

Безопасный аборт:

рекомендации для систем здравоохранения
по вопросам политики и практики

Второе издание



Всемирная организация
здравоохранения

**Безопасный аборт:
рекомендации для систем
здравоохранения по вопросам
политики и практики**

Второе издание



**Всемирная организация
здравоохранения**

Выражение признательности

ВОЗ благодарит всех экспертов, принимавших участие в онлайн-консультациях, технических консультациях и рецензировании этих рекомендаций (подробные сведения об участниках и внешних рецензентах представлены в Приложении 4).

Источник финансирования

Эти рекомендации разработаны при поддержке Специальной программы ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка по исследовательской деятельности, разработкам и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP).

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed.

1.Abortion, Induced - methods 2.Abortion, Induced - standards. 3.Prenatal care - organization and administration

4.Prenatal care - standards 5.Maternal welfare 6.Health policy 7.Guidelines. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 454843 1

(NLM classification: WQ 440)

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Сокращения

в/в	внутривенно(ый)
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВМК	внутриматочная контрацепция (внутриматочный контрацептив)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУД	высокоуровневая дезинфекция
ИПО	инфекции половых органов
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
НПО	неправительственная организация
ООН	Организация Объединенных Наций
ПМ	последняя менструация
МВА	мануальная вакуумная аспирация
ДиЭ	дилатация и эвакуация
США	Соединенные Штаты Америки
ХГЧ	человеческий хорионический гонадотропин
ЭВА	электрическая вакуумная аспирация
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению
GMP	надлежащая практика организации производства
GRADE	система оценки, разработки и изучения рекомендаций
KCl	хлорид калия
PG	простагландин
Rh	резус-фактор
UNPD	Департамент народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций

Определения терминов, используемых в документе

- *Медикаментозные методы прерывания беременности (медикаментозный искусственный аборт)* – применение лекарственных средств для прерывания беременности. Иногда применяются также термины «хирургический искусственный аборт» и «медикаментозный аборт».
- *Осмотические расширители* – короткие тонкие палочки, сделанные из морских водорослей (ламинарии) или синтетического материала. После введения в канал шейки матки абсорбируют воду и увеличиваются в размерах, постепенно расширяя канал шейки матки.

Пути введения мизопростола:

- внутрь – таблетки сразу проглатываются;
- защечное применение – таблетки помещают между щекой и десной и проглатывают через 30 минут;
- сублингвально (под язык) – таблетки помещают под язык и проглатывают через 30 минут;
- интравагинально – таблетки помещают в свод влагалища (его наиболее проксимальную часть), после чего женщина должна лежать в течение 30 минут.
- *Регуляция менструального цикла* – эвакуация содержимого полости матки без лабораторного или ультразвукового подтверждения беременности у женщин с недавней задержкой менструации.
- *Срок беременности (гестации)* – число дней или недель с первого дня последней нормальной менструации (ПМ) у женщин с регулярными менструациями (при нерегулярных менструациях для определения срока беременности может потребоваться физикальное или ультразвуковое исследование). К I триместру обычно относят первые 12 или 14 недель беременности (см. табл. 1).

Таблица 1. Срок беременности в неделях и днях в течение I триместра

Срок беременности, недели	Срок беременности, дни
<1	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Из: *International statistical classification of diseases and health related problems, 10th revision – ICD-10*, Vol. 2, 2008 Edition. Geneva, World Health Organization, 2009 (с изменениями).

- *Хирургические методы прерывания беременности (хирургический искусственный аборт)* – применение трансцервикальных хирургических вмешательств для прерывания беременности, в том числе расширения (дилатации) канала шейки матки и эвакуации (ДиЭ), а также вакуумной аспирации (подробное описание методов представлено в гл. 2, разделе 2.2.4).

Определения терминов, связанных с правами человека

- *Международное соглашение по правам человека*, иногда называемое также договором или конвенцией, принимается международным сообществом государств, обычно во время Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Каждое соглашение посвящено определенному разделу прав человека и содержит юридические обязательства, которые принимают на себя ратифицировавшие его страны. Список соглашений представлен в Приложении 7.

- *Орган, контролирующий исполнение соглашения.* Исполнение каждого международного соглашения по правам человека контролируется определенным органом (см. Приложение 7). Органы, контролирующие исполнение соглашений – это комитеты, в состав которых входят независимые эксперты. Их основная задача – отслеживать исполнение государствами определенного соглашения, в том числе посредством анализа предоставляемых ими отчетов.
- *Общие комментарии / рекомендации* – интерпретация документов по определенному разделу прав человека или методы их обеспечения, представляемые органом, контролирующим исполнение соглашения. Цель общих комментариев – разъяснить обязанности государств – участников соглашения по обеспечению определенного раздела прав человека и предложить пути реализации данного соглашения.
- *Итоговые замечания.* После подачи отчета государством – участником соглашения и конструктивного диалога между ним и органом, контролирующим исполнение соглашения, последний формулирует итоговые замечания, которые объединяются в ежегодный отчет и направляются на рассмотрение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.
- *Региональные соглашения по правам человека.* Соглашения по правам человека, принятые странами Африки, Северной и Южной Америки, Европы и Ближнего Востока. Региональные организации по правам человека, например Африканский союз, Организация американских государств, Совет Европы, Европейский Союз и Лига арабских государств, контролируют исполнение соглашений странами-участниками. На сегодняшний день региональных соглашений по правам человека нет в Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого Океана. Список региональных соглашений по правам человека представлен в Приложении 7.
- *Стандарты по правам человека.* Определения и сферы прав человека интерпретируются и применяются организациями по правам человека, на которые возложена данная задача, в частности международными, региональными и национальными судами и комитетами по правам человека.

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат	1
Разработка рекомендаций	10
Предпосылки	10
Методы	10
Принятие решения в процессе технических консультаций	12
Написание и рецензирование документа	12
Распространение рекомендаций	13
Обновление рекомендаций	13
ГЛАВА 1	17
Безопасный аборт: обоснование с позиций охраны общественного здоровья и соблюдения прав человека	17
1.1 Предпосылки	17
1.2. Общественное здоровье и права человека	18
1.3. Беременность и аборт	19
1.4. Медицинские последствия небезопасного аборта	19
1.5 Контрацепция, нежелательная беременность и неудовлетворенная потребность в планировании семьи	22
1.6 Законодательная и политическая среда	23
1.7 Экономические последствия небезопасного аборта	26
ГЛАВА 2	31
Медицинская помощь по прерыванию беременности	31
2.1 Медицинская помощь до прерывания беременности	33
2.2 Методы прерывания беременности	38
2.3 Медицинская помощь и наблюдение после аборта	53
ГЛАВА 3	63
Планирование и оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности	63
3.1 Введение	64
3.2 Совокупность медицинских услуг	64
3.3 Стандарты и рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины	65
3.4 Оснащение лечебно-профилактических учреждений и обучение медицинских работников	72
3.5 Наблюдение, оценка и повышение качества	79
3.6 Финансирование	80
3.7 Процесс планирования и управления оказанием медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности	82

ГЛАВА 4	89
Вопросы законодательства и политики	89
4.1 Здоровье и права женщин	89
4.2 Законы и их исполнение в контексте соблюдения прав человека	92
4.3. Создание разрешительной среды	101
 ПРИЛОЖЕНИЕ 1	107
Отсутствующие данные, получение которых требует проведения научных исследований	107
 ПРИЛОЖЕНИЕ 2	108
Окончательный список вопросов и исходов, изученных с помощью системы GRADE	108
 ПРИЛОЖЕНИЕ 3	111
Стандартизованные критерии классификации доказательств с помощью системы GRADE	111
 ПРИЛОЖЕНИЕ 4	112
Участники технических консультаций	112
 ПРИЛОЖЕНИЕ 5	115
Рекомендации с технических консультаций по подготовке 2-го издания руководства «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики»	115
 ПРИЛОЖЕНИЕ 6	122
Показания к контрацепции после аборта	122
 ПРИЛОЖЕНИЕ 7	124
Основные международные и региональные соглашения по правам человека	124

РЕФЕРАТ

За последние два десятилетия претерпели существенное развитие доказательная база и технологии безопасной комплексной медицинской помощи по прерыванию беременности, а также обоснование ее оказания с позиций соблюдения прав человека. Несмотря на это, по оценкам, по-прежнему выполняется 22 миллиона небезопасных аборт в год, что приводит к смерти 47 000 женщин и тяжелым осложнениям еще у 5 миллионов (1). Почти все случаи летальных исходов и осложнений небезопасного аборта могут быть предупреждены посредством полового воспитания, просвещения населения по вопросам планирования семьи, проведения разрешенного законом безопасного искусственного прерывания беременности, а также оказания медицинской помощи при осложнениях аборта. Безопасный аборт юридически разрешен почти во всех развитых странах, доступен по требованию, может выполняться по широким социальным и экономическим показаниям, а медицинская помощь по прерыванию беременности обычно легко достижима и доступна. В странах, где выполнение искусственного аборта значительно или полностью ограничено законом, безопасный аборт зачастую является привилегией богатых, в то время как бедные должны прибегать к помощи лиц, выполняющих небезопасные аборты, что сопровождается осложнениями и летальными исходами, которые ложатся социальным и финансовым бременем на систему общественного здравоохранения.

В связи с необходимостью рекомендаций по проведению безопасного аборта, учитывающих передовой опыт, основанный на принципах доказательной медицины, и направленных на защиту здоровья и соблюдение прав женщин, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обновила публикацию «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики» (2), выпущенную в 2003 г. При этом соблюдались стандарты разработки рекомендаций, предложенные ВОЗ, в том числе касающиеся определения приоритетных вопросов и исходов; получения, оценки и обобщения доказательств; формулировки рекомендаций; планирования распространения, внедрения, оценки воздействия и обновления. Для представленных в главе 2 клинических рекомендаций на основании недавних систематических обзоров, большинство которых включено в Кокрановскую библиотеку, были подготовлены краткие характеристики доказательств по приоритетным вопросам. Чтобы отразить последние статистические данные о выполнении небезопасных абортов в мире, современную литературу по предоставлению медицинской помощи и последние изменения международного, регионального и национального законодательства по правам человека, были пересмотрены и обновлены главы 1, 3 и 4 публикации 2003 г. Проект рекомендаций был изучен и переработан группой экспертов из разных стран. В процессе совместного анализа представленных доказательств они пришли к единому мнению относительно окончательного варианта рекомендаций.

Целевой аудиторией данных рекомендаций являются политики, руководители программ и медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности. Практическое применение этих рекомендаций должно быть индивидуальным, учитывать планируемый метод прерывания беременности, клиническое состояние женщины и ее предпочтения относительно предоставляемой медицинской помощи.

Несмотря на то, что законодательный, нормативный и политический контексты, а также система оказания данного вида медицинской помощи в разных странах могут быть разными, цель представленных в этом документе рекомендаций и передового опыта – обеспечить доказательную базу для принятия решения по вопросам оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Разработка рекомендаций и система оценки качества доказательств подробно описаны в следующем за этим рефератом разделе «Методы» (с. 10). В рамке 1 представлены рекомендации по применению хирургических методов прерывания беременности, в рамке 2 – медикаментозных. Рамка 3 адресует к рекомендациям по хирургическим и медикаментозным методам прерывания беременности сроком более 12 недель. В рамке 4 резюмированы рекомендации по медицинской помощи, предшествующей искусственному аборту, в том числе по вопросам подготовки шейки матки, применения ультразвукового

исследования, антимикробных средств и вариантам обезболивания. В рамке 5 представлены рекомендации по медицинской помощи после искусственного аборта, в том числе по вопросам начала контрацепции, лечения неполного аборта и необходимости последующего наблюдения. В рамке 6 резюмированы основные сведения из главы 3, посвященные применению клинических рекомендаций при создании и укреплении медицинской помощи по прерыванию беременности, которые включают разработку национальных стандартов и рекомендаций; обучение медицинских работников и оснащение лечебно-профилактических учреждений; оценку, определение приоритетов и финансирование нужд системы здравоохранения; ознакомление с мероприятиями и их крупномасштабное внедрение; наблюдение и оценку. Наконец, в рамке 7 резюмированы основные рекомендации из главы 4, касающиеся вопросов законодательства, политики и соблюдения прав человека.

Участники группы по разработке рекомендаций отметили отсутствие ряда важных данных, получение которых требует проведения научных исследований. В целом эксперты особо подчеркнули значение научных исследований, направленных на уменьшение роли лечебно-профилактических учреждений в оказании медицинской помощи по прерыванию беременности. Вопросы, требующие дальнейшего изучения, представлены в Приложении 1.

РАМКА 1

Рекомендуемые хирургические методы прерывания беременности

Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности сроком до 12–14 недель – вакуумная аспирация. Дополнять ее выскабливанием полости матки во всех случаях не следует. Расширение канала шейки матки и выскабливание (РВ), если оно еще используется для прерывания беременности, должно быть заменено вакуумной аспирацией.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 1, с. 115.

Рекомендуемые медикаментозные методы прерывания беременности

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мифепристона в комбинации с последующим назначением мизопростола

При сроке беременности до 9 недель (63 дней)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мифепристона в комбинации с мизопростолом (последний назначают через 1–2 дня после мифепристона).

[Дозы и пути введения см. ниже.]

(Настоятельность рекомендаций: высокая.

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.)

Дозы и пути введения препаратов при применении комбинации мифепристона и мизопростола.

Мифепристон следует всегда назначать внутрь. Рекомендуемая доза – 200 мг.

Мизопростол рекомендуется назначать через 1–2 дня (24–48 ч) после приема мифепристона.

- Рекомендуемая доза мизопростола для интравагинального, сублингвального и буккального – 800 мкг.
- Рекомендуемая доза мизопростола для приема внутрь – 400 мкг.
- Для прерывания беременности сроком до 7 недель (49 дней) мизопростол можно применять интравагинально, сублингвально, внутрь и в виде защежных таблеток. Для прерывания беременности сроком более 7 недель назначать мизопростол внутрь не следует.
- Для прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней) мизопростол можно применять интравагинально, сублингвально и буккально.

См. также Приложение 5, Рекомендация 2, с. 115.

При сроке беременности 9–12 недель (63–84 дня)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь и мизопростола в дозе 800 мкг интравагинально через 36–48 ч. Далее мизопростол назначают в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 ч до изгнания плодного яйца из матки, но не более 4 раз.

(Настоятельность рекомендаций: низкая.

Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования и одного обсервационного исследования: низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 3, с. 116.

При сроке беременности более 12 недель (84 дня)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь с последующим (через 36–48 ч) повторным назначением мизопростола.

[Дозы и пути введения мизопростола см. ниже.]

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.)

- При прерывании беременности сроком 12–24 нед начальная доза мизопростола составляет 800 мкг интравагинально или 400 мкг внутрь. Затем мизопростол назначают в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 ч, но не более 4 раз.
- При прерывании беременности сроком более 24 нед доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

См. также Приложение 5, Рекомендация 6, с. 117–118.

Если мифепристон недоступен

При сроке беременности до 12 недель (84 дня)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мизопростола в дозе 800 мкг интравагинально или сублингвально. Далее препарат назначают в той же дозе, но не более 3 раз. Интервал между последующими дозами мизопростола должен быть не менее 3 ч, но не более 12 ч.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования: высокое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 4, с. 117.

При сроке беременности более 12 недель

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мизопростола в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально. Далее препарат назначают в той же дозе каждые 3 ч, всего не более 5 доз.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования: низкое – среднее.)

- При прерывании беременности сроком более 24 нед доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

См. также Приложение 5, Рекомендация 6, с. 117–118.

РАМКА 3

Рекомендуемые методы прерывания беременности сроком более 12 недель

Для прерывания беременности сроком более 12 недель можно рекомендовать как хирургический (расширение канала шейки матки и эвакуацию, РЭ), так и медикаментозные (мизопростол в комбинации с мифепристоном или мизопростол в монорежиме) методы. В зависимости от опыта медицинских работников и возможности их обучения, лечебно-профилактические учреждения должны предлагать хотя бы один, а лучше оба метода.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 5, с. 116–117.

РАМКА 4

Рекомендации по подготовке к искусственному аборту

Подготовка шейки матки

Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом рекомендуется всем женщинам при сроке беременности более 12–14 недель. Однако она может проводиться перед прерыванием беременности любого срока

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.)

- Перед хирургическим абортом в I триместре беременности рекомендуется применять один из следующих методов подготовки шейки матки:
 - мифепристон, 200 мг внутрь за 24–48 ч до аборта, или
 - мизопростол, 400 мкг сублингвально за 2–3 ч до аборта, или
 - мизопростол, 400 мкг интравагинально за 3 ч до аборта, или
 - палочки ламинарии интрацервикально за 6–24 ч до аборта.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 7, с. 118–119.

Подготовку шейки матки проводят всем женщинам при сроке беременности более 14 недель, которым планируется выполнить расширение канала шейки матки и эвакуацию (РЭ).

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.)

- Рекомендуемые методы подготовки шейки матки к расширению канала шейки матки и эвакуации (РЭ) при сроке беременности более 14 недель – применение осмотических расширителей или мизопростола.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 8, с. 119.

Ультразвуковое исследование

Проведение ультразвукового исследования перед абортом всем женщинам необязательно.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированного контролируемого и обсервационных исследований: очень низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 12, с. 120.

Антибактериальная профилактика

Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, независимо от риска воспалительных заболеваний половых органов до или во время вмешательства должна быть проведена надлежащая антимикробная профилактика.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 11, с. 120.

При проведении медикаментозного аборта проводить антимикробную профилактику во всех случаях не рекомендуется.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах одного обсервационного исследования: очень низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 11, с. 120.

Обезболивание

Обезболивание (например, применение нестероидных противовоспалительных средств) следует предлагать всем женщинам как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте.

Проводить вакуумную аспирацию, а также расширение канала шейки матки и эвакуацию (РЭ) под общей анестезией во всех случаях не рекомендуется.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.)

Примечание. Следует всегда предлагать обезболивание и немедленно предоставлять его всем желающим, как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте. В большинстве случаев при прерывании беременности достаточно применения анальгетиков, местной анестезии и/или седации, дополненных успокаивающими словами, однако потребность в обезболивании растет со сроком беременности.

См. также Приложение 5, Рекомендация 14, с. 121.

РАМКА 5

Рекомендации по медицинской помощи после искусственного аборта

Контрацепция

Гормональная контрацепция может быть начата в день выполнения хирургического аборта или при приеме первой дозы препарата (мифепристона) для медикаментозного прерывания беременности. Внутриматочный контрацептив (ВМК) после медикаментозного аборта может быть введен в полость матки только тогда, когда прерывание беременности подтверждено.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: очень низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 13, с. 121.

Наблюдение

Необходимости в консультации после неосложненного хирургического аборта или медикаментозного аборта с применением комбинации мифепристона и мизопростала нет. Тем не менее, следует сообщать всем женщинам о том, что при необходимости или желании они могут обратиться за дополнительной медицинской помощью.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.

Качество доказательств, основанных на результатах обсервационных исследований, и косвенных доказательств: низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 9, с. 119.

Неполный аборт *Incomplete abortion*

Если размеры матки на момент лечения неполного аборта не превышают таковые при сроке беременности 13 недель, рекомендуется вакуумная аспирация или применение мизопростала. Препарат следует назначать однократно в дозе 400 мкг сублингвально или 600 мкг внутрь.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.

Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.)

См. также Приложение 5, Рекомендация 10, с. 120.

Рекомендации для систем здравоохранения

Медицинская помощь по безопасному прерыванию беременности должна быть легко доступной для всех женщин, в том числе с финансовой точки зрения, в полном соответствии с действующим законодательством. Это означает, что данный вид медицинской помощи должен предоставляться в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, при наличии системы направления всех нуждающихся в учреждения, оказывающих медицинскую помощь более высокого уровня.

Мероприятия по укреплению законодательной базы и системы оказания данного вида медицинской помощи должны быть основаны на нуждах женщин, соблюдении прав человека, полном понимании системы оказания медицинской помощи, а также широкого социального, культурного, политического и экономического контекстов.

Национальные стандарты и рекомендации по медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности должны быть разработаны по принципам доказательной медицины, периодически обновляться и предоставлять необходимые указания для обеспечения равного доступа к высококачественной медицинской помощи. Новые стратегии и программы действий должны учитывать передовой опыт, основанный на принципах доказательной медицины. Сложные вмешательства в систему оказания медицинской помощи требуют доказательств их осуществимости и эффективности на местном уровне, что подразумевает проведение небольших пилотных исследований, предшествующих инвестированию ресурсов в их крупномасштабное внедрение.

Обучение медицинских работников, предоставляющих медицинскую помощь по прерыванию беременности, должно гарантировать, что они способны оказывать данную медицинскую помощь на высоком уровне в соответствии с национальными стандартами и рекомендациями. Обеспечение высокого качества медицинской помощи по прерыванию беременности требует непрерывного надзора, контроля, наблюдения и оценки.

Финансирование медицинской помощи по прерыванию беременности должно учитывать затраты системы здравоохранения, при которых обеспечивается легкая доступность этого вида помощи для всех женщин, в том числе с финансовой точки зрения. Дополнительные расходы при включении безопасного прерывания беременности в перечень предоставляемых медицинских услуг, повидимому, невелики по сравнению с затратами системы здравоохранения на лечение осложнений небезопасных аборт.

Успешное крупномасштабное внедрение мероприятий требует систематического планирования, управления, руководства и поддержки. В результате расширяется масштаб применения пилотных мероприятий, и они приобретают законный статус. Поддержка этого процесса требует достаточных человеческих и финансовых ресурсов

Более подробная информация представлена в гл. 3.

РАМКА 7

Рекомендации, связанные с соблюдением прав человека, нормативными и политическими вопросами

Законодательная база и правила оказания медицинской помощи по прерыванию беременности должны быть направлены на защиту здоровья и прав женщин.

Нормативные, политические и программные барьеры, ограничивающие доступность и своевременное проведение безопасного аборта, должны быть устранены.

Чтобы гарантировать каждой женщине, имеющей предоставленное законом право на прерывание беременности, легкий доступ к высококачественной медицинской помощи, необходима разрешительная законодательная и политическая среда. Законодательная база должна быть направлена на уважение, защиту и осуществление прав женщин, достижение благоприятных исходов, касающихся их здоровья, предоставление высококачественной медицинской помощи по контрацепции и соответствующей информации, удовлетворение нужд отдельных групп населения, а именно бедных, подростков, жертв изнасилования и ВИЧ-инфицированных.

Более подробная информация представлена в гл. 4.

Разработка рекомендаций

Предпосылки

«Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики» были опубликованы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2003 г. (2) и стали первыми глобальными рекомендациями по медицинской помощи, связанной с прерыванием беременности, и соответствующими политическим вопросам. С тех пор рекомендации были переведены на французский, русский, испанский и ряд других неофициальных языков Организации Объединенных Наций (ООН) и широко применялись правительствами, неправительственными организациями (НПО), медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь женщинами, защитниками прав человека и здоровья женщин.

С момента публикации рекомендаций в 2003 г. было опубликовано большое число новых данных, касающихся эпидемиологических, клинических и юридических вопросов, соблюдения прав человека и собственно оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. В связи с этим подготовка к новому изданию включала глубокое изучение литературы, обновление рекомендаций по оказанию помощи, юридическим и политическим вопросам, выполнение новых и обновление устаревших систематических обзоров с целью получения доказательной базы для рекомендаций по клиническим вопросам, выделенным международной группой экспертов. Существенная переработка рекомендаций отражает изменение методов прерывания беременности, связанной с ним медицинской помощи и ее оказания, обусловленные появлением и практическим применением новых методик, а также соблюдением прав человека при формировании политики и разработке законодательства, связанного, помимо прочего, с прерыванием беременности. Рекомендации, представленные в руководстве 2003 г., по которым отсутствуют новые данные, остались без изменений.

Кроме того, одновременно с переработкой рекомендаций для медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по прерыванию беременности, был подготовлен сопутствующий документ «Практическое руководство по медицинской помощи в рамках безопасного прерывания беременности», содержащий более подробные данные по практическому применению клинических рекомендаций, представленных в этом руководящем документе.

Методы

Документ был подготовлен в соответствии со стандартами ВОЗ по разработке рекомендаций и требованиями к ним. В общих словах этот процесс включает определение приоритетных вопросов и результатов; получение, оценку и обобщение доказательств; формулировку рекомендаций; планирование их распространения, внедрение, оценку воздействия и обновление. Определение приоритетных вопросов для рекомендаций начали сотрудники Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ (Секретариат ВОЗ). Они составили предварительный список вопросов и результатов, касающихся оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, в свете новых данных, появившихся с момента публикации рекомендаций в 2003 г. (2), и обращений их пользователей.

Для изучения и анализа предварительного списка вопросов и результатов, касающихся клинических, технических и программных аспектов, была создана международная группа. В нее вошли медицинские работники, руководители программ в области здравоохранения, исследователи, методологи, юристы, специализирующиеся по правам человека, защитники прав человека и здоровья женщин. Первоначальные консультации прошли в виде электронной переписки. Все ответы экспертов были изучены членами Секретариата ВОЗ. Вопросы и исходы, выделенные экспертами как приоритетные, были включены в данный документ и учтены при разработке рекомендаций. При анализе доказательств использовали систему GRADE (Grading of

Recommendations Assessment, Development and Evaluation – система оценки, разработки и изучения рекомендаций). Окончательный список вопросов и исходов, изученных с помощью системы GRADE, представлен в Приложении 2.

Основным источником данных для рекомендаций служили Кокрановские систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований. На основании списка приоритетных вопросов, процесс составления которого описан выше, были найдены, проведены или обновлены с применением стандартной стратегии поиска соответствующие Кокрановские систематические обзоры (3–14). Кроме того, три систематических обзора были проведены вне Кокрановской базы систематических обзоров и опубликованы в рецензируемых журналах (15–17). Стратегии поиска и критерии включения или исключения исследований, выявленных в его процессе, представлены в соответствующих систематических обзорах. Доступные доказательства были оценены и классифицированы с помощью системы GRADE (18–22). Полученные результаты отражали приоритетные сопоставления и исходы. Сопоставления и исходы, не относящиеся к рекомендациям, были исключены. В результате были подготовлены профили доказательств (таблицы GRADE) (доступны по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10). Стандартизованные критерии классификации доказательств с помощью системы GRADE представлены в Приложении 3. Доступные данные по приоритетным результатам для каждого отобранного сопоставления были оценены и представлены в виде профилей доказательств (если данные по приоритетным результатам не были доступны, в таблицах GRADE их пропускали). На основании профилей доказательств Секретариат ВОЗ составил предварительные рекомендации.

Для главы 3, посвященной созданию и укреплению медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, были определены два вопроса (индикаторы безопасного прерывания беременности и компетентности медицинских работников, оказывающих медицинскую

помощь по безопасному прерыванию беременности), по которым недавно уже были разработаны рекомендации ВОЗ. В связи с этим при рассмотрении вопросов, затронутых в главе 3, было необходимо заимствовать данные рекомендации, сослаться на них и провести углубленный литературный поиск по затронутым в них вопросам с момента первого издания руководства с целью обновления ссылок.

Для написания главы 4, посвященной юридическим и политическим вопросам, ВОЗ заключила контракт с Программой по международному законодательству в области репродуктивного и сексуального здоровья Юридического факультета Университета Торонто (Торонто, Канада). Ее сотрудники должны были помочь проанализировать имеющиеся рекомендации и предложить их изменения с учетом соблюдения международных и региональных соглашений по правам человека и работы международных и региональных организаций по правам человека. Сотрудники Программы провели также ряд исследований, посвященных обеспечению прав человека и юридическим аспектам определенных, заслуживающих особого внимания проблем, например разработке медицинских показаний к безопасному прерыванию беременности, отказ медицинских работников от выполнения аборта по религиозным соображениям, законодательные и нормативные барьеры).

Для изучения чернового варианта рекомендаций и представленных доказательств были организованы технические консультации в штаб-квартире ВОЗ (Женева, Швейцария). Для участия в них были приглашены члены группы по разработке рекомендаций – часть международной группы экспертов, принимавших участие в первоначальных онлайн-консультациях, и ряд других экспертов (см. Приложение 4, в котором перечислены участники и места их работы). Черновой вариант рекомендаций, исправленные главы и подтверждающие документы были разосланы участникам консультаций заранее для изучения.

Участники технических консультаций заранее представили информацию о возможных конфликтах интересов, заполнив стандартную форму ВОЗ. Заполненные формы были рассмотрены Секретариатом ВОЗ и при необходимости Юридическим отделом ВОЗ до консультаций. Два участника консультаций (д-р Laura Castleman и д-р Helena von Hertzen) сообщили о сотрудничестве с организациями, которые имели или могли иметь конфликт коммерческих интересов. При составлении окончательного варианта рекомендаций они покидали помещение, в котором проходили консультации, когда обсуждали рекомендации, непосредственно относящиеся к деятельности их организаций. Другие участники не сообщили о каких-либо конфликтах интересов, в том числе потенциальных.

Принятие решения в процессе технических консультаций

Участники технических консультаций обсуждали черновой вариант каждой рекомендации, подготовленный Секретариатом ВОЗ, чтобы достичь консенсуса. Последний определяли как согласие большинства участников в отсутствие участников, выражающих серьезные возражения. Серьезных несогласий во время технических консультаций отмечено не было, поэтому необходимость в альтернативной системе принятия решения, например в голосовании, не возникла. При формулировке окончательного варианта рекомендаций помимо научных доказательств и их качества рассматривали вопросы их применимости, стоимости и другие соображения экспертов.

Участники консультаций определяли настоятельность рекомендаций, оценивая каждое мероприятие по следующим пунктам: (1) желательные и нежелательные эффекты; (2) качество имеющихся доказательств; (3) ценность и предпочтения в разных условиях; (4) стоимость методов, доступных для медицинских работников в разных условиях; (5) предполагаемая вероятность изменения рекомендаций в результате дальнейших исследований.

В целом настоятельная рекомендация, основанная на данных среднего или высокого качества, означает, что дальнейшие исследования по данному вопросу не следует считать приоритетными. Полный текст рекомендаций с технических консультаций можно найти в Приложении 5.

Темы, не определенные как предмет новых систематических обзоров, по которым уже существуют рекомендации ВОЗ, были представлены на технических консультациях для обсуждения. Рекомендации, которые участники группы сочли уместными и применимыми, были одобрены и заимствованы. К этим темам относятся индикаторы безопасного прерывания беременности; контрацепция после прерывания беременности, а также создание и укрепление медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, в том числе определение компетентности медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности (см. гл. 3).

Написание и рецензирование документа

Черновой вариант документа, содержащий предварительный вариант рекомендаций, был подготовлен и разослан участникам технических консультаций за три недели до встречи. Формулировки рекомендаций корректировались в процессе обсуждения. После технических консультаций документ был переработан Секретариатом ВОЗ. Исправленная электронная версия документа была разослана всем участникам консультаций для одобрения и комментариев. Основные рецензенты по каждой главе были определены исходя из их специализации. Наконец, весь документ был направлен на внешнюю экспертизу и рецензию. На этом этапе в него был включен ряд важных предложений. Однако Секретариат ВОЗ воздержался от существенных изменений его содержания (в частности в сторону его дальнейшего расширения) и формулировок рекомендаций, по которым было достигнуто согласие во время технических консультаций.

Распространение рекомендаций

Как и в случае первого издания данного документа, он будет распространяться в виде печатной версии. Кроме того, будет организована серия региональных семинаров по применению Стратегического подхода ВОЗ по укреплению политики и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья (23) в контексте проблемы небезопасного аборта. Цель данных семинаров – на основании данных рекомендаций разработать предложения по укреплению медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности в рамках программ по защите сексуального и репродуктивного здоровья. В семинарах будут участвовать предварительно отобранные участники: представители министерств / департаментов здравоохранения, медицинские работники, руководители программ, представители НПО, профессиональных сообществ и организаций в составе ООН.

Оценка воздействия опубликованных рекомендаций – трудная задача. Чтобы попытаться решить ее, мы планируем отслеживать число обращений из разных стран за помощью по их внедрению, проводить непосредственное наблюдение в странах, применяющих Стратегический подход, оценивать число стран, меняющих национальные программы наблюдения за абортами с тем, чтобы они отражали индикаторы безопасного прерывания беременности, представленные в табл. 3.2 (с. 75). Кроме того, мы будем продолжать отслеживать число загрузок этого документа, а также число его запрошенных и распространенных печатных копий.

Обновление рекомендаций

Секретариат ВОЗ предполагает, что эти рекомендации будут проанализированы через 4 года после публикации, чтобы оценить необходимость их пересмотра с учетом новых данных и обратной связи от пользователей.

Литература

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

ГЛАВА 1

ГЛАВА 1

Безопасный аборт: обоснование с позиций охраны общественного здоровья и соблюдения прав человека

Реферат

- По оценкам, ежегодно выполняется 22 миллиона небезопасных абортов, почти все (98%) – в развивающихся странах. Абсолютное число небезопасных абортов возросло с примерно 20 миллионов в 2003 г. до 22 миллионов в 2008 г., в то время как их распространенность в мире остается неизменной с 2000 г.
- Небезопасные аборты являются причиной около 47 000 смертей, связанных с беременностью. Кроме того, по оценкам, у 5 миллионов женщин наблюдаются тяжелые осложнения в результате небезопасного аборта.
- Впечатляющий прирост распространения контрацепции привел к снижению числа нежелательных беременностей, но не устранил необходимость доступа к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. По оценкам, в мире ежегодно нежелательные беременности наступают у 33 миллионов женщин, использующих разные методы контрацепции. Часть из них прерываются в результате искусственных абортов, другие завершаются рождением незапланированных детей.
- Вероятность нежелательной беременности и потребность в искусственном аборте одинакова в странах, где доступ к нему возможен по желанию женщины или ограничен законом. Правовые ограничения вместе с другими барьерами приводят к тому, что многие женщины прерывают беременность самостоятельно или прибегают к помощи неквалифицированных лиц. Юридический статус прерывания беременности не влияет на потребность в нем женщин, но существенно влияет на доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности.
- В странах, где закон разрешает аборт по широким показаниям, частота небезопасных абортов и их осложнений обычно ниже, чем в странах с более жесткими правовыми ограничениями.
- Почти во всех странах закон разрешает прерывание беременности для спасения жизни женщины. В большинстве стран искусственный аборт разрешен для сохранения физического и/или психического здоровья женщины. В связи с этим, в соответствии с законом медицинская помощь в рамках безопасного прерывания беременности должна быть доступной.
- Небезопасные аборты и связанные с ними осложнения и летальные исходы могут быть предотвращены. В связи с этим медицинская помощь по безопасному прерыванию беременности должна быть доступна и достижима для всех женщин в полном соответствии с действующим законодательством.

1.1 Предпосылки

Искусственный аборт как медицинское вмешательство имеет свою историю (1). В далеком прошлом все аборты были небезопасными и наносили серьезный ущерб здоровью женщин, нередко унося их жизни. Развитие медицины в целом и появление безопасных и эффективных методов искусственного прерывания беременности в частности могут ликвидировать небезопасные аборты и связанные с ними летальные исходы, если будет обеспечен универсальный доступ к данному виду медицинской помощи. По оценкам,

ежегодно по-прежнему выполняется 22 миллиона небезопасных аборт, что приводит к смерти 47 000 женщин (2).

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), небезопасный аборт – это процедура прерывания нежелательной беременности, выполненная лицами, не имеющими необходимых навыков и/или в условиях, не соответствующих минимальным медицинским нормам.

Почти во всех развитых странах (по классификации Департамента народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций) безопасный аборт разрешен законом, доступен по желанию, выполняется по широким социальным и экономическим показаниям, а соответствующая медицинская помощь доступна большинству женщин. За исключением нескольких стран, в развивающихся странах доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности ограничен небольшим числом узких показаний (3). В странах, где доступ к искусственному аборту крайне ограничен законом, возможно появление определенной социальной несправедливости. В таких условиях искусственный аборт, соответствующий критериям безопасного, может стать привилегией богатых, в то время как бедные, не имея выбора, вынуждены обращаться к лицам, выполняющим небезопасные аборты, которые могут приводить к осложнениям и летальным исходам (4).

В этой главе описаны медицинский, демографический, юридический и политический контексты искусственного аборта с учетом новых данных, опубликованных после выхода в свет документа «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики» в 2003 г. (5).

1.2. Общественное здоровье и права человека

Единодушное мнение о неблагоприятном влиянии небезопасных абортов на общественное здоровье существует уже давно. Еще в 1967 г. Всемирная Ассамблея

Здравоохранения определила небезопасный аборт как серьезную проблему общественного здоровья во многих странах (6). В «Стратегии в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития» ВОЗ, принятой на Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в 2004 г., отмечено:

«Борьбу с небезопасным аборт, как с устранимой причиной материнской заболеваемости и смертности следует вести в рамках достижения Цели тысячелетия в области развития по улучшению охраны материнства, а также других международных целей и задач в области развития» (7).

Число деклараций и резолюций, подписанных странами за последние два десятилетия (см., например, ссылки 8–11), указывает на растущее единодушие в том, что небезопасный аборт – важная причина материнской смертности, которая может и должна быть устранена посредством полового воспитания, просвещения населения по вопросам планирования семьи, проведения безопасного искусственного прерывания беременности в полном соответствии с действующим законодательством, а также оказания медицинской помощи после него. Единодушное мнение существует также относительно того, что должна быть всегда доступна медицинская помощь после прерывания беременности и что расширение доступа к современной контрацепции – важнейший метод предупреждения нежелательных беременностей и небезопасных абортов. Таким образом, обоснование борьбы с небезопасными абортами с позиций охраны общественного здоровья очевидно и недвусмысленно.

Кульминацией дискуссии, начатой на Международной конференции по правам человека, проходившей в 1968 г. в Тегеране (Исламская Республика Иран), стала новая концепция прав в области репродукции, которые были определены и приняты в 1994 г. на Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире (Египет) (8). Ликвидация небезопасных абортов – одна из ключевых составляющих Глобальной стратегии ВОЗ в

области репродуктивного здоровья (12). Стратегия основана на международных соглашениях по правам человека и всемирных декларациях, призывающих к уважению, защите и осуществлению прав человека, в том числе права всех людей на наивысший достижимый стандарт здоровья; базового права всех пар и отдельных лиц свободно и ответственно определять число детей и сроки их рождения, а также иметь информацию и средства, позволяющие делать это; права женщин контролировать, свободно и ответственно решать вопросы, касающиеся ее половой жизни, сексуального и репродуктивного здоровья, без принуждения, дискриминации и насилия; права мужчин и женщин выбирать партнера и вступать в брак только при условии полного согласия и свободного волеизъявления; права на доступ к соответствующей медицинской информации; права каждого человека пользоваться плодами научного прогресса и его практическими результатами (12). Для реализации этих прав и спасения жизней женщин необходимо обратиться к программным, юридическим и политическим аспектам оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, что будет сделано в следующих главах.

1.3. Беременность и аборт

По оценкам, ежегодно в мире беременность наступает у 208 миллионов женщин. У 59% из них (или 123 миллионов) беременность является запланированной, или желательной, и заканчивается родами, самопроизвольным абортом или мертворождением (4). Остальные 41% (или 85 миллионов) беременностей являются нежелательными.

Распространение контрацепции привело к снижению частоты беременностей в мире со 160 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 1995 г. до 134 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 2008 г. (4). Частота желательных и нежелательных беременностей снизилась с 91 и 69 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 1995 г. до 79 и 55 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 2008 г. соответственно. Более значительно снизилась частота

искусственных абортов: с 35 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 1995 г. до 26 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет в 2008 г. Этот спад произошел преимущественно за счет снижения числа безопасных абортов, в то время как частота небезопасных абортов остается относительно постоянной с 2000 г. и составляет примерно 14 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет (13). Абсолютное число небезопасных абортов составило, по оценкам, примерно 20 миллионов в 2003 г. и 22 миллиона в 2008 г. Доля небезопасных абортов выросла с 44% в 1995 г. до 47% в 2003 г. и 49% в 2008 г. (13). Почти все небезопасные аборты отмечаются в развивающихся странах, где высока материнская смертность и ограничен доступ к безопасному прерыванию беременности.

1.4. Медицинские последствия небезопасного аборта

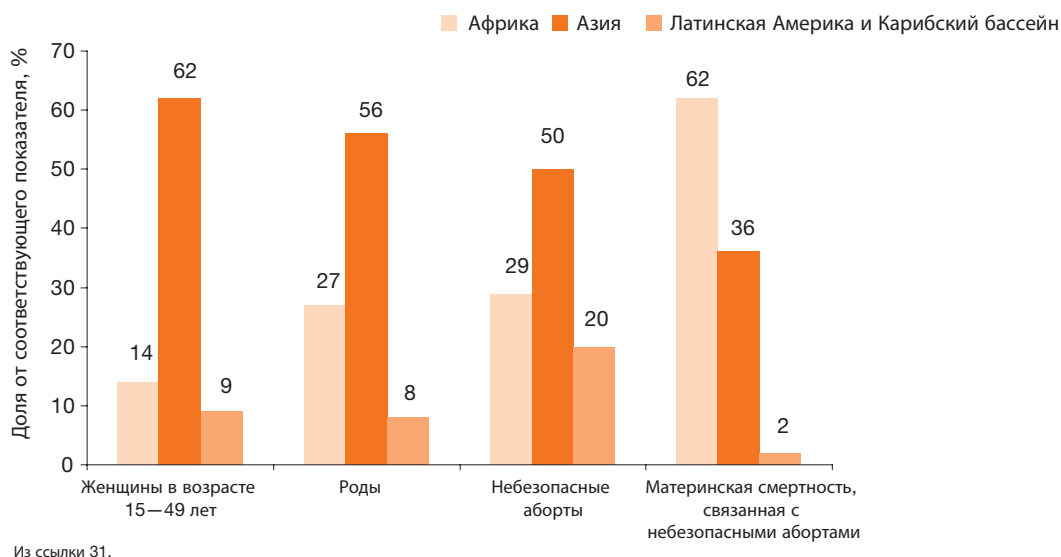
Медицинские последствия небезопасного аборта зависят от места, где он был проведен, навыков, выполнявшего его лица, метода прерывания беременности, здоровья женщины и срока беременности. К небезопасному аборту относится введение в полость матки различных предметов или веществ (корней, веток, зондов, традиционных смесей), расширение канала шейки матки и выскабливание, выполненное неправильно или неквалифицированным лицом, прием внутрь токсичных веществ и прикладывание внешней силы. В некоторых странах местные целители прерывают беременность, нанося сильные удары по нижней части живота женщины, что может привести к разрыву матки или смерти (14). Последствия применения некоторых лекарственных средств, например аналога простагландина мизопростола, в неправильных дозах с целью прерывания беременности могут быть разными. Однако имеются данные о том, что даже применение в неправильных дозах может снижать частоту тяжелых осложнений и материнской смертности в результате небезопасного аборта (15–17).

Определить частоту осложнений и летальных исходов, связанных с небезопасными абортами, трудно. С учетом того, что они являются следствием подпольных и криминальных вмешательств, сопутствующие стигмы и страх наказания препятствуют сообщению о случившемся. Особенно трудно получить надежные данные о летальных исходах в результате небезопасного прерывания беременности во II триместре (18). Кроме того, женщины могут не связывать свое состояние с перенесенным ранее абортом (19). По этой причине материнская смертность, обусловленная небезопасными абортами, сильно недооценивается. Осложнения небезопасного аборта включают кровотечение, сепсис, перитонит, повреждение влагалища, шейки и тела матки, других органов малого таза и брюшной полости (20). Примерно 20–30% небезопасных абортов сопровождаются инфекциями половых органов, 20–40% из них – инфекциями матки и ее придатков (21). У каждой четвертой женщины, перенесшей небезопасный аборт, возможно развитие временных или стойких осложнений, требующих оказания медицинской помощи (22). На каждую женщину, получающую лечение в стационаре после прерывания беременности, приходится несколько женщин,

перенесших небезопасный аборт, но не обратившиеся за медицинской помощью, потому что не сочли возникшее осложнение серьезным, не имели необходимых финансовых средств, боялись судебного преследования или плохого обращения (23–30). Согласно данным, наиболее тяжелые физиологические, эмоциональные и финансовые последствия прерывания беременности отмечаются у женщин, перенесших небезопасные аборты.

По сравнению с другими развивающимися регионами наибольший ущерб, наносимый небезопасными абортами и связанной с ними материнской смертностью, отмечается в Африке (31). В то время как на долю Африки приходится 27% родов и только 14% женщин в возрасте 15–49 лет, здесь ежегодно выполняется 29% всех небезопасных абортов в мире. Еще более серьезно то, что в 2008 г. на долю Африки пришлось 62% всех случаев материнской смертности в результате небезопасного аборта (рис. 1.1). Риск смерти вследствие небезопасного аборта различается в разных развивающихся регионах. Летальность небезопасного аборта составляет 460 на 100 000 небезопасных абортов в Африке и 520 на 100 000 в Африке к югу от Сахары по

Рисунок 1.1 Доля женщин в возрасте 15–49 лет, частота родов, небезопасных абортов и связанной с ними материнской смертности в развивающихся регионах (2008 г.)



сравнению с 30 на 100 000 в странах Латинской Америки и Карибского бассейна и 160 на 100 000 в странах Азии (2).

Искусственный аборт – очень безопасное медицинское вмешательство, если он выполняется квалифицированным персоналом с использованием правильных методов и лекарственных средств и соблюдением должных санитарно-гигиенических норм. В Соединенных Штатах Америки (США),

например, летальность разрешенного законом искусственного аборта составляет 0,7 на 100 000 искусственных аборт (32). Летальность искусственного аборта в конце II триместра беременности (33) намного ниже самого низкого соответствующего показателя для небезопасного аборта (рис. 1.2 и 1.3).

Рисунок 1.2 Летальность в результате родов, искусственного и самопроизвольного абортов в США (на 100 000 соответственно).

Из ссылки 32, с разрешения.

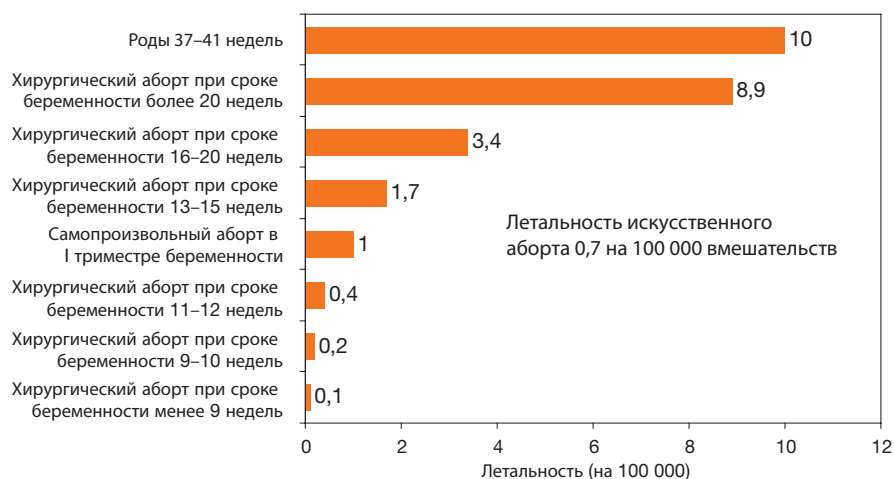
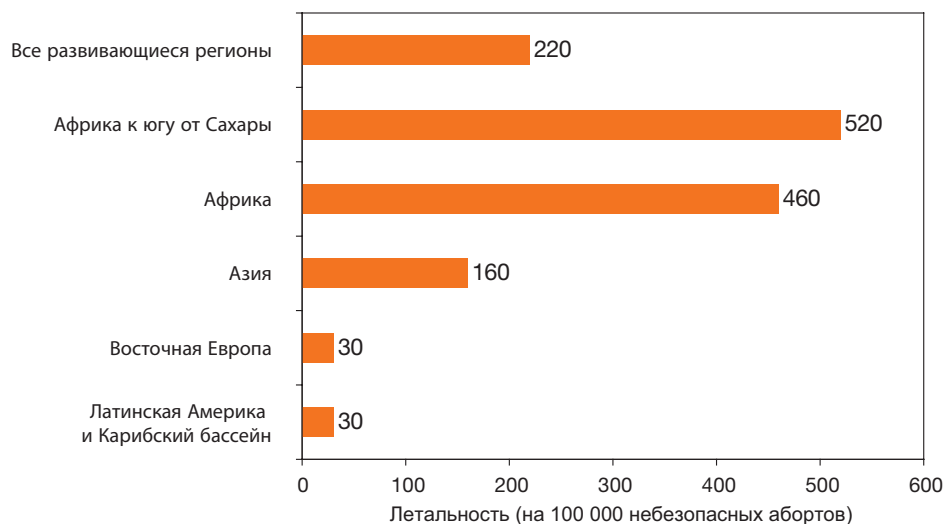


Рисунок 1.3 Летальность небезопасного аборта в зависимости от региона (на 100 000 небезопасных абортов, 2008 г.)

Из ссылки 2.



1.5 Контрацепция, нежелательная беременность и неудовлетворенная потребность в планировании семьи

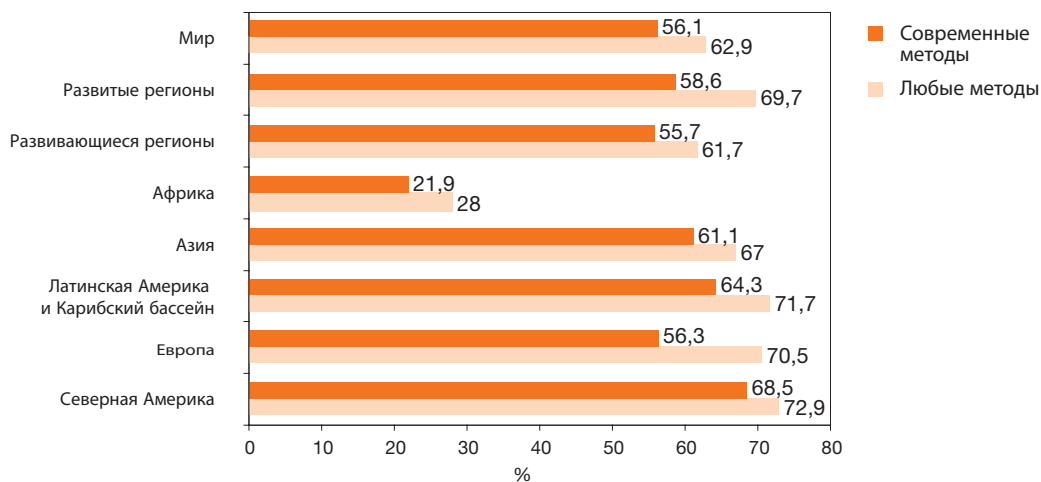
В 2007 г. в мире 63% женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), живущих в официальном или неофициальном браке, применяли разные методы контрацепции (34). Частота применения современных методов контрацепции была на 6% ниже и составила 56%. Частота применения контрацепции выросла в мире и во всех регионах. Тем не менее, она остается низкой в Африке, составляя 28% для любых и 22% для современных методов контрацепции (рис. 1.4). Еще ниже этот показатель в Африке к югу от Сахары, где в 2007 г. частота применения любых методов контрацепции составила 21%, а современных – 15%. Напротив, в странах Европы, Северной Америки, Азии, Латинской Америки и Карибского бассейна частота применения любых методов контрацепции превысила 66%.

Применение современных методов контрацепции приводит к снижению частоты искусственных аборт

в тех странах, где они доступны по желанию. Снижение частоты искусственных абортов по мере роста применения контрацепции изучено несколькими авторами (35, 36). Согласно недавним данным из 12 стран Восточной Европы и Центральной Азии, в которых искусственный аборт был основным методом регулирования деторождения, а также из США, в странах, где высока частота применения современных методов контрацепции, частота искусственных абортов низкая (37). Самый низкий показатель отмечается в странах Западной Европы, где частота применения современных методов контрацепции высокая, а искусственные аборты разрешены законом по желанию. Следовательно, удовлетворение потребностей в планировании семьи – эффективный метод снижения частоты нежелательных беременностей и искусственных абортов.

Однако только контрацепция не может полностью ликвидировать потребность женщин в медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, в частности, при принудительном половом акте, который может вести к нежелательной беременности. Кроме того, ни один из

Рисунок 1.4 Доля женщин, живущих в официальном или неофициальном браке, применяющих любые методы контрацепции (2007 г.)



Из ссылки 34.

методов контрацепции не имеет 100% эффективности. С учетом данных 2007 г. по распространенности контрацепции (34) и частоте неэффективности отдельных методов (51), по оценкам, ежегодно в мире нежелательная беременность наступает примерно у 33 миллионов женщин, использующих той или иной метод контрацепции (табл. 1.1). В отсутствие медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности такая беременность может завершиться небезопасным абортом или рождением нежеланного ребенка. Последствия последнего не изучены, но они могут быть продолжительными и пагубными как для женщин, так и для их нежеланных детей (38).

В широком смысле неудовлетворенная потребность в планировании семьи – это число женщин, желающих избежать беременности или отложить ее, но не использующих никакие методы контрацепции. Несмотря на некоторое снижение, неудовлетворенная потребность в планировании семьи продолжает существовать (39). В развивающихся странах ее отмечают 11% женщин. В Африке к югу от Сахары и наименее развитых странах о ней сообщает каждая четвертая женщина репродуктивного возраста (15–49 лет) (39). Пока потребность женщин в планировании семьи не будет удовлетворена, будут продолжать возникать нежелательные беременности.

В отличие от неудовлетворенной потребности в планировании семьи отсутствие доступа к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности хуже документировано. Известна только суровая реальность: ежегодно, по оценкам, 22 миллиона женщин выполняют небезопасные аборты (2) и 47 000 умирают от их осложнений. Даже небезопасный аборт «низкого риска» в странах, где он запрещен законом, подвергает женщин неоправданной опасности при развитии осложнений, поскольку вследствие правовых ограничений и стигм, связанных с выполнением аборта, женщины могут воздерживаться от своевременного обращения за медицинской помощью.

1.6 Законодательная и политическая среда

В тех странах, где искусственный аборт разрешен законом по широким показаниям, частота и летальность небезопасного аборта снижены до минимума (2). Искусственный аборт по социальным и экономическим показаниям разрешен только в 16% развивающихся стран по сравнению с 80% развитых (табл. 1.2). Три из четырех искусственных абортов, выполняющихся в развивающихся странах (за исключением Китайской Народной Республики) являются небезопасными (13). В этих странах лишь небольшое число женщин имеют определенные законом показания к прерыванию беременности либо знают свои права на получение медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Кроме того, медицинские работники могут не знать соответствующих правовых норм или не хотеть оказывать разрешенную законом медицинскую помощь по прерыванию беременности. В некоторых странах законы не действуют (40).

Независимо от того, запрещены аборты законом или нет, вероятность того, что женщина прервет нежелательную беременность, примерно одинакова (13). Правовые ограничения заставляют многих женщин обращаться за медицинской помощью в другие страны, к неквалифицированным лицам или в отсутствие соблюдения должных санитарно-гигиенических норм, что подвергает их существенному риску осложнений и смерти. Материнская смертность на 100 000 живорожденных вследствие небезопасного аборта обычно выше в странах с жесткими правовыми ограничениями и ниже в странах, где искусственный аборт доступен по желанию и выполняется по широким показаниям (41, 42). Накопленные данные свидетельствуют о том, что устранение правовых ограничений по выполнению искусственных абортов приводит к снижению материнской смертности вследствие небезопасного аборта и, следовательно, к ее снижению в целом (43, 44, 45, 46).

В небольшом числе стран, где материнская смертность низка, несмотря на наличие законов, запрещающих

искусственные аборты, многие женщины имеют доступ к безопасным или относительно безопасным абортam в соседних странах, безопасному, но запрещенному законом абарту внутри страны или могут самостоятельно применять мизопростол (47–49).

Помимо правовых ограничений существуют и другие барьеры, ограничивающие доступ женщин к безопасному абарту: отсутствие финансовых средств, социальной поддержки, позднее обращение за медицинской помощью, отрицательное отношение медицинских работников,

низкое качество медицинской помощи. В странах, где эффективные методы контрацепции доступны только женщинам, находящимся в браке, и высока частота внебрачных половых связей, особенно уязвимы молодые женщины. В развивающихся странах почти 14% небезопасных абартов выполняются в возрасте до 20 лет. В Африке на долю женщин моложе 25 лет приходится две трети небезопасных абартов (50). На долю молодых женщин по сравнению с женщинами более старшего возраста приходится больше абартов во II триместре беременности, которые сопряжены с более высоким риском осложнений.

Таблица 1.1 . Число женщин, у которых возникают нежелательные беременности в течение первого года контрацепции, в зависимости от метода контрацепции (по оценкам, все страны, 2007 г.)

Метод контрацепции	Неэффективность (по оценкам, при обычном применении), % ^a	Число применяющих, тыс ^b	Число женщин, у которых возникают нежелательные беременности (при обычном применении), тыс ^b
Стерилизация женщин	0,5	232 564	1163
Стерилизация мужчин	0,15	32 078	48
Инъекционные контрацептивы	0,3	42 389	127
Внутриматочные контрацептивы (ВМК)	0,8	162 680	1301
Оральные контрацептивы	5,0	100 816	5041
Мужской презерватив	14	69 884	9784
Барьерные методы, применяемые женщинами	20	2291	458
Периодическое воздержание	25	37 806	9452
Прерванный половой акт	19	32 078	6095
Всего	4,7	712 586	33 469

^a Оценки, сделанные Trussell (51), основаны на данных, полученных в США. Оцененная неэффективность метода при обычном применении включает собственно неэффективность метода и неэффективность метода вследствие ошибок лиц, применяющих его в обычных условиях.

^b С учетом расчетного числа женщин в возрасте 15–49 лет, живущих в официальном или неофициальном браке в 2007 г., и доли применяющих определенный метод контрацепции (34).

^в Столбец (4) = Столбец (3) x [Столбец (2) / 100]

Таблица 1.2 Показания к выполнению искусственного аборта в зависимости от регионов и субрегионов (2009 г.)

Страны и территории	Для спасения жизни женщины	Для сохранения физического здоровья женщины	Для сохранения психического здоровья женщины	Изнасилование или инцест	Патология плода	Экономические и социальные причины	По требованию	Число стран
Все страны	97	67	63	49	47	34	29	195
Развитые страны	96	88	86	84	84	80	69	49
Развивающиеся страны	97	60	55	37	34	19	16	146
Африка	100	60	55	32	32	8	6	53
Восточная Африка	100	71	65	18	24	6	0	17
Центральная Африка	100	33	22	11	11	0	0	9
Северная Африка	100	50	50	33	17	17	17	6
Южная Африка	100	80	80	60	80	20	20	5
Западная Африка	100	63	56	50	44	6	6	16
Азия ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Восточная Азия	100	100	100	100	100	75	75	4
Южная и Центральная Азия	100	64	64	57	50	50	43	14
Юго-Восточная Азия	100	55	45	36	36	27	27	11
Западная Азия	100	59	59	41	59	29	29	17
Латинская Америка и Карибский бассейн	88	58	52	36	21	18	9	33
Карибский бассейн	92	69	69	38	23	23	8	13
Центральная Америка	75	50	38	25	25	25	13	8
Южная Америка	92	50	42	42	17	8	8	12
Океания ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Данные по Японии, Австралии и Новой Зеландии исключены из данных по регионам, но включены в данные по развитым странам.

Ссылка 3, с изменениями.

1.7 Экономические последствия небезопасного аборта

Безопасный аборт – рентабельное вмешательство. Затраты систем здравоохранения на лечение осложнений небезопасного аборта, особенно в бедных странах, огромны. Средние расходы на лечение одного случая, которые берут на себя правительства стран, составили, по оценкам, 114 долларов США в Африке и 130 долларов США в Латинской Америке (по курсу 2006 г.) (52). Однако экономические последствия небезопасного аборта для системы здравоохранения выходят за пределы непосредственных затрат на лечение его осложнений. Согласно оценкам, представленным в недавнем исследовании (52), ежегодные затраты на лечение легких осложнений небезопасных абортот на этапе оказания первичной медицинской помощи, составляют 23 миллиона долларов США, лечение последующего бесплодия – 6 миллиардов долларов США, а ежегодные личные затраты женщин и членов их семей на лечение осложнений абортот в странах Африки к югу от Сахары – 200 миллионов долларов США. Еще 930 миллионов

долларов США ежегодно составляют затраты, связанные со смертью или стойкой утратой трудоспособности вследствие небезопасного абортот (52).

По оценкам, до легализации искусственного абортот затраты системы здравоохранения Мехико на лечение последствий небезопасного абортот составили в 2005 г. 2,6 миллиона долларов США (53). После легализации система здравоохранения экономит 1,7 миллиона долларов США ежегодно. Таким образом, если нежелательные беременности предупреждаются применением эффективных методов контрацепции и доступен безопасный аборт, крупные финансовые средства можно сэкономить и перенаправить для решения других неотложных задач, в том числе предоставление качественной медицинской помощи квалифицированным медицинскими работниками в соответствии с современными стандартами и рекомендациями, с применением современных методов. Экономические факты подкрепляют обоснование выполнения безопасного абортот, сформулированное с позиций охраны общественного здоровья и соблюдения прав человека.

Литература

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World abortion policies*. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: *Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967*. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011)).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.

26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.
46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

ГЛАВА 2

ГЛАВА 2

Медицинская помощь по прерыванию беременности

Реферат

В этой главе кратко представлены рекомендации по оказанию медицинской помощи женщинам до, во время и после прерывания беременности. Более подробно они описаны в публикации ВОЗ «Практическое руководство по медицинской помощи в рамках безопасного прерывания беременности».

Доказательная база для этих рекомендаций представлена в виде таблиц GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – система оценки, разработки и изучения рекомендаций) и доступна онлайн. Применение методики GRADE подробно описано в разделе «Методы» (с. 10–11). Таблицы GRADE доступны по адресу: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10.

Медицинская помощь до прерывания беременности

- Основным фактором, определяющим выбор оптимального метода прерывания беременности, является ее срок. Для определения срока беременности обычно достаточно бимануального исследования, исследования живота и определения признаков беременности. При необходимости могут использоваться лабораторные и ультразвуковое исследования.
- Назначение антимикробных средств всем женщинам во время хирургического аборта снижает риск инфекционных осложнений. Однако не следует отказывать в искусственном аборте, если антимикробная профилактика недоступна (таблицы GRADE 66–70).

- Женщинам должна быть предоставлена полная, точная и легкая для понимания информация о вмешательстве, а также о том, что следует ждать во время и после него. Информация должна быть представлена в доступном для женщин формате и помогать им в принятии решения и добровольном согласии. Должна быть предоставлена также информация о контрацепции после прерывания беременности.

Методы искусственного аборта

- Для прерывания беременности в I триместре рекомендуются следующие методы:
 - ручная или электрическая вакуумная аспирация для прерывания беременности сроком до 12–14 недель (таблицы GRADE 36 и 37);
 - медикаментозный аборт, а именно применение мифепристона внутрь с последующим однократным назначением мизопростала для прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней) (таблицы GRADE 30–32);
 - медикаментозный аборт, а именно применение мифепристона внутрь с последующим повторным назначением мизопростала для прерывания беременности сроком более 9 недель (63 дней) (таблицы GRADE 94–121);
 - в отсутствие мифепристона – повторное применение мизопростала (таблица GRADE 113)
- Расширение канала шейки матки и выскабливание (РВ) – устаревший метод хирургического аборта, который должен быть заменен вакуумной аспирацией и/или медикаментозными методами (таблица GRADE 35).

- Для прерывания беременности сроком более 12–14 недель рекомендованы следующие методы:
 - расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца (РЭ) с помощью вакуумной аспирации и абортанга (таблицы GRADE 33 и 34); или
 - назначение мифепристона с последующим повторным применением мизопростала (таблицы GRADE 71–92); или
 - в отсутствие мифепристона — повторное применение мизопростала (таблицы GRADE 71–92).
- Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом рекомендуется всем женщинам при прерывании беременности сроком более 12–14 недель, хотя может проводиться при любом сроке беременности, особенно если имеется риск повреждения шейки матки или перфорации матки (таблицы GRADE 1–19).
- Следует всегда предлагать обезболивание и немедленно предоставлять его всем желающим как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте (таблицы GRADE 38–60, 125–132). В большинстве случаев при прерывании беременности достаточно применения анальгетиков, местной анестезии и/или седации, дополненных успокаивающими словами, однако потребность в обезболивании растет со сроком беременности.
- Для уменьшения дискомфорта при механическом расширении шейки матки перед хирургическим абортом можно применять местную анестезию, например лидокаин. Проводить искусственный аборт под общей анестезией всем женщинам не рекомендуется, поскольку она сопряжена с более высоким риском осложнений, чем применение анальгетиков и местная анестезия (таблицы GRADE 38–60).
- Следует соблюдать стандартные меры предосторожности для профилактики инфекций, передаваемых с кровью, такие же как при оказании

любой медицинской помощи любым другим больным (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

Медицинская помощь после прерывания беременности и наблюдение

- После хирургического аборта женщина может покинуть лечебно-профилактическое учреждение, как только она чувствует себя в состоянии сделать это, а ее основные физиологические показатели придут в норму.
- Наблюдение после неосложненного хирургического аборта или медикаментозного аборта с применением комбинации мифепристона и мизопростала не нужно. Если женщина желает повторно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение, консультацию можно назначить через 7–14 дней после аборта (таблица GRADE 93).
- Перед тем как покинуть лечебно-профилактическое учреждение после хирургического аборта или назначения средств для медикаментозного аборта, все женщины должны получить информацию о контрацепции и, при желании, средства для выбранного ими метода контрацепции или направление в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь по контрацепции (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html).
- Перед тем как покинуть лечебно-профилактическое учреждение, женщина должна получить устные или письменные инструкции о том, что она должна делать дома. Инструкции должны включать информацию о предполагаемом объеме кровотечения, признаках возможных осложнений, а также о том, как и куда обращаться за медицинской помощью, если она потребуется. По возможности следует дать женщине номер телефона, по которому она может позвонить в случае сомнений и задать вопросы.

Это может снизить необходимость повторного посещения лечебно-профилактического учреждения.

2.1 Медицинская помощь до прерывания беременности

Первый этап оказания медицинской помощи по прерыванию беременности – установить, что женщина действительно беременна, определить срок беременности и подтвердить, что плодное яйцо находится в полости матки. Риск, сопряженный с правильно выполненным искусственным абортом, невелик, однако он растет со сроком беременности (1, 2). Срок беременности является основным фактором, определяющим выбор оптимального метода прерывания беременности. Он же определяет информацию, которую необходимо предоставить женщине до аборта, и содержание консультации. Каждое лечебно-профилактическое учреждение должно иметь квалифицированных сотрудников, обученных собирать у женщин анамнез, проводить бимануальное исследование и исследование живота с целью диагностики беременности и определения ее срока. Лечебно-профилактические учреждения, не имеющие персонала и оборудования для проведения искусственного аборта, должны иметь возможность своевременно, с минимальной задержкой, направлять женщин в ближайшие лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности. Персонал должен быть обучен при необходимости проводить консультирование, позволяющее женщине принять решение (см. раздел 2.1.8).

2.1.1 Сбор анамнеза

Большинство женщин думают о беременности при задержке менструаций. Женщину следует спросить о том, когда был первый день последней менструации (ПМ), т. е. первый день менструального кровотечения, а также о том, была ли эта менструация обычной. Кроме того, уточняют особенности менструального цикла и был ли он регулярным. Аменорея может быть вызвана не только

беременностью. Кроме того, кровянистые выделения в срок предполагаемой менструации возможны во время беременности. Кормящая женщина может забеременеть до наступления первой после родов менструации, а у женщины с аменореей вследствие применения инъекционных контрацептивов может наступить беременность, если она пропустила инъекцию. У некоторых женщин отмечаются кровянистые выделения на ранних сроках беременности. Это затрудняет диагностику беременности и определение ее срока. Другие симптомы, которые часто сопутствуют беременности ранних сроков, включают болезненность и нагрубание молочных желез, тошноту, иногда рвоту, утомляемость, изменения аппетита и учащение мочеиспускания.

Помимо оценки срока беременности сбор анамнеза необходим для выявления противопоказаний к медикаментозному или хирургическому аборту и факторов риска осложнений лечения. Следует собрать информацию о соответствующих заболеваниях у женщины и членов ее семьи; акушерский и гинекологический анамнез, в том числе данные о предшествующих внематочных беременностях; сведения о склонности к кровоточивости или наличии нарушений гемостаза; инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе перенесенных; применении любых лекарственных средств; аллергических реакциях, оценить вероятность насилия и принуждения. Медицинские работники должны помнить об их возможности в контексте наступления нежелательной беременности (см. раздел 2.1.8.1).

С клинической точки зрения наличие ВИЧ-инфекции у женщины, которой выполняется искусственный аборт, требует соблюдения тех же мер предосторожности, что и выполнение других медицинских или хирургических вмешательств (см. раздел 2.2.7.1). Обследование на ВИЧ-инфекцию может быть предложено женщинам, обращающимся за медицинской помощью по прерыванию беременности, но не обязательно для ее получения.

2.1.2 Физикальное исследование

Исходно у всех женщин полезно определять ряд базовых показателей: пульс, артериальное давление и иногда температуру тела. Кроме того, с помощью бимануального исследования и исследования живота необходимо подтвердить наличие беременности и оценить ее срок. Многие медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь в рамках дородового наблюдения, обучены определять срок беременности, однако не имеют опыта диагностики беременности ранних сроков и точной оценки ее срока в I триместре. Следовательно, персонал, предназначенный для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности, часто нуждается в дополнительном обучении бимануальному исследованию (см. гл. 3).

Начиная уже с 6–8-й недели беременности при бимануальном исследовании могут быть выявлены следующие признаки беременности: увеличение и размягчение матки и размягчение ее перешейка. Если размеры матки у беременной меньше предполагаемого срока беременности, то реальный срок беременности меньше определенного исходя из первого дня ПМ, возможны внематочная беременность или несостоявшийся аборт. Если размеры матки у беременной больше предполагаемого срока беременности, то реальный срок беременности больше определенного исходя из первого дня ПМ, возможны многоплодная беременность, пузырный занос, миома матки, другие опухоли органов малого таза или переполнение мочевого пузыря. Для получения более точных и надежных результатов женщину следует попросить опорожнить мочевой пузырь перед бимануальным исследованием.

Во время физикального исследования медицинский работник оценивает положение матки (антеверсия, ретроверсия и т. д.) с учетом того, может ли это повлиять на определение срока беременности и выполнение хирургического аборта. Медицинские работники должны уметь выявлять симптомы ИППП и других инфекций половых органов (ИПО), а также проявления заболеваний, например анемии или малярии, которые могут потребовать оказания

дополнительной медицинской помощи или направления в другое лечебно-профилактическое учреждение.

2.1.3. Лабораторные исследования

В большинстве случаев для диагностики беременности и определения ее срока медицинским работникам достаточно информации, полученной при сборе анамнеза и физикальном исследовании. Лабораторные исследования для подтверждения беременности не нужны. Исключение составляют случаи, когда признаки беременности неочевидны и медицинский работник не уверен, что женщина беременна. Проведение лабораторных исследований не должно препятствовать или откладывать прерывание беременности.

Для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности проводить лабораторные исследования всем женщинам не нужно. В редких случаях кровотечения во время или после искусственного аборта полезно начинать лечение с определения гематокрита и уровня гемоглобина. По возможности следует определять резус-фактор (Rh) женщины, чтобы при необходимости назначать анти-Rh-иммуноглобулин (см. раздел 2.1.7).

2.1.4. Ультразвуковое исследование

Для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности проводить ультразвуковое исследование всем женщинам не требуется (3–5) (таблицы GRADE 122–124). Если ультразвуковое исследование доступно, оно помогает подтвердить наличие плодного яйца в полости матки и исключить внематочную беременность начиная со срока 6 недель (6). Ультразвуковое исследование может также уточнить срок беременности, выявить патологию беременности или неразвивающуюся беременность. Некоторые медицинские работники считают ультразвуковое исследование полезным до или во время РЭ. Если ультразвуковое исследование применяется в лечебно-профилактическом учреждении, то по возможности медицинскую помощь следует организовать так, чтобы женщинам, планирующим

прерывание беременности, и женщинам, которым оказывают помощь в рамках дородового и послеродового наблюдения, это исследование проводилось отдельно.

2.1.5. Инфекции половых органов

Наличие вагинита и вульвовагинита во время хирургического аборта является фактором риска последующих инфекционных осложнений (7). Назначение антимикробных средств всем женщинам во время хирургического аборта снижает риск последующих инфекционных осложнений наполовину (8, 9). Однако искусственный аборт возможен, даже если антимикробная профилактика недоступна. Во всех случаях необходимо тщательно соблюдать инструкции по мытью и дезинфекции инструментов и оборудования (см. раздел 2.2.7.1).

Риск инфицирования полости матки после медикаментозного аборта очень низкий, поэтому антимикробная профилактика не требуется (10) (таблица GRADE 70).

При наличии клинических проявлений инфекции следует немедленно назначить антимикробные средства, после чего выполнить искусственный аборт. В лечебно-профилактических учреждениях, где всем женщинам проводят лабораторные исследования для исключения ИППП, в отсутствие клинических признаков инфекции не следует откладывать искусственный аборт до получения результатов этих исследований.

2.1.6. Внематочная беременность

Внематочная беременность – редкое, но потенциально угрожающее жизни состояние, на долю которого приходится 1,5–2% всех беременностей. О внематочной беременности следует думать, если размеры матки меньше предполагаемого срока беременности, отмечаются болезненность при смещении шейки матки и боль внизу живота, особенно в сочетании с кровянистыми выделениями из влагалища или кровотечением, головокружением, обмороком, бледностью. У некоторых женщин определяется объемное образование в проекции придатков матки.

При подозрении на внематочную беременность следует как можно скорее подтвердить диагноз и начать лечение или перевести женщину в лечебно-профилактическое учреждение, имеющее возможности для этого (11). Осмотр тканей, эвакуированных из полости матки, может свести риск недиагностированной внематочной беременности к минимуму (см. раздел 2.2.4.5).

Следует отметить, что диагностировать внематочную беременность во время и после медикаментозного аборта труднее из-за схожести симптомов (12). Ни мифепристон, ни мизопропростол не применяются для лечения внематочной беременности, которая на фоне их назначения продолжает развиваться. Следовательно, медицинские работники должны быть особенно внимательны к симптомам внематочной беременности, а именно: если размеры матки меньше предполагаемого срока беременности, определенного исходя из первого дня ПМ, имеется болезненность при смещении шейки матки или объемное образование в проекции придатков матки при бимануальном исследовании (13). Женщинам объясняют, что они должны немедленно обращаться за медицинской помощью при наличии симптомов, которые могут указывать на внематочную беременность, в частности сильной или нарастающей боли внизу живота, особенно односторонней.

При подозрении на внематочную беременность (указаниях на внематочную беременность или воспалительные заболевания матки и ее придатков в анамнезе, несоответствии между датой ПМ и предполагаемым сроком беременности, кровянистых выделениях из влагалища, беременности на фоне внутриматочного контрацептива (ВМК), боли внизу живота) показано обследование (14). Оно может включать ультразвуковое исследование органов малого таза или повторное определение уровня человеческого хорионического гонадотропина (ХГ). Если эти исследования невозможны или диагноз внематочной беременности весьма вероятен либо подтвержден, показан перевод в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение для лечения.

2.1.7 Изоиммунизация антигенами системы Rh

Пассивная иммунизация всех Rh-отрицательных женщин анти-Rh-иммуноглобулином в течение 72 часов после искусственного аборта была рекомендована в США в 1961 г. (15). Несмотря на это убедительных доказательств необходимости этого после искусственного аборта на ранних сроках беременности до сих пор нет (16). Там, где доля Rh-отрицательных лиц в популяции высока и анти-Rh-иммуноглобулин вводят всем Rh-отрицательным женщинам в лечебно-профилактических учреждениях, его следует применять во время искусственного аборта. Если срок беременности менее 12 недель, то доза анти-Rh-иммуноглобулина может быть снижена с 300 мкг (в этой дозе препарат назначают после срочных родов) до 50 мкг (17). Если анти-Rh-иммуноглобулин недоступен или доля Rh-отрицательных лиц в популяции низка, определение Rh-фактора перед искусственным абортом не требуется.

При сроке беременности до 9 недель (63 дней) теоретический риск изоиммунизации женщины антигенами системы Rh при выполнении медикаментозного аборта крайне низок (17). Таким образом, определение Rh-фактора и введение анти-Rh-иммуноглобулина не считаются необходимыми составляющими медикаментозного прерывания беременности ранних сроков (12). Если анти-Rh-иммуноглобулин доступен, его рекомендуют назначать Rh-отрицательным женщинам, которым выполняют медикаментозный аборт, вместе с простагландином (18). Женщинам, которые применяют мизопростол на дому, анти-Rh-иммуноглобулин можно назначать вместе с мифепристоном.

2.1.8. Предоставление информации и консультирование

Предоставление информации – неотъемлемая часть высококачественной медицинской помощи по прерыванию беременности (19). Каждая женщина, предполагающая обратиться за медицинской помощью по прерыванию беременности, должна получить достаточную информацию по данному вопросу. Ей должна быть предложена

консультация квалифицированного медицинского работника, владеющего всесторонними знаниями о разных методах прерывания беременности и опытом их применения. Эта информация должна быть предоставлена каждой женщине независимо от ее возраста и положения в понятной ей форме, чтобы позволить ей самостоятельно принять решение о том, прерывать беременность или нет и какой метод прерывания выбрать.

Предоставление информации, консультирование и собственно искусственный аборт должны выполняться как можно быстрее, без необоснованных задержек. В гл. 3 представлена подробная информация об обучении медицинских работников консультированию и требованиям, предъявляемых к предоставлению информации и консультированию, включая этические стандарты.

2.1.8.1. . Информация, необходимая для принятия решения, и консультирование

Предоставление информации и предложение консультации крайне важны, поскольку они помогают женщине принять решение и обеспечивают то, что оно принято добровольно. Многие женщины решают прервать беременность до обращения за медицинской помощью. Следует уважать это решение и не подвергать женщину обязательному консультированию. Консультирование женщин, которые желают этого, должно быть добровольным, конфиденциальным, недирективным и проводиться квалифицированным специалистом (19, 20).

Если женщина желает прервать беременность, медицинский работник должен объяснить ей все юридические аспекты его выполнения. Женщине следует предоставить столько времени для принятия решения, сколько ей нужно, даже если это означает, что она придет в лечебно-профилактическое учреждение позже. Несмотря на это женщине следует объяснить преимущества аборта на ранних сроках беременности по сравнению с абортом на более поздних сроках с точки зрения безопасности. Когда решение принято, аборт следует выполнять как можно быстрее (19).

Медицинские работники должны также предоставлять информацию женщинам, которые пожелали сохранить беременность и/или рассматривают возможность передать ребенка на усыновление, и направить их в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь в рамках дородового наблюдения.

В некоторых случаях партнер, члены семьи, медицинские работники или другие лица заставляют женщину прервать беременность. Особенно часто это касается незамужних девушек-подростков, жертв насилия и ВИЧ-инфицированных. Если медицинский работник предполагает принуждение, следует поговорить с женщиной наедине или направить ее на дополнительное консультирование. Если медицинский работник знает или предполагает, что женщина является жертвой сексуального или другого насилия, он должен предложить ей направление для соответствующего консультирования и лечения. Руководители лечебно-профилактических учреждений должны обеспечить, чтобы все сотрудники знали о наличии таких возможностей в системе здравоохранения и обществе (см. гл. 3).

2.1.8.2. Предоставление информации о процедуре прерывания беременности

Женщине должна быть предоставлена, по крайней мере, следующая информация:

- что будет происходить во время и после вмешательства;
- какие ощущения она, скорее всего, будет испытывать (например, боль и кровотечение как во время менструации);
- как долго будет продолжаться прерывание беременности;
- какое обезболивание доступно;
- каковы риск и осложнения, связанные с применением того или иного метода прерывания беременности;

- когда она вернется к повседневной жизни, может возобновить половую жизнь;
- что необходимо во время наблюдения после аборта.

Если доступны несколько методов прерывания беременности, медицинские работники должны быть обучены предоставлять четкую информацию о том, какие методы могут применяться с учетом срока беременности и состояния здоровья женщины, а также информацию о преимуществах, недостатках и риске, сопряженных с применением каждого из методов. Женщины более склонны считать метод прерывания беременности приемлемым, если они выбрали его сами (21, 22). Большинство женщин, прерывающих беременность, считают чрезвычайно важным иметь возможность выбора метода искусственного аборта. По данным нескольких исследований, женщины, выбирающие медикаментозный аборт, считают его более приемлемым для прерывания беременности ранних сроков по сравнению с более поздними (21, 23–25).

2.1.8.3 Предоставление информации о контрацепции и оказание соответствующей медицинской помощи

Цель консультирования по вопросам контрацепции и проведения такого консультирования в рамках медицинской помощи по прерыванию беременности заключается в том, чтобы выбранный метод контрацепции начал использоваться сразу после искусственного аборта. Следует убедиться, что этот метод наилучшим образом подходит женщине и приемлем для нее. Это повышает вероятность того, что женщина будет использовать его постоянно и правильно. Предоставление информации о методах контрацепции, предложение консультирования, средств и соответствующей медицинской помощи – обязательная составляющая медицинской помощи по прерыванию беременности, поскольку это позволяет женщине избежать нежелательной беременности в будущем. В идеале будущая контрацепция должна обсуждаться во время консультации до прерывания беременности. Каждая женщина должна быть проинформирована, что следующая овуляция

может произойти уже через 2 недели после аборта (26) и что в отсутствие эффективного метода контрацепции это сопряжено с риском беременности. Чтобы помочь женщине выбрать наиболее подходящий с учетом ее потребностей метод контрацепции, ей следует предоставить точную информацию. Для этого полезно выяснить обстоятельства наступления нежелательной беременности. Если женщина желает прервать беременность, явившись, по ее мнению, следствием неэффективности контрацепции, медицинский работник должен выяснить, использовался ли метод правильно, объяснить, как он должен применяться, или предложить другой метод (более подробная информация представлена в разделе 2.3 и Приложении 6). Окончательный выбор метода контрацепции должна сделать сама женщина.

Выбор метода контрацепции не должен быть условием выполнения женщине искусственного аборта. Некоторые женщины предпочитают обсуждать контрацепцию после того, как беременность будет прервана.

2.2 Методы прерывания беременности

Реферат

Оптимальный метод прерывания беременности зависит от ее срока. Представленные методы рекомендуется, а не предписывается применять в данные сроки беременности. Например, большинство квалифицированных медицинских работников могут безопасно выполнять вакуумную аспирацию до 12-й недели беременности, в то время как другие, обладающие достаточным опытом и имеющие канюли соответствующего диаметра – до 15-й (3).

Доступность безопасных и эффективных методов медикаментозного прерывания беременности объясняется расширением географии регистрации и применения мифепристона и мизопростала (карты, на которых отмечены страны, в которых зарегистрированы мифепристон

и мизопростол, доступны по адресу: www.gynuity.org). По мере введения этих препаратов в систему здравоохранения создателям и руководителям программ, медицинским работникам и фармацевтам требуются знания их возможностей и правил назначения, в том числе возможностей применения мизопростала в монорежиме, когда мифепристон недоступен.

Методы прерывания беременности сроком до 12–14 недель, считая с первого дня последней менструации

Рекомендуемые методы прерывания беременности – ручная или электрическая вакуумная аспирация или применение мифепристона в комбинации с последующим назначением мизопростала.

Показано, что мифепристон в комбинации с последующим назначением аналога простагландина – безопасный и эффективный метод прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней) (4, 19). Некоторые данные свидетельствуют также о безопасности и эффективности комбинации мифепристона с последующим повторным назначением мизопростала для прерывания беременности сроком 9–12 недель (3, 4, 27, 28). Мизопростол в монорежиме менее эффективен, чем в комбинации с мифепристоном.

Применение медикаментозных методов требует наличия вакуумной аспирации в том же лечебно-профилактическом учреждении или возможности направления в другое лечебно-профилактическое учреждение при неполном аборте или развивающейся беременности.

Руководители программ и политики должны предпринять все возможные усилия, чтобы заменить РВ вакуумной аспирацией и медикаментозными методами прерывания беременности.

Методы прерывания беременности сроком более 12–14 недель, считая с первого дня последней менструации

Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности – РЭ с применением вакуумной аспирации и абортцанга. Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности сроком более 12 недель считая с первого дня ПМ – применение мифепристона с последующим повторным назначением мизопростола.

Вопросы, рассматриваемые до прерывания беременности

2.2.1 Подготовка шейки матки

Подготовка шейки матки с помощью осмотических расширителей, таких, как палочки ламинарии, или фармакологических средств широко используется перед хирургическим абортом в I триместре беременности, поскольку это ускоряет и облегчает вмешательство за счет устранения необходимости в механическом расширении канала шейки матки (29, 30). Подготовка шейки матки перед хирургическим абортом особенно полезна при аномалиях шейки матки, хирургических вмешательствах на шейке матки в анамнезе, у подростков, при беременности поздних сроков, высоком риске повреждения шейки матки или перфорации матки, которые могут вызвать кровотечение (31, 32). Подготовка шейки матки может также облегчить выполнение вмешательства медицинскому работнику, не обладающему большим опытом. Однако подготовка шейки матки имеет ряд недостатков, в том числе дополнительные дискомфорт для женщины, расходы и время, необходимые для ее эффективного проведения. В связи с этим подготовку шейки матки рекомендуют всем женщинам перед прерыванием беременности сроком более 12–14 недель (29, 30, 33), хотя она может применяться при любом сроке беременности, особенно при высоком риске повреждения шейки матки и перфорации матки.

Эффективная подготовка шейки матки с помощью осмотических расширителей требует по крайней мере 4 часов. По данным исследований, при хирургическом аборте в I триместре беременности назначение мизопростола в дозе 400 мкг интравагинально за 3–4 часа или сублингвально за 2–3 часа до аборта эффективно подготавливает шейку матки (29). Эффективно также назначение мифепристона внутрь в дозе 200 мг за 36 часов до вакуумной аспирации (29, 34). При подготовке шейки матки для РЭ мизопростол менее эффективен, чем палочки ламинарии. В отличие от палочек ламинарии мизопростол в монорежиме для подготовки шейки матки после 20-й недели беременности не изучался. Добавление мизопростола к осмотическим расширителям, применяемым в течение ночи накануне аборта, не повышает их эффективность при сроке беременности до 19 недель (30).

2.2.2 Обезболивание

Большинство женщин указывают на то, что аборт сопровождается болью той или иной интенсивности. Факторы риска боли во время хирургического аборта под местной анестезией оценены в нескольких обсервационных исследованиях. Интенсивность боли зависит от возраста женщины, наличия родов и указаний на альгоменорею в анамнезе, тревожности и страха (35–37). Показано, что боль во время искусственного аборта меньше при наличии родов через естественные родовые пути в анамнезе и большем опыте медицинского работника (35, 38). Изучение связи интенсивности боли со сроком беременности и степенью подготовки шейки матки дало противоречивые результаты (35, 36, 38). Отмечено, что более короткие вмешательства сопровождаются меньшей болью (35).

Предоставление достаточного обезболивания не требует больших инвестиций в медикаменты, оборудование или обучение. Пренебрежение этим важным элементом медицинской помощи без необходимости повышает тревожность женщин и испытываемый ими дискомфорт, тем

самым серьезно влияет на качество медицинской помощи и может затруднять выполнение вмешательства.

По данным исследования, посвященного лечению неполного аборта, консультирование и доброе отношение может развеять страхи женщины и уменьшить болезненные ощущения (39). Применение немедикаментозных методов релаксации укорачивает вмешательство и снижает потребность в анальгетиках (40, 41), а музыка может уменьшить его болезненность (37). Медицинский работник, выполняющий вмешательство, другой присутствующий персонал, должны быть дружелюбными и успокаивать женщину. При желании женщины и если это возможно, во время вмешательства с ней может быть сопровождающее лицо: муж или партнер, член семьи или подруга. Немедикаментозные методы обезболивания не должны рассматриваться как замена анальгетиков.

2.2.2.1 Анальгетики

Следует всегда предлагать обезболивание и немедленно предоставлять его всем желающим как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте. Для устранения боли во время аборта самостоятельно или в комбинации друг с другом применяют три типа препаратов: анальгетики, уменьшающие болевые ощущения, транквилизаторы, уменьшающие тревожность, и местные анестетики, влияющие на разные виды чувствительности. В большинстве случаев при хирургическом аборте достаточно применения анальгетиков, местной анестезии и/или легкой седации, дополненных успокаивающими словами. Большинство этих препаратов относительно недороги.

Ненаркотические анальгетики, включенные в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ, в частности нестероидные противовоспалительные средства, такие, как ибупрофен, уменьшают боль, в том числе обусловленную сокращениями матки, которая сопутствует как хирургическому, так и медикаментозному аборту (42, 43). В рандомизированных контролируемых исследованиях показано, что парацетамол неэффективен при боли как

после хирургического (44–46), так и во время медикаментозного аборта (47). В связи с этим назначать парацетамол при боли во время и после искусственного аборта не рекомендуется.

Назначение транквилизаторов, например диазепама, перед хирургическим абортом, может уменьшить страх и способствовать расслаблению, что облегчает проведение вмешательства как для женщины, так и для медицинского работника. Транквилизаторы могут вызывать амнезию, которую некоторые женщины считают желательной, однако они могут вызывать также сонливость и увеличивать длительность пребывания в лечебно-профилактическом учреждении (37). Может быть уместно дополнительное применение наркотических анальгетиков, хотя риск угнетения дыхания требует наличия возможностей для реанимации и антидотов наркотических анальгетиков.

2.2.2.2 Анестезия

Если для выполнения хирургического аборта требуется расширение канала шейки матки, широко применяется парацервикальная блокада с применением быстродействующего местного анестетика лидокаина. Им обкалывают влажную часть шейки матки, вводя препарат под слизистую. Преимущества местной анестезии перед общей заключаются в снижении риска и осложнений вмешательства, более быстром восстановлении и большем ощущении контроля над происходящим для женщины, поскольку она остается в сознании и может общаться с медицинским работником. Вводить местный анестетик следует правильно, чтобы избежать попадания препарата внутривенно. Проведение вакуумной аспирации под местной анестезией безопасно, однако насколько местная анестезия уменьшает боль при вакуумной аспирации, не изучено, несмотря на ее широкое применение (37).

Выполнять искусственный аборт под общей анестезией всем больным не рекомендуется, поскольку это увеличивает риск вмешательства (1, 48–50). По сравнению с выполнением под местной анестезией выполнение

искусственного аборта под общей анестезией сопряжено с более высокой частотой кровотечений (1, 2). Применение общей анестезии увеличивает стоимость вмешательства как для лечебно-профилактического учреждения, так и для женщины, особенно если в лечебно-профилактическом учреждении принято оставлять женщин после общей анестезии на ночь в стационаре (что излишне). Однако некоторые женщины предпочитают выполнять искусственный аборт под общей анестезией, поскольку она является наиболее эффективным методом устранения боли. Общая анестезия может быть предпочтительна также с точки зрения медицинского работника для технически сложных вмешательств. Любое лечебно-профилактическое учреждение, предлагающее общую анестезию, должно иметь соответствующее оборудование и специализированный персонал для ее проведения и лечения осложнений.

2.2.3 Индукция внутриутробной гибели плода перед абортom

При проведении медикаментозного аборта после 20-й недели беременности показана индукция внутриутробной гибели плода. Современные медикаментозные методы прерывания беременности, такие, как комбинация мифепристона и мизопростала и мизопростол в монорежиме, не приводят к гибели плода. Вероятность рождения жизнеспособного плода растет с увеличением срока беременности и снижением интервала между введением препаратов и изгнанием плодного яйца из матки (51, 52). Ниже представлены режимы, широко применяемые для индукции внутриутробной гибели плода (53).

- Введение раствора хлорида калия (KCl) в сосуды пуповины или камеры сердца плода высокоэффективно, но требует опыта для точного и безопасного введения и времени, чтобы отметить прекращение сердцебиения плода при ультразвуковом исследовании.
- Интраамниальное или интрафетальное введение дигоксина. При индукции внутриутробной гибели

плода дигоксин менее эффективен, чем KCl. Однако технически его применять проще (интраамниальное введение не требует ультразвукового контроля) и безопаснее (уровень дигоксина в сыворотке матери не превышает терапевтической концентрации) (51). При применении дигоксина необходимо время для его всасывания. В связи с этим препарат обычно вводят накануне назначения мизопростала (33, 54).

2.2.4 Хирургические методы прерывания беременности

2.2.4.1 Вакуумная аспирация

Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности сроком до 15 недель – вакуумная аспирация (57). Высокая эффективность вакуумной аспирации доказана в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях. Частота полных абортов составляет 95–100% (55, 56). Электрическая и ручная вакуумная аспирация, по-видимому, равноэффективны. Однако ручная вакуумная аспирация менее болезненна при прерывании беременности сроком до 9 недель и технически труднее при прерывании беременности сроком более 9 недель (57). При сроке беременности до 14 недель вакуумная аспирация эффективнее и реже сопровождается осложнениями, чем медикаментозный аборт (56, 58).

Вакуумная аспирация подразумевает эвакуацию содержимого полости матки через пластиковую или металлическую канюлю, подсоединенную к источнику вакуума. При электрической вакуумной аспирации (ЭВА) применяется электрический вакуумный насос. При ручной вакуумной аспирации (РВА) разрежение создается вручную, при этом пластиковый аспиратор объемом 60 мл, называемый также шприцем, удерживается в руках. Имеющиеся в распоряжении аспираторы снабжены пластиковыми канюлями разного размера – диаметром от 4 до 16 мм. Для каждого вмешательства в зависимости от срока беременности и степени расширения канала шейки матки следует подбирать канюлю соответствующего размера. Обычно диаметр

канюли соответствует сроку беременности в неделях. Некоторые канюли и большинство аспираторов после мытья и высокоуровневой дезинфекции или стерилизации подлежат повторному использованию. Имеются также механические вакуумные насосы с ножным приводом.

В зависимости от срока беременности ее прерывание методом вакуумной аспирации занимает от 3 до 10 минут и может проводиться амбулаторно с применением анальгетиков и/или местной анестезии. Полнота эвакуации подтверждается при осмотре аспирированной ткани. На очень ранних сроках беременности канюлю можно вводить без предварительного расширения канала шейки матки. Однако обычно перед введением канюли канал шейки матки расширяют с помощью механических или осмотических расширителей или лекарственных средств, таких, как мизопростол или мифепристон (см. раздел 2.2.1). В большинстве случаев беременность может быть безопасно прервана с помощью вакуумной аспирации без использования кюреток или других инструментов. Данных, указывающих на то, что выскабливание полости матки после вакуумной аспирации снижает риск оставления частей плодного яйца в полости матки, нет (59).

Большинство женщин, перенесших искусственный аборт в I триместре беременности под местной анестезией, чувствуют себя достаточно хорошо, чтобы покинуть лечебно-профилактическое учреждение после наблюдения в течение примерно 30 минут в палате пробуждения. После прерывания беременности более поздних сроков, при использовании седации или общей анестезии обычно требуется более длительное наблюдение.

Вакуумная аспирация – очень безопасная процедура. При анализе 170 000 абортов, выполненных в I триместре беременности с применением вакуумной аспирации в Нью-Йорке, тяжелые осложнения, потребовавшие госпитализации, отмечены менее чем у 0,1% женщин (60). Осложнения вакуумной аспирации, хотя и редкие, включают инфекции половых органов, кровотечение, повреждение шейки матки, неполный аборт, перфорацию матки,

осложнения анестезии и развивающуюся беременность (1, 2). Схваткообразная боль в животе и кровотечение, как во время менструации, наблюдаются после любого прерывания беременности.

2.2.4.2 Расширение канала шейки матки и выскабливание

РВ подразумевает расширение канала шейки матки с помощью механических расширителей или лекарственных средств и применение острых металлических кюреток для выскабливания полости матки.

РВ менее безопасно, чем вакуумная аспирация (61) и существенно более болезненно для женщин (62). В связи с этим вакуумная аспирация должна заменить РВ. Частота тяжелых осложнений после РВ в 2–3 раза выше, чем после вакуумной аспирации (3). По данным рандомизированных контролируемых исследований по сравнению РВ и вакуумной аспирации, при прерывании беременности сроком до 10 недель считая с первого дня ПМ вакуумная аспирация быстрее и сопровождается меньшей кровопотерей, чем РВ (63, 64).

В странах, где РВ еще используется для прерывания беременности, следует предпринять все возможные усилия, чтобы заменить РВ вакуумной аспирацией, повысить тем самым безопасность и улучшить качество медицинской помощи женщинам. В странах, где медицинская помощь по прерыванию беременности не предоставляется, при ее внедрении следует применять вакуумную аспирацию, а не РВ. В странах, где вакуумную аспирацию еще предстоит внедрить, руководители должны обеспечивать использование надлежащих протоколов обезболивания и выполнение РВ хорошо обученными медицинскими работниками под соответствующим надзором.

2.2.4.3 Расширение канала шейки матки и эвакуация плодного яйца

РЭ применяют после 12–14-й недели беременности. При выполнении квалифицированными опытными медицинскими работниками это наиболее безопасный и

эффективный хирургический метод прерывания беременности поздних сроков (3). РЭ требует подготовки шейки матки с помощью осмотических расширителей или лекарственных средств (см. раздел 2.1). Для эвакуации содержимого полости матки применяют ЭВА, канюли диаметром 12–16 мм и абортцанг. В зависимости от срока беременности достаточное расширение канала шейки матки требует от 2 часов до 2 дней. Многие медицинские работники считают полезным выполнять РЭ под ультразвуковым контролем, однако он необязателен (65).

По данным рандомизированных контролируемых исследований по сравнению РЭ с интраамниальным введением простагландина $\text{PGF}_{2\alpha}$, РЭ – более быстрый, безопасный и приемлемый метод прерывания беременности сроком по крайней мере до 18 недель (66). В небольшом исследовании сравнили РЭ с прерыванием беременности с помощью комбинации мифепристона с последующим повторным применением мизопростала. Показано, что боль при РЭ менее интенсивная, а осложнения наблюдаются реже (67). Чтобы безопасно выполнять РЭ, как и любое другое вмешательство, медицинские работники нуждаются в обучении, оборудовании и навыках (68).

РЭ можно выполнять амбулаторно с применением парацервикальной анестезии и нестероидных противовоспалительных средств или седации. Общая анестезия не требуется и повышает риск вмешательства (см. раздел 2.2.2.2). РЭ обычно занимает не более 30 минут. Персонал и женщины должны ожидать более обильное кровотечение, чем после аборта в I триместре беременности. Персонал должен быть обучен консультированию и предоставлению информации об абортах во II триместре беременности.

2.2.4.4 Другие хирургические методы прерывания беременности поздних сроков

Большие операции не должны быть основными методами прерывания беременности. Гистеротомия для прерывания беременности сегодня не применяется, поскольку частота осложнений, смертность и стоимость гистеротомии существенно выше таковых РЭ или медикаментозного аборта.

Аналогичным образом для прерывания беременности не должна применяться экстирпация матки. Исключение составляют женщины, имеющие другие показания к этой операции (19).

2.2.4.5 Исследование тканей после хирургического аборта

Немедленное исследование тканей, удаленных из полости матки, после хирургического аборта необходимо для исключения внематочной беременности и оценки полноты аборта. После вакуумной аспирации обученные медицинские работники могут визуально определять ворсины хориона и плодное яйцо начиная с 6-й недели беременности (59). Если эвакуированная ткань их не содержит, следует думать о внематочной беременности и проводить дальнейшее обследование (см. раздел 2.1.6). Кроме того, медицинские работники должны знать, как выглядит удаленная ткань при пузырном заносе, особенно в странах, где эта патология распространена. Если объем удаленной ткани меньше ожидаемого, следует думать о неполном аборте и необходимости повторной эвакуации. Если осмотр удаленных тканей выполняют обученные медицинские работники при каждом хирургическом аборте, то проводить их гистологическое исследование во всех случаях не нужно.

2.2.5 Медикаментозные методы прерывания беременности (рамка 2.1)

Доказано, что медикаментозные методы прерывания беременности безопасны и эффективны (4, 19, 24, 69–71). Наиболее эффективные режимы основаны на применении блокатора прогестероновых рецепторов мифепристона. Препарат связывается с этими рецепторами и препятствует действию прогестерона, нарушая тем самым развитие беременности. Режимы медикаментозного прерывания беременности включают назначение мифепристона в комбинации с последующим применением синтетического аналога простагландина (обычно мизопростала), который усиливает сокращения матки и способствует изгнанию плодного яйца (72). Аналог простагландина гемепрост

Дозы и пути введения мифепристона и мизопростола

Прерывание беременности сроком до 9 недель (63 дней)

- **Мифепристон** назначают внутрь в дозе 200 мг.
- **Мизопростол** рекомендует назначать через 1–2 дня (24–48 часа) после приема мифепристона.
- Рекомендуемая доза мизопростола для интравагинального, защечного или сублингвального применения – 800 мкг.
- Рекомендуемая доза мизопростола для приема внутрь – 400 мкг.
- При прерывании беременности сроком до **7 недель** (49 дней)) возможно интравагинальное, защечное, сублингвальное применение мизопростола, а также его назначение внутрь. Если срок беременности превышает 7 недель, назначать мизопростол внутрь не следует.
- При прерывании беременности сроком до **9 недель** (63 дней) возможно интравагинальное, защечное или сублингвальное применение мизопростола.

Прерывание беременности сроком 9–12 недель (63–84 дня)

- **Мифепристон** назначают внутрь в дозе 200 мг, затем через 36–48 часов применяют:
- **Мизопростол**, 800 мкг интравагинально в лечебно-профилактическом учреждении, затем в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 часа, но не более 4 раз.

Прерывание беременности сроком более 12 недель (84 дней)

- **Мифепристон** назначают внутрь в дозе 200 мг, затем через 36–48 часов применяют:
- **Мизопростол**, 400 мкг внутрь или 800 мкг интравагинально, затем в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 часа (всего максимум 5 доз), в лечебно-профилактическом учреждении. При прерывании беременности сроком более 24 нед доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

сходен с мизопростолом, но дороже, требует замораживания и может назначаться только интравагинально (12). Таким образом, хотя показано, что эффективность гемипроста и мизопростола одинакова, препаратом выбора для искусственного аборта среди аналогов простагландинов является мизопростол (73). Ряд простагландинов, которые использовались в прошлом, такие, как сульпростон и простагландин F_{2α}, больше не применяются из-за побочных эффектов и более низкой эффективности (74).

Проявления медикаментозного аборта аналогичны проявлениям самопроизвольного аборта и включают схваткообразную боль, обусловленную сокращениями матки, и длительное менструальноподобное кровотечение. Кровотечение длится в среднем 9 дней, но изредка продолжается до 45 дней (75). Побочные эффекты включают тошноту, рвоту и диарею. Мифепристон и аналоги простагландинов противопоказаны при острой и хронической надпочечниковой и печеночной недостаточности, наследственных порфириях и аллергии к любому из препаратов.

Мифепристон неэффективен при внематочной беременности. Подозрение на внематочную беременность требует обследования и при подтверждении диагноза немедленного лечения (11). Осторожность и индивидуальный подход необходимы при длительном приеме глюкокортикоидов, нарушениях гемостаза, тяжелой анемии, сердечно-сосудистых заболеваниях и их факторах риска (12).

Доказано, что медикаментозные методы прерывания беременности приемлемы в разных условиях, в том числе в условиях ограниченных ресурсов (76–78). Необходимые для них препараты становятся все более доступными во всем мире. Комбинация мифепристона и мизопростола для медикаментозного аборта сейчас включена в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ (73, 79). Поскольку эти препараты становятся все более доступными, руководители программ должны знать, что требуется для включения медикаментозных методов прерывания беременности в перечень предоставляемых медицинских услуг (см. гл. 3).

2.2.5.1 Мифепристон и аналоги простагландинов

Прерывание беременности сроком до 9 недель (63 дней)

Доказано, что комбинация мифепристона с мизопроустолом высокоэффективна, безопасна и приемлема для прерывания беременности сроком до 9 недель считая с первого дня ПМ. Эффективность, по данным публикаций, составляет 98% (70, 80). Примерно 2–5% женщин, которым назначалась комбинация мифепристона и мизопростола, требуется хирургическое вмешательство в связи с неполным абортом, кровотечением или для прерывания развивающейся беременности (81).

Оригинальные протоколы применения мифепристона рекомендовали его назначение внутрь в дозе 600 мг с последующим применением гемепроста, 1 мг интравлагинально через 36–48 часов. Однако несколько исследований установили, что мифепристон следует назначать в дозе 200 мг, поскольку она не менее эффективна, чем

доза 600 мг, а стоимость лечения при ее комбинации с подходящим аналогом простагландина ниже (4, 81–83). По данным некоторых исследований, мифепристон можно назначать по 25 мг 5–6 раз в течение 3 дней до суммарной дозы 125–150 мг (84). Этот режим широко применяется в Китайской Народной Республике. Однако для удобства женщины и оказания медицинской помощи мифепристон рекомендуют назначать однократно. В комбинации с гемепростом мифепристон в дозе 50 мг менее эффективен, чем в дозе 200 мг (85). По данным одного исследования, в комбинации с мизопроустолом, 800 мкг интравлагинально, дозы мифепристона 100 мг и 200 мг равноэффективны, однако в этом исследовании эффективность прерывания беременности в обеих группах была ниже ожидаемой (86).

Мизопроустол – эффективный аналог простагландина, стоимость которого существенно ниже стоимости гемепроста, а его хранение не требует замораживания. В связи с этим мизопроустол является препаратом выбора среди аналогов простагландинов. Применение мифепристона в дозе 200 мг внутрь с последующим назначением мизопростола в дозе 800 мкг интравлагинально, сублингвально или в виде щечных таблеток – эффективный медикаментозный метод прерывания беременности (4). По сравнению с интравлагинальным сублингвальное применение мизопростола, по-видимому, сопряжено с более частыми осложнениями со стороны желудочно-кишечного тракта, а щечное – с более частой диареей (4). При интравлагинальном применении мизопроустол более эффективен и лучше переносится, чем при назначении внутрь (87). С учетом более низкой эффективности при приеме внутрь на более поздних сроках беременности мизопроустол в дозе 400 мкг внутрь должен применяться для прерывания беременности сроком не более 7 недель (49 дней) (12, 81).

Некоторые протоколы требуют, чтобы женщины принимали и мифепристон, и аналог простагландина под наблюдением медицинских работников, что подразумевает второе посещение лечебно-профилактического учреждения через 1–2 дня после приема мифепристона

для назначения аналога простагландина. Применение мизопростола дома безопасно (80, 88). Все чаще после получения мифепристона в лечебно-профилактическом учреждении женщинам выдают мизопростол для применения дома через 24–48 часов после мифепристона. Тем не менее, некоторые женщины могут предпочитать применять препарат в лечебно-профилактическом учреждении (89). Женщины, использующие мизопростол дома, могут покинуть лечебно-профилактическое учреждение вскоре после приема мифепристона. Их следует информировать об ожидаемом кровотечении из влагалища и изгнании плодного яйца после применения мизопростола. Женщинам рассказывают, как распознать осложнения и к кому обратиться при их возникновении. Очень важно объяснить, что мизопростол следует применить как назначено, независимо от наличия кровянистых выделений из влагалища после приема мифепристона. Это особенно важно для небольшого числа женщин, у которых такие выделения наблюдаются.

Почти у 90% женщин изгнание плодного яйца происходит в течение 4–6 часов после применения мизопростола. Большинству женщин в этот период требуются анальгетики для устранения схваткообразной боли (см. раздел 2.2.2.1).

При неэффективности, если беременность развивается, женщине предлагают повторное назначение мизопростола или хирургический аборт (12). При неполном аборте в отсутствие тяжелого кровотечения женщину наблюдают, предлагают ей повторное применение мизопростола или хирургический аборт. Лечебно-профилактические учреждения, в которых выполняются медикаментозные аборт, должны при необходимости обеспечить выполнение вакуум-аспирации. Она может быть доступна в данном лечебно-профилактическом учреждении или выполняться по договоренности в другом. В любом случае медицинские работники должны гарантировать, что женщина сможет получить доступ к данной медицинской помощи в экстренном случае.

Женщины с большей вероятностью будут удовлетворены результатами вмешательства, если они имеют реалистичные ожидания о процедуре прерывания беременности (90). Следовательно, им необходима полная информация о том, чего следует ожидать во время медикаментозного аборта, а также о возможных осложнениях. Медицинские работники должны гарантировать, что женщины понимают важность следования рекомендациям, особенно если они применяют препараты самостоятельно, а также что они знают, как распознать осложнения и что делать при их возникновении.

Прерывание беременности сроком 9–12 недель (63–84 дня)

По данным немногочисленных исследований, наиболее эффективный метод прерывания беременности этого срока – применение мифепристона в дозе 200 мг внутрь и мизопростола в дозе 800 мкг интравагинально через 36–48 часов в лечебно-профилактическом учреждении. Затем мизопростол назначают в дозе 400 мкг каждые 3 часа интравагинально или сублингвально, но не более 4 раз (27, 28). Комбинации для медикаментозного прерывания беременности этого срока и условия его проведения продолжают изучаться.

Прерывание беременности сроком более 12 недель (84 дней)

Комбинация мифепристона в дозе 200 мг внутрь с последующим повторным назначением мизопростола безопасна и высоко эффективна при назначении в лечебно-профилактическом учреждении (3, 91). Первую дозу мизопростола, 400 мкг внутрь или 800 мкг интравагинально, назначают через 36–48 часов после приема мифепристона внутрь. Затем мизопростол назначают каждые 3 часа в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально, но не более 4 раз. Это комбинация высокоэффективна (91). При прерывании беременности сроком более 24 недель доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

Эффективна также комбинация мифепристона в дозе 200 мг с последующим назначением гемепроста в дозе 1 мг, который при необходимости применяют повторно каждые 6 часов до 4 раз (92). Гемепрост в дозе 1 мг можно назначать повторно каждые 3 часа до 4 раз (93, 94).

2.2.5.2 Мизопростол в монорежиме

Прерывание беременности сроком до 12 недель (84 дней)

Были изучены также эффективность и безопасность самостоятельного применения мизопростола для прерывания беременности. Эффективность мизопростола в монорежиме ниже, прерывание беременности дольше, боль интенсивнее, а частота побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта выше, чем при использовании комбинации мифепристона и мизопростола (4, 95). Мизопростол в монорежиме применяется там, где отсутствует мифепристон, поскольку он широко доступен и дешев, а также поскольку показано, что в некоторых странах его широкое применение снижает частоту осложнений небезопасного аборта (96).

Мизопростол рекомендуется назначать в дозе 800 мкг интравагинально или сублингвально. Затем препарат применяют повторно не более 3 раз. Интервал между назначением препарата должен быть не менее 3 часов, но не более 12 часов. Эффективность прерывания беременности с помощью метода составляет 75–90%. Сублингвальный путь введения менее эффективен, чем интравагинальный, если только препарат не назначают каждые 3 часа, однако он характеризуется высокой частотой осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (4, 96, 97). Прием внутрь не рекомендуют из-за низкой эффективности.

Прерывание беременности сроком более 12 недель (84 дней)

Мизопростол эффективен при прерывании беременности сроком более 12 недель, хотя длительность аборта больше, чем при назначении мизопростола в комбинации с мифепристоном. Рекомендуемая доза – 400 мкг

интравагинально или сублингвально каждые 3 часа, но не более 5 раз (91, 98). Интравагинальное применение мизопростола эффективнее сублингвального, особенно у нерожавших женщин. При прерывании беременности сроком более 24 недель доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

В нескольких странах для искусственного аборта во II триместре беременности зарегистрирован гемепрост в монорежиме. Рекомендуемая доза препарата – 1 мг интравагинально. Гемепрост назначают каждые 3 часа, но не более 5 раз в течение одного дня. При необходимости на следующий день препарат применяют повторно. При использовании этого режима беременность прерывается у 80% женщин в течение 24 часов и у 95% в течение 48 часов (99).

2.2.5.3 Другие препараты для медикаментозного аборта

Метотрексат – цитостатик, применяемый для лечения некоторых злокачественных опухолей, ревматоидного артрита, псориаза и некоторых других состояний, использовался в комбинации с мизопростолом для прерывания беременности сроком до 7 недель в некоторых странах, где мифепристон был недоступен. Метотрексат в комбинации с мизопростолом эффективен. По данным ряда исследований, общая эффективность комбинации метотрексата, 50 мг внутрь или внутримышечно, и мизопростола, 800 мкг интравагинально через 3–7 дней, более 90% (4). Однако с учетом риска тератогенного действия, если беременность не будет прервана, Экспертная группа ВОЗ по токсикологии не рекомендовала использовать метотрексат для искусственного аборта (100). Хотя фактический риск не известен, описаны пороки развития конечностей, черепа и лица у детей, рожденных в исходе беременностей, которые продолжались после неудачных попыток их прерывания метотрексатом (101–103). В связи с этим системам здравоохранения, планирующим внедрить медикаментозные

методы прерывания беременности, рекомендуется использовать комбинацию мифепристона и мизопростала.

Для того чтобы вызвать сокращения матки и прервать беременность сроком более 12 недель применяются и другие препараты, но данные об их безопасности немногочисленны. Эти препараты включают гипертонический раствор хлорида натрия и гиперосмолярный раствор мочевины, вводимые интраамниально; этакридина лактат, вводимый интра- или экстраамниально; аналоги простагландинов, вводимые парентерально, интра- или экстраамниально; а также окситоцин, вводимый внутривенно или внутримышечно (91, 104). Однако по сравнению с применением комбинации мифепристона и мизопростала эти методы имеют инвазивный характер, по-видимому, менее безопасны, а само прерывание беременности дольше.

2.2.6 Лечение осложнений искусственного аборта

Если искусственный аборт выполняется соответствующим образом обученным персоналом в условиях, отвечающих современным санитарно-гигиеническим требованиям, осложнения наблюдаются крайне редко, а риск смерти ничтожно мал (в противоположность небезопасному аборту, см. гл. 1). Несмотря на это каждое лечебно-профилактическое учреждение на каждом уровне системы здравоохранения должно быть оснащено соответствующим оборудованием и иметь персонал, обученный выявлять осложнения аборта и круглосуточно оказывать неотложную медицинскую помощь по их устранению или направлять женщин в лечебно-профилактическое учреждение, где это возможно (104). Средства и навыки, необходимые для лечения большинства осложнений аборта, аналогичны таковым для лечения самопроизвольного аборта (выкидыша).

2.2.6.1 Развивающаяся беременность

Неэффективное прерывание беременности возможно при использовании как медикаментозных, так и хирургических методов, хотя чаще бывает при медикаментозном аборте.

При наличии признаков развивающейся беременности женщине предлагают как можно быстрее эвакуировать плодное яйцо из матки (19).

2.2.6.2 Неполный аборт

Неполный аборт – редкое осложнение вакуумной аспирации, если ее выполняет квалифицированный медицинский работник. Он чаще бывает при медикаментозном прерывании беременности (56). Основные симптомы включают кровотечение из влагалища и боль в животе, возможны клинические проявления присоединившейся инфекции. О неполном аборте следует думать также, если при осмотре внешний вид тканей, удаленных из полости матки при хирургическом аборте, не соответствует предполагаемому сроку беременности. Персонал всех лечебно-профилактических учреждений должен уметь лечить неполный аборт и иметь необходимое для этого оборудование, обращать внимание на кровотечение, которое может приводить к анемии, и инфекционные осложнения, которые требуют антимикробной терапии.

При неполном аборте возможны как вакуумная аспирация, так и назначение мизопростала. Вакуумная аспирация предпочтительнее РВ, поскольку она менее продолжительна, сопряжена с меньшей кровопотерей и болью (105). При неполном аборте можно назначать также мизопростол. При сравнении вакуумной аспирации и применения мизопростала при неполном самопроизвольном аборте (выкидыше), когда размеры матки на момент лечения не превышали таковые при сроке беременности 13 недель, не было продемонстрировано различий в частоте полного аборта и осложнений. Однако применение мизопростала сопровождалось более высокой частотой незапланированных хирургических вмешательств (106). Мизопростол в этом случае рекомендуется назначать в дозе 600 мкг внутрь или 400 мкг сублингвально (106, 107). Кровотечение может снижать всасывание мизопростала при интравагинальном применении (108). Следовательно, несмотря на то что интравагинальное применение мизопростала в дозе

400–800 мкг было эффективно, в целом предпочтительнее любые другие пути введения (106). При неполном самопроизвольном аборте, если клиническое состояние женщины стабильно и она не хочет ни медикаментозного, ни хирургического лечения, возможна выжидательная тактика, но это занимает больше времени (106). Тактика лечения неполного аборта должна основываться на клиническом состоянии женщины и ее предпочтениях.

2.2.6.3 Кровотечение

Кровотечение может быть обусловлено задержкой остатков плодного яйца в полости матки, травмой или повреждением шейки матки, коагулопатией или, в редких случаях, перфорацией матки. В зависимости от причины кровотечения лечение может включать повторную эвакуацию и назначение утеротонических средств для остановки кровотечения, инфузионную терапию и, в тяжелых случаях, переливание компонентов крови, факторов свертывания, лапароскопию или эксплоративную лапаротомию. Вследствие низкой частоты кровотечения после вакуумной аспирации утеротонические средства обычно не используют, хотя они могут быть показаны при РЭ. Длительное менструальноподобное кровотечение – ожидаемое следствие медикаментозного аборта. Как правило, кровянистые выделения постепенно уменьшаются в течение примерно 2 недель после медикаментозного аборта, но в отдельных случаях могут сохраняться до 45 дней. Кровотечение редко бывает настолько обильным, чтобы представлять собой неотложное состояние. Хирургическое удаление содержимого полости матки может выполняться по требованию женщины, при длительном или обильном кровотечении, вызывающем анемию, либо при признаках инфекционного осложнения. Любое лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь по прерыванию беременности должно обладать возможностями стабилизировать состояние женщины при кровотечении и лечить его или неотложно направить ее в другое лечебно-профилактическое учреждение (19).

2.2.6.4 Инфекционные осложнения

Инфекционные осложнения после надлежащим образом выполненного искусственного аборта редки. Однако открытый канал шейки матки после аборта или родов способствует восходящей инфекции половых органов. Клиническая картина обычно включает лихорадку или ознобы, выделения из влагалища или канала шейки матки с неприятным запахом, боль в животе, в том числе внизу живота, длительное кровотечение или кровянистые выделения из влагалища, болезненность при пальпации матки и/или лейкоцитоз. При подтверждении диагноза показана антимикробная терапия, при подозрении на задержку остатков плодного яйца в полости матки – повторная эвакуация ее содержимого. В тяжелых случаях может потребоваться госпитализация. Как уже отмечалось в разделе 2.1.5, антимикробная профилактика снижает риск инфекционных осложнений хирургического аборта (9), поэтому ее следует по возможности проводить.

Данные о частоте клинически значимых инфекций матки и ее придатков после медикаментозного аборта немногочисленны. Однако наблюдаются они редко и, возможно, реже, чем после вакуумной аспирации. Многие клинические проявления инфекций матки и ее придатков, например, боль, достаточно неспецифичны, что затрудняет диагностику. При боли внизу живота, болезненности при пальпации живота и придатков матки, выделениях из влагалища и лихорадке показано назначение антимикробных средств широкого спектра действия.

Редкие случаи анаэробной инфекции без лихорадки после медикаментозного аборта отмечены в Канаде и США (10, 12, 109). В других странах это осложнение не описано. В этих случаях температура тела не повышалась или повышалась незначительно, отмечались тошнота, рвота, слабость разной интенсивности, незначительная боль в животе. Затем наблюдались быстрое ухудшение состояния в течение нескольких часов или дней, тахикардия, рефрактерная артериальная гипотония, выпоты в полостях тела, повышение гематокрита и нейтрофильный лейкоцитоз.

У всех женщин был токсический шок, обусловленный представителями рода *Clostridium*. Аналогичные осложнения отмечены и вне связи с прерыванием беременности, например, после нормальных родов (110). Данных о том, что антимикробная профилактика позволит устранить эти редкие фатальные осложнения, нет, поэтому антимикробная профилактика при медикаментозном аборте не рекомендуется.

2.2.6.5 Перфорация матки

Перфорация матки обычно протекает незамеченной, а дефект заживает самостоятельно, без лечения. При изучении результатов одномоментных искусственного аборта в I триместре беременности и лапароскопической стерилизации более чем у 700 женщин показано, что в 12 из 14 случаев дефект матки был настолько мал, что не был бы выявлен, если бы не выполнили лапароскопию (111). При подозрении на перфорацию матки все, что может быть нужно — это наблюдение и антимикробное лечение. Диагностическим методом выбора является лапароскопия (при наличии и необходимости). Если по данным лапароскопии и/или с учетом состояния женщины, предполагается повреждение кишечной петли, крупных кровеносных сосудов или других структур, может потребоваться лапаротомия для устранения повреждений.

2.2.6.6 Осложнения анестезии

Местная анестезия безопаснее общей как при вакуумной аспирации в I, так и при РЭ во II триместре беременности (1, 49, 50). Если применяется общая анестезия, персонал должен быть обучен лечению эпилептических припадков и сердечно-легочной реанимации. В местах, где применяются наркотические анальгетики, должны быть легко доступны их антидоты.

2.2.6.7 Разрыв матки

Разрыв матки — редкое осложнение. Его риск выше при прерывании беременности поздних сроков и при наличии рубца на матке. Однако разрыв матки описан и в

отсутствие этих факторов риска. По данным метаанализа, риск разрыва матки при применении мизопростала для аборта во II триместре беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе составляет 0,28% (112).

2.2.6.8 Отдаленные последствия

У подавляющего большинства женщин надлежащим образом проведенный искусственный аборт не имеет отдаленных последствий для здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности (113–115). В наши дни риск смерти от безопасного искусственного аборта ниже, чем от инъекции пенициллина (116) или при доношивании беременности (1).

Исследования не выявили негативного влияния безопасного искусственного аборта в I триместре беременности на течение последующих беременностей (117). Несмотря на то что искусственные аборты во II триместре беременности изучались не столь интенсивно, данных о повышении риска неблагоприятных исходов последующих беременностей после них нет (114, 118). По данным солидных эпидемиологических исследований, самопроизвольные и искусственные аборты не повышают риск рака молочной железы (119, 120). Отрицательные психологические последствия отмечаются у очень небольшого числа женщин и скорее являются продолжением предсуществующих обстоятельств, чем результатом искусственного аборта (121, 122).

2.2.6.9 Другие осложнения

После небезопасного аборта возможны другие разнообразные осложнения, которые зависят от способа и метода аборта. Так, среди других возможны отравление, травма живота, инородные тела половых органов. В этих случаях показаны стабилизация состояния и соответствующее лечение или перевод в другое лечебно-профилактическое учреждение. Помимо этого, лечат любые другие имеющиеся осложнения аборта (см. разделы 2.2.6.1–2.2.6.6) и оказывают надлежащую помощь после перенесенного аборта (см. раздел 2.3).

2.2.7 Другие вопросы, связанные с выполнением аборта

2.2.7.1 Профилактика инфекций и противоэпидемические мероприятия

Поскольку оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и выполнение соответствующих вмешательств предполагают контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, весь медицинский и технический персонал во всех лечебно-профилактических учреждениях должен понимать и применять стандартные меры предосторожности в рамках профилактики инфекций и противоэпидемических мероприятий, направленные на их собственную защиту и защиту больных.

Стандартные меры предосторожности – это простые противоэпидемические мероприятия, которые должны проводиться всегда и при оказании помощи всем больным, чтобы снизить риск инфекций, передаваемых с кровью. Они включают мытье рук с водой и мылом до и после всех процедур; применение защитных средств, чтобы избежать непосредственного контакта с кровью и другими биологическими жидкостями, таких, как перчатки, халаты, фартуки, маски и очки; безопасную утилизацию отходов, загрязненных кровью и другими биологическими жидкостями; надлежащее обращение с грязным бельем; осторожное обращение с колющими и режущими предметами и их правильная утилизация; надлежащая дезинфекция инструментов и загрязненного оборудования (123).

Таблица 2.1 Обработка инструментов			
Методы	Действующее вещество	Время	Примечания
Стерилизация	Пар под давлением (автоклавирование)	20 минут при температуре 121°C под давлением 103,5–140 кПа	Подразумевает, чтобы поверхности инструментов, которые предполагается подвергнуть обеззараживанию, должны быть доступны пару. Для стерилизации упакованных инструментов увеличивают время до 30 минут
	2% раствор глутаральдегида	Замачивание в течение 5 часов при температуре 20–25°C в 2% растворе, активированном щелочью (pH = 7,5–9)	Некоторые источники / производители рекомендуют замачивание в течение 10 часов
Высокоуровневая дезинфекция (ВУД)	Хлорка (гипохлорит натрия)	Замачивание в течение 5 минут при температуре 20–25°C в буферированном растворе гипохлорита натрия (pH = 7–8) при концентрации активного хлора 5000 мг/л (примерно 10% раствор бытового отбеливателя, может вызывать коррозию металла)	Некоторые источники рекомендуют замачивание в течение 20 минут в 5% растворе, если он приготовлен из водопроводной воды, или в 1% растворе, если он приготовлен из кипяченой воды
	2% раствор глутаральдегида	Замачивание в течение 30 минут при температуре 20–25°C в 2% растворе, активированном щелочью (pH = 7,5–9)	Некоторые источники / производители рекомендуют для ВУД замачивание в течение 20 минут
	Кипячение	20 минут в кипящей воде	Емкость должна быть закрыта, предметы, которые всплывают на поверхность воды, могут быть погружены не полностью

Примечание. Эффективность всех методов стерилизации и ВУД зависит от предварительного мытья с целью удаления органических веществ и материалов, которые высохли и прилипли к инструментам (123, 125, 126).

Мытье рук и использование защитных средств

Весь персонал должен тщательно мыть руки до и после контакта с пациентками, а также немедленно после любого контакта с кровью, другими биологическими жидкостями и слизистыми (124). Следует носить стерильные или подвергнутые высокоуровневой дезинфекции перчатки и менять их между контактами с разными пациентками, а также между влагалищными (ректальными) исследованиями у одной и той же пациентки. После завершения оказания помощи одной женщине и снятия перчаток медицинский работник должен обязательно помыть руки, поскольку на перчатках могут быть скрытые повреждения (124). Использование дополнительных средств, например, стерильных бахил, существенно не влияет на частоту инфекционных осложнений, но увеличивает расходы.

Мытье

Для обычного мытья полов, кроватей, туалетов, стен и резиновых подстилок достаточно горячей воды и моющих средств. При мытье поверхностей, загрязненных биологическими жидкостями, следует носить высокопрочные резиновые перчатки. Максимально возможное количество излившейся биологической жидкости следует удалить с помощью абсорбирующего материала. Его можно выбросить в герметичный контейнер, а затем сжечь или захоронить в глубокой яме. Участок, загрязненный биологической жидкостью, должен быть обработан хлорсодержащим дезинфицирующим средством, а затем тщательно вымыт горячей водой с мылом.

Манипуляции с грязным бельем должны быть сведены к минимуму: его нужно складывать в мешки на месте сбора и нельзя сортировать или полоскать в помещениях, где находятся больные либо где им оказывается медицинская помощь. По возможности белье, обильно пропитанное биологическими жидкостями, следует транспортировать в герметичных мешках. Если их нет, белье складывают загрязненными участками внутрь, при этом работают осторожно, в перчатках.

Безопасная утилизация отходов, загрязненных биологическими жидкостями

Безопасная утилизация отходов, загрязненных биологическими жидкостями

С твердыми отходами, загрязненными кровью и другими биологическими жидкостями, лабораторными образцами и тканями человека следует обращаться как с эпидемиологически опасными. Их утилизируют надлежащим образом в соответствии с местными инструкциями (123). Жидкие отходы, такие, как кровь и другие биологические жидкости, следует сливать в дренаж, соединенный с коллектором или выгребной ямой, которые проходят соответствующую обработку.

Безопасное обращение с колющими и режущими предметами и их утилизация

Наибольшая опасность передачи ВИЧ при оказании медицинской помощи связана с повреждением кожи загрязненными иглами либо колющими или режущими инструментами. Это относится также к передаче вирусов гепатитов В и С. Большинство повреждений, при которых происходит инфицирование — это глубокие повреждения полыми иглами. Они часто происходят при надевании защитных колпачков на иглы после использования, а также при их мытье, обработке и неправильной утилизации. По возможности следует избегать надевания защитных колпачков на иглы после использования (124). Если это необходимо, нужно делать это одной рукой, подцепляя колпачок иглой. Должны быть доступны и легко достижимы проколостойкие контейнеры для утилизации колющих и режущих предметов. Они подлежат сжиганию в закрытых мусоросжигателях или захоронению в глубоких ямах. Дополнительные меры предосторожности для профилактики повреждений колющими и режущими предметами включают ношение перчаток, достаточное освещение при оказании помощи, размещение контейнеров для колющих и режущих предметов в местах использования последних, хранение колющих и режущих предметов в местах, недоступных для

детей. Кроме того, недопустимо выбрасывать колющие и режущие предметы вместе с общими отходами. При наложении швов следует по возможности пользоваться иглодержателями.

Безопасная обработка оборудования после использования

Все многоразовые хирургические инструменты, использовавшиеся во время аборта, должны быть сразу после использования отправлены на мытье и стерилизацию. Одноразовые инструменты и расходные материалы не должны применяться повторно (124). В условиях ограниченных ресурсов или если централизованной службы обработки инструментов нет, рекомендуется следующее.

Наиболее важный этап, обеспечивающий надлежащее обеззараживание – механическая очистка (123). До мытья инструменты должны оставаться влажными. Высыхание грязных инструментов затрудняет удаление загрязнений. Может применяться дезинфицирующее средство, например 0,5% раствор гипохлорита натрия. Аспираторы перед мытьем и дальнейшей обработкой разбирают. Удаляют съемные адаптеры с канюль.

Осторожно! Брать необработанные аспираторы, канюли и адаптеры без перчаток небезопасно.

После замачивания тщательно моют все поверхности инструментов в проточной воде с моющим средством. Моющее средство лучше мыла, которое может оставлять налет на инструментах. Все инструменты должны затем быть подвергнуты стерилизации (предпочтительно) или высокоуровневой дезинфекции (если стерилизация невозможна или недопустима). Стерилизация уничтожает все микробы, включая споры бактерий, например возбудителя столбняка и газовой гангрены. Высокоуровневая дезинфекция (ВУД) уничтожает все микробы, в том числе ВИЧ и вирусы гепатитов, но не споры бактерий.

Стерилизацию проводят паром под давлением (автоклавирование) или многочасовым (более 5 часов) замачиванием в свежем растворе глутаральдегида (125). Для ВУД используют более короткое замачивание в растворе глутаральдегида или гипохлорита натрия (125). Использование фенола или антисептиков не обеспечивает ВУД. Если проводилась холодная обработка (замачивание в растворах), инструменты после нее необходимо тщательно прополоскать. Инструменты, подвергнутые ВУД, можно прополоскать в кипяченой воде, подвергнутые стерилизации, ополаскивают в стерильной воде (более подробно обработка инструментов представлена в табл. 2.1).

Некоторые производители выпускают аспираторы и канюли из высококачественного пластика, которые сделаны так, чтобы подвергаться стерилизации автоклавированием. Другие пластиковые инструменты под действием высокой температуры при стерилизации растрескиваются или плавятся. Чтобы применять надлежащий метод дезинфекции, медицинские работники должны всегда уточнять его в инструкциях по применению оборудования. Кроме того, необходимо следовать рекомендациям производителей для всех средств, используемых при дезинфекции.

2.3 Медицинская помощь и наблюдение после аборта

Женщины должны получать надлежащую медицинскую помощь после искусственного или самопроизвольного аборта. Стратегия медицинской помощи после небезопасного аборта – снижение частоты осложнений и связанной с ними смертности, в том числе выполнение вакуумной аспирации при неполном аборте (см. раздел 2.2.6.2); контрацепция для предупреждения нежелательной беременности в будущем; предоставление контактов необходимых служб. Медицинская помощь после безопасного искусственного аборта не требует посещения женщиной лечебно-профилактического учреждения, если она владеет информацией о том, когда обращаться за медицинской помощью по поводу осложнений, получила необходимые

средства или информацию, отвечающую ее потребностям в контрацепции.

Перед тем как покинуть лечебно-профилактическое учреждение все женщины должны получить информацию о контрацепции. Им следует предложить консультирование по данной проблеме и средства контрацепции после аборта, в том числе посткоитальной. Применять любые методы контрацепции, в том числе ВМК и гормональную контрацепцию, можно сразу после хирургического или медикаментозного аборта. При назначении учитывают состояние женщины и ограничения каждого метода (см. Приложение 6). Некоторые методы контрацепции не могут применяться сразу после аборта: влагалищную диафрагму и шеечный колпачок начинают применять не ранее чем через 6 недель после аборта во II триместре беременности. Применение ритмических методов возможно только после восстановления регулярных менструаций (127). Введение ВМК сразу после аборта более эффективно предупреждает нежелательную беременность, чем отсроченное введение (128–130). Несмотря на безопасность, при введении ВМК после аборта во II триместре беременности повышен риск его изгнания (131). При медикаментозном аборте гормональную контрацепцию можно начинать одновременно с первым приемом препаратов для прерывания беременности, перед введением ВМК или стерилизацией следует убедиться, что беременность прервана. Если женщина просит выполнить ей стерилизацию, требуется особое внимание, чтобы гарантировать, что на ее выбор не повлияла суть момента.

Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности, должны быть в состоянии обеспечить женщину выбранным методом контрацепции. Если это невозможно (например, стерилизацию редко выполняют в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь), женщине должна быть предоставлена информация о том, где и как она сможет получить его, и предложен временный метод контрацепции. Для отсутствующих

методов лечебно-профилактическое учреждение должно разработать систему прямого направления, обеспечивающую получение женщиной выбранного метода контрацепции. Все женщины должны получить информацию о посткоитальной контрацепции. Следует рассмотреть возможность обеспечения женщин средствами посткоитальной контрацепции, которые они могут хранить дома. Это особенно касается женщин, выбирающих основным методом контрацепции презервативы, а также тех, кто решил отложить начало применения контрацепции.

Медицинские работники должны обсудить профилактику ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, и важность использования презервативов, если женщина выбирает другие методы контрацепции (127). Информации о профилактике инфекций придают особое значение при консультировании женщин, относящихся к группе риска, в местностях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и других ИППП. Консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и обследования на нее должно быть доступно в данном лечебно-профилактическом учреждении или при направлении в другие. Должны пропагандироваться методы двойной защиты – применение одного метода (презервативов) или их комбинаций, чтобы предупреждать как беременность, так и ИППП.

Женщины, которым выполняется искусственный аборт, должны получить простые, четкие, устные и письменные инструкции о том, что делать после того, как они покинут лечебно-профилактическое учреждение, и как распознать осложнения, требующие обращения за медицинской помощью. Эти инструкции включают воздержание от половых сношений и введения любых средств во влагалище до прекращения кровянистых выделений; доступность контрацепции, в том числе посткоитальной, чтобы избежать беременности (фертильность может восстановиться уже через 2 недели после аборта); необходимость посещения лечебно-профилактического учреждения при усилении боли внизу живота, обильном кровотечении или лихорадке (19). В течение периода до завершения медикаментозного

аборта женщина должна быть в состоянии в любое время обратиться к врачу или другому медицинскому работнику, который сможет ответить на вопросы и оказать помощь.

2.3.1 Хирургические методы прерывания беременности

Во время наблюдения после хирургического аборта в лечебно-профилактическом учреждении персонал должен обеспечить женщине покой и поддержку, наблюдать за ее восстановлением. Медицинские работники должны уделять особое внимание жалобам женщины на боль, поскольку она может быть вызвана перфорацией матки (возможно наблюдение, может потребоваться лапаротомия) или острой гематометрой (скопление крови в полости матки, для устранения которого может потребоваться повторная вакуумная аспирация). Важно уточнить размер матки при бимануальном исследовании, особенно при прерывании беременности поздних сроков. В отсутствие осложнений большинство женщин могут покинуть лечебно-профилактическое учреждение, как только они чувствуют себя в состоянии сделать это, а их основные физиологические показатели пришли в норму (19). После прерывания беременности поздних сроков, глубокой седации и общей анестезии восстановление может быть более продолжительным и потребовать более пристального наблюдения.

После хирургического аборта возможны необильные менструальноподобное кровотечение или кровянистые выделения в течение нескольких недель. Женщины должны знать, что при медикаментозном аборте кровотечение может быть сходно по объему с обильной менструацией или быть более обильным. Симптомы, требующие обращения за медицинской помощью, включают обильное кровотечение, лихорадку в течение более суток, усиление боли внизу живота или, изредка, признаки развивающейся беременности. Тошнота, иногда с рвотой обычно исчезает в течение 24 часов после хирургического аборта. Персонал должен объяснить женщине, что она может испытывать схваткообразную боль, которая существенно уменьшается

после приема нестероидных противовоспалительных средств, отпускаемых без рецепта врача, например ибупрофена. Для женщин, которые не умеют читать, информация о том, как распознать осложнения, а также как и куда обращаться за медицинской помощью, должна быть доступна в виде картинок.

После аборта в I триместре беременности большинство женщин могут вернуться к повседневной физической активности и исполнению своих обязанностей через несколько часов или дней (19). Женщинам, перенесшим хирургический аборт, можно предложить повторно посетить лечебно-профилактическое учреждение в течение 2 недель после аборта для консультирования квалифицированным медицинским работником. Эта консультация предоставляет медицинским работникам возможность при необходимости обсудить с женщиной перенесенный опыт. Например, женщины, которым искусственный аборт был выполнен по медицинским показаниям или после изнасилования, могут нуждаться в обсуждении ощущаемой ими потери или раздвоения чувств, либо в дополнительном консультировании.

2.3.2 Медикаментозные методы прерывания беременности

В связи с высокой эффективностью комбинации мифепристона и мизопростала для медикаментозного прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней), наблюдать женщин, чтобы подтвердить полный аборт, не нужно. Тем не менее, женщинам рекомендуют повторно посетить лечебно-профилактическое учреждение при наличии признаков развивающейся беременности или по другим медицинским показаниям, например при длительном обильном кровотечении или лихорадке. Если для медикаментозного аборта применяется мизопростол в монорежиме, женщина должна посетить лечебно-профилактическое учреждение повторно, чтобы подтвердить полный аборт, через 7–14 дней после применения мизопростала.

Если принятый протокол применения комбинации мифепристона и мизопростала для прерывания беременности сроком до 9 недель требует наблюдения женщин в течение 4–6 часов после применения мизопростала, по возможности следует подтвердить полный аборт за этот период. Для этого обычно осматривают выделения на прокладках или содержимое подкладных суден для выявления плодного яйца.

Полный аборт можно подтвердить при гинекологическом исследовании, ультразвуковом исследовании органов малого таза и при повторном исследовании уровня ХГ. При использовании последнего метода следует помнить, что в некоторых случаях низкий уровень ХГ может определяться до 4 недель после изгнания плодного яйца. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать развивающуюся беременность, измерить толщину эндометрия, однако оно неинформативно для диагностики неполного аборта и может приводить к нецелесообразным хирургическим вмешательствам (132). Если признаки беременности сохраняются или кровянистые выделения незначительные, беременность, по-видимому, продолжает развиваться.

Если беременность не прервана, женщине предлагают вакуумную аспирацию или повторное применение мизопростала. Данные о риске пороков развития плода при неэффективном медикаментозном аборте немногочисленны и неубедительны. Следовательно, настаивать на прерывании развивающейся беременности, если женщина желает сохранить ее, не нужно. Тем не менее, следует информировать женщину, что в связи с тем, что влияние препаратов, вызывающих медикаментозный аборт, на плод неизвестно, необходимо наблюдение (12, 133).

При неполном аборте возможно наблюдение. Исключение составляют случаи обильного кровотечения из влагалища. Можно также предложить повторное назначение мизопростала или хирургическое вмешательство. В связи с более высоким риском кровотечения и неполного аборта при прерывании беременности сроком более 12 недель все женщины должны оставаться под клиническим наблюдением до изгнания плода и плаценты. Кроме того, в лечебно-профилактическом учреждении следует проводить медикаментозные аборты после 9-й недели беременности, хотя сейчас и проводится исследование приемлемости и безопасности прерывания беременности данного срока дома.

Литература

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *Journal of the Indian Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
24. Winikoff B et al. 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*, 1997, 176:431–437.
25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.

29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.
47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
56. Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.

57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCutthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.
70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with

- reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
 85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
 86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
 87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
 88. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
 89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
 90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.
 91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
 92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
 93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
 94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
 95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
 96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
 97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
 98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
 99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
 100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
 101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
 102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina à Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
 103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
 104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
 105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
 106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
 107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
 108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
 109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
 110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.

111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.
114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. *WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

ГЛАВА 3

ГЛАВА 3

Планирование и оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Реферат

Планирование и оказание медицинской помощи по безопасному разрешенному законом искусственному прерыванию беременности требует обсуждения целого ряда вопросов, касающихся системы здравоохранения. Они применимы для государственной, частной и некоммерческой систем оказания медицинской помощи. В большинстве случаев незначительные изменения имеющихся лечебно-профилактических учреждений, приобретение минимального дополнительного оборудования и лекарственных средств и/или предоставление базового обучения способствуют появлению данного вида медицинской помощи там, где она отсутствовала, либо повышению качества, безопасности, эффективности и пропускной способности имеющейся службы. Создание и/или укрепление существующей медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности должно основываться на тщательном планировании с учетом перечисленных ниже принципов и рекомендаций, которые были разработаны при изучении соответствующей научной литературы и в ходе недавних консультаций, проведенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (указаны ссылки на электронные публикации).

- *Создание национальных стандартов и рекомендаций, облегчающих доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и ее оказание в полном соответствии с действующим законодательством. Стандарты и рекомендации должны охватывать следующие вопросы: типы медицинской помощи по прерыванию беременности, где и кем она может быть оказана; необходимые оборудование, инструменты, лекарственные средства, возможности лечебно-профилактических учреждений; механизмы*

направления женщин в другие лечебно-профилактические учреждения; уважение прав женщины на информированное принятие решения, независимость, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни. Особое внимание следует уделять нуждам подростков, жертв изнасилования, возможности отказа медицинских работников от выполнения аборта по религиозным соображениям.

- *Обеспечение профессиональных навыков и качества труда медицинских работников* работников через обучение; курацию, обеспечивающую поддержку и помощь; наблюдение, оценку и другие мероприятия по улучшению качества. Обучение должно основываться на квалификации медицинских работников и быть направлено на их отношение к выполнению безопасного искусственного аборта и этические вопросы его проведения (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). Наблюдение и оценка включают сбор стандартных статистических данных и индикаторов безопасного прерывания беременности, применение регламентов проверки, периодическое проведение специальных исследований, а также механизмы обратной связи, обеспечивающие непрерывное повышение качества (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).
- *Финансирование.* Бюджет медицинской услуги должен включать заработную плату персонала, затраты на обучающие программы, оборудование, лекарственные средства, поставки и капитальные затраты. Следует рассмотреть также, как сделать

данную услугу финансово доступной для женщин, которые в ней нуждаются. Дополнительные расходы при включении безопасного прерывания беременности в перечень предоставляемых медицинских услуг, по-видимому, невелики по сравнению с затратами системы здравоохранения на лечение осложненных небезопасных абортов и пользой для здоровья женщин (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).

- *Систематический подход к развитию стратегий и программ* означает планирование и внедрение стратегий и программ с учетом конечного результата – пропаганды здоровья и прав женщин. Систематический подход включает оценку имеющейся ситуации; внедрение мероприятий и пилотную оценку их выполнимости, приемлемости и эффективности; крупномасштабное внедрение успешных мероприятий, чтобы их преимущества смогли шире повлиять на деятельность системы здравоохранения, здоровье и благополучие женщин, их семей и общества (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html).

3.1 Введение

В этой главе рассматриваются вопросы создания и/или укрепления медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Выделены ключевые компоненты этого вида медицинской помощи, описан процесс введения в действие стратегий, программ и служб, в том числе затронуты такие вопросы, как оценка нужд и приоритетов, пилотное изучение мероприятий и крупномасштабное внедрение наиболее эффективных из них.

Политики и руководители системы здравоохранения, работающие в сфере репродуктивного здоровья, должны гарантировать, что медицинская помощь по безопасному прерыванию беременности легко достижима и доступна в полном соответствии с действующим законодательством. Женщины прерывают беременность во всех странах мира. В странах, где искусственные аборты разрешены законом,

легко достижимы и доступны, они обычно являются безопасными; в странах, где доступ к искусственным абортам сильно ограничен, они чаще оказываются небезопасными (1, 2). Законодательство, регулирующее выполнение искусственных абортов, и система здравоохранения должны защищать здоровье всех женщин, в том числе подростков, и их права человека. Они не должны создавать ситуации, заставляющие женщин и подростков прибегать к небезопасным абортам. В большинстве стран имеется по крайней мере одно разрешенное законом показание к выполнению безопасного аборта. Однако в странах с жесткими правовыми ограничениями оказание медицинской помощи может сводиться преимущественно к лечению осложнений небезопасного аборта. Такое лечение часто относят к «медицинской помощи после прерывания беременности». Неотложная медицинская помощь по поводу осложнений аборта необходима для снижения летальности небезопасного аборта и наносимого им ущерба, но она не может заменить защиту здоровья и прав женщин, предоставляемую разрешенным законом безопасным искусственным абортom.

3.2 Совокупность медицинских услуг

Медицинская помощь по прерыванию беременности должна быть интегрирована в систему здравоохранения (как государственная или публично финансируемая некоммерческая медицинская услуга), чтобы подтвердить ее статус разрешенной законом медицинской услуги, защитить от общественного осуждения и дискриминации женщин и медицинских работников.

Совокупность медицинских услуг должна включать по крайней мере следующее:

- предоставление точной с медицинской точки зрения информации об искусственном аборте в форме, которую женщина может понять и запомнить, и, по желанию женщины, недирективное консультирование, чтобы облегчить принятие информированного решения;

- безотлагательное оказание медицинской помощи по прерыванию беременности;
- своевременное лечение осложнений аборта, в том числе небезопасного;
- предоставление информации о контрацепции, соответствующей медицинской помощи и при необходимости направление в другие лечебно-профилактические учреждения, чтобы предупредить повторные нежелательные беременности и снизить потребность в абортах.

Доступность безопасного аборта зависит не только от доступности соответствующей медицинской помощи, но и от того, как она предоставляется, и какое лечение проводится в данной клинической ситуации. При оказании медицинской помощи следует уважать достоинство женщины, гарантировать ее право на неприкосновенность частной жизни, учитывать ее нужды и мнение. Следует уделять особое внимание нуждам бедных, подростков, других уязвимых и обособленных групп населения.

3.3 Стандарты и рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины

Во многих странах основанные на принципах доказательной медицины стандарты и рекомендации по оказанию медицинской помощи по прерыванию беременности, в том числе по лечению осложнений аборта, не существуют. Стандарты медицинской помощи по прерыванию беременности объясняют основные принципы и неотъемлемые требования к обеспечению справедливого доступа к разрешенной законом медицинской помощи по прерыванию беременности и ее достаточного качества. Рекомендации по медицинской помощи по прерыванию беременности — это основанные на принципах доказательной медицины установки по оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. В странах, где стандарты и рекомендации уже существуют, их регулярные

пересмотры и обновления гарантируют, что они способствуют физическому, психическому и социальному благополучию женщин, отражают передовой опыт. Стандарты и рекомендации следует разрабатывать и обновлять с целью устранения барьеров на пути к максимально высокому достижимому стандарту сексуального и репродуктивного здоровья.

3.3.1 Типы медицинской помощи по прерыванию беременности, места ее оказания и исполнители

Для обеспечения доступа к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности оказывающие ее лечебно-профилактические учреждения и квалифицированные медицинские работники должны быть доступны для всего населения. Документы, регламентирующие деятельность медицинских работников и лечебно-профилактических учреждений, должны быть основаны на передовом опыте и направлены на обеспечение безопасности, высокого качества и доступности медицинской помощи. Государственные и частные лечебно-профилактические учреждения, выполняющие искусственные аборты, должны быть доступны на всех уровнях системы здравоохранения, иметь надлежащие механизмы направления женщин между собой.

Медицинскую помощь по прерыванию беременности может безопасно оказывать любой квалифицированный медицинский работник, в том числе относящийся к среднему медицинскому персоналу (т. е. не врач) (3–5, 6). Термин «средний медицинский персонал» в данном документе обозначает различных медицинских работников, не имеющих высшего медицинского образования (акушеров, практикующих медицинских сестер, фельдшеров, помощников врачей, инспекторов благосостояния семьи и других), обученных выполнять основные клинические процедуры, связанные с сохранением репродуктивного здоровья, бимануальное исследование для определения срока беременности и положения матки, зондирование полости матки и другие трансцервикальные вмешательства.

Типы медицинской помощи по прерыванию беременности на разных уровнях системы здравоохранения

Участковые медицинские работники:

- санитарное просвещение / предоставление информации по вопросам, касающимся репродуктивного здоровья, в том числе контрацепции и искусственного аборта;
- распространение соответствующих средств контрацепции среди населения;
- предоставление информации о разрешенной законом медицинской помощи по диагностике и безопасному прерыванию беременности и направление в оказывающие ее лечебно-профилактические учреждения (все медицинские работники);
- выявление осложнений аборта и безотлагательное направление женщин на лечение (все медицинские работники);
- транспортировка в лечебно-профилактические учреждения для лечения осложнений аборта;
- выявление признаков изнасилования и направление жертв для получения медицинской и социальной помощи (все медицинские работники и другие ключевые специалисты, работающие с населением, например полицейские и учителя).

Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь:

- вся медицинская помощь, описанная для предыдущего уровня;
- консультирование по вопросам контрацепции, нежелательной беременности и искусственного аборта (все медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по охране репродуктивного здоровья);
- широкий спектр средств контрацепции, в том числе ВМК, подкожные имплантаты и инъекционные контрацептивы;
- вакуумная аспирация (ручная и электрическая) для прерывания беременности сроком до 12–14 недель (см. гл. 2);
- медикаментозные методы прерывания беременности сроком до 9 недель или до 12 недель, если женщина может оставаться в лечебно-профилактическом учреждении до завершения аборта (см. гл. 2);
- стабилизация клинического состояния, антимикробная терапия и эвакуация содержимого полости матки при осложнениях аборта;
- вакуумная аспирация или применения мизопростала при неполном аборте;
- неотложное направление женщин, нуждающихся в медицинской помощи по прерыванию беременности или лечению осложнений аборта, которая не может быть оказана на месте, в другие лечебно-профилактические учреждения.

Специализированные лечебно-профилактические учреждения:

- вся медицинская помощь, описанная для лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь;
- выполнение стерилизации помимо других методов контрацепции;
- прерывание беременности любого срока по всем показаниям в соответствии с действующим законодательством;
- лечение любых осложнений аборта;
- предоставление информации и создание программ, охватывающих всю территорию обслуживания;
- обучение всех медицинских работников, имеющих отношение к медицинской помощи по прерыванию беременности, выполнению искусственного аборта

Эти медицинские работники могут быть обучены оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности.

Медицинская помощь в рамках прерывания беременности в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, а также аналогичная амбулаторная медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь более высокого уровня, безопасна, минимизирует стоимость и максимально повышает удобство и своевременность оказания медицинской помощи женщинам (7). Там, где возможностей для оказания высококачественной медицинской помощи по прерыванию беременности в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, пока нет, необходима система направления женщин в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь более высокого уровня (рамка 3.1). Возможность применения мизопростала дома после назначения мифепристона в лечебно-профилактическом учреждении может дополнительно повысить конфиденциальность, удобство и приемлемость данного вида медицинской помощи, не снижая ее безопасности (8–10). Оказание медицинской помощи по прерыванию беременности в стационаре должно быть оставлено за прерыванием беременности сроком более 9 недель (63 дней) и лечением тяжелых осложнений аборта (см. гл. 2).

3.3.1.1 Участковые медицинские работники

Участковые медицинские работники могут играть ведущую роль в предупреждении нежелательных беременностей, предоставляя информацию о контрацепции, проводя соответствующее консультирование, распространяя средства контрацепции и информируя о риске небезопасного аборта (11). Они могут также предоставлять женщинам информацию о том, где можно получить тест на беременность, выполнить разрешенный законом безопасный аборт, направлять женщин с осложнениями небезопасного

аборта, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, в лечебно-профилактические учреждения. Провизоры и фармацевты, как и участковые медицинские работники, могут содействовать предупреждению нежелательной беременности, предоставляя точную информацию о контрацепции, а также средства контрацепции. Они могут предоставлять женщинам также тесты на беременность и направлять в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности.

3.3.1.2. Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь

И вакуумная аспирация, и медикаментозный аборт могут выполняться в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, амбулаторно, не требуют обширных технических знаний и навыков, дорогого оборудования (например, аппарата для ультразвукового исследования) или полного штата медицинских работников (например, анестезиолога) (12). Персонал, оказывающий первичную медицинскую помощь, обычно включает медицинских сестер, акушеров, другой младший и средний медицинский персонал и, иногда, врачей. Медицинские работники, имеющие навыки выполнения бимануального исследования для диагностики и определения срока беременности, и трансцервикальных вмешательств, таких, как введение внутриматочного контрацептива (ВМК), могут быть обучены выполнению вакуумной аспирации (5, 6, 13–15). В странах, где медикаментозные методы прерывания беременности зарегистрированы и доступны, средний медицинский персонал может также назначать соответствующие препараты и наблюдать за течением медикаментозного аборта (3, 16, 17). Должны существовать механизмы направления женщин в лечебно-профилактические учреждения более высокого уровня как для вакуумной аспирации, так и для медикаментозного аборта (12).

3.3.1.3 Специализированные лечебно-профилактические учреждения

Специализированные лечебно-профилактические учреждения должны иметь персонал и возможности выполнения искусственных аборт по всем разрешенным законом показаниям и лечить любые осложнения аборта.

3.3.2 Методы прерывания беременности

Уважение выбора женщиной одного из безопасных и эффективных методов прерывания беременности — большая ценность системы здравоохранения. Хотя выбор методов будет отражать ее возможности, даже системы, наиболее ограниченные в ресурсах, должны быть в состоянии проводить медикаментозные аборты и ручную вакуумную аспирацию. Если предложить несколько методов на выбор невозможно, должен быть доступен по крайней мере один рекомендуемый метод. Вакуумная аспирация и медикаментозные методы должны быть также широко доступны для лечения женщин с осложнениями самопроизвольного и небезопасного аборта.

3.3.3. Сертификация и лицензирование медицинских работников и лечебно-профилактических учреждений

В странах, где требуется сертификация медицинских работников, выполняющих искусственные аборты, она должна гарантировать, что медицинские работники соответствуют критериям, включенным в национальные стандарты оказания медицинской помощи по прерыванию беременности. Сертификация не должна создавать барьеры на пути женщин к получению разрешенной законом медицинской помощи. Сертификация и лицензирование медицинской помощи по прерыванию беременности должны быть аналогичны таковым для других медицинских процедур и не должны ограничивать доступность данного вида медицинской помощи и препятствовать ее оказанию.

Критерии лицензирования, если они требуются, не должны устанавливать избыточные требования к инфраструктуре,

оборудованию или персоналу, которые необязательны для оказания медицинской помощи в рамках безопасного прерывания беременности. Чтобы облегчать, а не ограничивать доступ к медицинской помощи, критерии лицензирования лечебно-профилактических учреждений должны четко дифференцировать требования к лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим первичную медицинскую помощь, и требованиям к консультативным лечебно-профилактическим учреждениям. Критерии лицензирования должны быть одинаковыми для государственных, частных и некоммерческих лечебно-профилактических учреждений.

3.3.4. Механизмы направления

Аналогично любым другим вмешательствам для оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности необходима хорошо функционирующая система направления в другие лечебно-профилактические учреждения. Своевременное направление в соответствующие лечебно-профилактические учреждения уменьшает сроки оказания медицинской помощи, повышает ее безопасность и может снижать тяжесть осложнений аборта (12).

3.3.5. Уважение прав женщины на информированное добровольное принятие решения, независимость, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; оказанием помощи подросткам и женщинам с особыми нуждами

Разработанные в соответствии с национальным законодательством, регламентирующим искусственные аборты, нормы и стандарты должны включать защиту прав всех женщин, в том числе подростков, на информированное и добровольное принятие решения, независимость в его принятии, отсутствие дискриминации, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни (18). Эти права человека закреплены в национальных и региональных соглашениях по правам человека, а также в национальных конституциях и законодательствах.

3.3.5.1 Информированное и добровольное принятие решения

В зависимости от контекста и индивидуальной ситуации женщина, пытающаяся принять решение о судьбе нежелательной беременности, может чувствовать себя уязвимой. Она нуждается в уважении и понимании. Чтобы принять решение без побуждения, принуждения и дискриминации, женщина нуждается в информации, которую ей следует предоставить в понятной форме. Медицинские работники должны быть обучены поддерживать женщину в информированном и добровольном принятии решения. Они должны остерегаться ситуаций, в которых женщину могут принуждать прервать беременность против ее воли, в том числе в связи с состоянием ее здоровья, например при наличии ВИЧ-инфекции. В таких случаях необходимо убедиться, что женщина полностью информирована и принимает решение независимо.

3.3.5.2 Разрешение третьего лица

Женщина, обращающаяся за медицинской помощью по прерыванию беременности, является независимым взрослым человеком. Независимость означает, что дееспособный взрослый человек не нуждается в разрешении третьего лица, например мужа, полового партнера, родителя или опекуна, на доступ к медицинской помощи. В связи с этим медицинские работники не должны требовать разрешения третьего лица, если только этого не требует закон и соответствующие нормативные документы.

Подростков может удерживать от обращения за необходимой медицинской помощью мысль о том, что от них требуют разрешение от родителей или опекунов. Это повышает вероятность их обращения к лицам, выполняющим аборт подпольно. В связи с этим медицинские работники должны уметь информировать, консультировать и лечить подростков в соответствии с их возможностями понимать предлагаемые варианты лечения, а не с произвольно определенным возрастным цензом (19). Медицинские работники должны поддерживать подростков в определении того, что больше всего соответствует их интересам, в

том числе проводить консультирование родителей и других близких подросткам взрослых по вопросам подростковой беременности, лишённое предубеждения, дискриминации и принуждения.

3.3.5.3 Защита лиц с особыми нуждами

В зависимости от контекста незамужние женщины, подростки, женщины, живущие в крайней бедности, принадлежащие к этническим меньшинствам, беженцы и другие перемещенные лица, инвалиды и жертвы жестокого обращения в семье могут иметь барьеры на пути к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Медицинские работники должны гарантировать уважение и отсутствие дискриминации при ее оказании любой женщине.

Стигмы и дискриминация, связанные с тяжелым физическим или психическим заболеванием, а также с состоянием здоровья, например ВИЧ-инфицированных, широко распространены и могут быть причиной принуждения женщины к прерыванию беременности. Принуждение не допустимо, поскольку оскорбляет достоинство женщины и нарушает ее право на информированное согласие (20). Таким образом, медицинские работники с позиций соблюдения прав человека обязаны гарантировать, что женщина не является объектом принуждения и что она получила всю необходимую психологическую, социальную и медицинскую помощь, поддерживающую ее выбор.

3.3.5.4 Конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни

Страх разглашения удерживает многих женщин, особенно подростков и незамужних женщин, от обращения за разрешенной законом медицинской помощью по безопасному прерыванию беременности и может привести их к лицам, выполняющим аборт подпольно, или заставить прервать беременность самостоятельно. Конфиденциальность — основной принцип медицинской этики, один из аспектов права на неприкосновенность частной жизни (21), поэтому она должна гарантироваться

Таблица 3.1 Лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, необходимые для оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Процедуры	Лекарственные средства и расходные материалы	Оборудование
Обследование Хирургический аборт (оборудование для расширения канала шейки матки и эвакуации (РЭ) выделено полужирным шрифтом)	• Чистые смотровые перчатки • Чистая вода • Моющее средство или мыло • Средство для подготовки шейки матки (мизопростол в таблетках, осмотические расширители, мифепристон) • Средства для обезболивания (анальгетики, транквилизаторы) • Перчатки • Халат, средства для защиты лица • Иглы (спинальные иглы 22 G для парацервикальной блокады и иглы 21 G для введения препаратов) • Шприцы (5, 10 и 20 мл) • Лидокаин для парацервикальной анестезии • Марлевые тампоны и ватные шарики • Раствор антисептика для обработки шейки матки (не содержащий спирта) • Раствор для замачивания инструментов • Растворы и материалы для стерилизации и высокоуровневой дезинфекции • Силикон для смазывания шприцев	• Аппарат для измерения артериального давления • Фонендоскоп • Влагалищное зеркало (достаточно широкое, чтобы получить доступ к шейке матки, и короткое, чтобы не утапливать ее, при наличии ассистента – зеркало Симса) • Пулевые щипцы (атравматические пулевые щипцы) • Набор конических расширителей до 37 мм (до 51 мм) или эквивалентного размера • Электрический вакуумный аспиратор (с канюлями диаметром 14 или 16 мм) или ручной вакуумный аспиратор с канюлями диаметром до 12 мм • Абортцанг Бирера (большой и малый) • Абортцанг Софера (малый) • Большая гибкая послеродовая кюретка • Окончатый зажим Келли • Емкость из нержавеющей стали для приготовления растворов • Столик для инструментов • Прозрачная стеклянная чаша для осмотра удаленных тканей • Сетка (металлическая, стеклянная или марлевая)
Медикаментозный аборт	• Мифепристон • Мизопростол • Препараты для обезболивания	• Отдельные помещения с креслами, не связанные с помещениями, в которых проводят родовое наблюдение и роды, для женщин, ожидающих изгнание плодного яйца в лечебно-профилактическом учреждении • Отвечающие требованиям туалетные комнаты
Восстановительный период	• Прокладки или вата • Анальгетики • Антимикробные средства • Информация о том, как вести себя после процедуры • Средства контрацепции, соответствующая информация и/или механизмы направления в другие лечебно-профилактические учреждения	• Аппарат для измерения артериального давления • Фонендоскоп
Лечение осложнений	• Антидоты наркотических анальгетиков • Утеротонические средства (окситоцин, мизопростол или эргометрин) • Капельницы и растворы для внутривенного введения (физиологический раствор, раствор лактата натрия, раствор глюкозы) • Четкие механизмы направления в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь более высокого уровня (при необходимости)	• Кислород и мешок Амбу • Аппарат для ультразвукового исследования (необязательно) • Длинный иглодержатель и шовный материал • Ножницы • Материал для тампонады матки

при оказании медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. В связи с этим медицинские работники обязаны защищать медицинскую информацию от несанкционированного разглашения и гарантировать, что женщина, разрешившая передачу конфиденциальной информации о себе другим лицам, сделала это добровольно и владея точной информацией. Подросткам, которые считаются достаточно взрослыми для того, чтобы их консультировали в отсутствие родителей или других лиц, предоставляют право на неприкосновенность частной жизни. Они могут требовать конфиденциального оказания медицинской помощи (см. раздел 3.3.5.2).

Медицинские работники должны гарантировать, что при проведении бесед между ними и женщинами и непосредственном оказании медицинской помощи соблюдается право на неприкосновенность частной жизни. Например, в помещениях, где выполняются вмешательства, должны быть обеспечены зрительное и слуховое уединение, а при выполнении искусственного аборта должен присутствовать только необходимый для этого персонал. Необходимо отдельное помещение для раздевания, окна должны быть занавешены, во время вмешательства женщина должна быть накрыта тканевыми или бумажными простынями.

3.3.5.5. Оказание помощи жертвам изнасилования

Женщины, у которых беременность наступила в результате изнасилования, особенно нуждаются в чутком обращении. Все уровни системы здравоохранения должны быть в состоянии оказать им надлежащую помощь и поддержку. Следует тщательно разработать стандарты и рекомендации по прерыванию беременности в таких случаях. Соответствующее обучение должны пройти медицинские работники и сотрудники полиции. Стандарты не должны устанавливать ненужные административные и судебные процедуры, например требовать от женщины поддерживать обвинение или опознавать насильника (22).

В идеале эти стандарты должны быть частью общих стандартов и рекомендаций по оказанию помощи жертвам изнасилования, охватывающих физическую и психологическую помощь, посткоитальную контрацепцию, постэкспозиционную профилактику ВИЧ-инфекции, лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и травм, сбор вещественных доказательств, консультирование и наблюдение (20).

3.3.6 Отказ медицинских работников от выполнения аборта по религиозным соображениям

Медицинские работники иногда отказываются от оказания медицинской помощи по прерыванию беременности по религиозным соображениям, не направляя женщин к другим медицинским работникам. Медицинский работник имеет право на отказ от выполнения искусственного аборта, но не имеет права затруднять женщине доступ к разрешенной законом медицинской помощи или отказывать в ней, поскольку отсрочка оказания медицинской помощи ставит под угрозу ее здоровье и жизнь. В таких случаях медицинский работник, действуя в соответствии с национальным законодательством, должен направить женщину к квалифицированному медицинскому работнику, не возражающему против искусственного аборта и работающего в том же или другом, легко достижимом лечебно-профилактическом учреждении. Если такое направление невозможно, медицинский работник, отказывающийся от выполнения искусственного аборта, должен выполнить его, чтобы спасти женщине жизнь и предупредить серьезный ущерб ее здоровью. Женщины, обращающиеся с осложнениями небезопасного или криминального аборта, требуют оказания неотложной медицинской помощи и уважительного обращения, как любые другие больные, нуждающиеся в неотложной помощи, без обвинений, предубеждения и предвзятости (см. также гл. 4).

3.4 Оснащение лечебно-профилактических учреждений и обучение медицинских работников

Оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности требует надлежащего оснащения лечебно-профилактических учреждений и хорошо обученных медицинских работников. Руководители системы здравоохранения несут ответственность за обеспечение непрерывного и своевременного материально-технического снабжения имеющихся лечебно-профилактических учреждений, распределения всего медицинского оборудования, лекарственных средств, средств контрацепции и материалов, необходимых для безопасного оказания медицинской помощи. Кроме того, требуется надлежащее обучение медицинских работников до и в процессе оказания медицинской помощи, основанное на регулярно обновляющихся рекомендациях по оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности.

3.4.1 Подготовка и оснащение лечебно-профилактических учреждений

Для оказания безопасной медицинской помощи по прерыванию беременности лечебно-профилактические учреждения должны быть хорошо подготовлены и оснащены. Вспомогательные службы, такие, как материально-техническое снабжение, логистика цепей поставок и механизмы финансирования, так же важны, как обучение медицинских работников внедрению новых услуг. Если медицинская помощь по прерыванию беременности уже оказывается, модернизация инфраструктуры может способствовать повышению эффективности оказания помощи, неприкосновенности частной жизни и удовлетворения женщинами оказанной медицинской помощью, а внедрение усовершенствованных методов, таких, как вакуумная аспирация и медикаментозный аборт – повысить безопасность и снизить расходы (23, 24).

3.4.1.1 Необходимые оборудование, лекарственные средства и расходные материалы

Большая часть оборудования, лекарственных средств и расходных материалов, необходимых для выполнения вакуумной аспирации (ручной или электрической) и медикаментозного аборта (табл. 3.1) используются и для других гинекологических вмешательств.

Переход к вакуумной аспирации с помощью пластиковых канюль зависит от официального одобрения метода и наличия инструментов на местах. В странах, где инструменты для ручной вакуумной аспирации (РВА) не одобрены к применению, необходимо приложить усилия, чтобы они были добавлены в государственный список стандартного оборудования.

Эти инструменты и лекарственные средства должны постоянно учитываться при планировании, составлении бюджета, материально-техническом снабжении, в системах распределения и управления. Критерии выбора инструментов включают качество, прочность, стоимость и возможности системы обеспечивать их постоянное наличие и техническое обслуживание на протяжении времени. Мифепристон и мизопростол для медикаментозного аборта, как и другие лекарственные средства, следует получать у производителей, придерживающихся надлежащей практики организации производства (GMP).

Инструменты для РВА могут быть как для однократного, так и для многократного применения. Если предполагается повторное применение инструментов, необходимо закупать те, которые смогут выдержать многократные применение, мытье, высокоуровневую дезинфекцию или стерилизацию, а также обеспечить снабжение расходными средствами для дезинфекции / стерилизации. Инструменты для однократного применения следует тщательно утилизировать, чтобы избежать угрозы здоровью медицинских работников и населения. Использование инструментов для многократного применения снижает затраты, однако следует строго придерживаться рекомендаций по их мытью и дезинфекции (см. гл. 2).

Рекомендуемая программа обучения медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по прерыванию беременности

Основы оказания медицинской помощи по прерыванию беременности:

- правовые и регулятивные нормы, условия страхования;
- медицинские последствия небезопасного аборта;
- этические обязательства при прерывании беременности (направление женщин для оказания медицинской помощи, если медицинский работник отказывается от выполнения аборта по религиозным соображениям) и лечении осложнений небезопасного аборта;
- национальные стандарты и рекомендации по оказанию медицинской помощи по прерыванию беременности;
- права человека, связанные с получением медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности.

Консультирование и общение медицинского работника и пациента:

- выяснение мнения и позиций медицинского работника по вопросам прерывания беременности;
- конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни;
- межличностные отношения и навыки консультирования;
- информация об аборте и контрацепции;
- проблемы ВИЧ-инфекции и других ИППП, а также сопряженные с ними риски;
- внимание к нуждам всех женщин, в том числе подростков, бедных, представителей этнических меньшинств, перемещенных лиц и беженцев, инвалидов, жертв изнасилования, ВИЧ-инфицированных и больных другими ИППП;
- выявление признаков насилия, рекомендации по получению дополнительного консультирования и помощи;
- принятие информированного решения.

Клинические навыки:

- знания анатомии и физиологии, необходимые для понимания течения беременности и ее прерывания;
- обследование перед искусственным абортом (сбор анамнеза, исследования, определение срока беременности);
- диагностика ИППП;
- расширение канала шейки матки;
- эвакуация содержимого полости матки;
- профилактика инфекционных осложнений;
- обезболивание;
- выявление и лечение осложнений аборта;
- лечение и помощь после аборта, в том числе предоставление информации о контрацепции, соответствующее консультирование, предоставление средств контрацепции;
- критерии и механизмы направления в другие лечебно-профилактические учреждения.

Административные / управленческие вопросы и контроль качества:

- организация медицинской помощи, обеспечивающая эффективное оказание медицинской помощи при условии сохранения конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни;
- ведение медицинской документации, предоставление статистических данных об оказании данного вида медицинской помощи;
- механизмы сохранения конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни;
- материально-техническое снабжение и управление им, учет и распределение оборудования;
- наблюдение, оценка, улучшение и контроль качества;
- эффективные механизмы направления и транспортировки;
- стандарты курации.

3.4.1.2 Нормативные требования к лекарственным средствам и инструментам

В каждой стране имеются определенные нормативные требования к регистрации и импорту лекарственных средств и медицинского оборудования, в частности инструментов для РВА. Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ, принятый многими странами в качестве национального перечня основных лекарственных средств, включает комбинацию мифепристона и мизопростала для медикаментозного аборта, мизопростол в монорежиме для лечения неполного и самопроизвольного аборта, ненаркотические анальгетики, в частности нестероидные противовоспалительные средства (например, ибупрофен), транквилизаторы (например, диазепам) и местные анестетики (например, лидокаин) (25). Включение в национальный перечень основных лекарственных средств обычно означает, что лекарственное средство зарегистрировано и доступно в стране. Некоторые страны позволяют импортировать незарегистрированные препараты в соответствии с Сертификационной схемой ВОЗ для контроля качества лекарственных средств, являющихся объектом международной торговли (26).

Средства, включенные в табл. 3.1, необходимые для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности, должны быть включены в национальную программу управления обеспечением изделиями медицинского назначения и доступны медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь по прерыванию беременности.

3.4.2 Обеспечение профессиональных навыков и качества труда медицинских работников

3.4.2.1 Профессиональные навыки и обучение медицинских работников

Медицинским работникам, выполняющим вакуумную аспирацию для лечения неполного аборта, необходимо минимальное дополнительное обучение, чтобы научиться проводить это вмешательство для прерывания беременности. Все эти медицинские работники могут быть обучены также проведению медикаментозного аборта.

Помимо обучения профессиональным навыкам, необходимы занятия по разъяснению моральных ценностей, которые помогают медицинским работникам различать собственное мнение и позиции от нужд женщин, обращающихся за медицинской помощью по прерыванию беременности (27). Разъяснение моральных ценностей позволяет четко формулировать, как система личных ценностей медицинского работника влияет на его общение с женщиной, обратившейся за медицинской помощью по прерыванию беременности. Несмотря на стремление к объективности, предопределенное отрицательное отношение к абортам и выполняющим их женщинам часто влияет на профессиональные суждения и качество медицинской помощи (28, 29).

Во многих ситуациях обеспечение легкого доступа к разрешенной законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности всем женщинам, которые имеют на нее право, требует обучения средних медицинских работников (30–34). Сравнительные исследования не выявили различий в частоте осложнений аборта в I триместре беременности, выполненного с помощью РВА средним медицинским работником или врачом (6). Профессиональные навыки и ожидаемые результаты, утвержденные в стандартах и рекомендациях, должны служить основанием для обучения всех кадров, подходящих для оказания данного вида медицинской помощи. Медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности, должны периодически проходить дополнительное обучение на местах, чтобы убедиться, что их профессиональные навыки позволяют им оказывать этот вид медицинской помощи в соответствии со стандартами.

3.4.2.2 Программы обучения

Обучение искусственному прерыванию беременности, как и обучение другим медицинским вмешательствам, должно основываться на квалификации медицинских работников и проводиться в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих достаточный поток больных, чтобы обеспечить

Таблица 3.2. Индикаторы безопасного прерывания беременности ^a				
Область	Индикатор	Тип показателя	Тип индикатора (основной ^b , дополнительный ^c)	Источник данных
Доступ: доступность	Число лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности на 500 000 населения	Отношение	Дополнительный	HIS ^г
	Медицинские работники, обученные оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности в полном соответствии с действующим законодательством	Процент	Дополнительный	Исследование (лечебно-профилактическое учреждение)
	Население, живущее в пределах 2-часового пути от лечебно-профилактического учреждения, оказывающего медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности	Процент	Дополнительный	Исследование (население)
Доступ: информация	Население, знающее юридический статус прерывания беременности	Процент	Дополнительный	Исследование (население)
	Медицинские работники, знающие юридический статус прерывания беременности	Процент	Дополнительный	Исследование (лечебно-профилактическое учреждение)
Доступ: качество	Лечебно-профилактические учреждения, использующие методы прерывания беременности, рекомендованные ВОЗ	Процент	Дополнительный	Исследование (лечебно-профилактическое учреждение)
	Лечебно-профилактические учреждения, использующие методы лечения осложнений аборта, рекомендованные ВОЗ	Процент	Дополнительный	Исследование (лечебно-профилактическое учреждение)
Исход / воздействие	Госпитализация в акушерские и гинекологические стационары в связи с прерыванием беременности	Процент	Основной	HIS
	Число госпитализаций по поводу небезопасного аборта на 1000 женщин	Отношение	Дополнительный	HIS
	Число абортов на 1000 живорожденных	Отношение	Основной	HIS / исследование (население)
	Материнская смертность вследствие аборта	Процент	Основной	HIS / исследование (специальное) / запись актов гражданского состояния
^a Другие индикаторы, характеризующие универсальный доступ к медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья можно найти в ссылке 38. ^b Индикаторы, которые должны представлять все страны. ^c Индикаторы, которые могут представлять страны в зависимости от их потребностей, контекста и возможностей (например, при высоком охвате по основным индикаторам). ^г Система медицинской информации. Из ссылки 38, с изменениями.				

Вопросы для периодической оценки и анализа медицинской помощи по прерыванию беременности

Эти вопросы используются только с целью оценки; соответствующие рекомендации ВОЗ представлены в гл. 2, 3 и 4.

Доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Каковы юридические основания для выполнения искусственного аборта?

- по требованию;
- социально-экономические причины;
- состояние здоровья (не уточнено; состояния, определенные ВОЗ; отдельные состояния);
- состояние психического здоровья (не уточнено; отдельные состояния);
- состояние физического здоровья (не уточнено; отдельные состояния);
- изнасилование;
- инцест;
- спасение жизни.

Какова стоимость аборта для женщины?

- официальная оплата:
 - вознаграждение труда медицинского работника;
 - оплата, взимаемая лечебно-профилактическим учреждением;
- неофициальная оплата, взимаемая медицинскими работниками;
- транспортные расходы;
- расходы на размещение;
- скрытые издержки;
- покрытие за счет индивидуального страхования;
- покрытие за счет социального обеспечения.

Необходимо ли разрешение третьих лиц для выполнения аборта?

- разрешение родителя / опекуна или супруга / партнера;
- разрешение медицинской комиссии;
- разрешение более чем одного врача или специалиста.

Доступность медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Достаточно ли лечебно-профилактических учреждений для оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности для всех женщин, обращающихся за этой медицинской помощью?

- число лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности на 500 000 населения.

Каковы расходы лечебно-профилактического учреждения на оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности?

- труд медицинского работника;
- оборудование / инструменты и расходные материалы;
- лекарственные средства;
- обучение на рабочем месте;
- другие капитальные и регулярные расходы.

Какие статистические данные о прерывании беременности имеются?

- общее число госпитализаций в акушерские / гинекологические стационары;
- общее число искусственных абортов;
- общее число ранних и поздних осложнений;
- доля осложнений, потребовавших госпитализации;
- общее число осложнений (вследствие небезопасного или самопроизвольного аборта).

Какие методы прерывания беременности доступны и применяются?

При сроке беременности менее 12–14 недель:

- вакуумная аспирация;
- комбинация мифепристона и мизопростола;
- мизопростол в монорежиме;
- расширение канала шейки матки и выскабливание.

РАМКА 3.3 (продолжение)

При сроке беременности более 12–14 недель:

- расширение канала шейки матки и эвакуация;
- комбинация мифепристона и мизопростола;
- мизопростол в монорежиме;
- введение гипертонического раствора хлорида натрия;
- введение этакридина лактата.

Качество медицинской помощи

Достаточна ли квалификация медицинских работников для выполнения безопасного прерывания беременности?

- диагностика беременности;
- определение срока беременности;
- надлежащий метод хирургического прерывания беременности;
- надлежащее обезболивание;
- надлежащий метод медикаментозного прерывания беременности;
- надлежащее наблюдение

Проводятся ли регулярно профилактика инфекций и противоэпидемические мероприятия?

- регулярное соблюдение стандартных предосторожностей;
- извлечение инструментов, непосредственно применяемых при выполнении хирургического аборта, не рукой, а инструментом;
- предварительное замачивание использованных инструментов;
- мытье инструментов;
- высокоуровневая дезинфекция и стерилизация медицинских инструментов;
- антимикробная профилактика при проведении хирургического аборта.

Какие методы обезболивания доступны и какие методы применяются на самом деле?

- успокаивающая беседа;
- применение анальгетиков;
- местная анестезия;
- седация;
- общая анестезия.

Какие методы контрацепции доступны и какие средства контрацепции предоставляются женщинам?

- барьерные методы:
 - презервативы;
 - шеечные колпачки, влагалищные диафрагмы;
- ритмические методы;
- гормональные методы:
 - пероральные;
 - влагалищные кольца;
 - пластыри;
 - инъекционные;
 - подкожные имплантаты;
- ВМК;
- стерилизация;
- посткоитальная контрацепция.

Какие информационные и образовательные материалы доступны, какая информация регулярно предоставляется женщинам?

- о вмешательствах;
- о наблюдении и медицинской помощи после аборта;
- о контрацепции;
- по другим вопросам.

Предлагается ли консультирование всем женщинам?

- о вмешательствах;
- о наблюдении и медицинской помощи после аборта;
- о контрацепции;
- по другим вопросам.

Эффективно ли руководство службой?

- обычно проводится обучение на рабочем месте;
- надлежащая курация;
- достаточное финансирование;
- достаточное материально-техническое снабжение, распределение и пополнение запасов инструментов, лекарственных средств и расходных материалов;
- соответствующие управленческие информационные системы;
- механизмы улучшения / контроля качества;
- механизмы наблюдения и оценки оказываемой медицинской помощи.

РАМКА 3.3 (продолжение)

Имеется ли отвечающая требованиям система направления женщин:

- на искусственный аборт (особенно при отказе медицинского работника от выполнения аборта по религиозным соображениям);
- для лечения осложнений;
- для выбора метода контрацепции;
- для лечения инфекций половых органов;
- при жестоком обращении.

Соблюдается ли право женщины на неприкосновенность частной жизни при выполнении аборта

- зрительное уединение – во время обследования и выполнения вмешательства;
- слуховое уединение – во время консультирования, обследования и выполнения вмешательства;
- в помещении во время вмешательства находится только необходимый персонал;
- возможность применения мизопростола дома (после назначения мифепристона);
- туалетные комнаты, обеспечивающие уединение;
- осмотровые знаки и надписи для обозначения места оказания медицинской помощи по прерыванию беременности.

Соблюдается ли право женщины на конфиденциальность при выполнении аборта?

- ограниченный доступ к медицинской документации;
- конфиденциальность соблюдается в отношении всех женщин, включая подростков.

Минимизированы ли отсрочки лечения?

- нет обязательного периода ожидания;
- срок между обращением за медицинской помощью и назначенной датой вмешательства;
- время ожидания вмешательства;
- общее время пребывания в больнице / клинике.

Существуют ли другие барьеры на пути оказания медицинской помощи?

- требование предоставить результаты обследования на ВИЧ или других необязательных исследований;
- обязательное консультирование помимо предоставления достаточной информации, относящейся к медицинской помощи по прерыванию беременности;
- требование обязательного выполнения ультразвукового исследования перед абортom;
- требование, чтобы женщины прослушала сердцебиение плода перед абортom;
- требование внесения искусственного аборта в постоянную медицинскую документацию, что не позволяет гарантировать конфиденциальность.

Мнение женщины о медицинской помощи по прерыванию беременности

- были ли медицинский работник и персонал клиники дружелюбны и профессиональны?
- была ли предоставлена достаточная информация о вмешательстве, контрацепции и наблюдении?
- была ли возможность задать вопросы?
- получены ли ответы на заданные вопросы?
- соблюдалось ли право на неприкосновенность частной жизни?
- порекомендует ли женщина обращаться в данное лечебно-профилактическое учреждение?
- порекомендует ли женщина обращаться к данному медицинскому работнику?

Мнение медицинского работника

- соответствуют ли организация и оказание медицинской помощи по прерыванию беременности стандартам, основанным на принципах доказательной медицины?
- достаточно ли качество помощи?
- как можно повысить удовлетворение от выполняемой работы?
- достаточна ли поддержка куратора?
- достаточно ли на работе стимулов (например, заработная плата, вознаграждение, возможности для профессионального развития)?

всех учащихся необходимой практикой, в том числе лечения осложнений аборта. Кроме того, обучение должно затрагивать мнение и позиции медицинского работника по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе искусственного аборта, охраны конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни, уважительного обращения со всеми женщинами, внимания к особым нуждам подростков, жертв изнасилования и других групп населения, уязвимым в силу других медицинских и социально-экономических причин.

Обучение медицинских работников новым или усовершенствованным вмешательствам — мощный инструмент изменения клинической практики. Однако одного только обучения недостаточно. Чтобы внедрить полученные навыки, медицинским работникам после обучения нужны поддержка. Они должны работать в условиях, гарантирующих наличие необходимых лекарственных средств и оборудования, соразмерную заработную плату и профессиональное развитие и способствующих оказанию медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Необходима также курация, обеспечивающая поддержку и помощь и гарантирующая следование стандартам и рекомендациям. Рекомендуемое содержание программ обучения всех медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по прерыванию беременности, представлено в рамке 3.2

3.5 Наблюдение, оценка и повышение качества

Обеспечение высокого качества медицинской помощи по прерыванию беременности, как и любой другой медицинской помощи, зависит от эффективных наблюдения, оценки, гарантии и повышения качества. Тщательный сбор стандартных статистических данных, постоянные наблюдения и оценка на уровне лечебно-профилактических учреждений — ключевые компоненты управления программой. Обратная связь на основе анализа этих данных обеспечивает информацией, необходимой для облегчения доступа

к предоставляемой медицинской помощи, поддержания и повышения качества ее оказания.

3.5.1 Наблюдение

Наблюдение — это надзор за процессом оказания помощи, в том числе за его изменением с течением времени. Постоянное наблюдение помогает руководителям и кураторам выявлять проблемы, управлять ими или избегать их пока они не стали серьезными и непреодолимыми. Хорошее наблюдение включает общение с медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь, которые могут сделать важные замечания по улучшению ее качества. Хорошо спланированное наблюдение позволяет руководителям лечебно-профилактических учреждений и кураторам отвечать сотрудникам по сути выдвинутых ими проблем и привлекать персонал к внедрению принятых решений. Механизмы наблюдения, направленного на повышение качества медицинской помощи, на уровне лечебно-профилактического учреждения должны включать анализ стандартных статистических данных, разбор клинических случаев, анализ регистрационных журналов, визуальный контроль, применение регламентов проверки, оценку мощностей, проверку случаев материнской смертности и тяжелых осложнений, получение обратной связи от женщин. К стандартным статистическим данным о медицинской помощи по прерыванию беременности относятся число и возраст женщин, которым выполнено прерывание беременности, в зависимости от метода (вакуумная аспирация, медикаментозный аборт, РЭ) и срока беременности.

Наблюдение за национальными индикаторами безопасного прерывания беременности крайне важно, однако им в основном пренебрегают (35). Внедрение специфических индикаторов и получение статистических данных должно происходить в рамках наблюдения за выполнением национальных программ по охране материнства и репродуктивного здоровья. Данные об оказании медицинской помощи по прерыванию беременности, получаемые в лечебно-профилактическом учреждении, лучше включать в существующие управленческие информационные системы (например,

формы, регистрационные журналы, журналы учета оборудования, лекарственных средств и расходных материалов, регламенты проверки, истории болезни, журналы учета ежедневной активности), а не создавать отдельные (36, 37). Индикаторы безопасного прерывания беременности ВОЗ (38) представлены в табл. 3.2.

3.5.2 Гарантия и повышение качества

Гарантия и повышение качества охватывает запланированный систематический процесс выявления измеряемых исходов, основанных на национальных стандартах и рекомендациях, а также мнении потребителей услуги и медицинских работников; сбора данных, отражающих степень достижения исходов; обеспечения обратной связи для руководителей программ и исполнителей. В процессе повышения качества следует попытаться определить и устранить индивидуальные и организационные барьеры на пути достижения высокого качества помощи (39–41). В контексте оказания медицинской помощи по прерыванию беременности ее постоянное совершенствование должно стать компонентом поддержания высокого качества, что отвечает нуждам медицинских работников, системы здравоохранения и направлено на соблюдение прав женщин. Повышение качества включает непрерывное наблюдение за стандартным оказанием данного вида медицинской помощи, деятельностью медицинских работников, полученными результатами, а также периодические оценки на уровне лечебно-профилактического учреждения (42).

3.5.3 Оценка

Оценка – это систематический анализ процесса оказания медицинской помощи и ее результатов. Всесторонняя оценка требует использования многочисленных источников данных, в том числе статистики данного вида помощи, обратной связи от медицинских работников, женщин и обслуживаемого населения, финансовых сведений. Лица, оценивающие деятельность программы, могут сосредоточить свое внимание на трех ключевых областях, связанных со стратегией, программами и оказанием помощи: доступ,

доступность и качество помощи. Примеры проблем и вопросов для периодической оценки и анализа представлены в рамке 3.3. Ответы на эти вопросы могут предоставить политикам и руководителям программ информацию, которая позволит им лучше понять и преодолеть существующие барьеры на пути к получению медицинской помощи и повысить ее качество.

3.6 Финансирование

Бюджет системы здравоохранения должен включать достаточные средства для покрытия следующих расходов:

- оборудование, лекарственные средства и расходные материалы для оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности;
- рабочее время персонала;
- программы обучения и курация;
- модернизация инфраструктуры;
- хранение документации;
- наблюдение и оценка.

Максимальная стоимость внедрения или улучшения медицинской помощи по прерыванию беременности будет снижена настолько, насколько программа оказания данного вида помощи будет интегрирована в национальную программу охраны материнства и репродуктивного здоровья. Оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности обычно требует незначительных дополнительных профессиональных навыков, лекарственных средств, оборудования и расходных материалов помимо уже доступных для оказания неотложной акушерской и гинекологической помощи либо не требует их вовсе.

3.6.1 Расходы лечебно-профилактического учреждения и системы здравоохранения

Оказание разрешенной законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности существенно дешевле лечения осложнений небезопасного аборта (43–47). Расходы на оказание медицинской помощи по

прерыванию беременности методом вакуумной аспирации включают нечастые скромные инвестиции, в частности в покупку и техническое обслуживание аспиратора или оборудования для РВА, гинекологического кресла, автоклава, ремонт помещений для ожидания и консультаций, палат пробуждения и туалетов. Регулярные расходы включают расходы на закупку инструментов и расходных материалов, запасы которых должны регулярно пополняться, таких, как канюли, ручные вакуумные аспираторы, растворы антисептиков и средства для высокоуровневой дезинфекции, используемые для обработки инструментов, лекарственные средства для обезболивания, профилактики инфекционных осложнений и медикаментозного аборта.

Решение о том, какой метод прерывания беременности предлагать женщинам и как организовать медицинскую помощь, напрямую влияет на стоимость ее оказания и ее финансовую доступность для женщин. Особую важность имеют два организационных вопроса: предпочтительное использование вакуумной аспирации или медикаментозного аборта, а не РВ, а также информирование женщин о том, что они должны обращаться за медицинской помощью по прерыванию беременности как можно раньше.

- Переход от РВ к вакуумной аспирации или медикаментозному аборту повышает безопасность прерывания беременности для женщины и снижает расходы системы здравоохранения (23, 24). Вакуумную аспирацию может проводить обученный средний медицинский работник в амбулаторных условиях или смотровом кабинете, в то время как РВ обычно выполняет врач в операционной. Кроме того, при вакуумной аспирации ниже потребность в обезболивании, чем при РВ (23, 47, 48).
- Если система здравоохранения эффективно информирует женщин обращаться за медицинской помощью по прерыванию беременности как можно раньше, частота более дешевых вмешательств, выполняемых на ранних сроках беременности, растёт, а частота более дорогих вмешательств, выполняемых

на поздних сроках беременности, снижается. Например, внедрение комбинации мифепристона и мизопростала было связано со смещением искусственного прерывания беременности в сторону вмешательств, выполняемых на более ранних сроках (49, 50). Применение мизопростала дома повышает гибкость медицинской помощи для женщин и снижает нагрузку на персонал и лечебно-профилактические учреждения. Это позволяет также оказывать медицинскую помощь на более низких уровнях системы здравоохранения, ближе к месту жительства женщин, снижает тем самым расходы, связанные с поездками и потраченным временем.

3.6.2 Повышение финансовой доступности медицинских услуг для женщин

Во многих странах нет национальных систем медицинского страхования, имеющиеся системы не охватывают значительную часть населения или не включают оплату искусственного аборта. Зачастую этот вид медицинской помощи имеет другие источники финансирования, в том числе взносы лиц, обращающихся за медицинской помощью. ВОЗ рекомендует, чтобы такие взносы носили характер авансовых платежей, а не делались при оказании медицинской помощи (51). Во многих странах оплата оказанной медицинской помощи обычно взимается с ее пользователей, что может быть серьезным барьером на пути к ней для бедных женщин и подростков. Кроме того, от женщин, обращающихся за медицинской помощью по прерыванию беременности, могут ожидать значительной неофициальной оплаты (оплаты, взимаемой медицинскими работниками сверх официальной стоимости, назначенной системой здравоохранения), что вместе с дорожными расходами и скрытыми издержками, например связанными с отсутствием на работе, создает препятствия для многих женщин. Барьеры в виде высокой стоимости для женщин, по-видимому, повышают расходы системы здравоохранения за счет увеличения числа женщин, которые пытаются прервать беременность самостоятельно или прибегают

к помощи лиц, выполняющих небезопасные аборты, и в результате требуют госпитализации по поводу тяжелых осложнений (52, 53).

Уважение, защита и осуществление прав человека требуют, чтобы женщины имели доступ к разрешенной законом медицинской помощи по прерыванию беременности независимо от их возможности платить за нее. Механизмы финансирования должны гарантировать справедливый доступ к высококачественной медицинской помощи (54). В странах, где с женщин взимается плата за искусственный аборт, ее размер должен соответствовать финансовым возможностям женщины, и должны быть разработаны механизмы оказания бесплатной помощи бедным и подросткам. По возможности медицинская помощь по прерыванию беременности должна оплачиваться медицинской страховкой. Никогда нельзя отказывать женщине в прерывании беременности или откладывать его из-за невозможности женщины платить. Более того, все лечебно-профилактические учреждения должны иметь механизмы, гарантирующие, что персонал не взимает неофициальную плату с женщин.

3.7 Процесс планирования и управления оказанием медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности

Создание медицинской помощи по прерыванию беременности, повышение доступа к ней или качества медицинской помощи в рамках существующей службы на национальном или территориальном уровне, в полном соответствии с действующим законодательством должны проводить убежденные и преданные лица – сильные лидеры, которые могут найти и привлечь сторонников, мобилизовать финансовые средства и техническую помощь для поддержки различной деятельности. В идеале руководство процессом должно принадлежать министерству здравоохранения или другому учреждению, которое уполномочено влиять на систему в масштабах всей страны и мобилизовать ее. К важным заинтересованным лицам относятся

представители других министерств, в частности образования, по гендерной политике и делам женщин, юстиции, социального обеспечения, по делам молодежи; представители местных органов управления, медицинских университетов, профессиональных сообществ, особенно акушеров и гинекологов, но также семейных врачей, медицинских сестер, акушеров и фармацевтов; другие представители общественного здравоохранения; защитники здоровья женщин; неправительственные организации, работающие с женщинами, молодежью, защищающие здоровье и права человека; другие представители гражданского общества и ключевые партнеры по развитию (55).

Принципы, лежащие в основе процесса повышения доступности медицинской помощи по прерыванию беременности и ее качества, включают следующее. Мероприятия в рамках данного процесса должны быть государственными и проводиться государством, быть многосторонними и общими, основанными на принципах доказательной медицины, сохранении здоровья и соблюдения прав человека, учитывать равенство полов и отсутствие дискриминации и быть системно ориентированными (55).

Укрепление медицинской помощи по прерыванию беременности является не только клинической и технической, но и сложной политической и управленческой задачей. Эффективно используемой методологией является Стратегический подход ВОЗ к укреплению стратегий и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья (55–60). Реализация этого подхода начинается с создания группы экспертов, включающей широкий спектр уже упомянутых выше специалистов. Эта группа проводит оценку на местах с целью выявления потребностей в доступе к медицинской помощи по прерыванию беременности и контрацепции, оценки ее доступности и качества, определения приоритетов. В зависимости от заключения и рекомендаций группы экспертов в пилотном порядке внедряется пакет стратегических и программных мероприятий, чтобы получить местные доказательства их выполнимости, эффективности и приемлемости. При успехе

мероприятия внедряют в более крупном масштабе, чтобы они имели более широкие последствия.

Какие бы методы не использовались, важно, чтобы действия, направленные на укрепление стратегии и службы, были основаны на тщательном понимании системы оказания медицинской помощи, нужд медицинских работников и женщин, существующего социального, культурного, правового, политического и экономического контекста. Важно, чтобы использовался многосторонний подход. Это помогает гарантировать, что основанные на результатах оценки рекомендации и планы будут приемлемы в широком масштабе и, следовательно, с большей вероятностью будут внедрены в практику. Особенно важно учесть позиции пользователей и потенциальных пользователей медицинских услуг, поскольку они являются основным источником выявления барьеров на пути обращения за медицинской помощью. Важно также, чтобы был проанализирован доступ населения к медицинским услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья в целом, а также к информации о контрацепции, соответствующему консультированию и средствам контрацепции в частности, поскольку это важные факторы, определяющие частоту нежелательных беременностей.

3.7.1 Оценка сложившейся ситуации

Местные потребности по улучшению медицинской помощи по прерыванию беременности сильно варьируют как по масштабам (от уровня системы здравоохранения до уровня отдельных лечебно-профилактических учреждений), так и по областям, нуждающимся в укреплении. Рекомендации по улучшению медицинской помощи по прерыванию беременности на уровне лечебно-профилактических учреждений представлены в разделе 3.5.2. На национальном уровне, или уровне системы здравоохранения, первым этапом оценки ситуации относительно частоты нежелательных беременностей и аборт является сбор и анализ информации по следующим вопросам:

- законодательство в области охраны сексуального здоровья, контрацепции и прерывания беременности;
- ратификация соглашений о правах человека;
- доступ к средствам контрацепции и их доступность;
- половое воспитание;
- стандарты и рекомендации по оказанию медицинской помощи;
- программа обучения медицинских работников и других смежных специалистов;
- доступность оборудования и лекарственных средств для искусственного аборта;
- медицинская статистика на уровне лечебно-профилактических учреждений и национальном уровне;
- демографические исследования и исследования по вопросам репродуктивного здоровья;
- исследования по смежным вопросам;
- медицинское страхование и другие мероприятия, направленные на снижение неофициальной оплаты медицинской помощи по прерыванию беременности.

После тщательного сбора и изучения имеющейся информации группа, работающая на местах, может подготовить перечень вопросов для обсуждения с политиками, медицинскими работниками, женщинами и другими лицами, имеющими отношение к изучаемой проблеме. Основные вопросы для оценки на местах должны состоять в том, как укрепить стратегии, программы и службы, чтобы:

- предупредить нежелательные беременности;
- улучшить доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и повысить ее доступность;
- повысить качество медицинской помощи по прерыванию беременности.

Детальное изучение каждого из этих вопросов помогает группе экспертов, выявить наиболее критические участки

стратегий и программ и определить приоритеты. Имеется подробное руководство по работе на местах и проведению стратегической оценки (61) (доступно по адресу: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

3.7.2 Внедрение мероприятий по укреплению медицинской помощи по прерыванию беременности

Новые стратегии и программы действий должны руководствоваться передовым опытом, основанным на принципах доказательной медицины. Большинство данных для стратегий и программ, посвященных прерыванию беременности, отражены в рекомендациях, представленных в этом документе. Однако руководители программ зачастую хотят иметь местные доказательства выполнимости, эффективности, приемлемости и стоимости изменений стратегий, дизайна программ и практики оказания медицинской помощи до направления средств на проведение крупномасштабных мероприятий. Даже если мероприятия основаны на передовом международном опыте, для облечения крупномасштабного внедрения, по-видимому, необходимы доказательства его возможности в данной стране и приемлемости для данного населения. В зависимости от качества данных, требуемых политиками, тестирование мероприятия(й) может варьировать от простых пилотных или демонстрационных проектов до более тщательных исследований с дизайном, близким к экспериментальному.

3.7.3. Крупномасштабное внедрение стратегий и программ

Крупномасштабное внедрение подразумевает повышение нагрузки на систему здравоохранения за счет новых стратегий и программ действий, которые улучшают доступ к медицинской помощи по прерыванию беременности и повышают ее качество, чтобы добиться изменений на популяционном уровне. Зачастую крупномасштабное внедрение рассматривается как часть внедрения любой, не требующей особого внимания программы. Как только

в пилотном или демонстрационном проекте доказана эффективность пакета мероприятий, ожидается, что он будет принят системой здравоохранения, основываясь на предположении, что эффективности в пилотном проекте достаточно, чтобы запустить крупномасштабные изменения. Несмотря на то что иногда это случается, чаще это не происходит. Успешное крупномасштабное внедрение требует систематического планирования, управления, руководства и поддержки процесса распространения и внедрения мероприятий. Крупномасштабное внедрение требует также достаточных человеческих и финансовых ресурсов для поддержки процесса. Рекомендации по разработке всесторонних стратегий крупномасштабного внедрения и управления процессом представлены B03 и ExpandNet (62–64; <http://www.expandnet.net/tools>).

Систематические подходы к крупномасштабному внедрению признают, что этот процесс происходит в условиях сложностей реального мира, при участии многочисленных и зачастую конкурирующих игроков и интересов. Важно внимание к техническим деталям. Не менее важны вопросы политики, управления и собственности, поскольку мероприятия по улучшению доступа к медицинской помощи и повышению ее качества часто требуют изменения принципов и существующей практики. Это особенно значимо при обсуждении такой проблемы, как безопасное прерывание беременности.

Системы здравоохранения часто ограничены в возможностях оказания ряда необходимых медицинских услуг, которых требуют уже имеющиеся стратегии, и интеграция набора новых мероприятий может стать дополнительным бременем для уже перегруженной системы. Несмотря на это, если осуществляется систематический подход к крупномасштабному внедрению, имеются достаточные финансовые и человеческие ресурсы для его поддержки, процесс может стать успешным и позволит достичь универсального доступа к медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья, в том числе по безопасному прерыванию беременности.

Литература

1. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of post-abortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. *Sexual and reproductive health care core competencies for primary health*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *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, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders

- in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
 29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
 30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
 31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
 32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
 33. *PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH)*. Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
 34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
 35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
 36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
 38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
 39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
 40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
 41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
 42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolkit to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
 43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
 44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
 45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
 46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
 47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.
 48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
 49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
 50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
 51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
 52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
 53. Naghma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
 54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).

55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184–194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133–143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

ГЛАВА 4

ГЛАВА 4

Вопросы законодательства и политики

Реферат

- Небезопасный аборт — одна из четырех основных причин материнской заболеваемости и смертности. Одна из причин небезопасного аборта — отсутствие медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, несмотря на то что она разрешена законом по ряду показаний почти во всех странах мира.
- Международные, региональные и национальные организации и суды по правам человека все чаще рекомендуют декриминализовать абORTы, предоставлять медицинскую помощь по прерыванию беременности, чтобы спасти жизнь и здоровье женщины, а также в случае изнасилования по ее заявлению. Необходимо обеспечить, чтобы законы, даже рестриктивные, интерпретировались и исполнялись так, чтобы пропагандировать и защищать здоровье женщин.
- Существуют и дополнительные барьеры, упомянутые или не упомянутые в законодательстве, препятствующие доступу женщин к медицинской помощи, на которую они имеют право, и способствующие выполнению небезопасных абортов. К ним относятся отсутствие доступа к информации; необходимость разрешения третьего лица; ограничение специализаций медицинских работников и типов лечебно-профилактических учреждений, которые могут оказывать данный вид медицинской помощи по закону; невозможность гарантировать доступную с финансовой точки зрения медицинскую помощь, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; возможность отказа от выполнения аборта по религиозным соображениям со стороны медицинских работников или лечебно-профилактических учреждений без направления в другие.
- Чтобы гарантировать каждой женщине, которой законом предоставлено право на искусственный аборт, свободный доступ к высококачественной медицинской помощи по прерыванию беременности, необходима разрешительная законодательная и политическая среда. Она должна быть направлена на уважение, защиту и осуществление прав женщин, достижение благоприятных исходов для их здоровья, предоставление высококачественной медицинской помощи и информации по контрацепции и планированию семьи, удовлетворение нужд бедных, подростков, жертв изнасилования и ВИЧ-инфицированных.

4.1 Здоровье и права женщин

На долю небезопасных абортов приходится 13% материнской смертности (1) и 20% всех случаев летальных исходов и тяжелых осложнений во время беременности и родов (2). Почти все случаи летальных исходов и тяжелых осложнений, обусловленных небезопасным абORTом, отмечаются в странах, где выполнение искусственных абортов сильно ограничено законом и на практике. Ежегодно примерно 47 000 женщин умирают от осложнений небезопасного аборта (3) и, по оценкам, у 5 миллионов возникают временные или стойкие осложнения, в том числе бесплодие (4). В странах, где доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности менее ограничен, число летальных исходов и осложнений намного ниже (5). Эта глава освещает сложную связь между здоровьем и правами женщины, необходимость принятия законодательной базы для их пропаганды и защиты.

Большинство правительств ратифицировали имеющие юридическую силу международные соглашения и конвенции по защите прав человека, в том числе права

РАМКА 4.1

Примеры соблюдения прав человека международными и региональными организациями по правам человека при оказании медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности в рамках всесторонней медицинской помощи по сохранению репродуктивного здоровья

Права человека в том виде, в котором они закреплены в международных и региональных соглашениях, результаты деятельности органов Организации Объединенных Наций, контролирующих исполнение соглашений, в том числе общие комментарии / рекомендации и заключительные замечания для государств, а также решения региональных и национальных судов по правам человека формируют систему координат для отслеживания соблюдения прав человека на международном, региональном и национальном уровнях. Они дают государствам (в случае заключительных замечаний — отдельным государствам) четкие рекомендации по проведению мероприятий, гарантирующих уважение, защиту и осуществление прав человека.

В последние десятилетия органы ООН, контролирующие исполнение соглашений, региональные и национальные суды по правам человека привлекли внимание к проблемам, связанным с искусственным абортom, в том числе материнской заболеваемости и смертности вследствие небезопасного аборта, криминализации абортов, а также рестриктивного законодательства, заставляющего женщин прибегать к криминальным и небезопасным абортom. Они все чаще призывают государства предоставлять всестороннюю информацию и медицинскую помощь, направленные на охрану сексуального и репродуктивного здоровья женщин и подростков, устранить нормативные и административные барьеры, препятствующие доступу женщин к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, проводить лечение осложнений аборта. Если государства не делают этого, они могут не выполнять отраженные в соглашениях по правам человека и конституциях обязательства уважать, защищать и осуществлять права человека на жизнь, наивысший достижимый стандарт здоровья, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность, информацию, образование, отсутствие дискриминации, жестокого, бесчеловечного и унижительного обращения. Ниже перечислены рекомендации органов ООН, контролирующих исполнение соглашений по правам человека, и решения региональных судов по правам человека¹

Обеспечение всесторонних юридических оснований для выполнения искусственного аборта

- Предпринимать действия по профилактике небезопасного аборта, угрожающего жизни женщин и подростков, в том числе за счет внесения поправок в рестриктивные законы (9).
- Предоставлять разрешенную законом медицинскую помощь по прерыванию беременности в тех случаях, когда беременность ставит под угрозу здоровье женщины или подростка (10).
- Предоставлять разрешенную законом медицинскую помощь по прерыванию беременности в случаях изнасилования и инцеста (11).
- Внести поправки в законы, криминализирующие медицинские вмешательства, выполняемые только женщинам, в том числе искусственный аборт, и/или предусматривающие наказание женщин, которым выполняют такие вмешательства (12).

¹ Ссылки отражают растущее число общих комментариев / рекомендаций и заключительных замечаний органов ООН, контролирующих исполнение соглашений по правам человека, статей региональных соглашений и решений региональных судов, имеющих отношение к искусственному аборту

РАМКА 4.1 (продолжение)

Планирование медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и управление ей

- Обеспечить своевременный доступ к спектру качественных медицинских услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе для подростков, при оказании которых обеспечивается получение полностью информированного согласия женщины, уважается ее достоинство, гарантируется конфиденциальность, учитываются ее нужды и мнение (13).
- Снизить материнскую заболеваемость и смертность среди подростков, особенно на ранних сроках беременности и вследствие небезопасного аборта, разрабатывать и внедрять программы, предоставляющие доступ к медицинской помощи по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе по планированию семьи, контрацепции и безопасному прерыванию беременности, если последнее не противоречит закону (14).
- Предоставлять информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье, разрабатывать механизмы, обеспечивающие доступ всех женщин, включая подростков, к информации о разрешенной законом медицинской помощи по прерыванию беременности (15).

Устранение нормативных и политических барьеров, обеспечение доступа к медицинской помощи

- Устранить требование разрешения третьего лица, нарушающее право женщины и подростка принимать решения по вопросам репродукции и контролировать свой организм (16).
- Устранить барьеры на пути женщин к получению медицинской помощи, такие, как высокая стоимость медицинских услуг, требования получения предварительного разрешения супруга, родителя или администрации больницы, большие расстояния, разделяющие место жительства женщины и лечебно-профилактическое учреждение, отсутствие удобного и доступного с финансовой точки зрения общественного транспорта. Гарантировать, что отказ медицинского работника от выполнения аборта по религиозным соображениям не препятствует доступу женщины к медицинской помощи, на которую они имеют право по закону (17).
- Обеспечить законодательную и/или политическую основу, облегчающую женщинам доступ к искусственному аборту, если он разрешен законом (18).

Лечение осложнений аборта

- Проводить своевременное лечение осложнений аборта независимо от законодательства об искусственном аборте, чтобы сохранить жизнь и здоровье женщины (19).
- Устранить практику получения признания у женщин, обращающихся за неотложной медицинской помощью после криминального аборта, с целью обвинения и юридические требования к врачам и другими медицинским работникам сообщать о женщинах, которым выполнен аборт (20).

на наивысший достижимый стандарт здоровья, жизнь, свободу, безопасность, образование, информацию, отсутствие дискриминации, бесчеловечного и унижительного обращения. Эти права далее признаются и определяются региональными соглашениями, узаконены национальными конституциями и законодательством многих стран.

При рассмотрении этих прав человека на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР+5) в 1999 г. в процессе изучения и оценки государства пришли к соглашению о том, что «если выполнение искусственного

аборта не противоречит закону, системы здравоохранения должны обучать и оснащать медицинских работников и проводить другие мероприятия, гарантирующие безопасность и доступность искусственного аборта. Следует принимать дополнительные меры по охране здоровья женщин» (6). Подготовка документа «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики», опубликованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2003 г., началась с этого решения (7).

За последние 15 лет понятие прав человека все шире применяется международными и региональными организациями по правам человека и национальными судами, а также органами Организации Объединенных Наций, контролирующими исполнение соглашений, посвященных искусственному аборту (рамка 4.1). Они рекомендовали государствам изменить законы, криминализирующие медицинские вмешательства, выполняемые только женщинам и предусматривающие наказание женщин, которым выполняют такие вмешательства (8). И то, и другое применимо в отношении искусственного аборта. Чтобы защищать здоровье и права женщин, организации по правам человека рекомендовали государствам предпринимать любые усилия по предотвращению угрожающих жизни женщин подпольных аборт и отметили, что искусственный аборт должен быть разрешен законом по крайней мере, когда продолжение беременности угрожает жизни (9) и здоровью (10) женщины, а также в случае изнасилования и инцеста (11). Они также рекомендовали, что государства должны гарантировать оказание своевременной высококачественной и доступной с финансовой точки зрения медицинской помощи, при котором обеспечивается получение полностью информированного согласия женщины, уважается ее достоинство, гарантируется конфиденциальность, учитываются нужды и мнение (8).

С учетом четкой связи между доступом к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и здоровьем женщин рекомендуется, чтобы законодательная база уважала и защищала здоровье и права женщин.

4.2 Законы и их исполнение в контексте соблюдения прав человека

Правовые ограничения выполнения искусственных аборт не приводят ни к снижению их числа, ни к существенному повышению числа родов (21, 22). Напротив, законодательная база, облегчающая доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, не повышает числа аборт. Основное действие заключается в том, что

место небезопасных подпольных аборт занимают аборт безопасные и разрешенные законом (21, 23).

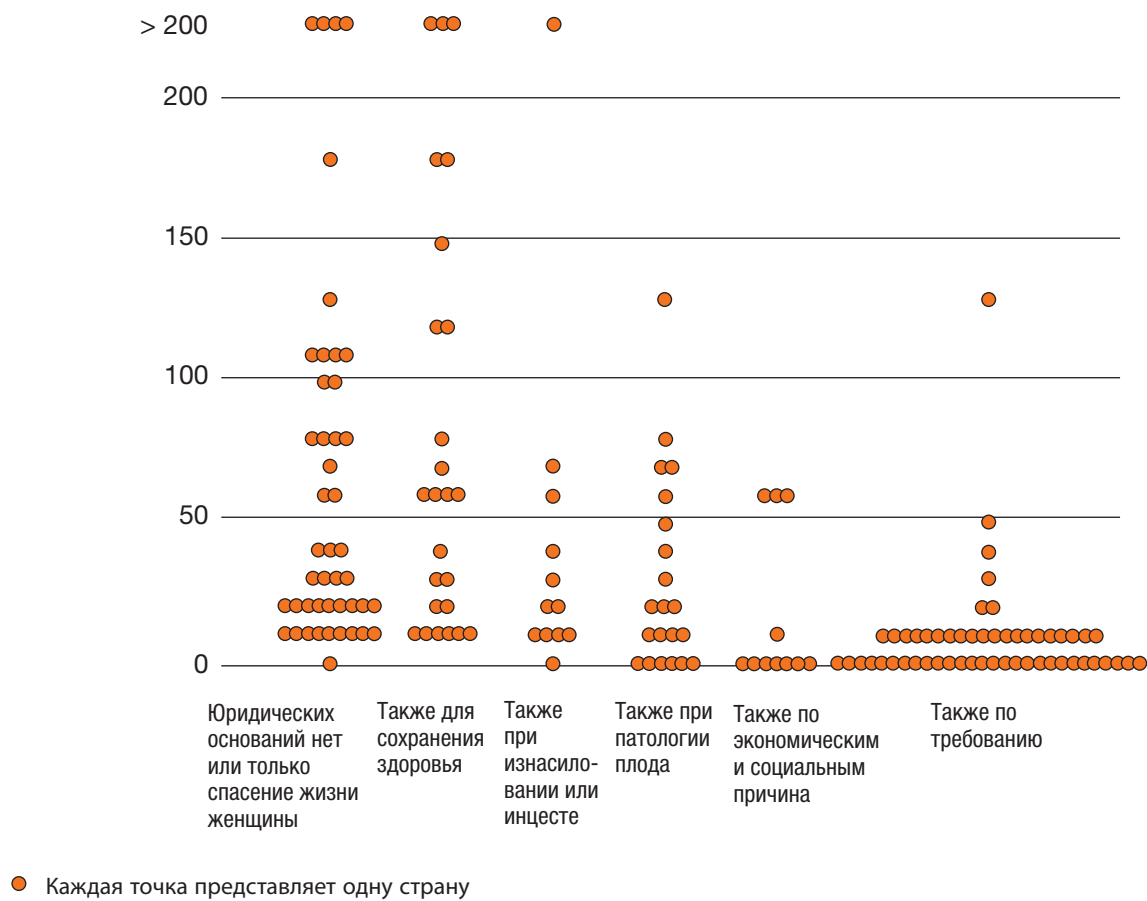
Правовые ограничение доступа к медицинской помощи по прерыванию беременности не снижают потребности в ней, но увеличивает число женщин, выполняющих криминальные и небезопасные аборт, что ведет к повышению частоты осложнений и летальных исходов. Правовые ограничения ведут также к тому, что многие женщины обращаются за медицинской помощью в другие страны / государства (24, 25), что дорого, увеличивает время до оказания медицинской помощи и создает социальную несправедливость. Ограничение выполнения аборт с целью прироста населения описаны в нескольких странах. В каждом случае это приводило к росту числа криминальных и небезопасных аборт и смертности беременных при незначительном чистом приросте населения (26–29).

За счет принятия законов, их более широкой интерпретации и применения законодательная база выполнения искусственных аборт стала более либеральной в первой половине XX в., когда небезопасный аборт был признан проблемой общественного здравоохранения. Либерализация юридических оснований для выполнения искусственных аборт началась с конца 60-х гг. прошлого века (30). С 1985 г. либерализация законодательства произошла более чем в 36 странах, в то время как ужесточение — только в нескольких странах (31). Эти реформы происходили как в судебном, так и в законотворческом порядке.

Все больше доказательств того, что в странах, где искусственные аборт разрешены законом по широким социально-экономическим показаниям и по требованию женщин и где доступна медицинская помощь по безопасному прерыванию беременности, наблюдаются низкая частота небезопасных аборт, осложнений аборт и смертности от них (32–35) (рис. 4.1).

Искусственный аборт по требованию беременной разрешен в 57 странах, на долю которых приходится почти

Рисунок 4.1 Частота летальных исходов вследствие небезопасного аборта на 100 000 живорожденных в зависимости от юридических оснований для искусственного аборта



Воспроизведено из: «The World Health Report 2008 – primary health care now more than ever». Geneva, World Health Organization, 2008.

40% женского населения земного шара (31, 36). В этих странах окончательное решение, сохранять или прерывать беременность, принадлежит исключительно женщине. В ряде стран прерывание беременности любого срока или до определенного срока больше не является предметом уголовного права и изъято из уголовного кодекса как самостоятельное уголовное преступление. В этих странах медицинская помощь по прерыванию беременности обычно интегрирована в систему здравоохранения и регулируется законодательством, нормативами и медицинскими стандартами, применимыми ко всем медицинским услугам. Примерно 20% женщин в мире живут в странах, в которых законодательство разрешает искусственные аборты по социально-экономическим показаниям (31), в том числе если продолжающаяся беременность будет негативно влиять на жизнь имеющихся детей или членов семьи.

Тем не менее 40% женщин репродуктивного возраста в мире живут в странах с крайне рестриктивным законодательством (31, 37) либо в странах, где медицинская помощь по прерыванию беременности хотя и разрешена законом, но не доступна и не достижима.

4.2.1 Толкование юридических оснований для искусственного аборта

4.2.1.1 Угроза жизни женщины

Почти все страны разрешают выполнять искусственный аборт, чтобы спасти жизнь беременной. Это согласуется с соблюдением права человека на жизнь, которое требует защиты законом, в том числе если жизни беременной угрожают продолжение беременности или другие обстоятельства (9).

Угрозу жизни могут представлять как медицинские состояния, так и социальные обстоятельства. Некоторые страны предоставляют детальный перечень того, какие медицинские состояния считаются угрожающими жизни. Такие перечни могут интерпретироваться запретительно или считаться исчерпывающими, хотя фактически они

предназначены, чтобы иллюстрировать ситуации, а не мешать клиническому суждению относительно того, что представляет угрозу жизни данной женщины. В некоторых случаях врачи приводят следующий довод: выполнить безопасный аборт необходимо, потому что в противном случае женщина подвергнет свою жизнь опасности, обратившись к неквалифицированному лицу (38). Примером угрожающего жизни социального обстоятельства является беременность, затрагивающая так называемую «семейную честь». Так, в некоторых обществах беременность вне брака может привести к физическому насилию и даже убийству женщины.

- Даже если спасение жизни женщины – единственное разрешенное законом показание для искусственного аборта, необходимо, чтобы в лечебно-профилактических учреждениях были квалифицированные медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь по прерыванию беременности, чтобы эти учреждения были доступны и известны населению, а также чтобы было широко доступно лечение осложнений небезопасного аборта. Необходимость спасения жизни женщины может возникнуть на любом сроке беременности, при этом ее прерывание должно быть выполнено как можно быстрее, чтобы снизить риск для здоровья женщины. Лечение осложнений небезопасного аборта следует проводить так, чтобы уважать достоинство и соблюдать равенство женщин.

4.2.1.2 Угроза здоровью женщины

Осуществление прав человека требует, чтобы женщины могли получить доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, когда оно необходимо, чтобы защитить их здоровье (10). Угроза физическому здоровью – широкое понятие, которое включает состояния, ухудшающие течение беременности, а также состояния, течение которых ухудшает беременность. К угрозе психическому здоровью относятся психические травмы или расстройства, вызванные, например, принудительным или насильственным половым сношением и тяжелой

патологией плода (39). При оценке риска для здоровья следует принимать во внимание и социальные обстоятельства жизни женщины.

- Во многих странах закон не обозначает аспекты здоровья, имеющие отношение к проблеме, и лишь утверждает, что искусственный аборт разрешен, чтобы предотвратить вред здоровью беременной. Поскольку все страны – члены ВОЗ принимают описание термина «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физического недостатка» (40), это описание полного здоровья подразумевается в интерпретации законов, разрешающих искусственный аборт, чтобы защитить здоровье женщины.

4.2.1.3 Изнасилование или инцест

Защита женщин от жестокого, бесчеловечного и унижительного обращения требует, чтобы женщины по закону могли получить доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, когда беременность возникла в результате принудительного или насильственного полового сношения (41). Почти 50% стран отражают этот стандарт и разрешают искусственный аборт при изнасиловании или в более общем случае – если беременность возникла в результате преступного действия, например инцеста (36). В некоторых странах в качестве основания для аборта требуется заявление женщины в органы правопорядка, в других – необходимы вещественные доказательства полового сношения или результаты полицейского расследования, указывающие на то, что половое сношение было недобровольным или насильственным. Отсрочки, обусловленные этими требованиями, могут приводить к тому, что женщинам отказывают в прерывании беременности, поскольку ее срок превышает максимальный допустимый законом. Во многих случаях женщины, ставшие жертвами изнасилования, боятся, что будут опозорены полицейскими или посторонними лицами, и не сообщают об изнасиловании, чем отрезают себе доступ к разрешенному законом

искусственному аборту. Любая из этих ситуаций может заставить женщину сделать небезопасный подпольный аборт, чтобы прервать беременность.

- Своевременную медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности следует оказывать на основании заявления женщины, а не вещественных доказательств и результатов полицейского расследования (42, 43). Чтобы облегчить направление для оказания медицинской помощи и доступ к ней, должны быть сведены к минимуму административные требования, а полиция и медицинские работники должны иметь четкие протоколы действий (44, 45).

4.2.1.4 Патология плода

Страны с рестриктивным законодательством об искусственных абортах все чаще разрешают выполнять их при выявлении патологии плода, а также пороков развития, обусловленных генетическими нарушениями и другими причинами. Некоторые страны определяют патологию плода, при которой возможно выполнение искусственного аборта, как патологию несовместимую с жизнью или жизнью без посторонней помощи, другие представляют списки заболеваний и состояний (36). Такие списки носят скорее рестриктивный характер, создавая тем самым барьеры на пути женщины к получению медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. В некоторых странах закон не упоминает патологию плода, однако защита здоровья женщины или социальные основания для аборта интерпретируются так, что включают страдание беременной, вызванное выявлением патологии плода (46, 47).

- По закону женщине нельзя отказывать в проведении пренатальной диагностики и других исследованиях, поскольку она может решить прервать беременность. Женщина имеет право знать, как развивается беременность, и действовать исходя из полученной информации.

4.2.1.5 Экономические и социальные причины

В странах, разрешающих искусственное прерывание беременности по экономическим и социальным показаниям, они толкуются следующим образом: искусственный аборт возможен, если продолжение беременности повлияет на существующее или предвидимое положение женщины, в том числе на получение наивысшего достижимого стандарта здоровья. Некоторые законодательства определяют допустимые причины, например беременность вне брака или в результате неэффективной контрацепции, психическое расстройство, нарушающее возможность заботы о ребенке, в то время как другие только подразумевают их (48). Закон может также настаивать на наличии бедственного положения в результате изменившихся обстоятельств, например в результате заботы о ребенке и его обеспечения помимо заботы об уже имеющихся членах семьи.

4.2.1.6 По требованию

Почти треть государств – членов ООН разрешают искусственный аборт при добровольном информированном требовании беременной (36). Разрешение прерывать беременность по требованию женщины появилось, поскольку государства признали, что зачастую женщины обращаются за медицинской помощью по прерыванию беременности более чем по одной причине, и узаконили все их без выделения определенной. Закон признает юридический статус свободного выбора женщины. Большинство стран, в которых разрешены искусственные аборты по требованию, ограничили это юридическое основание для искусственного прерывания беременности ее сроком.

4.2.1.7 Ограничение срока беременности

Законодательная база, налагающая временные рамки на срок беременности, в течение которого она может быть прервана, имеет отрицательные последствия для женщин с беременностью большого срока. Это заставляет женщин обращаться за помощью к лицам, выполняющим небезопасные аборты, самостоятельно применять мизопростол,

прибегать к другим, более опасным методам, обращаться за медицинской помощью в другие страны, что дорого, увеличивает время до оказания медицинской помощи (создавая тем самым угрозу здоровью) и создает социальную несправедливость.

Кроме того, оказание медицинской помощи может быть ограничено временными рамками, не имеющими обоснования с позиций доказательной медицины. Так, в некоторых странах амбулаторное искусственное прерывание беременности выполняют при сроке не более 8 недель, в то время как оно безопасно даже после 12–14-й недели (см. гл. 2 и 3). Кроме того, в некоторых странах вакуумную аспирацию выполняют только до 6-й или 8-й недели беременности, в то время как квалифицированные медицинские работники могут безопасно выполнять ее до 12–14-й недели. Эти стратегии поощряют также продолжение применения более опасных методов прерывания беременности, таких, как расширение канала шейки матки и выскабливание.

4.2.2 Юридические, нормативные и административные барьеры, ограничивающие доступ к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, с позиций прав человека

Юридические основания для оказания медицинской помощи по прерыванию беременности и их интерпретация – это только один аспект юридической и политической среды, влияющей на доступ женщины к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Описанные в гл. 3 барьеры системы здравоохранения и системы оказания помощи могут быть также упомянуты в законах, нормативных документах, правилах и инструкциях. Законы, правила и инструкции, ограничивающие доступ к медицинской помощи по прерыванию беременности и информации о ней, могут отпугивать женщин от обращения за помощью, «охлаждать» попытки обращения за разрешенной законом медицинской помощи

по безопасному прерыванию беременности (подавлять действия из-за страха репрессий или наказаний). Ниже перечислены примеры таких барьеров:

- запрещение доступа к информации о разрешенной законом медицинской помощи по прерыванию беременности, непредоставление населению информации о юридическом статусе искусственного аборта;
- требование разрешения третьего лица от одного или нескольких медицинских специалистов, больничной комиссии, суда или полиции, родителя или опекуна, партнера или супруга;
- ограничение доступных методов прерывания беременности, в том числе хирургических и медикаментозных посредством, например, отсутствия официального разрешения на применение основных лекарственных средств;
- ограничение специализаций медицинских работников и типов лечебно-профилактических учреждений, которые могут оказывать медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности, например только врачами стационаров, оснащенных сложным оборудованием;
- отсутствие направления к другому медицинскому работнику в случае отказа медицинского работника от выполнения аборта по религиозным соображениям;
- обязательный период ожидания;
- цензура, изъятие и намеренное искажение информации по вопросам здоровья;
- исключение медицинской помощи по прерыванию беременности из медицинского страхования, невозможность снизить стоимость искусственного аборта или сделать его бесплатным для бедных и подростков (см. гл. 3);

- невозможность гарантировать конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни, в том числе при лечении осложнений аборта (см. гл. 3);
- требование назвать лицо, выполнившее криминальный аборт, прежде чем начать лечение его осложнений;
- рестриктивная интерпретация юридических оснований для искусственного аборта.

Эти барьеры способствуют выполнению небезопасных абортов, потому что они:

- удерживают женщин от обращения за медицинской помощью, а медицинских работников – от предоставления услуг в рамках официальной системы здравоохранения;
- задерживают доступ к медицинской помощи, что может привести к отказу в выполнении искусственного аборта вследствие превышения допустимого законом срока беременности;
- создают сложные и обременительные административные процедуры;
- повышают расходы на медицинскую помощь по прерыванию беременности;
- ограничивают доступность медицинской помощи по прерыванию беременности и ее справедливое географическое распределение.

Более подробно отдельные политические барьеры описаны ниже.

4.2.2.1 Доступ к информации

Доступ к информации – ключевой фактор, определяющий выполнение безопасных абортов. Уголовное право, в том числе статьи, касающиеся предоставления информации о прерывании беременности, и общественное осуждение абортов удерживают многих женщин от получения информации о разрешенной законом медицинской помощи по

прерыванию беременности у медицинских работников, оказывающих им медицинскую помощь на постоянной основе. Женщины могут предпочесть не обращаться за этой информацией к медицинским работникам, оказывающим им медицинскую помощь на постоянной основе, или обращаться за этой помощью не по месту жительства.

Многие женщины и медицинские работники (а также полиция и сотрудники судов) не знают, что разрешено законом относительно искусственного прерывания беременности (50, 51). Например, в стране, где искусственные аборты разрешены до 20-й недели беременности, при угрозе здоровью женщины и неэффективности контрацепции, исследование выявило, что более чем 75% женщин и мужчин, состоящих в браке, не знают о том, что искусственный аборт разрешен законом по этим показаниям (52). Нормативные документы, регламентирующие работу системы общественного здравоохранения, могут содержать специальные положения, поясняющие, как интерпретировать законы об искусственных абортах. Однако во многих странах официальной интерпретации и разрешительные нормативные документы не существуют (53). Страх нарушить закон «охлаждает» женщин, удерживая их от обращения за медицинской помощью в рамках официальной системы здравоохранения; медицинские работники стремятся быть крайне осторожными, принимая решение, есть юридические основания для выполнения искусственного аборта или нет и отказывая в медицинской помощи женщинам, которые имеют на нее право по закону. В других случаях имеется недостаточная или противоречивая информация, например, о надлежащих дозах лекарственных средств для медикаментозного аборта.

- Предоставление информации о разрешенной законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности является решающим для защиты здоровья и прав женщин. Государства должны декриминализовать предоставление информации о разрешенном законом искусственном аборте, обеспечить четкими рекомендациями по интерпретации и применению

юридических оснований для искусственного аборта, а также информацией о том, как и куда следует обращаться за получением разрешенной законом медицинской помощи по прерыванию беременности. Законодатели, судьи, обвинители и политики должны подразумевать соблюдение прав человека и сохранение здоровья при определении разрешенного законом доступа к медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, для чего им необходимо обучение и предоставление соответствующей целевой информации.

4.2.2.2 Разрешение третьего лица

Требование получения разрешения партнера или родителя удерживает женщин от обращения за разрешенной законом медицинской помощью по безопасному прерыванию беременности (54). Оказание медицинской помощи может быть чрезмерно отсрочено обременительными процедурами получения медицинского разрешения, особенно там, где нет необходимых специалистов и больничных комиссий. Требование получения разрешения от супруга, родителя или администрации больницы может нарушать право женщины на неприкосновенность частной жизни и ее доступ к медицинской помощи на основе равноправия мужчин и женщин (8, 16). Непропорциональное бремя разрешительных процедур ложится на плечи бедных, подростков, малообразованных лиц, а также женщин, подверженных конфликтам и насилию в семье или относящихся к группе риска, что создает неравенство в доступе к медицинской помощи. Требование получения разрешения от родителей, зачастую основанное на произвольном возрастном цензе, отрицает развивающиеся способности и возможности молодых женщин (55).

- Не следует требовать разрешение третьего лица у женщин, обращающихся за медицинской помощью по прерыванию беременности. Чтобы защитить интересы и благополучие несовершеннолетних, принимая во внимание их развивающиеся способности и возможности, правила и инструкции должны поощрять,

но не требовать привлечение родителей посредством поддержки, предоставления информации и просвещения (см. также гл. 3).

4.2.2.3 Предоставление основных лекарственных средств

Медикаментозные методы прерывания беременности могут быть недоступны в связи с отсутствием официального разрешения на применение основных лекарственных средств или их регистрации. И мифепристон, и мизопро- стол включены в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ с 2005 г. (56, 57). Несмотря на это во многих странах они до сих пор не зарегистрированы или не включены в национальные списки основных лекарственных средств. Иногда правовые ограничения накладывают на распространение лекарственных средств даже после официального разрешения их применения.

- Для повышения качества медицинской помощи по прерыванию беременности независимо от юридических оснований для ее оказания необходимы регистрация и достаточные поставки лекарственных средств для медикаментозного аборта (см. гл. 3). Чтобы предотвратить вред здоровью

женщин вследствие применения незарегистрированных лекарственных средств, закупаемых из источников, не позволяющих контролировать качество, должны быть доступны основные лекарственные средства.

4.2.2.4 Регламентация деятельности лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников

Ограничение специализаций медицинских работников (например, только гинекологами) и типов лечебно-профилактических учреждений (например, только оказывающими третичную медицинскую помощь), которым законом разрешено оказывать медицинскую помощь по прерыванию беременности, снижает доступность медицинской помощи и ее справедливое географическое распределение, заставляет женщин пересекать большие расстояния, чтобы получить медицинскую помощь, тем самым повышая ее стоимость и откладывая получение (58).

- Чтобы защитить от чрезмерного участия лечебно-профилактических учреждений в оказании медицинской помощи, случайных и иных необоснованных требований, регламентация деятельности

РАМКА 4.2

Информация, необходимая для женщин

Женщина должна знать:

- что она имеет право свободно и ответственно, без принуждения, дискриминации и насилия определять число детей и сроки их рождения;
- как наступает беременность, каковы ее признаки и где можно получить тест на беременность;
- как предупредить нежелательную беременность, где и как получить средства контрацепции, в том числе презервативы;
- где и как оказывается легальная медицинская помощь по безопасному прерыванию беременности и сколько она стоит;
- максимальный допустимый законом срок прерывания беременности;
- что искусственный аборт – безопасное вмешательство, однако риск осложнений увеличивается со сроком беременности; как распознать осложнения самопроизвольного и небезопасного аборта, насколько важно немедленно обращаться за медицинской помощью при их возникновении, когда и куда.

лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников должна быть основана на принципах доказательной медицины, действующих критериях оказания медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности (см. гл. 3). Вакуумную аспирацию и медикаментозный аборт, рекомендованные в гл. 2, могут безопасно выполнять средние медицинские работники в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь (59, 60). Регламентация деятельности лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников должна быть направлена на то, чтобы обеспечивать безопасное и эффективное применение методов искусственного прерывания беременности, рекомендованных ВОЗ.

4.2.2.5 Отказ по религиозным соображениям

Медицинские работники иногда отказываются от оказания медицинской помощи по прерыванию беременности по религиозным соображениям, не направляя женщин к другим медицинским работникам. В отсутствие доступного медицинского работника, оказывающего медицинскую помощь по безопасному прерыванию беременности, это может привести к отсрочке получения такой помощи, что создает угрозу для здоровья и жизни женщины. Несмотря на то что международное право в области прав человека защищает свободу мысли, совести и религии, оно оговаривает, что свобода религии и убеждений может быть ограничена, если это необходимо, чтобы защитить основные права других людей (61). В связи с этим законодательная база не должна предоставлять медицинским работникам и лечебно-профилактическим учреждениям право препятствовать доступу женщин к разрешенной законом медицинской помощи (62).

- Медицинский работник, отказывающийся выполнять искусственный аборт по религиозным соображениям, действуя в соответствии с национальным законодательством, должен направить женщину к квалифицированному медицинскому работнику,

не возражающему против искусственного аборта и работающего в том же или другом, легко достижимом лечебно-профилактическом учреждении. Если такое направление невозможно, медицинский работник, отказывающийся от выполнения искусственного аборта, должен выполнить его, чтобы спасти женщине жизнь и предупредить ущерб ее здоровью. Оказание медицинской помощи должно быть организовано так, чтобы гарантировать, что изъявление медицинскими работниками свободы совести при выполнении своих профессиональных обязанностей не препятствуют получению больными разрешенной законом медицинской помощи.

4.2.2.6 Ожидание

Законы, нормативные документы и/или административные протоколы, установленные лечебно-профилактическими учреждениями или отдельными медицинскими работниками, зачастую требуют обязательный период ожидания искусственного аборта. Такое ожидание откладывает оказание медицинской помощи, может ставить под угрозу возможность женщины получить доступ к разрешенной законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и унижает женщину как дееспособное лицо, принимающее решение (24, 43).

- Государства и другие структуры, оказывающие медицинскую помощь населению, должны гарантировать, что при оказании медицинской помощи по прерыванию беременности уважают право женщины принимать решение. Ожидание не должно ставить под угрозу возможность женщины получить доступ к разрешенной законом медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности. Государства должны рассмотреть возможность устранения ожидания в тех случаях, когда оно не нужно с медицинской точки зрения, и расширить службу, чтобы безотлагательно оказывать медицинскую помощь всем женщинам, имеющим на нее право.

4.2.2.7 Цензура, изъятие и намеренное искажение информации по вопросам здоровья

Женщины имеют право на получение полной информации о вариантах медицинской помощи от надлежащим образом подготовленного медицинского работника, в том числе информации о вероятных преимуществах и потенциальных недостатках предложенных вмешательств и доступных альтернативах (8). Цензура, изъятие и намеренное искажение информации о медицинской помощи по прерыванию беременности может препятствовать доступу к ней или откладывать ее, что создает угрозу здоровью женщин. Предоставление информации – неотъемлемая часть высококачественной медицинской помощи по прерыванию беременности (рамка 4.2, см. также гл. 2, раздел «Предоставление информации и консультирование»).

Информация должна быть полной, точной, доступной для понимания, представлена так, чтобы помочь женщине свободно дать информированное согласие, уважать ее достоинство, гарантировать неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, учитывать ее нужды и мнение (8).

- Государства должны воздерживаться от ограничения доступа к средствам поддержания сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе от цензуры, изъятия и намеренного искажения информации по вопросам здоровья (63).

4.2.2.8 Доступ к лечению осложнений аборта

Медицинские работники обязаны оказывать неотложную медицинскую помощь любой женщине с осложнениями аборта, в том числе небезопасного, независимо от юридических оснований для прерывания беременности (19). В некоторых случаях лечение осложнений аборта проводят только при условии, что женщина предоставит информацию о лице / лицах, выполнивших криминальный аборт. Это считается пыткой, бесчеловечным и унижительным обращением (20).

- Практика получения признания у женщин, обращающихся за неотложной медицинской помощью после криминального аборта, и юридические требования к

докторам и другими медицинским работникам сообщать о женщинах, которым выполнен аборт, должна быть устранена. Государства обязаны предоставлять безоговорочную неотложную медицинскую помощь любому обращающемуся за ней (19, 20, 41).

4.2.2.9 Рестриктивная интерпретация законов о прерывании беременности

Уважение, защита и осуществление прав человека требуют, чтобы правительства гарантировали, что разрешенная законом медицинская помощь по прерыванию беременности была доступна на практике (10, 64). Должны существовать ведомственные и административные механизмы, защищающие от чрезмерно рестриктивной интерпретации юридических оснований для оказания данного вида медицинской помощи. Эти механизмы должны позволять независимому органу пересматривать решения медицинских работников и администрации лечебно-профилактических учреждений, принимать во внимание точку зрения беременной женщины и давать своевременное решение по результатам проверки (64).

4.3. Создание разрешительной среды

Чтобы гарантировать, что для каждой женщины, которая по закону имеет право на получение медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, эта помощь была легко доступна, необходима разрешительная среда. Законодательная база должна быть направлена на уважение, защиту и осуществление прав женщин, достижение благоприятных исходов, касающихся их здоровья, предоставление высококачественной медицинской помощи по контрацепции и соответствующей информации, удовлетворение нужд отдельных групп населения, а именно бедных, подростков, жертв изнасилования и ВИЧ-инфицированных. Уважение, защита и осуществление прав человека требуют всестороннего законодательного и нормативного регламентирования всех составляющих, перечисленных в разделе 4.2.2. Это обеспечивает безопасность и доступность искусственного аборта. Следует изучить имеющуюся

законодательную базу, чтобы выяснить, где имеются проблемы и необходимо улучшение (см. также гл. 3).

Законодательная база должна быть направлена на следующее:

- уважение, защиту и осуществление прав женщин, в том числе уважение ее достоинства, независимости и равенства;
- пропаганду и защиту здоровья женщин как состояния полного физического, психического и социального благополучия;
- снижение частоты нежелательных беременностей за счет предоставления высококачественной медицинской помощи по контрацепции и соответствующей информации, широкого спектра средств контрацепции, в том числе средств посткоитальной контрацепции, и всестороннего полового воспитания;
- предупреждение и борьбу с общественным осуждением и дискриминацией женщин, обращающихся за медицинской помощью по прерыванию беременности или лечению осложнений аборта;
- снижение материнской заболеваемости и смертности вследствие небезопасного аборта за счет обеспечения доступа к своевременной медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности, в том числе по контрацепции после аборта, каждой женщине, имеющей на нее право по закону;
- удовлетворение нужд женщин, принадлежащих к уязвимым и неимущим группам населения: бедных, подростков, одиноких, беженцев и перемещенных лиц, ВИЧ-инфицированных и жертв изнасилования.

Несмотря на то что страны различаются по состоянию национальной системы здравоохранения и доступным ресурсам, все они могут немедленно предпринять целенаправленные шаги по разработке всесторонней законодательной базы, которая расширит доступ к медицинской помощи по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе по безопасному прерыванию беременности.

Литература

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149–1158.
6. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*, 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations;

- Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
 11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
 12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
 13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
 14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
 15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
 16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R., Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysi c v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhironova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.
29. *Millennium development goals in Russia: looking into the future*. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. *Constitution of the World Health Organization*, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.

42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngweni CG. Women's access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.
52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972.
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt-information-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement*, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Отсутствующие данные, получение которых требует проведения научных исследований

- Эффективность мизопростала в более низких дозах (600 мкг) при назначении в комбинации с мифепристоном в дозе 200 мг для прерывания беременности ранних сроков или при определенных путях введения.
- Преимущества повышения первой дозы мизопростала по сравнению с последующими при медикаментозном аборте во II триместре беременности.
- Определение наиболее эффективной комбинации препаратов для медикаментозного аборта при сроке беременности 9–12 недель.
- Определение интервала между назначением мифепристона и мизопростала, предпочтительного для женщин, с учетом того, что комбинация наиболее эффективна, если интервал составляет 24–48 часов.
- Влияние подготовки шейки матки на болевой синдром во время хирургического аборта.
- Влияние подготовки шейки матки на частоту осложнений хирургического аборта в конце I триместра беременности (9–12 недель).
- Преимущества и недостатки подготовки шейки матки и их зависимость от опыта медицинских работников.
- Сравнение фармакокинетики карбопроста и гемепроста.
- Оценка алгоритмов наблюдения после медикаментозного и хирургического аборта.
- Оценка безопасности контрацепции (особенно ВМК, подкожных имплантатов и инъекционных контрацептивов) после медикаментозного аборта.
- Определение безопасных сроков введения ВМК после инфицированного аборта.
- Определение наиболее эффективных методов обезболивания искусственного аборта в I и во II триместрах беременности, в том числе режимов назначения препаратов.
- Изучение побудительных причин выполнения искусственных абортов у медицинских работников и их влияния на доступность данного вида медицинской помощи.
- Изучение того, как женщины оплачивают искусственные аборты, и как эта информация может использоваться для справедливого предоставления медицинской помощи.
- Исследование влияния интернета, телемедицины, социального маркетинга и других аналогичных услуг на оказание медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и доступ к ней.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Окончательный список вопросов и исходов, изученных с помощью системы GRADE

1. Какой медикаментозный метод рекомендуется при прерывании беременности сроком до 12 недель, если мифепристон недоступен?

Исход 1: неполный аборт

Исход 2: развивающаяся беременность

Исход 3: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 4: интервал от начала лечения до прерывания беременности

Исход 5: другие осложнения вмешательства

2. Какой метод обезболивания следует применять при хирургическом прерывании беременности сроком до 12–14 недель

Исход 1: уменьшение боли во время вмешательства

Исход 2: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 3: осложнения обезболивания

3. Следует ли проводить антимикробную профилактику для предупреждения инфекционных осложнений искусственного аборта?

Исход 1: инфекции

Исход 2: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 3: осложнения

Исход 4: стоимость

4. Какой медикаментозный метод рекомендуется при прерывании беременности сроком до 12 недель?¹

Исход 1: неполный аборт

Исход 2: развивающаяся беременность

Исход 3: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 4: интервал от начала лечения до прерывания беременности

Исход 5: другие осложнения вмешательства

5. Какой метод рекомендуется при прерывании беременности сроком более 12 недель?
- Исход 1: неполный аборт
 - Исход 2: развивающаяся беременность
 - Исход 3: побочные эффекты (общие, индивидуальные)
 - Исход 4: интервал от начала лечения до прерывания беременности
 - Исход 5: другие осложнения вмешательства
6. Как следует лечить неполный аборт?
- Исход 1: неэффективность лечения
 - Исход 2: побочные эффекты (общие, индивидуальные)
 - Исход 3: интервал от начала лечения до прерывания беременности
 - Исход 4: другие осложнения вмешательства
7. Какой медикаментозный метод рекомендуется при прерывании беременности сроком более 12 недель?
- Исход 1: полный аборт
 - Исход 2: побочные эффекты (общие, индивидуальные)
 - Исход 3: осложнения вмешательства
 - Исход 4: интервал от начала лечения до прерывания беременности
8. Как проводить подготовку шейки матки перед хирургическим абортом?
- Исход 1: успешное расширение канала шейки матки
 - Исход 2: степень расширения канала шейки матки (в миллиметрах)
 - Исход 3: приемлемость для женщин
 - Исход 4: длительность процедуры
 - Исход 5: интервал от начала лечения до завершения аборта
 - Исход 6: побочные эффекты (общие, индивидуальные)
 - Исход 7: осложнения
9. Кому следует проводить подготовку шейки матки перед хирургическим абортом?
- Исход 1: необходимости в дальнейшем расширении канала шейки матки нет
 - Исход 2: степень расширения канала шейки матки (в миллиметрах)
 - Исход 3: предпочтения женщин
 - Исход 4: осложнения

10. Какой метод обезболивания следует применять при медикаментозном аборте?

Исход 1: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 2: осложнения

Исход 3: интервал от начала лечения до прерывания беременности

Исход 4: уменьшение боли во время вмешательства

11. Следует ли рекомендовать ультразвуковое исследование перед искусственным абортом?

Исход 1: осложнения

Исход 2: неполный аборт

12. Какой хирургический метод рекомендуется при прерывании беременности сроком до 12 недель?

Исход 1: неполный аборт

Исход 2: побочные эффекты (общие, индивидуальные)

Исход 3: другие осложнения вмешательства

13. Необходимо ли наблюдение всех женщин после искусственного аборта?

Исход 1: осложнения

Исход 2: стоимость

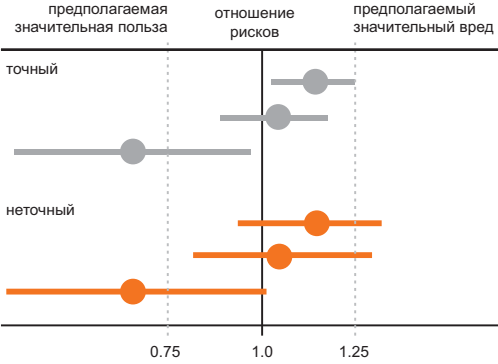
Исход 3: приемлемость для женщин

¹ В рекомендациях (Приложение 5) этот вопрос разделен на две рекомендации в зависимости от срока беременности: до 9 недель и 9–12 недель

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Стандартизованные критерии классификации доказательств с помощью системы GRADE

См. ссылки 19–23.

Область	Степень	Характеристики
Дизайн исследования	0	Все рандомизированные контролируемые исследования
	–1	Все наблюдательные исследования
Недостатки дизайна исследования	0	Большая часть суммарного эффекта получена в исследованиях с низким риском систематической ошибки
	–1	Большая часть суммарного эффекта получена в исследованиях с умеренным или высоким риском систематической ошибки
	–2	Большая часть суммарного эффекта получена в исследованиях с умеренным или высоким риском систематической ошибки
	Примечание	Низкий риск систематической ошибки: нет недостатков или минимальные недостатки. Умеренный риск систематической ошибки: серьезные недостатки или потенциально очень серьезные недостатки, в том числе неясная маскировка распределения, за исключением недостатков рандомизации или маскировки распределения. Высокий риск систематической ошибки: недостатки рандомизации, маскировки распределения, в том числе рандомизация на малые группы (< 10), или другие очень серьезные, критические методологические недостатки.
Несогласованность	0	Значительной гетерогенности нет ($I^2 < 60\%$ или $\chi^2 \geq 0,05$)
	–1	Необъяснимая значительная гетерогенность ($I^2 \geq 60\%$ или $\chi^2 < 0,05$). Если гетерогенность может объясняться систематической ошибкой, обусловленной преимущественной публикацией положительных результатов исследований, или малыми исследованиями, значение снижают только по одной из этих позиций (т. е. один и тот же недостаток не должен учитываться дважды)
Косвенность	0	Косвенности нет
	–1	Наличие косвенных сравнения, выборки, вмешательства, компаратора или исхода
Неточность	0	Точный доверительный интервал в соответствии с представленным ниже рисунком. 
		Размер общей кумулятивной выборки не слишком мал (т. е. размер выборки более 300 человек), общее число событий более 30
	–1	Не выполнено одно из упомянутых условий
	–2	Не выполнены два из упомянутых условий
	Примечание:	Если общее число событий менее 30, но размер общей кумулятивной выборки достаточно велик (например, более 3000 больных), значение не снижают. Если в изучаемой и контрольной группах события отсутствуют, качество доказательств по данному исходу следует считать очень низким.
Систематическая ошибка, обусловленная преимущественной публикацией положительных результатов исследований	0	Отсутствие асимметрии на воронкообразном графике или менее 5 исследований, которые должны быть нанесены на график
	–1	Очевидная асимметрия на воронкообразном графике, на который нанесено по крайней мере 5 исследований

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Участники технических консультаций

Д-р Marijke Alblas

Практикующий врач, защитник прав в области здоровья

Независимый медицинский консультант
Кейптаун
Южная Африка

Мисс Marge Berer

Защитник прав в области здоровья

Редактор
«Вопросы репродуктивного здоровья»
Лондон
Объединенное королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Mohsina Bilgrami

Руководитель программы, политик, защитник прав в области здоровья

Исполнительный директор
Общество Мэри Стоупс
Карачи
Пакистан

Д-р Paul Blumenthal

Практикующий врач, исследователь
Профессор акушерства и гинекологии
Медицинская школа Стэнфордского Университета
Стэнфорд, Калифорния
Соединенные Штаты Америки

Д-р Lidia Casas-Becerra

Юрист, исследователь, защитник прав в области здоровья

Профессор права
Юридическая школа Диего Порталеса
Университет Диего Порталеса
Сантьяго
Чили

Д-р Laura Castleman

Практикующий врач, руководитель программы

Медицинский директор
«Iras»
Бирмингем, Мичиган
Соединенные Штаты Америки

Мисс Jane Cottingham

Исследователь, защитник прав в области здоровья

Независимый консультант по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам в этой области
Каруж, Кантон Женева
Швейцария

Д-р Kelly Culwell

Практикующий врач, защитник прав в области здоровья, руководитель программы

Старший советник
Международная федерация планирования семьи
Лондон
Объединенное королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Teresa Depiñeres

Исследователь, практикующий врач, руководитель программы

Старший технический советник
Фонд «Orientame»
Богота
Колумбия

Д-р Joanna Erdman

Юрист, исследователь, защитник прав в области здоровья

Профессор, юридический факультет
Университет Торонто
Торонто, Онтарио
Канада

Д-р Aníbal Faúndes

Практикующий врач, защитник прав в области здоровья

Профессор акушерства и гинекологии
Государственный университет Кампинаса
Кампинас, Сан-Паулу
Бразилия

Профессор Mahmoud Fathalla

Практикующий врач, исследователь, защитник прав в области здоровья

Университет Асьюта
Асьют
Египет

Д-р Kristina Gemzell-Danielsson

Исследователь, практикующий врач, политик
Профессор акушерства и гинекологии
Больница Каролинского Университета
Стокгольм
Швеция

Д-р Anna Glasier

Практикующий врач, исследователь
Ведущий врач
Охрана сексуального здоровья
Национальная система здравоохранения Лотиана
и Эдинбургский университет
Эдинбург
Шотландия

Д-р Türkiz Gököl

Исследователь, политик, руководитель
программы
Директор международных программ
Фонд Сюзан Томпсон Баффетт
Омаха, Небраска
Соединенные Штаты Америки

Д-р David Grimes

Методолог, эпидемиолог, исследователь
Заслуженный деятель науки
«Family Health International»
Дарем, Северная Каролина
Соединенные Штаты Америки

Д-р Selma Hajri

Практикующий врач, исследователь
Консультант по репродуктивному здоровью
Координатор
Африканская сеть по медикаментозным абортам
Тунис
Тунис

Д-р Pak Chung Ho

Практикующий врач, исследователь
Профессор акушерства и гинекологии
Больница Королевы Мэри
Гонконг
Китайская Народная Республика

Д-р Sharad Iyengar

Практикующий врач, политик
Президент
«Action Research & Training for Health»
Удайпур
Индия

Мисс Heidi Bart Johnston

Временный советник
Консультант по репродуктивному здоровью и правам в
этой области
Ветцikon
Швейцария

Мисс Bonnie Scott Jones

Юрист, защитник прав в области здоровья
Заместитель директора
Центр по правам в области репродуктивного здоровья
Нью-Йорк, Нью-Йорк
Соединенные Штаты Америки

Д-р Vasantha Kandiah

Исследователь
Консультант
Совет по росту численности населения и
планированию семьи
Куала-Лумпур
Малайзия

Д-р Nguyen Duy Khe

Руководитель программы
Руководитель, Департамент охраны материнства и
детства
Министерство здравоохранения
Ханой
Вьетнам

Д-р Chisale Mhango

Руководитель программы
Директор, Отдел репродуктивного здоровья
Министерство здравоохранения
Лилонгве
Малави

Д-р Suneeta Mittal

Практикующий врач, исследователь, защитник прав в
области здоровья
Руководитель, Отделение акушерства и гинекологии
Всеиндийский институт медицинских наук
Ансари Нагар, Нью-Дели
Индия

Д-р Nuriye Ortayli

Практикующий врач, руководитель программы
Старший советник
ЮНФПА
Нью-Йорк, Нью-Йорк
Соединенные Штаты Америки

Д-р Mariana Romero

Исследователь, защитник прав в области
здоровья
Научный сотрудник
«CEDES»
Буэнос-Айрес
Аргентина

Д-р Helena von Hertzen

Исследователь
Консультант
Фонд «Concept»
Женева
Швейцария

Д-р Beverly Winikoff

Методолог, эпидемиолог, исследователь
Президент
«Gynuity Health Projects»
Нью-Йорк, Нью-Йорк
Соединенные Штаты Америки

Мисс Patricia Ann Whyte

Временный советник
Старший научный сотрудник
Стратегический центр по здоровью населения
Дикина
Факультет здравоохранения, Университет Дикина
Виктория
Австралия

Дополнительные рецензенты**Мисс Rebecca Cook**

Заведующая кафедрой по международному праву
в области прав человека
Юридический факультет
Университет Торонто
Торонто, Онтарио
Канада

Мисс Laura Katsive

Сотрудник программы
«Wellspring Advisors, LLC»
Нью-Йорк
Соединенные Штаты Америки

Д-р Paul FA Van Look

Консультант по сексуальному и репродуктивному
здоровью
Валь-Д'Илье
Швейцария

Региональные советники B03

Д-р Khadiddiatou Mbaye, Региональное бюро для
стран Африки
Д-р Gunta Lazdane, Европейское региональное
бюро

Секретериат B03

Д-р Katherine Ba-Thike
Д-р Dalia Brahmi
Д-р Peter Fajans
Д-р Bela Ganatra
Д-р Emily Jackson
Д-р Ronald Johnson
Д-р Nathalie Kapp
Мисс Eszter Kismodi
Д-р Regina Kulier
Д-р Michael Mbizvo
Д-р Lale Say
Д-р Iqbal Shah
Д-р João Paulo Dias de Souza

Наблюдатели**Д-р Mari Mathiesen****Член совета директоров**

Эстонский фонд медицинского страхования
Лембиту
Эстония

Д-р Helvi Tarien

Руководитель отдела медицинской помощи
Эстонский фонд медицинского страхования
Лембиту
Эстония

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Рекомендации с технических консультаций по подготовке 2-го издания руководства «Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики»

Рекомендация 1: хирургические методы прерывания беременности сроком до 12–14 недель

Рекомендуемый хирургический метод прерывания беременности сроком до 12–14 недель – вакуумная аспирация. Дополнять ее выскабливанием полости матки во всех случаях не следует. Расширение канала шейки матки и выскабливание (РВ), если оно еще используется для прерывания беременности, должно быть заменено вакуумной аспирацией

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- По данным обсервационных исследований, вакуумная аспирация реже сопровождается осложнениями, чем РВ, однако мощность рандомизированных контролируемых исследований была недостаточна, чтобы выявить различия в частоте осложнений.
- Данных, подтверждающих необходимость контрольного кюретажа (т. е. выскабливание острой кюреткой для «завершения» аборта) после вакуумной аспирации, нет.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.

Рекомендация 2: медикаментозные методы прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней)

Рекомендация 2.1

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мифепристона с последующим назначением мизопростола.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Рандомизированные контролируемые исследования продемонстрировали более высокую эффективность комбинации препаратов (назначение мифепристона и затем мизопростола) по сравнению с мизопростолом в монорежиме.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 2.2

Мифепристон следует всегда назначать внутрь.

Рекомендуемая доза – 200 мг.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- По данным рандомизированных контролируемых исследований, мифепристон в дозе 200 и 600 мг одинаково эффективен.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 2.3

Рекомендуемая доза мизопростола для интравагинального, сублингвального и защежного применения – 800 мкг. Рекомендуемая доза мизопростола для приема внутрь – 400 мкг.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Эффективность мизопростола зависит от срока беременности, пути и частоты введения. Продолжаются исследования, направленные на определение клинических ситуаций (если они существуют), в которых мизопростол будет эффективен в более низких дозах.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 2.4

Дозы и пути введения препаратов при применении комбинации мифепристона и мизопростола.

Мифепристон следует всегда назначать внутрь.

Рекомендуемая доза – 200 мг.

Мизопростол рекомендуется назначать через 1–2 дня (24–48 ч) после приема мифепристона.

- Рекомендуемая доза мизопростола для интравагинального, сублингвального и защежного применения – 800 мкг.
- Рекомендуемая доза мизопростола для приема внутрь – 400 мкг.
- Для прерывания беременности сроком до 7 недель (49 дней) мизопростол можно применять интравагинально, сублингвально, внутрь и в виде защежных таблеток. Для прерывания беременности сроком более 7 недель назначать мизопростол внутрь не следует.

- Для прерывания беременности сроком до 9 недель (63 дней) мизопростол можно применять интравагинально, сублингвально и в виде защежных таблеток.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- С учетом более высокой эффективности и более низкой частоты побочных эффектов рекомендуется интравагинальное назначение мизопростола. Однако некоторые женщины предпочитают другие пути введения.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 2.5

Мизопростол рекомендуется назначать через 1–2 дня (24–48 ч) после приема мифепристона.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 3: медикаментозные методы прерывания беременности сроком 9–12 недель (63–84 дня)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь и мизопростола в дозе 800 мкг интравагинально через 36–48 ч. Далее мизопростол назначают в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 ч до изгнания плодного яйца из матки, но не более 4 раз.

(Настоятельность рекомендаций: низкая.)

Комментарии

- Режимы медикаментозного прерывания беременности сроком 9–12 недель являются предметом продолжающихся исследований. По их завершении эта рекомендация, по-видимому, будет изменена.
- Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования и одного обсервационного исследования: низкое.

Рекомендация 4: медикаментозные методы прерывания беременности сроком до 12 недель (84 дней), если мифепристон недоступен

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение мизопростала в дозе 800 мкг интравагинально или сублингвально. Далее препарат назначают в той же дозе, но не более 3 раз. Интервал между последующими дозами мизопростала должен быть не менее 3 ч, но не более 12 ч.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Сублингвальное применение мизопростала чаще сопровождается побочными эффектами, чем интравагинальное. У нерожавших сублингвальный путь менее эффективен, если интервал между введениями препарата превышает 3 часа.
- Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования: высокое.
- Комбинация мифепристона и мизопростала эффективнее мизопростала в монорежиме и реже вызывает побочные эффекты. В некоторых странах применяют комбинацию метотрексата и мизопростала. Эта комбинация не рекомендована ВОЗ, менее эффективна, чем комбинация мифепристона и мизопростала, но более эффективна, чем мизопростол в монорежиме.

Рекомендация 5: методы прерывания беременности сроком более 12–14 недель (84–98 дней)

Для прерывания беременности сроком более 12–14 недель можно рекомендовать как хирургический (расширение канала шейки матки и эвакуацию, РЭ), так и медикаментозные (мизопростол в комбинации с мифепристоном или мизопростол в монорежиме) методы. В зависимости от опыта медицинских работников и возможности их обучения лечебно-профилактические учреждения должны предлагать хотя бы один, а лучше оба метода.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Получение доказательств по этому вопросу ограничено готовностью женщин участвовать в рандомизированных исследованиях по сравнению хирургических и медикаментозных методов прерывания беременности.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.
- Выбор метода прерывания беременности может быть ограничен или невозможен при наличии медицинских противопоказаний к одному из методов.

Рекомендация 6: медикаментозные методы прерывания беременности сроком более 12 недель (84 дней)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности – применение комбинации мифепристона в дозе 200 мг внутрь с последующим (через 36–48 ч) повторным назначением мизопростала.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

- При прерывании беременности сроком 12–24 нед начальная доза мизопростала составляет 800 мкг интравагинально или 400 мкг внутрь. Затем мизопростол назначают в дозе 400 мкг

интравагинально или сублингвально каждые 3 ч, но не более 4 раз.

- При прерывании беременности сроком более 24 нед доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Рекомендуемый медикаментозный метод прерывания беременности, если мифепристон недоступен — применение мизопростола в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально. Далее препарат назначают в той же дозе каждые 3 ч, всего не более 5 доз.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Сокращение интервала между назначением мифепристона и мизопростола менее 36 часов увеличивает продолжительность прерывания беременности и повышает частоту неполного аборта.
- Этакридина лактат вызывает прерывание беременности в сроки, сходные с таковыми при применении мизопростола в монорежиме. Сравнение безопасности и эффективности этакридина лактата и комбинации мифепристона и мизопростола не проводилось.
- При наличии рубца на матке медикаментозный аборт во II триместре беременности сопряжен с очень низким (0,28%) риском разрыва матки.
- При использовании мизопростола в монорежиме у нерожавших интравагинальное применение препарата эффективнее сублингвального.
- Качество доказательств, основанных на результатах одного рандомизированного контролируемого исследования: низкое — среднее.

Рекомендация 7: подготовка шейки матки перед прерыванием беременности сроком до 12–14 недель (84–98 дней)

Рекомендация 7.1

Подготовка шейки матки перед хирургическим абортom рекомендуется всем женщинам при сроке беременности более 12–14 недель. Однако она может проводиться перед прерыванием беременности любого срока.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Следует принимать во внимание увеличение продолжительности аборта и возможность осложнений, в том числе усиления боли, кровотечения из влагалища и стремительного аборта, если подготовка шейки матки применяется при сроке беременности до 12–14 недель.
- Отсутствие возможности для подготовки шейки матки не должно ограничивать доступ к медицинской помощи по прерыванию беременности.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.

Рекомендация 7.2

Перед хирургическим абортom в I триместре беременности рекомендуется применять один из следующих методов подготовки шейки матки:

- мифепристон, 200 мг внутрь за 24–48 ч до аборта, или
- мизопростол, 400 мкг сублингвально за 2–3 ч до аборта, или
- мизопростол, 400 мкг интравагинально за 3 ч до аборта, или
- палочки ламинарии интрацервикально за 6–24 ч до аборта.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- На выбор метода влияют стоимость, доступность на местах и навыки применения.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.

Рекомендация 8: подготовка шейки матки перед прерыванием беременности сроком более 14 недель (98 дней)

Рекомендация 8.1

Подготовку шейки матки проводят всем женщинам при сроке беременности более 14 недель, которым планируется выполнить расширение канала шейки матки и эвакуацию плодного яйца (РЭ).

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое – среднее.

Рекомендация 8.2

Рекомендуемые методы подготовки шейки матки к расширению канала шейки матки и эвакуации плодного яйца (РЭ) при сроке беременности более 14 недель – применение осмотических расширителей или мизопростол.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Осмотические расширители сокращают продолжительность аборта и необходимость дополнительного расширения канала шейки матки по сравнению с мизопростолом. Применение мизопростол для

подготовки шейки матки перед РЭ при сроке беременности более 20 недель не изучалось.

- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: среднее.

Рекомендация 9: наблюдение после искусственного аборта

Необходимости в консультации после неосложненного хирургического аборта или медикаментозного аборта с применением комбинации мифепристона и мизопростол нет. Тем не менее следует сообщать всем женщинам о том, что при необходимости или желании они могут обратиться за дополнительной медицинской помощью.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Женщины должны быть надлежащим образом информированы относительно симптомов развивающейся беременности и других медицинских показаний для повторного обращения в лечебно-профилактическое учреждение (например, длительного обильного кровотечения или лихорадки).
- Предметом продолжающихся исследований является изучение методов наблюдения после медикаментозного аборта в I триместре беременности, представляющих собой альтернативу посещениям лечебно-профилактических учреждений.
- Качество доказательств, основанных на результатах наблюдательных исследований, и косвенных доказательств: низкое.

Рекомендация 10: лечение неполного аборта

Если размеры матки на момент лечения неполного аборта не превышают таковые при сроке беременности 13 недель, рекомендуется вакуумная аспирация или применение мизопростала. Препарат следует назначать однократно в дозе 400 мкг сублингвально или 600 мкг внутрь.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Эффективность выжидательной тактики при неполном аборте может быть сходной с таковой при применении мизопростала, однако прерывание беременности занимает больше времени. Тактика лечения при неполном аборте определяется клиническим состоянием женщины и ее предпочтениями.
- Эта рекомендация основана на исследованиях, проведенных при самопроизвольном аборте. Несостоявшийся аборт отличается от неполного аборта, как самопроизвольного, так и искусственного.
- На основании рекомендаций по хирургическому прерыванию беременности в I триместре вакуумную аспирацию можно проводить, если размеры матки не превышают таковые при сроке беременности 14 недель.
- Мизопростол может быть назначен также интравагинально. В исследованиях этого пути введения мизопростол применяли в дозе 400–800 мкг. Исследования по сравнению разных доз препарата не проводили.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.

Рекомендация 11: антибактериальная профилактика при искусственном аборте

Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, независимо от риска воспалительных заболеваний половых органов до или во время вмешательства должна быть проведена надлежащая антимикробная профилактика.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

При проведении медикаментозного аборта проводить антимикробную профилактику во всех случаях не рекомендуется.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Отсутствие антимикробных средств не должно ограничивать доступ к медицинской помощи по прерыванию беременности.
- Доказана эффективность однократного применения нитроимидазолов, тетрациклинов и пенициллинов.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований, посвященных хирургическому аборту: среднее. Качество доказательств, основанных на результатах одного обсервационного исследования: для медикаментозного аборта – очень низкое, для хирургического аборта – среднее.

Рекомендация 12

Проведение ультразвукового исследования перед абортом всем женщинам необязательно.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированного контролируемого и обсервационных исследований: очень низкое.

Рекомендация 13: контрацепция после искусственного аборта

Гормональная контрацепция может быть начата в день выполнения хирургического аборта или при приеме первой дозы препарата для медикаментозного прерывания беременности.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

ВМК после медикаментозного аборта может быть введен в полость матки только тогда, когда беременность однозначно прервана.

Комментарии

- Начало гормональной контрацепции во время медикаментозного аборта до изгнания плодного яйца не было предметом клинических исследований.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: очень низкое.

Рекомендация 14: обезболивание искусственного аборта

Обезболивание (например, применение нестероидных противовоспалительных средств) следует предлагать всем женщинам как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Проводить вакуумную аспирацию и РЭ под общей анестезией во всех случаях не рекомендуется.

(Настоятельность рекомендаций: высокая.)

Комментарии

- Следует всегда предлагать обезболивание и немедленно предоставлять его всем желающим как при медикаментозном, так и при хирургическом аборте. В большинстве случаев при прерывании беременности достаточно применения анальгетиков, местной

анестезии и/или седации, дополненных успокаивающими словами, однако потребность в обезболивании растет со сроком беременности.

- Режимы назначения препаратов для обезболивания изучены плохо, что мешает дать рекомендации об их применении. Однако обезболивание – важный компонент медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности.
- Несмотря на отсутствие надлежащего изучения, широко применяются внутривенное введение наркотических анальгетиков и/или транквилизаторов и парацервикальная блокада.
- Показано, что нестероидные противовоспалительные средства эффективно уменьшают боль во время хирургического и медикаментозного аборта. Парацетамол в этой ситуации неэффективен.
- Некоторым женщинам, особенно при искусственном аборте во II триместре беременности, может потребоваться дополнительное назначение наркотических анальгетиков.
- Применение регионарной анестезии во время медикаментозного прерывания беременности сроком более 12 недель не было предметом клинических исследований.
- По сравнению с другими методами обезболивания общая анестезия связана с более высокой частотой побочных эффектов и неблагоприятных событий.
- Качество доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований: низкое.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Показания к контрацепции после аборта¹

Таблица П1. Сводная таблица показаний к применению гормональных, внутриматочных и барьерных методов контрацепции после аборта											
Аборт	КОК	КИК	Пластыри и влагалищные кольца	ОКП	ДМПА, НЭТ-ЭН	Подкожные имплантаты с ЛНГ / ЭТГ	ВМК, содержащий медь	ВМК, выделяющий ЛНГ	Презервативы	Спермициды	Влагалищная диафрагма
В I триместре	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Во II триместре	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Сразу после инфицированного аборта	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

ВМК – внутриматочный контрацептив; ДМПА / НЭТ-ЭН – инъекционные контрацептивы, содержащие только прогестагены: депо-медроксипрогестерона ацетат / норэтистерона энантат; КИК – комбинированные инъекционные контрацептивы; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; ЛНГ / ЭТГ – подкожные имплантаты, выделяющие только прогестагены: левоноргестрел / этоноргестрел; ОКП – оральные контрацептивы, содержащие только прогестагены.

Определения категорий

- 1 – состояние, при котором ограничений использования метода контрацепции нет.
- 2 – состояние, при котором преимущества использования метода в целом перевешивают теоретический или доказанный риск.
- 3 – состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно перевешивает преимущества использования метода.
- 4 – состояние, при котором применение метода контрацепции представляет неприемлемый риск.

¹ Из: «Medical eligibility criteria for contraceptive use», 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.

Таблица П2. Рекомендации по стерилизации женщин после аборта	
Состояние	Стерилизация женщин
После неосложненного аборта	Д
Инфицированный аборт, лихорадка	О
Массивное кровотечение после аборта	О
Тяжелые повреждения половых органов; повреждения влагалища и шейки матки во время аборта	О
Перфорация матки	С
Острая гематометра	О

Определения категорий

- Д (да) – нет причин отказывать в стерилизации при этом состоянии.
- П (предосторожность) – вмешательство обычно проводят, но с дополнительными мерами предосторожности и подготовкой.
- О (отложить) – вмешательство откладывают до получения результатов обследования и/или лечения состояния; следует предложить временные альтернативные методы контрацепции.
- С (специальные условия) – вмешательство должен выполнять опытный хирург и персонал, нужны оборудование для общей анестезии и другие резервные средства. Необходимы возможности выбора наиболее подходящих методов стерилизации и анестезии. Следует предложить временные альтернативные методы контрацепции, если требуется направление в другое лечебно-профилактическое учреждение или имеется любая другая задержка

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Основные международные и региональные соглашения по правам человека

Таблица ПЗ. Ключевые международные соглашения по правам человека	
Международные соглашения по правам человека (дата вступления в силу)	Орган, контролирующий исполнение соглашения
Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1969 г.)	Комитет по ликвидации расовой дискриминации
Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1976 г.)	Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
Международный пакт о гражданских и политических правах (1976 г.)	Комитет по правам человека
Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1981 г.)	Комитет по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания (1987 г.)	Комитет против пыток
Конвенция о правах ребенка (1990 г.)	Комитет по правам ребенка
Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (2003 г.)	Комитет по трудящимся-мигрантам
Конвенция о правах инвалидов (2008 г.)	Комитет по правам инвалидов

Таблица П4. Ключевые региональные соглашения по правам человека	
Региональные соглашения по правам человека (дата вступления в силу)	Орган, контролирующий исполнение соглашения
Американская декларация прав и обязанностей человека (1948 г.)	Межамериканская комиссия по правам человека
Конвенция о защите прав человека и основных свобод (с поправками, внесенными протоколами 1, 4, 6, 7, 12 и 13) (1953 г.)	Европейский суд по правам человека
Американская конвенция о правах человека (1978 г.)	Межамериканская комиссия по правам человека
Африканская хартия прав человека и народов (1986 г.)	Африканская комиссия по правам человека и народов
Межамериканская конвенция по предотвращению, наказанию и искоренению насилия в отношении женщин (Конвенция Белем-ду-Пара) (1994 г.)	Межамериканская комиссия по правам человека
Европейская социальная хартия (1961 г.) / Пересмотренная Европейская социальная хартия (1996 г.)	Европейский комитет по социальным правам
Африканская хартия о правах и благополучии ребенка (1999 г.)	Африканский комитет экспертов по правам и благополучию ребенка
Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека по экономическим, социальным и культурным правам (Сан-Сальвадорский протокол) (1999 г.)	Межамериканская комиссия по правам человека
Протокол к Африканской хартии прав человека и народов по правам женщин в Африке (2005 г.)	Африканская комиссия по правам человека и народов
Арабская хартия о правах человека (2008 г.)	Арабский комитет по правам человека
Хартия основных прав Европейского Союза (2009 г.)	Генеральный суд / Европейский суд



Всемирная организация
здравоохранения

Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу:

Department of Reproductive Health and Research

World Health Organization

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Факс: +41 22 791 4171

Эл. почта: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 454843 1



9 789244 548431