин по поводу осложнений небезопасного или неполного аборта.

4.4 КРУГ ПРЕДОСТАВИТЕЛЕЙ ПОМОЩИ

Согласно принятым законам, аборт, как правило, должны выполняться только теми практикующими врачами, которые имеют соответствующую лицензию. Однако, по действующему законодательству и нормативно-правовым актам, регламентирующим порядок медицинского вмешательства, другим категориям персонала, как, например,

медработникам среднего звена (акушеркам и медсестрам), практически всегда разрешается оказывать различные медицинские услуги под наблюдением врача, если в этом есть необходимость. Средний медперсонал может пройти курсы обучения, чтобы выполнять безопасные аборт при малом сроке беременности. Такие меры, как профессиональное обучение и обеспечение медработников среднего звена необходимым оборудованием, способствуют организации и доступности надлежащего медобслуживания без ущерба для безопасности выполняемых процедур, особенно в тех местах, где число штатных врачей небольшое, или они не всегда доступны (см. Главу 3).

4.5 СТОИМОСТЬ УСЛУГ

Если официально установленные и «незаконные» тарифы за выполнение легального и безопасного аборта высоки, то увеличивается риск обращения к лицам, не способным сделать безопасный аборт, особенно это касается женщин из бедных семей и других категорий населения, в частности девушек-подростков, у которых нет возможности платить. В тех случаях, когда платные услуги и другие платежи являются обязательными, соответствующие тарифы должны быть как можно более низкими и приемлемыми, а для неплатежеспособной части населения должны

выделяться субсидии. С точки зрения служб общественного здравоохранения, сумма производимых затрат будет, скорее всего, возмещена в большем размере за счет экономии, полученной благодаря снижению частоты небезопасного аборта и того бремени, которое несут системы здравоохранения вследствие лечения осложнений небезопасного аборта.

4.6 ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/ КАЧЕСТВУ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ

В Главе 3 обсуждаются следующие вопросы: учебные планы, программы и стандарты обучения; организация клинической практики и курсов переподготовки специалистов; системы материально-технического снабжения; информационные системы управления; службы оказания технической поддержки и механизмы курации; и бюджетные ассигнования на медицинские услуги. Все перечисленные вопросы должны решаться в условиях благоприятного нормативно-правового режима.

Чрезвычайно важно, чтобы всем категориям персонала, задействованного системой здравоохранения, была предоставлена необходимая информация для проведения разъяснительной работы среди женщин о том, где и каким образом предоставляются легальные формы обслуживания.

4.7 ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

В комплексные программы санитарного просвещения следует включить основную информацию о механизмах возникновения беременности, о ее ранних признаках, о вопросах контрацепции и о том, где и каким образом выполняются легальные аборт (табл. 4.1).

Несмотря на то, что многим странам может потребоваться немало времени для разработки комплексной политики, все страны, тем не менее, уже сейчас могут предпринять хотя бы небольшие шаги по расширению доступности служб, выполняющих безопасные аборты, в той мере, в какой это предусмотрено законом, включая проведение мер по улучшению качества работы действующих служб, как об этом будет сказано ниже.

Табл. 4.1 **Важнейшая информация для санитарного просвещения населения**

- Женщины без какого-либо принуждения, дискриминации или насилия имеют *право на свободное и ответственное решение* относительно того, стоит ли вообще или когда именно иметь детей.
- Элементарные знания в области *репродуктивной физиологии*, включая информацию о механизмах возникновения беременности, ее признаках и симптомах.
- Как *предотвратить нежелательную беременность*, включая информацию о том, где и каким образом можно получить доступ к методам контрацепции.
- *Конкретные ситуации*, при которых допускается выполнение аборта.
- Важность *как можно более раннего* обращения в службы, выполняющие легальный аборт, сразу же после принятия решения об искусственном прерывании беременности.
- *Куда и когда* следует обращаться, чтобы сделать безопасный аборт, включая сведения о стоимости данной процедуры.
- Каким образом следует *распознавать осложнения* вследствие выкидыша и небезопасного аборта; куда и когда следует обращаться за помощью.
- Важность *безотлагательного обращения за медицинской помощью*.

5 Устранение административных и нормативных барьеров

Нередко ситуация складывается таким образом, что конкретные связанные с законодательством нормативные положения и инструкции могут создавать дополнительные трудности в плане доступности услуг по выполнению легального аборта. Примечательно то, что эти барьеры фактически не оговорены или не предусмотрены в тексте законодательства. Некоторые препятствия возникают сами по себе в процессе практической деятельности, и их ошибочно воспринимают как юридически обязательные. Задачи анализа и устранения всех барьеров относятся к сфере ответственности министерств здравоохранения или профессиональных ассоциаций, чтобы обеспечить доступность соответствующего медобслуживания в предусмотренных по закону рамках. Министерства здравоохранения имеют реальные возможности не только для разъяснения юридических требований и проведения информационной работы среди медработников, но и для того, чтобы отказаться от «общепринятой практики», которая ограничивает доступность легальных форм обслуживания. В табл. 4.2 приведены конкретные примеры административных, нормативных и других барьеров, которые можно ликвидировать или изменены в целях расширения доступности

выполняющих аборт служб для женщин, имеющих на это законное право.

В зависимости от специфики национального контекста, ограничения, о которых говорится в табл. 4.2, могут быть продиктованы нормативными требованиями или обычными административными процедурами. Одну группу барьеров, перечисленных в левом столбце, можно отнести к категории требований, обусловленных теперь уже морально устаревшей практикой. Например, в связи с выполнением процедуры расширения шейки матки и выскабливания могли действовать ограничения в отношении категорий персонала или учреждений определенного профиля, которым разрешалось делать аборт, однако с внедрением в практику метода вакуумной аспирации необходимость в таких ограничениях отпадает. Другая же группа барьеров, в частности, получение обязательного разрешения со стороны мужа, взимание узаконенных платежей или составление списка клиенток, ожидающих своей очереди, нередко относится к чисто административным процедурам, инициированным по усмотрению медработников. В ситуациях такого рода эти барьеры не предусмотрены официальной политикой или действующим законодательством и не продиктованы крайней необходимостью. Выгоды для общественного здоровья, получаемые за счет устранения названных барьеров, судя по всему, весьма значительны. В

среднем столбце табл. 4.2 представлены наглядные примеры мероприятий, имеющих целью устранить эти барьеры. Нередко предложенные мероприятия представляются относительно очевидными, однако в отдельных случаях, в частности, в связи с необходимостью оказать поддержку усилиям по санитарному просвещению населения, потребуются тщательное планирование, а также материальные и временные затраты. Задачи, вытекающие из содержания графы «Конкретные меры», были разработаны в деталях и описаны в разных разделах настоящей монографии. В третьей графе «Обоснование» изложены причины, лежащие в основе принятия конкретных мер, о которых также подробно говорится на страницах данного руководства.

Табл. 4.2 **Административные и нормативные барьеры, препятствующие выполнению безопасного и легального аборта, и меры по их устранению**

Барьеры	Возможные конкретные меры	Обоснование
Женщины и медработники не знакомы с действующим законодательством или не знают, куда следует обращаться по поводу легального аборта.	Изучение законодательства юристами государственных и других структур, и изложение их позиции относительно толкования положений закона. Оказание поддержки программам санитарного просвещения населения. Включение информации о законодательстве в программы обучения и повышения квалификации медработников.	Отсутствие информации является главной причиной того, что женщины обращаются в службы, не способные выполнить безопасный аборт. Недостаточная осведомленность медработников о юридических аспектах выполнения аборта служит причиной ограничения его доступности.
Обязательное получение разрешения со стороны одного или нескольких медработников (а иногда и на уровне комиссий).	Предоставление женщине возможности самой принимать решение. Если закон требует получения разрешения, надо отказаться от практики сбора многочисленных подписей и утверждения на уровне комиссий; передача полномочий квалифицированному персоналу, работающему в системе здравоохранения.	Получение разрешения от кого угодно, но не от самой женщины нецелесообразно с медицинской точки зрения (за исключением редких случаев, когда аборт представляет угрозу здоровью женщины).
Не связанные с медицинскими показаниями или с юридическими нормами ограничения по времени в отношении подходящего срока беременности для выполнения аборта.	Пересмотр или упразднение ограничений, которые связаны со сроками беременности и которые не продиктованы медицинскими показаниями или юридическими нормами.	К примеру, в некоторых странах для выполнения мануальной вакуумной аспирации существует предельный 8-недельный срок, тогда как квалифицированный персонал может выполнить безопасный аборт при сроке беременности до 12 недель.
Обязательный период ожидания между поступлением просьбы и непосредственной процедурой аборта, или включение фамилий клиенток в список ожидания.	Отказ от практики соблюдения периода ожидания, который не продиктован медицинскими показаниями, и расширение охвата своевременным обслуживанием всех женщин, которые имеют на это право.	Вынужденные периоды ожидания чрезмерно оттягивают момент оказания помощи и снижают уровень безопасности вмешательства.

Табл. 4.2 **Административные и нормативные барьеры, препятствующие выполнению безопасного и легального аборта, и меры по их устранению** (продолжение)

Барьеры	Возможные конкретные меры	Обоснование
<p>Обязательное разрешение от супруга или уведомление родителей или получение от них разрешения.</p>	<p>Если обязательное согласие супруга или родителей не предусмотрено законом, то следует добиться того, чтобы медработники не предъявляли таких требований. Если же в отношении несовершеннолетних или незамужних женщин получение согласия предусмотрено законом, необходимо заручиться согласием от лиц, не являющихся кем-то из родителей тогда, когда несовершеннолетняя девушка утверждает, что не может обратиться ни к одному из родителей (например, из-за того, что поведение кого-то из них носит оскорбительный характер).</p>	<p>Такие требования удерживают женщин от своевременного обращения за помощью и могут подтолкнуть решиться на само провоцированный или прибегнуть к нелегальным услугам.</p>
<p>Медработники лишают определенные группы женщин возможности пользоваться услугами по выполнению аборта.</p>	<p>Предоставление возможности для обращения в службы, выполняющие аборт, всем имеющим на это право женщинам без какой-либо дискриминации по таким не предусмотренным законом признакам, как семейное положение, возраст или любая другая характеристика. Обучение медработников консультации без дискриминации, и принятие санкций в отношении тех, кто такие подходы практикует.</p>	<p>В документах, принятых путем международного консенсуса, признается право индивидуумов на пользование методами по своему выбору в целях регулирования фертильности, что не противоречит действующему законодательству.</p>
<p>Обязательное требование к пережившим акты насилия и инцест выдвигать обвинения против насильника, предъявлять протоколы полиции и судебные решения или выполнять другие условия, не</p>	<p>Минимизация требований, разработка и использование четких протоколов для обеспечения своевременного направления женщин в специализированные учреждения и доступности соответствующих форм</p>	<p>Необходимость соблюдения судебных формальностей приводит к отсрочке оказания помощи и повышает вероятность небезопасного аборта.</p>

Барьеры	Возможные конкретные меры	Обоснование
продиктованные медицинскими показаниями, чтобы получить право на аборт.	медобслуживания. Проведение разъяснительной работы среди полицейских, сотрудников судебных органов и медработников в целях осознания ими актуальности принятия незамедлительных мер, сочувственного отношения к женщинам и координации своих действий.	
Необоснованные ограничения в отношении учреждений определенного профиля, выполняющих аборт, минимизируют доступность этой услуги для женщин, которые имеют на это право в соответствии с национальным законодательством.	Во имя соблюдения права человека на недопустимость дискриминации следует усилить соответствующие службы, отвечающие требованиям безопасности, чтобы все женщины имели право, согласно национальному законодательству, на получение помощи независимо от места жительства, размера дохода или других факторов.	Местонахождение служб, на которые распространяются необоснованные ограничения, является препятствием для женщин в плане обращения за помощью на раннем этапе, обуславливает повышение затрат и может спровоцировать женщин прибегнуть к услугам местных, но недостаточно квалифицированных поставщиков помощи.
Стандарты, предписывающие чрезмерное использование медикаментозных методов (например, обязательное использование УЗИ, стационарного лечения, общей анестезии, операционной и т.д.).	Отказ от обязательных требований, не подкрепленных медицинскими показаниями. Внесение изменений в профессиональные руководства и обеспечение того, чтобы учебные центры выполняли пересмотренные рекомендации.	Чрезмерное увлечение медикаментозными методами обуславливает повышение затрат, сокращает реальную доступность соответствующих служб, не повышает, а возможно даже снижает уровень безопасности и качества помощи.
Только врачи обладают необходимым уровнем профессиональной подготовки для выполнения аборта.	Повышение профессионализма среднего персонала до уровня, допустимого действующим законодательством.	Особенно в тех ситуациях, когда обеспеченность населения врачами низкая, необходимость соблюдения такого требования препятствует обращению женщин за помощью на раннем этапе, приводит к повышению затрат и заставляет женщин обратиться

Табл. 4.2 **Административные и нормативные барьеры, препятствующие выполнению безопасного и легального аборта, и меры по их устранению** (продолжение)

Барьеры	Возможные конкретные меры	Обоснование
		<p>к недостаточно квалифицированным поставителям помощи. Профессионально подготовленные медработники среднего звена (например, акушерки) могут выполнить безопасную мануальную вакуумную аспирацию и применить на практике медикаментозные методы прерывания беременности.</p>
<p>Медработники отказываются от выполнения аборта по принципиальным соображениям, но не направляют женщину к другому специалисту.</p>	<p>Предъявление требований к любому медработнику, который ссылается на принципиальные соображения, соблюдать нормы профессиональной этики.</p>	<p>В соответствии с нормами профессиональной этики от медработников обычно требуется направить женщину к другому, готовому оказать ей помощь квалифицированному специалисту, который работает в том же или близлежащем ЛПУ. Если нет возможности направить женщину в специализированное учреждение, а ее жизнь находится в опасности, то, в соответствии с национальным законодательством, медработник обязан сделать аборт.</p>
<p>На методы выполнения аборта распространяются необоснованные ограничения.</p>	<p>Внедрение в практику всех методов, которые соответствуют потенциалу системы здравоохранения.</p>	<p>В некоторых странах такой, к примеру, метод прерывания беременности, как расширение шейки матки и выскабливание, является единственным практикуемым методом, хотя вакуумная аспирация была бы более безопасной, менее дорогостоящей, а также более приемлемой для всех уровней системы здравоохранения. Внедрение терапевтических методов наряду с</p>

Барьеры	Возможные конкретные меры	Обоснование
<p>Официальные и незаконные платежи и другие варианты оплаты сокращают доступность медобслуживания, в особенности для женщин из бедных семей и девушек-подростков, у которых нет денежных средств.</p>	<p>Разработка и реализация основанных на принципах справедливости механизмов возмещения затрат, благодаря которым неимущим гарантируется доступность медобслуживания. Установка тарифов с учетом фактических затрат, а также контроль за незаконными платежами и прекращение такой практики.</p>	<p>хирургическими методами прерывания беременности позволит расширить доступность данной формы медобслуживания.</p> <p>Снижение размера оплаты за услуги способствует более широкой их доступности. Издержки ввиду выделения субсидий будут, по всей вероятности, компенсированы за счет экономии затрат вследствие снижения частоты небезопасного аборта и сокращения расходов на ведение связанных с ним осложнений.</p>
<p>Конфиденциальность не гарантируется.</p>	<p>Составление руководства по вопросам конфиденциальности, обучение персонала, создание условий для соблюдения принципов конфиденциальности и контроль их выполнением. Совершенствование системы ведения медицинской документации в целях надежного хранения персональных данных. Выделение отдельного помещения для консультирования в приватной обстановке, чтобы исключить вероятность быть случайно услышанным.</p>	<p>Конфиденциальность является ключевым принципом в медицинской этике; неспособность гарантировать соблюдение принципов конфиденциальности может спровоцировать женщин прибегнуть к услугам недостаточно квалифицированного поставителя помощи.</p>

Библиография

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.

Alvarez-Lajonchere C. (1989) Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Supplement 3:93/95.

Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.

Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de Leyn D, Ramirez R, Martinez LV and Diaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.

Gupte M, Bandewar S and Pisal H. (1997) Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 5(9):77-86.

Iyengar K and Iyengar SD. (2002) Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 10(19):55-64.

Koster-Oyekan W. (1998) Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science and Medicine* 46:1303-1312.

Mundigo AI and Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.

Oye-Adeniran BA, Umoh AV and Nnatu SNN. (2002) Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters* 10(19):19-22.

Rahman A, Katzive L and Henshaw SK. (1998) A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives* 24:56-64.

United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)

United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No.96.IV.13)

United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)

United Nations. (2001 a) *Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/187)

United Nations. (2001 b) *Abortion policies: a global review. Volume II Gabon to Norway*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/191)

United Nations. (2002) *Abortion policies: a global review. Volume III Oman to Zimbabwe*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/196)

United Nations Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations Population Division. (ST/ESA/SER.A/178)

Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.

World Health Organization. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/97.16)

World Health Organization. (2001) *Basic documents*. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.

Приложение 1 Дополнительный список литературы и источников информации

American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. ACOG educational bulletin. (2000) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 71:79-87.

Annett H and Rifkin S. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs*. Geneva, World Health Organization.

AVSC International. (1995) Postabortion women. In AVSC International. *Family planning counseling - a curriculum prototype*. New York, AVSC International.

AVSC International. (1999) *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics*. New York, AVSC International.

AVSC International. (2000) *Infection prevention: multimedia package (Training CD-ROM and reference booklet)*. New York, AVSC International.

Baird DT, Grimes DA and Van Look PFA (eds). (1995) *Modern methods of inducing abortion*. Oxford, Blackwell Science.

Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000) *Clinician's guide for second-trimester abortion*. Carrboro, NC, Ipas.

Baird TL and Flinn SK. (2001) *Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Baker A. (1995) *Abortion and options counseling: a comprehensive reference*. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.

Bertrand J and Tsui A. (1995) *Indicators for reproductive health program evaluation*. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.

Brazier E, Rizzuto R and Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for action*. New York, Family Care International.

Center for Reproductive Law and Policy. (2000) *Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action*. New York, Center for Reproductive Law and Policy.

Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus™ – Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Cook R and Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.5)

Cook RJ, Dickens BM and Bliss LE. (1999) International developments in abortion law from 1988 to 1998. *American Journal of Public Health* 89:579-586.

Counseling the postabortion patient: training for service providers. Trainer's guide (draft). (1999) New York, AVSC International.

DataPAC Core Questionnaire Series. Final Report. (1998) Carrboro, NC, Ipas. (2001)

DeBruyn M. (2001) *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Dickson-Tetteh K, Gabriel M, Rees H, Gringle R and Winkler J. (1998) *Abortion care manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.

Foreit R and Frejka T (eds). (1998) *Family planning operations research*. New York, Population Council.

Gerhardt AJ, Hausknecht R, Baird TL and Shochet T. (2000) *Manual vacuum aspiration. Slide presentation on one compact disc*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.

Germain A and Kim T (1998) *Expanding access to safe abortion: strategies for action*. New York, International Women's Health Coalition.

Hord CE. (2001) *Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hord CE, Baird TL and Billings DL. (1999) *Advancing the role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions*. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC, Ipas.

Huber D. (1997) *Postpartum and postabortion contraception: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). (1999) *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.

Pereira IG and Novaes da Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei [Manual for establishing services for providing abortion foreseen by law]*. Carrboro, NC, Ipas.

Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion slide and lecture presentation*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.

Policar MJ and Pollack AE. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) *Refugee reproductive health needs assessment field tools*. New York, RHR Consortium.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) *Five-day training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings*. New York, RHR Consortium.

Rinehart W, Rudy S and Drenna M. (1998) *GATHER guide to counseling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Santana F, Sloan NL, Schiavon R, Billings D, King T, Pobia, B and Langer A. (2000) *Guidelines and instructions for monitoring and evaluation of postabortion care services (electronic version 1.0)*. New York, The Population Council.

Solter C, Farrell B and Gutierrez M. (1997) *Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.

Talluri-Rao S and Baird TL. (1999) *Counseling and information guide for medical abortion – with training guide*. Chapel Hill, NC, Ipas.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. For further information related to International Human Rights Covenants, Conventions and other documents see: www.unhchr.ch.

Varkey SJ, Fonn S and Kethapile M. (2001) *Health workers for choice: working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand.

WHO Certification scheme on the quality of pharmaceutical products moving in international commerce. For online information see www.who.int/medicines/library/dap.

Winkler J and Gringle R. (1999) *Postabortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Wolf M and Benson J. (1994) Meeting women's needs for postabortion family planning: report of a Bellagio technical working group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45 (Supplement).

World Health Organization. (1995) *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1996) *Studying unsafe abortion: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.25)

World Health Organization. (1997) *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/97.20)

World Health Organization. (1999) *Interpreting reproductive health*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.7)

World Health Organization. (2000) *Strengthening the provision of adolescent friendly health services to meet the health and development needs of adolescents in Africa. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/CAH/01.16 and AFR/ADH/01.3)

Yordy L, Leonard AH and Winkler J. (1993) *Manual vacuum aspiration guide for clinicians*. Carrboro, NC, Ipas.

Приложение 2 Документы, отражающие международный консенсус относительно безопасного аборта

За последние десятилетия международное толкование основных гражданских, социальных и экономических прав, которые приобретает любой человек при рождении, стало более углубленным и постепенно нашло детальное отражение в международных пактах, договорах и других документах. Соглашения такого рода создают прочную основу для реального улучшения жизни людей, так как страны, ратифицирующие эти документы, принимают на себя обязательства по защите перечисленных в них прав, а также вносят соответствующие коррективы в принятые законы и стратегии.

В итоге проведения целой серии международных конференций за десятилетний период в 90-х годах прошлого столетия были приняты документы, где детально разработаны аспекты охраны репродуктивного здоровья. В своей основе эти документы, отражающие международный консенсус и одобренные большинством государств, опираются на структуру Переговорных органов по правам человека и в четко выраженной форме характеризуют права человека с позиции охраны репродуктивного здоровья. Ниже приведены выдержки из недавно принятых путем

международного консенсуса документов, в которых особое значение придается вопросам, связанным с проблемой безопасного аборта.

1974 г. Всемирная конференция по народонаселению, Бухарестский план действий

«Все супружеские пары и отдельные лица имеют основное право свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением, а также иметь возможности для санитарного просвещения и располагать для этого необходимой информацией и средствами».

Пункт 14(f)

1984 г. Рекомендации по дальнейшему проведению в жизнь Всемирного плана действий, принятого на Международной конференции по народонаселению в Мехико

«Во Всемирном плане действий по вопросам народонаселения в качестве одного из принципов признается основное право человека всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей и интервалов между их рождением. Для реализации этого права супружеские пары и отдельные лица должны иметь возможность для санитарного просвещения и располагать для этого необходимой информацией и средствами с

целью регулировать свою фертильность независимо от общих демографических целей правительства страны».

Пункт 24

1994 г. Программа действий, принятая состоявшейся в Каире Международной конференцией по народонаселению и развитию

«Содействие равноправию и равенству мужчин и женщин и наделение женщин более широкими правами ... и обеспечение того, чтобы женщины были способны самостоятельно регулировать деторождение, является краеугольным камнем программ в области народонаселения и развития».

Принцип 4

«Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность для воспроизводства потомства, и что они свободны в принятии решения о том, заниматься ли этим, когда и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным

и приемлемым методам планирования семьи по своему выбору, а также к другим методам регулирования деторождения по своему выбору, которые не противоречат закону ...»

Пункт 7.2

«Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах, принятых на основе консенсуса. Указанные права базируются на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и правом на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Сюда также входит их право принимать решения относительно воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия ... Поощрение ответственного подхода к осуществлению этих [репродуктивных] прав всеми людьми должно стать основой основ осуществляемых с помощью правительств и общин политики и программ в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи».

Пункт 7.3

«Правительства должны сделать так, чтобы супружеским парам и отдельным лицам было легче принимать на себя ответственность за охрану собственного репродуктивного здоровья путем устранения ненужных юридических, медицинских, клинических и нормативных барьеров, препятствующих доступу к информации и услугам и методам в области планирования семьи».

Пункт 7.20

«Ни в коем случае не следует пропагандировать аборт как метод планирования семьи. Всем правительствам и соответствующим межправительственным и неправительственным организациям настоятельно предлагается укрепить свою решимость действовать во имя здоровья женщин, рассматривать медицинские последствия небезопасного аборта* как крупную проблему общественного здравоохранения и снизить число абортов посредством расширения и улучшения служб планирования семьи. Предупреждение нежелательной беременности всегда должно оставаться приоритетной задачей, и следует предпринимать все возможное, чтобы устранить необходимость аборта. Женщины с незапланированной беременностью должны иметь возможность получить надежную информацию и консультацию в атмосфере сочувствия и понимания. Все мероприятия или изменения в системе здравоохранения, связанные с абортом, могут устанавливаться на национальном или местном уровне в

соответствии с национальным законодательством. В тех случаях, когда аборт не запрещен законом, он должен выполняться безопасным образом. Во всех случаях женщины должны иметь доступ к квалифицированным службам для лечения осложнений, возникающих в результате аборта. После аборта они должны оперативно обеспечиваться консультациями, службами санитарного просвещения и планирования семьи, что также поможет избежать повторных абортов.

*Под небезопасным абортом подразумевается процедура прерывания нежелательной беременности лицами, не владеющими необходимыми профессиональными навыками, или в условиях, которые не соответствуют минимальным медицинским стандартам, или и то, и другое (ВОЗ)».

Пункт 8.25

1995 г. Четвертая Всемирная конференция по положению женщин, проходившая в Пекине

«Права человека женщины включают в себя ее право осуществлять контроль над вопросами, касающимися ее сексуального поведения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, и свободно и ответственно принимать решения без какого бы то ни было принуждения, дискриминации и насилия. Равные взаимоотношения женщин и мужчин в вопросах сексуальных отношений и репродуктивного

поведения, в том числе полное уважение неприкосновенности личности, требуют взаимного уважения, согласия и общей ответственности за сексуальное поведение и его последствия».

Пункт 96

«Правительства в сотрудничестве с неправительственными организациями и организациями предпринимателей и трудящихся и при поддержке международных учреждений [должны обеспечить]:

j. признание и решение проблемы, связанной с последствиями для здоровья прерывания беременности в небезопасных условиях, в качестве одной из основных проблем системы здравоохранения, как это предусмотрено в пункте 8.25 Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию;

k. в свете пункта 8.25 Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию ... рассмотрение возможности пересмотра законодательства, содержащего карательные меры в отношении женщин, которые прервали беременность противозаконным образом».

Пункт 106

1999 г. Ключевые мероприятия по дальнейшему осуществлению Программы действий, принятой Международной конференцией по народонаселению и развитию

«(i) Ни в коем случае не следует пропагандировать аборт как метод планирования семьи. Всем правительствам и соответствующим межправительственным и неправительственным организациям настоятельно предлагается укрепить свою решимость действовать во имя здоровья женщин, рассматривать медицинские последствия небезопасного аборта как крупную проблему общественного здравоохранения и снизить число абортов посредством расширения и улучшения служб планирования семьи. Предупреждение нежелательной беременности всегда должно оставаться приоритетной задачей, и следует предпринимать все возможное, чтобы устранить необходимость аборта. Женщины с незапланированной беременностью должны иметь возможность получить надежную информацию и консультацию в атмосфере сочувствия и понимания. Все мероприятия или изменения в системе здравоохранения, связанные с абортом, могут устанавливаться на национальном или местном уровне в соответствии с национальным законодательством. В тех случаях, когда аборт не запрещен законом, он должен выполняться безопасным образом. Во всех случаях женщины должны иметь доступ к квалифицированным

службам для лечения осложнений, возникающих в результате аборта. После аборта они должны оперативно обеспечиваться консультациями, службами санитарного просвещения и планирования семьи, что также поможет избежать повторных абортов.

(ii) Правительствам следует принимать соответствующие меры с целью помочь женщинам избегать абортов, которые ни в коем случае не следует пропагандировать как один из методов планирования семьи, и во всех случаях женщинам, прибегнувшим к аборту, должно быть гарантировано гуманное обращение и консультирование.

(iii) Признавая и осуществляя вышесказанное, и в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких абортов. Должны приниматься дополнительные меры по охране здоровья женщин».

Пункт 63

2000 г. Дальнейшие меры и инициативы по осуществлению Пекинской декларации и Платформы действий

«Для разработки и осуществления программ при полном участии, в соответствующих случаях, молодых людей в целях их просвещения и информирования, а также предоставления надлежащих конкретных и ориентированных на потребителя и доступных услуг без какой бы то ни было дискриминации для эффективного удовлетворения их репродуктивных и сексуальных потребностей, с учетом их права на частную жизнь, конфиденциальность, уважение и осознанное согласие, а также обязанностей, прав и обязательств родителей и опекунов по обеспечению с учетом развивающегося потенциала ребенка, надлежащих ориентиров в осуществлении ребенком прав, признанных в Конвенции о правах ребенка, и в соответствии с Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, и обеспечивая, чтобы при принятии всех мер в отношении детей в первую очередь учитывались их интересы». Пункт 79(f)

Приложение 3 Инструменты и расходные материалы, необходимые для мануальной вакуумной аспирации (МВА)

Основные расходные материалы:

- комплект для внутривенных вливаний и инфузионные жидкости (натрий лактат, глюкоза, физраствор);
- аспираторы (шприцы) (на 5, 10 и 20 мл);
- иглы (калибра 22 спинальные для парацервикальной блокады; калибра 21 для введения лекарственных средств);
- стерильные перчатки (малого, среднего и большого размера);
- ватные валики или марлевые шарики;
- антисептические растворы на водной основе (не спиртосодержащие);
- моющее средство или мыло;
- чистая вода;
- хлорсодержащее средство или глутаральдегид для дезинфекции/деконтаминации;
- средство для высокоуровневой дезинфекции или стерилизации.

Инструменты и оборудование:

- влагалищное зеркало;
- однозубый крючок;
- губчатый (кольцевидный) пинцет или пинцет для тампонирования матки;
- механические расширители Пратта или Деннистона: размеры 13–27 по шкале Шаррьера;
- емкость для антисептического раствора;
- сетка (металлическая, стеклянная или марлевая);
- стеклянная чаша для осмотра тканей.

Медикаменты:

- болеутоляющие средства (например, ацетаминофен, ибупрофен или петидин);
- анксиолитические средства/транквилизаторы (например, диазепам);
- анестезирующие средства – хлоропрокаин (1–2%) или лидокаин (0.5–2%) без эpineфрина;
- окситоцин 10 ед. или эргометрин 0.2 мг.

Инструменты для выполнения МВА:

- вакуумный аспиратор;
- гибкие канюли разного размера;
- переходники (если потребуется);
- силикон для смазки шприцев (если потребуется).

Приложение 4 Методы послеабортной контрацепции

Метод	Период времени после аборта	Примечание
Оральные контрацептивы (комбинированные и чисто прогестиновые таблетки)	<ul style="list-style-type: none">■ можно сразу же приступить к приему комбинированных или чисто прогестиновых таблеток, начиная со дня выполнения процедуры	<ul style="list-style-type: none">■ если адекватное консультирование и информированное принятие решения не гарантированы, стоит отложить прием таблеток на более поздний срок и какое-то время пользоваться презервативами■ не защищают от ИППП/ВИЧ-инфекции■ могут быть назначены немедленно, даже в случае инфицирования
Инъекционные контрацептивы (ДМПА, ЭТ-ЭН ² , Cyclofem и Mesigyna)	<ul style="list-style-type: none">■ могут быть назначены немедленно	<ul style="list-style-type: none">■ если адекватное консультирование и информированное принятие решения не гарантированы, стоит отложить введение первой инъекции на более поздний срок и какое-то время пользоваться презервативами■ не защищают от ИППП/ВИЧ-инфекции■ могут быть назначены немедленно, даже в случае инфицирования
Импланты	<ul style="list-style-type: none">■ могут быть назначены немедленно	<ul style="list-style-type: none">■ если адекватное консультирование и информированное принятие решения не гарантированы, стоит отложить введение импланта на более поздний срок и какое-то время пользоваться презервативами■ доступность специалиста, имеющего навык введения и извлечения импланта

² Прим. переводчика:

ДМПА – депо-медроксипрогестерон ацетат; НЭТ-ЭН – норэтиндрон энантат.

Приложение 4 Методы послеабортной контрацепции

Метод	Период времени после аборта	Примечание
		<ul style="list-style-type: none"> ■ не защищают от ИППП/ВИЧ-инфекции ■ могут быть назначены немедленно, даже в случае инфицирования
ВМС	<ul style="list-style-type: none"> ■ можно вводить ВМС, если исключить риск инфицирования или саму инфекцию ■ следует отложить введение ВМС на более поздний срок до заживления серьезного поражения, прекращения кровотечения и появления положительной динамики в течении острой анемии 	<ul style="list-style-type: none"> ■ если адекватное консультирование и информированное принятие решения не гарантированы, стоит отложить введение ВМС на более поздний срок и какое-то время пользоваться презервативами ■ доступность специалиста, обладающего опытом введения и, если потребуется, удаления ВМС ■ не защищают от ИППП/ВИЧ-инфекции ■ есть некоторые опасения относительно повышенного риска экспульсии после аборта во II триместре ■ при введении ВМС не исключается перфорация матки ■ при наличии инфекции ВМС не следует вводить по меньшей мере в течение 3 мес после выполнения аборта
Презервативы (мужские или женские)	<ul style="list-style-type: none"> ■ начать использованию по возобновлению половой жизни 	<ul style="list-style-type: none"> ■ удачный метод при условии выбора другого метода, которым не возможно пользоваться сразу после аборта; подходящий метод для непрерывного использования, если пользоваться постоянно и точно соблюдать соответствующие инструкции

Метод	Период времени после аборта	Примечание
		<ul style="list-style-type: none"> ■ мужской презерватив служит единственным надежным методом предохранения не только от беременности, но и от ИППП/ВИЧ ■ женский презерватив помогает предохраняться от ВИЧ/ИППП, но может оказаться менее эффективным, чем мужской презерватив
Спермициды (пена, кремы, пленка, желе, свечи, таблетки)	<ul style="list-style-type: none"> ■ следует приступать к использованию по мере возобновления половых сношений 	<ul style="list-style-type: none"> ■ возможный промежуточный метод, если использование другого метода должно быть отложено на более поздний срок ■ значительно менее эффективны по сравнению с другими методами ■ не защищают от ИППП/ВИЧ
Барьерные методы (диафрагма в сочетании со спермицидами, цервикальный колпачок)	<ul style="list-style-type: none"> ■ диафрагма может быть установлена сразу после выполнения аборта в I триместре ■ после выполнения аборта во II триместре установку диафрагмы следует отсрочить до восстановления матки до такого размера, какой был до начала беременности (через 6 недель) ■ установку цервикального колпачка следует отложить до тех пор, пока матка не восстановится до такого размера, какой был до начала беременности (4-6 недель) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ размер диафрагмы, установленной в период до выполнения аборта во II триместре, может оказаться слишком маленьким, если ее устанавливать сразу после данной процедуры, ввиду изменений в тканях влагалища и/или шейки матки ■ диафрагма в какой-то мере может предохранить от ИППП, но не следует рассчитывать на ее защитный эффект от ВИЧ

Приложение 4 Методы послеабортной контрацепции

Метод	Период времени после аборта	Примечание
Методы определения фертильности	<ul style="list-style-type: none"> ■ не рекомендуется пользоваться сразу после аборта ■ женщины могут приступать к использованию этих методов по истечении 3 менструальных циклов в послеабортном периоде 	<ul style="list-style-type: none"> ■ эффективность напрямую зависит от надлежащего использования ■ не защищают от ИППП/ВИЧ
Окклюзия маточных труб	<ul style="list-style-type: none"> ■ окклюзия маточных труб (минилапаротомия или лапароскопия) может быть выполнена сразу после завершения неосложненного аборта ■ в случаях послеабортного сепсиса или лихорадочного состояния, обильного послеабортного кровотечения, серьезной травмы половых путей или острой гематометры выполнение данной процедуры следует отложить до удачного завершения курса лечения и/или заживления раны 	<ul style="list-style-type: none"> ■ до выполнения добровольной стерилизации (окклюзии маточных труб или вазэктомии) должно быть проведено адекватное консультирование, принято информированное решение и получено согласие ■ не защищает от ИППП/ВИЧ-инфекции
Таблетки для неотложной контрацепции (схемы лечения, содержащие только левоноргестрел или комбинацию эстрогена/прогестина)	<ul style="list-style-type: none"> ■ могут быть использованы при незащищенном половом акте 	<ul style="list-style-type: none"> ■ непригоден как метод контрацепции для регулярного использования ■ важно пользоваться вспомогательным методом после незащищенного полового акта ■ не защищает от ИППП/ВИЧ

Источник: Сведения, приведенные в данной таблице, основаны на публикации Всемирной организации здравоохранения (2000 г.) *Improving access to quality care in family planning – Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Second edition, Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.2)

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

В июне 1999 г. на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций был проведен обзор и анализ хода работы по выполнению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD), которая состоялась в 1994 г. в Каире. Во время проведения Специальной сессии правительства стран мира в очередной раз признали небезопасный аборт как крупную проблему общественного здравоохранения и приняли на себя долгосрочные обязательства добиться уменьшения потребности в искусственном прерывании беременности посредством расширения и улучшения служб планирования семьи. Кроме того, правительства пришли к следующему соглашению: «В тех случаях, когда аборт не запрещен законом, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких аборт. Должны приниматься дополнительные меры по охране здоровья женщин».

Настоящая публикация, которая представляет собой организационно-методическое руководство, является итогом проведения Тематического консультативного совещания, комплексного обзора фактического материала и дополнительного обзора с участием специалистов из разных стран мира в таких областях, как медицина, социология, юриспруденция, этика, медобслуживание, распространение информации и политика здравоохранения. Эта публикация должна быть полезной для широкого круга медицинских работников и других специалистов, которые работают как в органах государственной власти, так и в других организациях, и ставят перед собой задачу снижения уровня материнской смертности и заболеваемости. В публикации представлен детализированный обзор многочисленных мероприятий, проведение которых позволит обеспечить доступность высококачественных служб, выполняющих аборты в соответствии с действующим законодательством.

World Health Organization
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27, Switzerland
www.who.int/reproductive-health

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18
Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>