

АБОРТЫ В ЕВРОПЕ

Данный выпуск журнала подготовлен при участии Европейской сети Международной федерации планирования семьи



Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

№ 59 – 2005



Entre Nous

Европейский журнал по репродуктивному и сексуальному здоровью

Entre Nous издается:

программой Европейского регионального бюро ВОЗ по проблемам репродуктивного здоровья/беременности и основным направлениям гендерной политики
Дания, DK-2100 Копенгаген Ø
Scherfigsvej 8
Тел.: (+45) 3917 1341
Факс: (+45) 3917 1850
E-mail: entrenous@who.dk
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr Gunta Lazdane

Редактор

Jeffrey V.Lazarus

Помощник редактора

Dominique Gundelach

Дизайн

To om bord, Дания. www.toombord.dk

Печать

Отпечатано в типографии ST.art Ltd.

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Нью-Йорк, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания. Журнал выпускается 3 раза в год. В настоящее время его тираж составляет: 3 000 экз. на английском языке, 2 000 экз. на испанском, 2 000 экз. на португальском, 1 000 экз. на болгарском, 1 500 экз. на русском и 500 экз. на венгерском.

Entre Nous выпускается:

На болгарском языке Министерством здравоохранения Болгарии в рамках проекта, финансируемого UNFPA;

На венгерском языке Отделением акушерства и гинекологии Дебреценского медицинского техникума, Венгрия, Дебрецен, PO Box 37;

На португальском языке Генеральным директором здравоохранения, Португалия, Лиссабон P-1056, Alameda Afonso Henriques 45;

На русском языке Информационным Центром ВОЗ по вопросам здравоохранения для ЦАР

На испанском языке Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Испания, Мадрид ES-28010, Almagro 36.

Экземпляры журнала, выходящие на португальском и испанском языках, распространяются непосредственно через представителей UNFPA и региональных бюро ВОЗ в португалоязычных и испаноязычных странах Африки и Южной Америки.

Материалы из журнала *Entre Nous* могут быть переведены на любой национальный язык, переизданы в журналах и газетах или размещены на веб-сайтах при обеспечении ссылки на журнал *Entre Nous*, UNFPA и Европейского регионального бюро ВОЗ.

Статьи, опубликованные в журнале *Entre Nous*, необязательно отражают точку зрения UNFPA или ВОЗ. Пожалуйста, направляйте справки авторам, выделенным в статье.

За информацией по деятельности, подерживаемой ВОЗ, и документам и обращайтесь в Отделение здоровья семьи и общества по указанному выше адресу.

Пожалуйста, заказывайте публикации у торговых агентов ВОЗ или в Отделе маркетинга и распространения ВОЗ, по адресу:

Швейцария, Женева 27, CH-1211.

ISSN: 1014-8485

Тираж 1500 экз.

Entre Nous

СОДЕРЖАНИЕ

От редакторов <i>Fred Sai</i>	3
Аборты в странах Европы: десять лет после конференции в Каире <i>Gunta Lazdane</i>	4
Текущая ситуация по лекарственным абортam в Европе <i>Hillary Bracken, Beverly Winikoff</i>	7
В Швеции безопасность абортов ставится под сомнение <i>Silvia Sjodahl</i>	10
Почему Международная федерация планирования семьи определила обеспечение свободного доступа к услугам по прерыванию беременности в качестве одного из пяти основных направлений своей деятельности? <i>Jeffrey V. Lazarus</i>	11
Уделяя больше внимания вопросам охраны женского здоровья: комплексная система услуг по прерыванию беременности в странах Центральной и Восточной Европы <i>Traci L. Baird, Sarbaga Falk, Entela Shehu</i>	13
ВИЧ-инфицированные женщины и свобода выбора <i>Marcel Vekemans u Upeka de Silva</i>	17
Почему женщины продолжают умирать от осложнений аборта в стране, где искусственное прерывание беременности разрешено законом? Ситуация в Российской Федерации <i>Evert Ketting</i>	20
Аборты в Европе: обеспечивается ли сфокусированность правовых норм, регулирующих производство абортов, и методов прерывания беременности на охране здоровья женщины? <i>Christian Fiala</i>	23
Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека в Европе <i>Mirjam Hagele</i>	26
Аборты в Европе «Женщины на волнах» – полемика в Европейском парламенте <i>Patricia Hindmarsh</i>	29
Ресурсы Интернет	30

Стр.4

Стр.7

Стр.16

Стр.30



Иллюстрация на обложке: © To ombord

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Dr. Assia Branrup-Lukanov

Директор отдела здоровья, образования и социального обеспечения, Германское Агентство Технического Сотрудничества (GTZ)

Mr Bjarne B.Christensen

Глава секретариата
Sex og Samfund
Датская Ассоциация планирования семьи

Dr Helle Karro

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
Медицинский факультет
Университет Тарту, Эстония

Dr Evert Ketting

Голландская школа общественного здравоохранения
Утрехт, Нидерланды

Dr Malika Ladjali

Старший специалист программы,
Штаб-квартира ЮНЕСКО

Ms Adriane Martin Hilber

Технический сотрудник отдела репродуктивного здоровья и исследований
Штаб-квартира ВОЗ, Женева

Ms Nell Rasmussen

Старший советник,
Датский центр по правам человека

Dr Peer Sieben

Представитель ЮНФПА и страновой директор Румыния

Ms Vicky Claeys

Региональный директор Европейской сети Международной федерации планирования семьи, (IPPF-EN), Брюссель

Dr Robert Thomson

Советник по вопросам сексуальности, репродуктивного здоровья и пропаганды
Группа предоставления технических услуг странам Европы, ЮНФПА (г. Братислава)

ОТ РЕДАКТОРОВ

*Небезопасное прерывание беременности:
Европа не является исключением*

Fred Sai



Суровая реальность перечеркнула радужные перспективы в области охраны репродуктивного здоровья, включая защиту сексуального здоровья и прав граждан, которые были порождены консенсусом, достигнутым на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР). Более того, сами принципы, лежащие в основе достигнутых соглашений, теперь ставятся под сомнение правительствами ряда государств и некоторыми религиозными группами.

Рабочая программа МКНР, единогласно утвержденная в 1994 г. правительствами 179 стран, начинается со следующего заявления: «Осуществление рекомендаций, указанных в Рабочей программе, является суверенным правом каждого государства, согласующимся с национальными законами и приоритетами в области развития, находится в полном соответствии со всеми религиозными, этическими и культурными ценностями населения стран-участниц и способствует реализации прав человека, закрепленных международным сообществом». К сожалению, отказ от соблюдения и практического претворения в жизнь этого положения приводит к возникновению отнимающих драгоценное время и силы дискуссий, что особенно наглядно проявляется в тех случаях, когда речь идет о контрацепции и искусственном прерывании беременности.

Право на свободу исповедания, закрепленное в национальных конституциях большинства стран мира, подвергается вопиющему нарушению со стороны некоторых религиозных фанатиков, пытающихся навязать обществу свои догмы и идеологию, нередко, путем сознательного искажения научных открытий и фактов. Стремление запретить использование гормональных противозачаточных средств, включая средства для неотложной контрацепции, а также манипулирование ложными заявлениями

относительно низкой эффективности барьерных средств контрацепции (презервативов) представляют собой ничто иное, как нежелание уважать и соблюдать фундаментальный принцип Рабочей программы МКНР. Безусловно, такая пропаганда не оказывает какого-либо значимого влияния на сознание высокообразованных и не испытывающих информационного дефицита сообществ развитых государств. Однако во многих слаборазвитых странах мира, где религиозная доктрина все еще остается основной направляющей и регулирующей силой для широких слоев населения, ведение пропаганды такого рода равносильно попранию таких фундаментальных прав человека, как право на получение точной и объективной информации и право на доступ к плодам развития современной науки.

Руководство Организации Объединенных Наций приняло решение, безусловно разумное, не проводить еще одну международную конференцию по вопросам народонаселения и развития, которую первоначально планировалось посвятить десятой годовщине организации такого успешного проекта, как МКНР. Оценка результатов деятельности, проводившейся в течение предыдущих пяти лет, и изучение ситуации по регионам со всей очевидностью показали, что существуют силы и группы, которые готовы использовать любую возможность для пересмотра достигнутых ранее договоренностей в ущерб трезвой оценке того, что было сделано и того, что еще только предстоит осуществить.

Отчасти именно «благодаря» усилиям таких групп, стратегическая программа ООН «United Nations Millennium Development Goals» («Цели в области развития на новое тысячелетие»), реализация которой была начата в 2000 г., не содержит какого-либо положения, касающегося защиты сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, что свело на нет прекрасную возможность придать вопросам охраны репродуктивного здоровья заслуженно приоритетный статус при планировании мер по развитию сферы здравоохранения. Если женщины не будут иметь надлежащего представления о своих сексуальных и репродуктивных правах, не смогут пользоваться ими в полной мере и не будут пользоваться свободным доступом к современным средствам контрацепции, то они никогда не достигнут равенства и не смогут принимать независимые и правильные решения по планированию собственной жизни.

И в этом смысле Европа не является исключением. Даже в наши дни стремительного научно-технического и экономического прогресса миллионы отдельных граждан и супружеских пар, проживающих в странах Европейского региона (что особенно справедливо по отношению к более отсталым государствам Центральной и Восточной Европы), лишены доступа к качественным услугам по планированию семьи и средствам контрацепции – и здесь ситуация во многом напоминает обстановку в большинстве

африканских государств. Более того, средства для неотложной контрацепции здесь либо полностью запрещены, либо целесообразность и допустимость их использования являются предметом ожесточенной полемики.

Имеющая место в некоторых странах Европейского региона неудовлетворенная потребность в средствах контрацепции в сочетании с политической, поощряющей искусственное прерывание беременности, привела к тому, что Европа вышла на первое место в мире по количеству производимых аборт. Поскольку качество медицинских услуг нередко оставляет желать лучшего (в результате использования просроченных лекарств и устаревшего оборудования, плохой организации работы по повышению квалификации работников здравоохранения и т.д.), это привело к росту показателей заболеваемости и смертности, связанных с производством легальных аборт, до неприемлемо высокого уровня. На территории Европейского союза все еще есть страны, чье законодательство ограничивает или полностью запрещает искусственное прерывание беременности (в особенности, лекарственных аборт) или же требует соблюдения сложных процедур, способствующих расцвету практики производства криминальных, опасных для здоровья и жизни женщины аборт. По оценкам специалистов, в Европе ежегодно имеет место более полумиллиона криминальных аборт. Этот очень своевременный выпуск журнала *Entre Nous*, выходящий в свет вскоре после принятия новых рекомендаций ВОЗ по безопасному производству аборт, обращается к очень актуальной теме охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека и должен стать еще одним действенным средством оказания помощи женщинам, живущим в странах Европы и других регионах мира.

Fred Sai

[fredsai@idngh.com]

Советник президента Ганы по вопросам охраны репродуктивного здоровья и борьбы с ВИЧ/СПИДом

Этот выпуск журнала «Entre Nous» подготовлен при целевой финансовой поддержке Европейского филиала Международной федерации по вопросам планирования семьи и призван осветить одну из наиболее актуальных проблем в области охраны здоровья женщин в современной Европе.

АБОРТЫ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ: ДЕСЯТЬ ЛЕТ ПОСЛЕ КОНФЕРЕНЦИИ В КАИРЕ

Gunta Lazdane

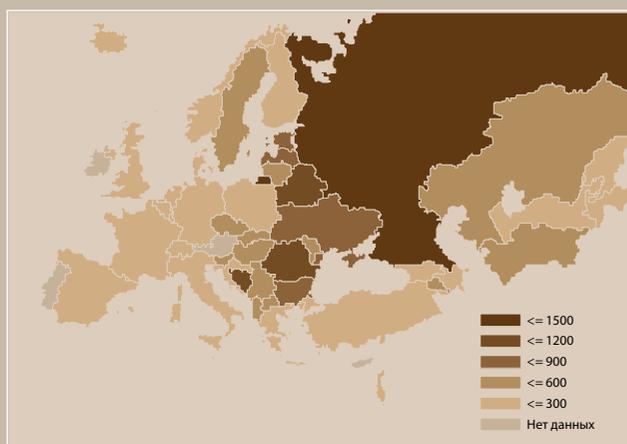
Пятый пункт программы ООН "United Nations Millennium Development Goals" ("Цели в области развития на новое тысячелетие") гласит: «Укрепление материнского здоровья: добиться снижения показателя материнской смертности на 75% за период с 1990 по 2015 гг.».

За последние десять лет многие страны Европы разработали и утвердили свои национальные стратегии, политики и/или программные документы в области охраны репродуктивного здоровья, включая такие компоненты, как обеспечение свободы выбора при планировании семьи и широкого доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности. Эта деятельность согласуется с целью и задачами Рабочей программы Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР), подписанной в 1994 г. в Каире представителями 179 стран мира. Все 52 европейских государства-члена ВОЗ (за исключением Мальты, предложившей внести оговорку в текст Рабочей программы) согласились, что «Ни при каких обстоятельствах искусственное прерывание беременности не должно рассматриваться как метод регулирования рождаемости. Мы призываем все национальные правительства, а также соответствующие межправительственные и неправительственные организации уделять больше внимания вопросам охраны здоровья женщин, рассматривая влияние небезопасного аборта на женское здоровье как крупную проблему в общественном здравоохранении, а также снижать количество производимых абортов путем расширения доступа к качественным услугам по планированию семьи. Предупреждение нежелательной беременности всегда следует рассматривать как задачу первостепенной важности, и должны предприниматься все возможные меры для профилактики абортов. Женщины, у которых наступила нежеланная беременность, должны иметь свободный доступ к достоверной информации и возможность получить доброжелательный совет у специалиста. Форма и содержание любых мер или преобразований в системе производства абортов должны определяться только на национальном или местном уровне в рамках соответствующих законов конкретной страны. Если искусственное прерывание беременности не запрещается национальным законодательством, то в этом случае должны приниматься все необходимые меры для обеспечения безопасности абортов. Вне зависимости от тех или иных обстоятельств, должно обеспечи-

Рис. 1. Разрешенные основания для искусственного прерывания беременности – европейские страны-члены ВОЗ (%)

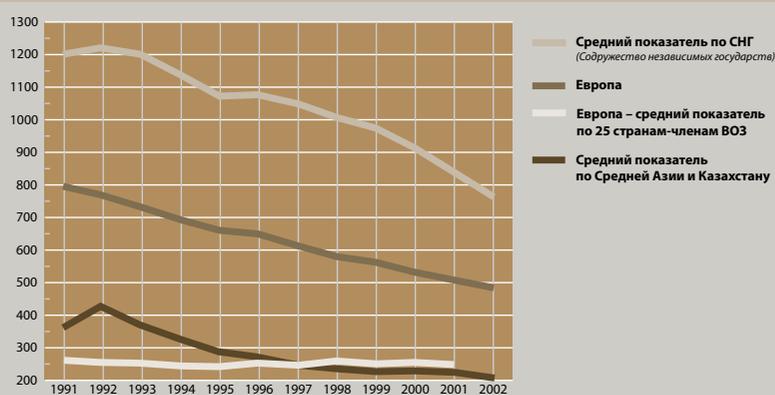


Рис. 2. Количество абортов на 1 тыс. родов, завершившихся рождением живого ребенка – Европейский регион



Источник: открытая база данных ВОЗ по странам Европы, Декабрь 2004 г.

Рис. 3. Количество абортов на 1 тыс. родов, завершившихся рождением живого ребенка – Европейский регион, 1991-2002 гг.



Источник: открытая база данных ВОЗ по странам Европы, Январь 2005 г.

ваться качественное лечение осложнений аборта. Должен существовать свободный доступ к услугам по предоставлению необходимой информации санитарно-просветительного характера и консультированию женщин в период после аборта, а также к услугам по планированию семьи, что может вносить немалую лепту в профилактику повторных аборт» (1).

На сегодняшний день законодательство большинства стран-членов ВОЗ в Европе (за исключением Андорры и Мальты) разрешает искусственное прерывание беременности при возникновении угрозы для жизни женщины. Также, производство аборт во многих странах допускается по ряду других показаний (см. рис. 1 выше).

Анализ статистики искусственного прерывания беременности имеет важное значение в оценке существующих трендов и изучении эффективности национальных политик и программ в области охраны репродуктивного здоровья. Данные по странам Европейского региона о количестве аборт на 1 тыс. родов, закончившихся рождением живого ребенка (см. рис. 2 выше), можно получить, обратившись к базе данных ВОЗ European health for all, работающей в режиме реального времени (2). Основываясь на анализе данных о количестве аборт, производимых в Европе, можно выделить три категории стран:

- 1) страны со стабильно функционирующей системой надзора за абортами (например, Эстония, Латвия, Литва, Нидерланды и скандинавские страны);
- 2) страны, где работа по созданию системы надзора была начата, но не смогла быть завершена полностью (например, Франция, Испания, Италия, Польша и целый ряд государств СНГ);
- 3) страны, где система надзора за абортами отсутствует (например, Австрия, Греция, Люксембург и Португалия).

Статистика по отдельным странам, а также результаты проведенных исследований указывают на существенное снижение количества аборт, имеющих место в странах Центральной и Восточной Европы, которое, соответственно, повлияло на средние показатели по абортам в Европе (рис. 3).

Один из пунктов Региональной стратегии ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (3) предусматривает снижение количества аборт путем организации широкого доступа к качественным услугам по охране репродуктивного здоровья, придания услугам по планированию семьи статуса неотъемлемого компонента систем и программ оказания первичной медицинской помощи, а также отмены законов и положений, препятствующих свободе выбора средств контрацепции.

Статистика аборт

В ряде стран было зафиксировано стремительное уменьшение количества аборт за период с 1994 г. Так, в Российской Федерации за период с 1994 до 2002 гг. число аборт снизилось с 75,1 до 45,8 случая на 1 тыс. женщин детородного воз-

раста; в Республике Молдова за период с 1993 по 2003 гг. этот показатель уменьшился с 53,5 до 15,5 случая на 1 тыс. женщин; в Чешской Республике к 2002 г. совокупное количество легальных аборт снизилось до 11,3 случая на 1 тыс. женщин детородного возраста, что представляет собой один из самых низких показателей в Европе (в определенных возрастных группах).

Наряду с этим, число аборт в группе лиц подросткового и юношеского возраста остается высоким. Более того, за последние десять лет в ряде стран Восточной и Западной Европы был отмечен неуклонный рост этого показателя. 11 процентов всех аборт, производимых в Республике Молдова, имеет место в группе девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Несмотря на то, что за прошедшие десять лет общее количество аборт в Российской Федерации снизилось почти наполовину, этот показатель остается неприемлемо высоким в группе лиц в возрасте младше 19 лет (242 722 случая в 1993 г. и 185 290 случаев в 2003 г.). Доля поздних аборт в этой возрастной группе продолжает оставаться довольно значительной: 15,9% среди лиц в возрасте от 15 до 19 лет и 27,6% среди лиц в возрасте до 15 лет, включая 11,2% случаев, когда гестационный период составлял 22-27 недель (данные за 2001 г.). Хотя совокупное количество аборт в Республике Беларусь уменьшилось более чем на 50% за период с 1991 по 2000 гг., снижение данного показателя среди лиц в возрасте 18-19 лет происходило гораздо медленнее (5,4% с 1997 по 2000 гг.).

По данным национального статистического органа Великобритании, в 2000 г. число беременностей в группе женщин в возрасте от 15 до 19 лет составило 63 случая на 1 тыс. чел, тогда как доля случаев искусственного прерывания беременности в группе лиц в возрасте до 20 лет увеличилась с 36% в 1990 г. до 39% в 2004 г. (4).

Небезопасные аборт

Несмотря на то, что прерывание беременности является разрешенной законом процедурой в большинстве стран региона, в Европе ежегодно производится от 500 до 800 тыс. небезопасных аборт (см. информационный блок №1). Ряд исследований, проводившихся в Российской Федерации, показывает, что число незарегистрированных аборт намного превышает официальные показатели (5, 6), и подавляющую часть женщин, предпочитающих произвести аборт вне стен медицинских учреждений, составляют девочки-подростки, девушки, незамужние женщины и жительницы сельской местности (7). Перечень причин большого количества осложнений, возникающих после криминальных аборт, варьирует в зависимости от того, о каком регионе идет речь, и может включать дефицит противозачаточных средств/препаратов, недоброжелательное отношение со стороны медицинских работников, загруженность клиник, плохие санитарные условия, недостаточную квалификацию персонала абортариев и низкое качество обслуживания. Несмотря на то, что с начала деятельности в рамках МКНР

прошло уже десять лет, проблема смертности от осложнений аборт все еще остается острой для стран Европы.

Участники совещания Европейского регионального консультативного органа по вопросам научных исследований и обучения в области охраны репродуктивного здоровья, состоявшегося в 2003 г., провели анализ текущей ситуации в европейских странах-членах ВОЗ и пришли к выводу, что одной из трех первоочередных задач в указанной области является «снижение перинатальной и материнской заболеваемости и смертности (включая смертность от осложнений аборт)».

Информационный блок №1.

Небезопасные аборт

Под небезопасным аборт понимается процедура прерывания нежелательной беременности лицами, не обладающими соответствующей квалификацией, либо в условиях, не отвечающих минимальным медицинским требованиям, либо при совокупности этих обстоятельств (из руководства ВОЗ по профилактике и лечению осложнений небезопасных аборт – WHO/MSM/92.5).

Снижение показателя смертности от осложнений аборт до 5 и менее случаев на 100 тыс. родов, закончившихся рождением живого ребенка, в течение десяти лет является одним из количественных компонентов Региональной стратегии ВОЗ по охране сексуального и репродуктивного здоровья (3). В ряде стран Восточной Европы большая часть случаев материнской смертности возникает по вине осложнений аборт. По официальным данным, доля летальных исходов, связанных с развитием послеабортных осложнений, в общем количестве случаев материнской смертности составила: в Российской Федерации – 18,5% (2002 г.); в Казахстане – 22,3% (2003 г.); в Таджикистане – 13% (2002 г.); в Армении – 6% (2003 г.). Половина случаев материнской смертности, зарегистрированных в Республике Молдова в 2003 г., возникла как результат осложнений криминального аборт, и за период с 1990 по 2002 гг. смертность от последствий аборт в этой стране составила 30% от общего числа летальных исходов. На фоне этой безрадостной статистики безусловно вселяет надежду тот факт, что на Украине, где доля летальных исходов аборт составляла 35% от общего количества случаев материнской

смертности в 1998 г., уже в 2002 г. снизилась до 23%, и в 2003 г. в стране не было зафиксировано ни одного смертного случая из этой категории! В прибалтийских странах статистика последних лет не знает такого показателя, как смертность от осложнений аборта.

Влияние аборта на здоровье женщины

Министерствами здравоохранения ряда стран Восточной Европы был проведен анализ влияния искусственного прерывания беременности на здоровье женщины. К сожалению, отсутствие качественных доказательных фактов и надлежащим образом организованных и проведенных исследований сказывается на полученных результатах. Целью социологических опросов, посвященных тематике репродуктивного здоровья и проводившихся при техническом содействии сети Центров по профилактике и лечению заболеваний (США), являлось определение частоты послеабортных осложнений, имевших место в течение пяти лет, предшествовавших опросу. Частота ранних осложнений (возникающих в течение первых шести месяцев после прерывания беременности) составила 8–16 случаев на 100 аборт. В Румынии, Грузии и Республике Молдова в число наиболее ранних осложнений аборт вошли профузное или продолжительное кровотечение; в Российской Федерации – инфекционное поражение органов малого таза; в Республике Азербайджан – хроническая тазовая боль. Группа наиболее распространенных поздних осложнений аборта включает хроническую тазовую боль, нарушение менструального цикла и хронические инфекции.

Однако высокая распространенность ИППП во многих европейских странах, недостаточная работа по оценке заболеваемости ИППП и профилактике осложнений аборта являются, по всей вероятности, основными причинами возникновения частых осложнений искусственного прерывания беременности. Во многих странах все еще практикуются устаревшие методы прерывания беременности в первом и втором триместре беременности, приводящие к большому количеству послеабортных осложнений.

Помощь со стороны ВОЗ

На специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН (1999 г.), посвященной анализу результатов Каирской конференции, представители правительств стран-участников пришли к соглашению о том, что:

«...если производство аборт не запрещено законодательством, то система здравоохранения должна принимать соответствующие меры по надлежащему обучению и оснащению поставщиков медицинских услуг данного профиля, а также проводить дополнительную работу по обеспечению высокой безопасности и доступности услуг по искусственному прерыванию беременности. Особые меры должны приниматься в области охраны материнского здоровья».

На протяжении более трех десятилетий ВОЗ

оказывала помощь национальным правительствам, международным агентствам и неправительственным организациям в разработке норм и стандартов качества медицинских услуг и их последующем планировании и осуществлении. В 2003 г. ВОЗ выпустила документ под названием «Безопасное прерывание беременности: технические и методические рекомендации по организации и осуществлению мер по охране здоровья населения», в котором проводится комплексный анализ мер, направленных на обеспечение доступа к качественным услугам по искусственному прерыванию беременности в рамках, разрешенных законом. Документ переведен на французский, польский, португальский, русский и испанский языки.

Руководство по безопасному производству аборт было передано министерствам здравоохранения всех стран Европы, крупнейшим международным агентствам, профессиональным ассоциациям, неправительственным организациям и было также размещено на Интернет-сайте, функционирующем в режиме реального времени. Однако деятельность по укреплению репродуктивного здоровья населения не может ограничиваться публикацией руководств, основанных на свежих доказательных фактах. Залогом успешного достижения поставленных целей является практическое осуществление положений, включенных в такие руководства. ВОЗ оказала в этом плане необходимую помощь тем странам-членам, которые определили работу по укреплению репродуктивного здоровья населения в качестве одного из основных приоритетов национального здравоохранения, организовав передачу таким странам практического опыта в области стратегической оценки ситуации и разработки национальных программ соответствующего профиля, накопленный Румынией, Монголией и другими государствами (8). Возможность использования такого подхода к повышению качества услуг по охране репродуктивного здоровья, включая услуги по прерыванию незапланированной беременности, также изучается такими странами, как Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина. Министерство здравоохранения РФ в настоящее время занимается (при содействии Программы по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям, осуществляемой Европейским региональным бюро ВОЗ) разработкой национальных практических рекомендаций и стандартов качества услуг по искусственному прерыванию беременности.

Многое еще предстоит сделать в Европе для достижения такого уровня совершенства в здравоохранении, когда ни одна женщина не будет умирать в результате аборт или страдать от его осложнений. Успешная реализация основных задач в области охраны репродуктивного здоровья населения требует совместных усилий со стороны директивных органов, работников здравоохранения, неправительственных организаций и общества в целом.

Список литературы:

1. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, 1994, http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm (accessed 21 December 2004)
2. WHO Regional Office for Europe. European health for all database, www.euro.who.int/HFADB.
3. World Health Organization Regional Office for Europe (2002). "WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health", available at: www.euro.who.int/reproductivehealth.
4. National statistics online. <http://www.statistics.gov.uk> (accessed 21 December 2004).
5. Гридчик А.Л., Тамазян Г.В. Материнская смертность: социальная или медицинская проблема? // Вестник акуш. и гин. 1998; №1 [Gridchik AL, Tamazyan GV. "Maternal mortality: social or medical problem?"].
6. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000–2004 годов и план мероприятий по ее реализации; М:2000 [Concept on reproductive health in Russia for 2000-2004 and plan of its implementation].
7. Аскалонов А.А., Перфильева Г.Н., Евтушенко Н.В. Обеспечение качества медицинской помощи матери и ребенку (на региональном уровне. Барнаул, 1998. [Askalonov AA, Parfilyeva GN, Yevtushenko NV. "Ensuring the quality of medical care for mothers and children (at regional level)", Barnaul, 1998].
8. The Strategic Approach to Improving Reproductive Health Policies and Programmes: A summary of experiences, Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva, 2002.
9. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report; U.S. Department of Health and Human Services, CDC Atlanta (2003)

Gunta Lazdane,
Региональный советник по вопросам охраны репродуктивного здоровья и научным исследованиям
Отдел охраны здоровья семьи и общества
Региональное бюро ВОЗ
gla@euro.who.int

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВЕННЫМ АБОРТАМ В ЕВРОПЕ

Hillary Bracken, Beverly Winikoff



Мифепристон, также известный в европейских странах как «таблетка для аборта», RU-486 или Мифегин (торговое название), был одобрен к применению (в комбинации с простагландинами) в качестве средства прерывания беременности в 21 государстве Европы.

Этот препарат представляет собой безопасную и эффективную альтернативу хирургическому методу прерывания беременности. Однако, несмотря на несомненные положительные качества и десятилетний опыт практического использования данного средства, доступ к нему во многих странах мира продолжает оставаться ограниченным. Существующие законы и положения, определяющие «где, когда и кем» может выполняться процедура прерывания беременности, применяемая практика компенсации расходов и оплаты за медицинские услуги, а также действующие на местах инструкции по производству абортов влияют на широту доступа к услугам по прерыванию беременности, оказываемым с использованием вышеупомянутого средства. Действительно, общий анализ качества услуг по производству лекарственных абортов в странах Европы еще раз неопровержимо доказывает: несмотря на то, что внедрение новых технологий может оказывать ощутимое влияние на жизнь общества, социальные, политические и экономические факторы, существующие в конкретной стране, во многом определяют то, каким образом будут применяться эти технологии и насколько широким будет доступ к услугам, основанным на их использовании. В данной статье проводится углубленный анализ ряда факторов, повлиявших на введение практики производства абортов с применением лекарственных средств в некоторых странах Европы.

Мифепристон был разработан во Франции группой ученых и руководителей фармацевтической компании Roussel Uclaf (Париж). Франция, Великобритания и Швеция стали первыми европейскими странами, внесшими Мифепристон в перечень зарегистрированных лекарственных средств.

Мифепристон был одобрен для широкого применения во Франции в 1988 г., в Великобритании в 1991 г. и в Швеции в 1992 г. Начиная с 1992 года, препарат был признан безопасным и эффективным средством прерывания беременности соответствующими распорядительными органами более чем тридцати стран мира. К настоящему моменту с помощью Мифепристона и мизопростола выполнено уже несколько миллионов ранних абортов при очень низком количестве осложнений в сравнении с хирургическим методом (1-2).

Стандартный протокол проведения аборта с помощью Мифепристона предусматривает прием женщиной 600 мг препарата (или трех таблеток по 200 мг) в условиях клиники, имеющей соответствующую лицензию. Через два дня после приема Мифепристона женщина должна вернуться в клинику, где ей предлагается принять простагландиновый препарат, которым может быть, согласно утвержденной схеме, мизопропрост (400 мкг внутрь) либо гемепрост (1 мг вагинально). В соответствии с правилами, существующими в большинстве клиник, женщина должна находиться под наблюдением врача в течение 3-4 часов после приема простагландинового препарата. После этого женщина уходит домой и возвращается в клинику через 14 дней после приема Мифепристона для контрольного осмотра. Во Франции и большинстве других стран Европы Мифепристон рекомендуется использовать для прерывания беременности в ранних сроках, а

именно, в течение первых 49 дней после начала последней менструации, а в Соединенном Королевстве и Швеции этот период составляет 63 дня.

В Шотландии и Швеции практика производства абортов с применением лекарственных средств получает все более широкое распространение и допускает использование адаптированных схем приема препаратов – возможно, благодаря тому обстоятельству, что за последние десять с лишним лет в этих двух странах (которые являются единственными странами, где прерывание беременности допускается производить в срок до 63 дней после начала последней менструации) уже накоплен солидный опыт проведения лекарственных абортов. Помимо этого, в Шотландии и Швеции живет и работает ряд выдающихся ученых, занимающихся исследованиями в области лекарственных абортов. Наиболее распространенный вариант схемы употребления препаратов при прерывании беременности в сроке до 63 дней с начала последней менструации предусматривает прием сниженной дозы Мифепристона – 200 мг – внутрь с последующим введением 800 мкг мизопростола вагинально. Эта схема рекомендуется к применению как экспертами Всемирной организации здравоохранения, так и Королевским колледжем акушерства и гинекологии (3, 4).

Во всех трех странах, ставших пионерами в области производства лекарственных абортов (Франция, Великобритания и Швеция), данный вид искусственного прерывания беременности составляет существенную долю совокупного количества абортов, выполняемых в первом триместре беременности (за исключением Англии и Уэльса). В 2002 г. более половины абортов, произведенных в допускающие проведение такой процедуры сроки беременности, было выполнено с использованием Мифепристона: Франция – 56%, Шотландия – 61%, Швеция – 51%. В странах, где Мифепристон был разрешен к применению сравнительно недавно, наблюдается неуклонный рост популярности этого препарата. В 2003 году, т.е. спустя четыре года после включения Мифепристона в перечень препаратов, разрешенных к применению в Швейцарии, около 40-50% абортов в ранних сроках беременности, произведенных в данной стране, было выполнено с использованием именно этого средства (6).

Разрешительные процедуры

Регистрация Мифепристона в качестве препарата, разрешенного к применению в странах-членах Европейского союза, прошла по упрощенной схеме благодаря существованию принципа «взаимного признания». В 1995 году Европейскому агентству по оценке эффективности и безопасности лекарственных средств (г. Лондон) были переданы функции по обеспечению регистрации новых препаратов в остальных государствах-членах ЕС в том случае, если вновь появившееся средство было одобрено к применению в одной из стран Европы. Если использование конкретного препарата не противоречит национальному законодательству другого государства-члена ЕС, то разрешение на его применение в данной стране выдается на основании регистрационного свидетельства, выданного государством, первым зарегистрировавшим этот препарат. В соответствии с принципом «взаимного признания», Мифепристон был зарегистрирован в 1999 г. на основании французского регистрационного сертификата (Франция стала первой страной, внесшей Мифепристон в национальный реестр разрешенных к применению препаратов) и допущен к использованию

в производстве ранних абортов (в пределах 49 дней после начала менструального периода) в следующих государствах-членах ЕС: Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Германия, Греция, Люксембург, Нидерланды и Испания. Поскольку Мифепристон был зарегистрирован в Соединенном Королевстве и Швеции задолго до этого, эти страны не были включены в групповую заявку на регистрацию данного препарата в государствах-членах ЕС. Препарат также был зарегистрирован в Азербайджане, Беларуси, Грузии, Латвии, Республике Молдова, Норвегии, Российской Федерации, Швейцарии и Украине под различными названиями, которые в большинстве своем очень близки к названию, указанному в свидетельстве о взаимном признании препарата на территории ЕС, выданном в 1999 г. Препарат никогда не предлагался к использованию в Португалии и Ирландии, где производство абортов разрешается только в особых случаях или в Италии (по причинам другого характера).

В то время, как централизованный характер разрешительного процесса существенно облегчил регистрацию Мифепристона в большинстве стран-членов ЕС, процедура допуска препарата к использованию и последующее его практическое применение в конкретной стране в немалой степени зависели от направленности местной политики, касающейся производства абортов. К примеру, в Германии была введена новая распределительная система, призванная обеспечить большую степень контроля над процессом распространения препарата и предусматривающая доставку мифегина национальным дистрибутором к каждому врачу в индивидуальном порядке. Эта система в корне отличается от системы распределения всех других препаратов. Министерство здравоохранения Австрии одобрило Мифепристон к применению с условием, что искусственное прерывание беременности с использованием мифегина будет производиться только в государственных клиниках, хотя большая часть абортов выполняется врачами частной практики. Соответственно, возникает ситуация, когда врачи, занимающиеся производством абортов, не имеют права назначать Мифепристон, а лица, имеющие разрешение на распространение препарата, не могут оказывать услуги по искусственному прерыванию беременности (7).

В странах Центральной и Восточной Европы и на постсоветском пространстве процесс официальной регистрации препарата также происходил под влиянием местной политики в области производства абортов. В период после окончания второй мировой войны женщины в большинстве стран-членов бывшего Советского блока имели свободный доступ к услугам по искусственному прерыванию беременности, стоимость которых оплачивалась фондом социального страхования. За неожиданным исключением Польши и Словакии, либеральные законы об абортах сохранились в большинстве этих стран и признают право женщины на искусственное прерывание беременности, без каких-либо ограничений, в сроке до 12 недель. Несмотря на то, что аборты не запрещены законом, доступ к услугам по искусственному прерыванию беременности в последние годы оставался ограниченным. Обеспокоенность по поводу снижающихся показателей рождаемости и давление со стороны местных и международных религиозных групп привели к ослаблению поддержки деятельности в области оказания услуг по планированию семьи и искусственному прерыванию беременности (8).

Некоторые правительства упорно отказываются от санкционирования практики производства лекарственных абортов в своих странах. Хотя Мифепристон был наконец разрешен к применению в Латвии в 2002 г., утвержденный протокол делает метод прерывания беременности, основанный на использовании данного препарата, очень неудобным как для поставщиков услуг по производству абортов, так и для потребителей таких услуг: согласно вышеупомянутому протоколу, женщина должна оставаться в клинике (которая должна иметь специальное разрешение на оказание данного вида медицинских услуг) до завершения процесса, который может длиться до 10 дней, после чего полнота изгнания плода должна быть подтверждена результатами ультразвукового исследования. В Литве процесс выдачи разрешения на использование Мифепристона также протекал на фоне мощного сопротивления со стороны ряда чиновников Минздрава и служителей католической церкви. В 2002 г. Министерством здравоохранения Литвы была создана комиссия, которой было поручено изучить целесообразность официальной регистрации препарата. Рассмотрев вопрос, комиссия заключила, что применение Мифепристона может создавать серьезную угрозу для жизни и здоровья женщины, включая вероятность развития суицидальных наклонностей. То обстоятельство, что обе эти страны стали в 2004 году членами Европейского союза, позволяет надеяться, что препарат будет, наконец, разрешен к применению в Литве, и произойдет улучшение процедуры лекарственного аборта в Латвии.

Увеличение числа фармацевтических компаний, занимающихся распространением Мифепристона в других регионах мира, способствовало расширению доступа к услугам по производству лекарственных абортов в некоторых странах Восточной Европы. По информации д-ра Rodica Comendant, директора Ассоциации по борьбе с инфекционными болезнями в акушерстве и гинекологии Республики Молдова, фирма Shell Pharma Company недавно добилась официального разрешения на использование препарата MTPILL, производимого индийской фармацевтической компанией Cpra, в производстве лекарственных абортов в Молдове. На Украине одна из китайских компаний зарегистрировала новое средство, представляющее собой комбинацию Мифепристона («Mifolian») и мизопростола и производимое этой же самой фирмой. Появление этого препарата позволяет надеяться на расширение услуг по производству лекарственных абортов, поскольку мизопрогестол еще не включен в перечень средств, разрешенных к применению на Украине, и он имеется в продаже только на черном рынке. На самом деле, подвижность границ способствовала появлению доступа к услугам вышеуказанного рода до официальной регистрации препарата даже в тех странах, где искусственное прерывание беременности в большинстве случаев запрещено. Имеются разрозненные свидетельства о том, что в Польше, где прерывание беременности проводится только при наличии строго определенных показаний, некоторые врачи практикуют лекарственный аборт (9). Тем не менее, при таких обстоятельствах недостаточная квалификация медицинского персонала и дефицит информации могут отрицательно влиять на качество и широту доступа к услугам по прерыванию беременности путем лекарственного аборта.

Существующее законодательство, регулирующее производство абортов

В большинстве стран оказание услуг по производству абортов с помощью лекарственных средств регламентируется законами и положениями, действующими в отношении хирургических абортов. Такие законы и правила применяются в отношении как лиц, непосредственно выполняющих процедуру аборта, так и в отношении учреждения, где такая процедура производится. В некоторых странах существует положение, предусматривающее обязательное консультирование и выжидание определенного периода между подачей заявки на искусственное прерывание беременности и непосредственно процедурой аборта. Поскольку основная часть законодательных актов была введена в действие до появления метода прерывания беременности с использованием лекарственных средств, некоторые положения могут противоречить концепции расширения доступа к услугам по производству лекарственных абортов и могут препятствовать работе по организации и оказанию таких услуг. Так, законодательство подавляющей части европейских стран требует наличия у врача, производящего искусственное прерывание беременности с использованием Мифепристона и мизопростола, определенной квалификации и уровня подготовки.

Когда производство абортов с использованием лекарственных средств было разрешено в Соединенном Королевстве в 1991 г., местные клиники проявили вначале заметную консервативность при введении данного метода прерывания беременности в свою ежедневную практику. Это может объясняться наличием двух важных обстоятельств. Во-первых, поскольку действующее законодательство Великобритании требует, чтобы каждая женщина, которой был произведен аборт с использованием лекарственных средств, находилась в стационаре на протяжении установленного времени, это истощило имеющийся запас койко-мест в абортариях. Во-вторых, все финансовое бремя ложится на бюджет фармацевтических компаний, каково обстоятельство рассматривалось изолированно при составлении сметы расходов по эксплуатации койко-мест и операционных. Поскольку искусственное прерывание беременности при помощи лекарственных средств начало замещать хирургический метод производства абортов, стоимость последних должна была полностью покрываться фармацевтическими фирмами, которые не имели права на льготы, предоставляемые малочисленным клиникам, занимающимся хирургическими абортами. После того, как услуги по производству лекарственных абортов стали оказываться государственными медицинскими учреждениями в амбулаторном порядке и стали возможными для выполнения медсестринским персоналом (при условии, что схема лечения определяется врачом), эти проблемы приобрели менее серьезный характер и степень востребованности вышеуказанных услуг существенно возросла (5).

В целом ряде стран существуют особые положения, определяющие перечень учреждений, имеющих право на оказание услуг по производству лекарственных абортов (куда входят государственные и частные клиники, отвечающие установленным стандартам). Также, между странами существуют довольно ощутимые различия в плане соотношения

между количеством абортов, выполняемых в государственных и частных медицинских учреждениях. Соответственно, не вызывает удивления то обстоятельство, что широта доступа к медицинским услугам определяет интенсивность применения данного метода прерывания беременности. Так, в Испании, где использование Мифепристона разрешено как в государственных, так и в частных клиниках, перечень государственных учреждений, занимающихся оказанием услуг по производству лекарственных абортов, является очень ограниченным. В результате, большая часть лекарственных абортов (как и абортов вообще) производится в частных клиниках, что ощутимо сказывается на кошельке клиентов. В отличие от европейских стран, где производство абортов подвергается жесткому нормативному контролю, некоторые государства, находящиеся за пределами Европы, имеют законодательство, допускающее широкое толкование показаний к искусственному прерыванию беременности с применением лекарственных средств, что, соответственно, делает услуги такого рода более доступными для женщин.

Способы компенсации расходов на медицинское обслуживание

Существующая методика выплаты страховых компенсаций может оказывать большое влияние на форму оказания услуг по искусственному прерыванию беременности с использованием лекарственных средств. Так, согласно новой редакции положения о производстве абортов, принятой во Франции в 2001 г. в соответствии с правительственным указом от июля 2004 г., лицо/учреждение, занимающееся оказанием услуг данного профиля, обязано провести с женщиной, желающей прервать беременность, четыре беседы в течение трех недель. Так, пациентка приходит в клинику на первую консультацию за неделю до приема лекарственного препарата (в период так называемого «испытательного срока»). Во время второго визита к врачу, который наносится не раньше семи дней после первого посещения, проводится подтверждающая диагностика беременности, и женщине предлагается принять Мифепристон. После этого пациентке разрешается уйти домой, и ей рекомендуется вернуться в клинику через 36-48 часов после принятия Мифепристона. Последний визит к врачу наносится через две недели в целях контрольного обследования (10). Согласно французским руководствам, стандартная доза препарата, составляющая 600 мг, может использоваться для выполнения только одной процедуры аборта. Соответственно, лицо/учреждение, занимающееся выполнением лекарственных абортов, не имеет сколько-нибудь существенного материального стимула к использованию сниженных доз препарата при производстве аборта (5). Аналогичное утверждение может быть справедливым и по отношению к другим странам, где большая часть расходов по искусственному прерыванию беременности с использованием фиксированных дозировок препаратов покрывается государственным бюджетом.

Существующие размеры страховых компенсаций могут также являться сдерживающим фактором при внедрении услуг по производству лекарственных абортов. Так, компания Fetagen, являющаяся официальным дистрибьютором продукции французской фирмы Exelgyn в Германии, была вынуждена приостановить деятельность по распространению



препарата Mifegyne в связи с низким объемом продаж по прошествии всего лишь одного года после вывода препарата на рынок. Ниша этой компании на германском рынке была немедленно занята другой фирмой (в 2000 г.), тем не менее, за эти пять лет, прошедшие с момента включения Мифепристона в список разрешенных препаратов, лишь 9-10% от общего количества абортосов выполняется с применением этого средства. Доля лекарственных абортов в общем количестве абортов возрастала очень медленно, что может отчасти объясняться низкой эффективностью практики возмещения расходов, связанных с производством лекарственных и хирургических абортов, которые несут лица/учреждения, занимающиеся оказанием данного вида услуг. В группу факторов, которые могут служить причиной низкой востребованности услуг по производству лекарственных абортов, также входят дефицит технической поддержки, недостаточная работа по подготовке соответствующих практических руководств и низкий уровень осведомленности о данном методе прерывания беременности среди медицинских работников и населения в целом (11).

В странах Центральной и Восточной Европы, где в прошлом практиковалось бесплатное оказание услуг по производству абортов в государственных медицинских учреждениях, реформирование системы здравоохранения привело к изменению системы оплаты за услуги по искусственному прерыванию беременности. В Российской Федерации, где аборты производятся государственными клиниками бесплатно, и система государственного страхования обеспечивает покрытие затрат, связанных с искусственным прерыванием беременности в определенные сроки гестации, не существует каких-либо положений, предусматривающих компенсацию расходов по производству лекарственных абортов.

Клиническая практика производства абортов с использованием лекарственных средств

Форма оказания услуг по искусственному прерыванию беременности с применением лекарственных средств может также в значительной степени зависеть от существующей клинической практики, включая использование нестандартных схем приема препаратов. К примеру, запрет на применение непатентованных схем приема мизопростол в медицинских учреждениях Российской Федерации существенно затруднил работу по широкому внедрению услуг по производству лекарственных абортов в данной стране. В настоящее время в наличии на российском рынке имеется ряд аналогов Мифепристона, включая «Mifegyne», препарат российского производства под названием «Пенкрасстон», а также недавно появившийся китайский препарат «Mifolian». В отличие от многих других стран постсоветского пространства, мизопростол имеется в свободной продаже на российском рынке. Тем не менее, в связи с тем, что мизопростол фигурирует в перечне лекарственных средств как препарат, предназначенный для применения в лечении желудочно-кишечных заболеваний, российские врачи неохотно используют его в целях, не предусмотренных утвержденными рекомендациями. В результате, услуги по производству лекарственных абортов предлагаются очень небольшим количеством провайдеров.

С другой стороны, экспертные рекомендации по

клиническому ведению процедуры лекарственного аборта могут служить мощным средством формирования клинической практики данного профиля. Как указывалось ранее, ВОЗ и Королевский колледж акушерства и гинекологии в свое время опубликовали клинические руководства по применению комбинации «Мифепристон-Мизопростол» при выполнении лекарственного аборта на ранних сроках беременности (3, 4). Согласно клиническому руководству, изданному Национальным агентством аккредитации и оценки при Министерстве здравоохранения Франции, при производстве лекарственных абортов в сроке до 49 дней рекомендуется использование уменьшенной дозы Мифепристона (200 мг). Выход в свет данного руководства способствовал распространению практики применения сниженных доз препарата при искусственном прерывании беременности – в особенности, в частных клиниках. Результаты неофициального опроса, проведенного недавно д-ром Danielle Hassoun, показывают, что врачи французских клиник начинают все более широко использовать методику производства абортов с назначением малых доз Мифепристона. Почти половина респондентов (в опросе приняли участие 194 французских акушера-гинеколога) сообщила о том, что они применяли малые дозировки Мифепристона при производстве лекарственных абортов: 21% опрошенных использовали дозировку, равную 400 мг, и 25% респондентов применяли дозировку, равную 200 мг препарата (10).

Следует отметить, что провайдеры услуг во многих странах Европы с недоверием восприняли практику самостоятельного приема мизопростол женщиной на дому, несмотря на то, что безопасность и эффективность такого метода была неоднократно доказана исследованиями, проводившимися в США, Вьетнаме, Тунисе, Турции и Швеции (12-14). Проведение показательных исследований может помочь поставщикам услуг по производству лекарственных абортов накопить практический опыт работы с новыми клиническими протоколами, обеспечить получение ценной информации, необходимой для обновления существующих клинических руководств и устранения зачастую безосновательной обеспокоенности врачей относительно правомерности использования новых методик. В связи с этим, в августе 2004 г. британская сеть женских консультаций (British Pregnancy Advisory Services), являющаяся основным провайдером услуг по производству абортов в Соединенном Королевстве, выступила с предложением сделать процедуру лекарственного аборта более удобной и приемлемой для женщины путем реализации соответствующих нововведений, включая, в перспективе, установление практики самостоятельного приема мизопростол пациенткой в домашних условиях.

Заключение

Теперь, когда Мифепристон официально внесен в список препаратов, разрешенных к употреблению во многих государствах Европы, а также учитывая то обстоятельство, что Мифепристон является непатентованным средством, появление в свободной продаже нового непатентованного продукта или организация импорта в страны ЕС достаточного количества препарата, соответствующего европейским стандартам, может сделать услуги по производству лекарственных абортов более доступными для всех женщин, проживающих в данном регионе. Однако следует помнить, что история организации услуг такого рода

в Европе, равно как и в других странах мира, наглядно продемонстрировала степень влияния существующих регулятивных механизмов, практики страховой компенсации расходов по медицинскому обслуживанию и политики в области охраны репродуктивных прав человека на широту доступа к новому методу прерывания незапланированной беременности. Сам по себе, тот или иной метод не в состоянии обеспечить женщинам большую свободу выбора в вопросах планирования семьи. Действительно, текущее положение вещей в области лекарственных абортов в Европе свидетельствует о необходимости принятия творческих и стабильных подходов к формированию широкого доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности с использованием лекарственных препаратов не только в теории, но и на практике.

Автор благодарит г-жу Rodica Comendant, д-ра Christian Fiala, д-ра Danielle Hassoun, д-ра Ines Thonke и др. за помощь в подготовке данной статьи.

Hillary Bracken,
Gynuity Health Projects
[hbracken@gynuity.org]

Beverly Winikoff,
Gynuity Health Projects
[bwinikoff@gynuity.org]

Gynuity Health Projects – это организация, занимающаяся проведением научных исследований и оказанием технической помощи, деятельность которой строится на той идее, что все граждане должны иметь свободный доступ к достижениям медицинской науки и плодам развития в области новых технологий. Gynuity работает во многих странах мира, ставя своей целью обеспечение широкого доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья при их высоком качестве и приемлемой стоимости, а также организацию оказания таких услуг в соответствии с принципом уважения достоинства и независимости каждого индивидуума. Особое внимание в работе Gynuity Health Projects уделяется слаборазвитым регионам, группам населения, не имеющим свободного доступа к медицинским услугам, а также наиболее актуальным проблемам в области охраны репродуктивных прав человека. Для получения дополнительной информации о деятельности Gynuity Health Projects и ознакомления с загружаемыми электронными версиями документов данной организации, просьба обращаться по следующему адресу в Интернете: www.gynuity.org.



В ШВЕЦИИ БЕЗОПАСНОСТЬ АБОРТОВ СТАВИТСЯ ПОД СОМНЕНИЕ

Silvia Sjö Dahl

Список литературы:

1. Hausknecht, R. "Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States". *Contraception*. 2003; 67: 463-465.
2. UK Multicentre Study--final results, The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation. *Contraception* 1997 Jan; 55(1):1-5.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. 2000 March (www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/front/InducedAbortion.html, accessed 15 December 2004).
4. World Health Organization. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Jones RK, Henshaw SK. "Mifepristone for early medical abortion: Some experiences in France, United Kingdom and Sweden". *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 2002; 34: 154-161.
6. Rey, A. Mifégyne (RU 486 / RU486) – la méthode médicamenteuse pour l'IVG. [Online]. [cited 2004 December 15]. Available from <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mifegyne.htm>.
7. Fiala, C. Personal communication.
8. Center for Reproductive Rights. Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives (East and Central Europe). New York (NY): Center for Reproductive Rights, 2000.
9. Center for Reproductive Rights. Medical abortion in Poland. [Online] June 2003 [cited 2004 November 19]. Available from http://www.crlp.org/ww_eu_polandmedab.html.
10. Hassoun D. Medical Abortion in France. Presentation at the American Public Health Association Conference: 2004 Nov 9; Washington, D.C. USA.
11. Thonke, I. Personal communication.
12. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, et al. "Can women in less developed countries use a simplified medical abortion regimen?" *Lancet* 2001; 357: 1402-5.
13. Schaff E, Eisinger S, Stadius L, et al. "Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion". *Contraception* 1999;59: 1-6.
14. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004 Nov;70(5):387-92.
15. British Pregnancy Advisory Service (BPAS). Early medical abortion. [Online] 2004 August 9 [Cited 2004 December 15]. Available from www.bpas.org.

Швеция традиционно играет ведущую роль в решении проблем гендерного равенства как на внутригосударственном, так и на международном уровне.

Правительство Швеции неоднократно заявляло о своем непоколебимом намерении вести последовательную работу по достижению целей в области охраны сексуальных и репродуктивных прав человека, озвученных в Программе развития на новое тысячелетие (Millennium Development Goals), указывая, что обеспечение права женщины распоряжаться своим здоровьем по своему собственному усмотрению является залогом успешного выполнения поставленных задач. Несмотря на это, в стране все еще существуют препятствия для организации свободного доступа к услугам по производству аборт, включая противодействие, возникшее недавно на уровне парламента Швеции.

Весной 2004 г. группа членов шведского парламента, известная под названием «Форум охраны семьи и человеческого достоинства», организовала проведение семинара, на котором г-жа Wanda Franz, представляющая Национальный комитет США по охране права на жизнь, выступила с докладом о том, что рак груди может представлять собой одно из отдаленных последствий предыдущих абортов, несмотря на отсутствие научных доказательств такой связи. Одной из основных идей доклада являлось то, что искусственное прерывание беременности должно быть запрещено – даже в том случае, когда речь идет о жертвах изнасилования или кровосмешении. Как ответная реакция на такую необычную позицию в отношении абортов в Швеции, возникла встречная точка зрения, которая была представлена на специальном семинаре, организованном женской фракцией центристской партии и посвященном обсуждению данного вопроса, а также вопроса искусственного прерывания беременности в целом. Этот семинар заложил фундамент для деятельности, конечным итогом которой стало проведение совещания по вопросам производства абортов, организованного Шведской ассоциацией по половому воспитанию молодежи (Swedish Association for Sexuality Education). В работе совещания приняли участие представители всех политических партий, соответствующих министерств и ведомств страны, научно-исследовательских учреждений, неправительственных организаций и SIDA (Шведское агентство по международному

развитию). Проведение совещания создало возможность для проведения конструктивной дискуссии по вопросу допустимости абортов, а также методов организации работы заинтересованных сторон в рамках деятельности по расширению доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности во всех регионах мира.

Для получения более подробной информации о работе вышеупомянутого совещания и другим направлениям деятельности Шведской ассоциации по половому воспитанию молодежи, включая опубликованное недавно издание «Безопасное прерывание беременности как залог успешной деятельности по охране материнства», просьба обращаться по следующему адресу в Интернете:



www.rfsu.se/rsfu_int/

Silvia Sjö Dahl,
Шведская ассоциация по половому воспитанию молодежи
(The Swedish Association for Sexuality Education – RFSU)

ПОЧЕМУ МЕЖДУНАРОДНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ ОПРЕДЕЛИЛА ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОБОДНОГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ПО ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ В КАЧЕСТВЕ ОДНОГО ИЗ ПЯТИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

Jeffrey V. Lazarus

Согласно новой редакции Концептуальных основ деятельности Международной федерации планирования семьи (МФПС) на 2005-2015 гг., приоритетными направлениями деятельности МФПС являются охрана сексуального и репродуктивного здоровья подростков, обеспечение свободного доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности, борьба со СПИДом, обеспечение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защита сексуальных и репродуктивных прав человека. Поскольку английские названия всех вышеперечисленных пунктов начинаются с буквы «А» (Adolescents, Abortion, AIDS, Access and Advocacy), они стали известны под общей аббревиатурой «пять А». Корреспондент журнала *Entre Nous* обратился к Carine Vrancken, президенту Европейского филиала МФПС и члену Административного совета МФПС, с просьбой указать причины, побудившие МФПС определить обеспечение широкого доступа к услугам по производству аборт как задачу первостепенной важности, несмотря на серьезные разногласия, окружающие данный вопрос, и нежелание правительства США осуществлять дальнейшее финансирование деятельности МФПС.



Carine Vrancken: «Ответить на этот вопрос довольно сложно – и не по причине недостатка мотивирующих факторов, а потому что выбор этого направления деятельности в качестве одного из главных приоритетов был настолько естественным и очевидным для МФПС, что у нас не возникло абсолютно никаких сомнений относительно правильности выбора. Как могла МФПС – организация, являющаяся активным участником движения по защите прав человека, включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья населения – равнодушно отнестись к вопросу обеспечения права каждой женщины на доступ к услугам по искусственному прерыванию беременности? Можно ли назвать последовательной позицию, защищающую право свободного доступа к средствам контрацепции, но умалчивающую о потребностях женщин, стоящих перед проблемой прерывания незапланированной беременности?»

Вопрос: «Искусственное прерывание беременности всегда являлось предметом крупных политических противоречий. Каким образом МФПС решает вопрос преодоления многочисленных запретов?»

Carine Vrancken: «На протяжении длительного времени нарушение запрета на производство аборт допускалось только в случае серьезных медицинских противопоказаний для дальнейшего вынашивания беременности. С точки зрения охраны женского здоровья, основное внимание в данном вопросе должно уделяться последствиям криминального аборта. Недостатком такой позиции является то, что на первый план здесь выходит «проблемная» сторона искусственного прерывания беременности. Если же перевести вопрос производства аборт в плоскость охраны репродуктивного здоровья человека, то в этом случае более четко проявляется другая, «снимающая проблему», сторона этой неоднозначной «медали». Если вы хотя бы раз взглянете на вопрос искусственного прерывания беременности под этим углом зрения, то вы уже никогда

не сможете равнодушно относиться к проблемам женщин, поставленных перед фактом нежеланной беременности в условиях ограниченного доступа к услугам по производству аборт. Единственно правильным решением данной проблемы является принятие всех возможных мер по обеспечению свободного доступа к услугам такого рода по приемлемым ценам для всех нуждающихся. Значимость смещения акцента с вопроса охраны здоровья в сторону защиты прав человека становится ясной в полной мере, если мы взглянем на итоги работы всех международных конференций, последовавших за проведением Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР), которая состоялась в 1994 г. в г. Каире. В период после проведения МКНР, оппозиционные силы успешно блокировали все попытки включить в утверждаемые официальные документы формулировки, закрепляющие право женщин на свободный доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности. В свете этого, неудивительным представляется тот факт, что на международных форумах проблема аборт рассматривается сугубо в контексте мер по смягчению неблагоприятного воздействия аборта на здоровье женщины, а не как самостоятельный вопрос, связанный с защитой прав человека.

В своей работе мы часто обращаемся мыслями к напущенной Elise Ottesen Jensen, одной из основательниц МФПС, которая однажды сказала: «Будьте смелыми и сердитыми!». Несмотря на то, что прошло уже более полувека с того момента, когда были произнесены эти слова, они все еще сохраняют свою актуальность. И здесь я хотела бы отметить вопрос своевременного перехода от состояния рассерженности к принятию необходимых мер в момент, когда приходит пора действовать. Разневанность по поводу того обстоятельства, что миллионы женщин в мире лишены свободного доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности, представляет собой лишь начальную стадию процесса. И логическим продолжением первого этапа должна стать «бесстрашная» деятельность по расширению доступа к услугам такого рода по приемлемым ценам для всех нуждающихся.

Вопрос: «Одним из первых шагов, предпринятых Джорджем Бушем с приходом на пост президента США в 2001 г., стало подписание указа о возобновлении действия «Политики города Мехико», известной также под названием «Глобальной политики жесткого регламента». Согласно данной политике, иностранным НПО, получающим финансовую помощь со стороны правительства США в рамках международных программ по организации и оказанию услуг в области планирования семьи, запрещается не только использовать помощь такого рода, но и направлять свои собственные средства на распространение информации об искусственном прерывании беременности, непосредствен-

МФПС

Являясь крупнейшей добровольной организацией, занимающейся вопросами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и сопутствующих прав человека, Международная федерация планирования семьи (МФПС) вносит существенный вклад в повышение качества жизни и уровня благосостояния миллионов людей по всему миру. Европейская сеть МФПС является одним из шести филиалов этой организации, чья деятельность охватывает все регионы мира. Деятельность Европейского филиала, в состав которого входят 39 национальных ассоциаций, направлена на расширение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав граждан, проживающих в странах Европы и Средней Азии.

Миссия МФПС

Миссия МФПС заключается «в защите фундаментального права граждан на свободный и информированный выбор в планировании своей сексуальной и репродуктивной жизни, а также в борьбе за обеспечение свободного доступа к качественным услугам по повышению уровня санитарной грамотности, охране здоровья и предоставлению необходимой информации в таких областях как человеческая сексуальность, зачатие, контрацепция, безопасное прерывание беременности, инфекции, передаваемые половым путем и ВИЧ/СПИД.

ное оказание услуг по производству аборт, лоббирование своих интересов в целях легализации абортов или предоставление информации о существующих услугах по прерыванию беременности. Какова была ответная реакция МФПС на такой поворот событий?

Carine Vrancken: «Если в наши дни МФПС подвергается нападкам со стороны групп, отрицающих свободу выбора женщин в вопросах планирования семьи, то такие нападки порождаются той твердой позицией, которую наша организация занимает по отношению к данной проблеме и ее нежеланием мириться с попытками лишить ее права голоса в ситуациях, когда встает вопрос об аборт. С финансовой точки зрения, для такой организации, как МФПС, было бы намного проще сохранять комфортный нейтралитет при обсуждении вопросов, касающихся искусственного прерывания беременности, однако желание быть достойными продолжателями дела, начатого основателями МФПС, обязывает нас к самому активному участию в решении данной проблемы. Чувство долга призывает нас к борьбе за право женщин иметь свободный доступ к услугам по прерыванию нежелательной беременности, поскольку наличие такого права дает им возможность принимать ответственные решения по разумному и оптимальному планированию семьи. И если участие в этой борьбе означает для нас потерю части внешнего финансирования, это, конечно же, очень грустно, но не в наших правилах решать свои финансовые проблемы в ущерб делу защиты прав человека.

Вопрос: «Противники искусственного прерывания беременности утверждают, что аборт является противостественной и "направленной против жизни" процедурой».

Carine Vrancken: «Общезвестен тот факт, что до тех пор, пока будет существовать разделение полов, будут существовать и сексуальные отношения между мужчиной и женщиной. Нежелание признать это обстоятельство означает отказ принять человеческую природу. Все мы также знаем, что сексуальная связь может приводить к беременности. Если для одних супружеских пар рождение новой жизни является желанным событием и служит поводом для безграничной радости, то в других случаях наступление беременности воспринимается как катастрофа. Во все времена существовала потребность в искусственном прерывании незапланированной беременности, которое далеко не всегда осуществлялось методами, безопасными для здоровья и жизни женщины. Как правило, такая потребность возникала по той простой причине, что супружеские пары считали рождение детей, которым они не смогли бы обеспечить достойный уровень жизни, крайне безответственным шагом. Такова реальность, которая не позволяет МФПС равнодушно относиться к вопросу искусственного прерывания беременности. Более того, игнорирование этой проблемы представляло бы собой позицию, идущую вразрез с этическими нормами. Даже если не брать во внимание этический аспект вопроса, существуют цифры, которые говорят сами за себя. Я не берусь сказать, сколько раз они уже упоминались до этого, однако вряд ли наступит тот момент, когда их повтор покажется излишним или неоправданным: 22% (или 46 млн. случаев) от общего числа беременностей завершается искусственным прерыванием, включая 20 млн. абортов, выполняемых в опасных для здоровья и жизни женщины условиях. Около 68 тыс. женщин умирают ежегодно от осложнений аборта. С моей точки зрения, эти цифры являются достаточно веским основанием для того, чтобы МФПС приняла вопрос обеспечения свободного доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности в качестве одного из приоритетных направлений своей деятельности.

Вопрос: «По утверждению экспертов МФПС, более широкое использование средств контрацепции приведет к снижению количества производимых абортов благодаря более редкому возникновению случаев незапланированной беременности. Однако такая теория не всегда подкрепляется реальными фактами, даже в Вашей родной стране – Бельгии. Чем это объясняется?»

Carine Vrancken: «Для ответа на этот вопрос нам необходимо обратиться к общему показателю рождаемости. Как правило, интенсивность фактического использования контрацептивов находится в прямой зависимости от желания ограничить количество детей в семье. Совокупный эффект растущей интенсивности использования противозачаточных средств и уменьшающегося показателя рождаемости приводит к тому, что частота случаев наступления незапланированной беременности при таких обстоятельствах не только не снижается, а наоборот увеличивается.

Вопрос: «Европа обычно рассматривается как регион мира, где существуют самые либеральные законы об абортах. Наряду с этим, следует отметить явные различия между законодательством отдельных стран. Какова точка зрения МФПС на такое положение вещей и что вы предпринимаете в отношении тех стран, где аборты все еще запрещены законом?»

Carine Vrancken: «В странах, являющихся членами Европейской сети МФПС, количество производимых абортов варьирует в очень широком диапазоне: от самого низкого до одного из самых высоких в мире. В целом, наиболее благополучными в этом смысле являются страны Западной Европы (так, в Бельгии соотношение количества производимых абортов и числа родов, завершившихся рождением живого ребенка, составляет 111:1 000; во Франции этот показатель составляет 263:1 000). В государствах Восточной Европы количество производимых абортов может в несколько раз превышать аналогичный показатель по Западной Европе (к примеру, в России и Румынии соотношение количества производимых абортов и числа родов, завершившихся рождением живого ребенка, составляет 1 416:1 000 и 1 156:1 000, соответственно). Однако даже в Западной Европе, где в целом обеспечивается свободный доступ к услугам по прерыванию беременности (при условии, что срок беременности не превышает 12 недель), все еще существуют страны, где действуют крайне жесткие законы об абортах (Португалия, Ирландия, Польша и Мальта), что порой приводит к ситуациям, когда женщина вынуждена идти на криминальный аборт или обращаться к услугам одной из зарубежных клиник, что может позволить себе далеко не каждая женщина (такая практика получила название «абортного туризма») и является грустной реальностью для очень многих граждан Европы).

Однако даже в странах с либеральными законами об абортах защитникам сексуальных и репродуктивных прав человека следует быть начеку, поскольку есть силы, стремящиеся повлиять на эту область законодательства и непосредственно на доступ к услугам по искусственному прерыванию беременности. Одним из «тонких» способов достижения этой цели может быть намеренное увеличение числа врачей и других провайдеров услуг, не желающих производить аборт со ссылкой на свои «религиозно-этические убеждения», и в то же время отказывающихся направить пациентку к другому врачу. Можно назвать ряд стран постсоветского пространства, в которых изначально либеральные законы об абортах были постепенно изменены в сторону ужесточения под давлением групп консервативного толка. Наиболее ярким примером в этом смысле является Польша, законодательство которой разрешает производство абортов в сроках беременности,

не превышающих 12 недель, но только в тех случаях, когда речь идет о жертвах изнасилования, когда дальнейшее вынашивание беременности может угрожать жизни женщины или при серьезных нарушениях внутриутробного развития плода. Реальность же такова, что даже тогда, когда беременность наступает в результате изнасилования, аборт производится в очень редких случаях по причине расплывчато сформулированных и излишне сложных разрешительных процедур.

На протяжении многих десятилетий Нидерланды считались образцом того, как должна организовываться работа в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека – в стране обеспечивался бесплатный доступ к средствам контрацепции, наблюдалась высокая эффективность мер по предупреждению незапланированной беременности, бесплатно оказывались качественные услуги по прерыванию беременности. Более того, по количеству производимых абортов Нидерланды занимали одно из самых последних (т.е. наиболее благополучных в этом смысле) мест в мире. Однако с приходом к власти нового кабинета министров ситуация резко изменилась: был упразднен бесплатный доступ к противозачаточным средствам (данное положение не распространяется на девушек в возрасте до 21 года), услуги по планированию семьи, оказываемые сетью клиник *Rutgersstichting*, больше не субсидируются правительством. Также, планируется пересмотр существующего законодательства, регулирующего производство абортов.

Вопрос: «Как, по Вашему мнению, будут развиваться события в будущем?»

Carine Vrancken: «Я хотела бы завершить нашу беседу высказыванием Ann Furedi, являющейся руководителем сети медицинских учреждений *Vras* – ведущего поставщика услуг по производству абортов в Соединенном Королевстве: "Обеспечение права женщин на прерывание нежелательной беременности представляет собой вопрос политического характера. Способность принимать независимые решения в области планирования семьи оказывает ощутимое благотворное влияние на жизнь женщины. Наличие противозачаточных средств дает нам возможность наслаждаться сексом без опасения забеременеть и лишиться таким образом возможности принимать активное участие в жизни общества. В противном случае, существовали бы лишь две альтернативы: абсолютное половое воздержание или постоянный риск наступления незапланированной беременности. Лишение женщин права на прерывание нежелательной беременности ограничивает ее человеческий потенциал – и именно поэтому предоставление права на беспрепятственное производство аборта стало одним из требований участников движения за освобождение женщин. Наряду с этим, необходимо отметить, что индивидуальный выбор в пользу аборта или против такового носит глубоко личный характер. Женщина не реализует свое право на прерывание незапланированной беременности таким же образом, каким она осуществляет свое право голоса на выборах общественных деятелей. Для женщины аборт является тщательно взвешенной реакцией на проблемы частного, интимного плана, а не публичной демонстрацией своих личных взглядов или убеждений».

Если мы действительно верим в правоту дела, ставящего своей целью охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, мы никогда не должны забывать о том, что аборт не является проблемой, а, напротив, представляет собой спасительное средство для женщин, сталкивающихся с проблемой нежелательной беременности.

Уделяя больше внимания вопросам охраны женского здоровья:

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА УСЛУГ ПО ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ

Traci L. Baird, Sarbaga Falk, Entela Shehu

Среди многочисленных заслуг Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР) в области охраны репродуктивного здоровья и прав человека следует отметить привлечение внимания международной общественности к необходимости проведения согласованных мер по преодолению кризиса в общественном здравоохранении, возникшего в связи с разрастанием проблемы криминальных абортс до угрожающих размеров. Те десять лет, которые прошли с момента проведения этой исторической конференции, ознаменовались огромными усилиями целого ряда групп и отдельных лиц, направленными на повышение качества услуг по производству абортс, которыми за это время воспользовались миллионы женщин, проживающих в странах Центральной и Восточной Европы.

Однако масштаб существующих проблем довольно значителен, и, несмотря на проведенную работу, почти ничего не изменилось как для самих женщин, так и для провайдеров услуг по производству абортс. Искусственное прерывание беременности все еще остается широко распространенным методом регулирования рождаемости в регионе, что выводит страны Центральной и Восточной Европы на одно из первых мест в мире по количеству производимых абортс (1). Наряду с этим, повсеместный дефицит медикаментов и оборудования, избыточная загружен-

ность лечебных учреждений, антисанитарные условия, недостаток высококвалифицированных кадров, использование устаревших методов производства абортс, неадекватность существующих стандартов и низкое качество практических руководств, а также то обстоятельство, что врачи нередко пренебрегают назначением средств контрацепции пациенткам, прошедшим процедуру прерывания беременности, приводят к тому, что качество медицинских услуг является далеко не идеальным (2). Хотя смертность от осложнений абортс в Европе намного ниже, чем в других странах мира, тем не менее, этот показатель составляет около 25% от совокупного показателя материнской смертности в регионе, что является абсолютно недопустимым (3).

Решение существующих проблем: комплексная система услуг по производству абортс, основанная на принципе заботы о здоровье женщины.

К счастью, эти проблемы имеют решение, и страны Центральной и Восточной Европы изобилуют множество прекрасных примеров инновационного подхода к организации услуг по искусственному прерыванию беременности. Ключевая стратегия, осуществляемая Iras в тандеме с рядом региональных организаций, предусматривает внедрение комплексной системы услуг по производству абортс, основанной на принципе заботы о здоровье женщины (4). Данный образцовый подход к оказанию услуг по искусственному прерыванию беременности принимает во внимание всю совокупность различных факторов, определяющих индивидуальные потребности в области охраны физического и умственного здоровья каждой конкретной женщины, включая ее личные обстоятельства и существующий доступ к медицинским услугам.

Комплексная система услуг по производству абортс, основанная на принципе заботы о здоровье женщины (КСУ), направлена на:

- оказание качественных услуг по безопасному производству абортс;
- максимально возможную децентрализацию доступа к услугам по производству абортс;
- обеспечение доступа к услугам по производству

видуальных обстоятельств и потребностей каждой конкретной женщины;

- снижение количества незапланированных беременностей и абортс;
- выявление и лечение расстройств половой и репродуктивной сферы;
- формирование широкого доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности в рамках существующей системы здравоохранения.

Модель КСУ строится на трех ключевых элементах: свобода выбора, широкий доступ к услугам и высокое качество услуг. В самом широком понимании, «свобода выбора» означает право женщины принимать независимые решения, касающиеся ее собственного здоровья. Говоря о беременности и абортс, следует отметить, что данная концепция включает право женщины делать самостоятельный выбор в пользу или против беременности, определять время зачатия, решать, будет ли она донашивать беременность или следует ее прервать по тем или иным соображениям и также предусматривает возможность выбора среди существующих средств контрацепции, методов прерывания беременности, поставщиков услуг и медицинских учреждений, занимающихся производством абортс.

Еще один составной компонент системы, обозначаемый как «широкий доступ к услугам», подчеркивает важность обеспечения свободного доступа к услугам по прерыванию беременности для всех нуждающихся. Практически в каждой стране мира наличие денег и соответствующих связей гарантируют женщине беспрепятственный доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности. В то же самое время, различные обстоятельства экономического, географического, языкового и культурного плана фактически блокируют доступ к услугам такого рода для многих женщин, особенно для представительниц бедных слоев населения. К примеру, в Румынии (как, впрочем, и во многих других странах) все абортарии расположены в крупных городах, что практически лишает сельских жительниц доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности (5).

Реализация третьего элемента, т.е. обеспечение «высокого качества услуг», должна осуществляться с учетом целого ряда факторов, которые варьируют в зависимости от конкретных местных условий и количества имеющихся ресурсов. Важнейшими условиями обеспечения высокого качества оказываемых услуг являются: организация медицинского обслуживания с учетом индивидуальных потребностей каждой конкретной женщины; предоставление точной и актуальной информации и консультирование; оказание помощи в выборе средств послеабортс контрацепции, включая средства для неотложной контрацепции; направление женщины на прием к специалисту или непосредственное оказание услуг по охране репродуктивного здоровья; формирование и поддержание взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом на основе принципов конфиденциальности, невмеша-



абортс, приемлемым для потребителей как по цене, так и по другим параметрам;

- оказание помощи поставщикам услуг в организации медицинского обслуживания с учетом инди-

оказания услуг по охране репродуктивного здоровья; формирование и поддержание взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом на основе принципов конфиденциальности, невмеша-

тельства в личную жизнь, взаимного уважения и конструктивного диалога.

Внедрение и использование современных медицинских технологий, рекомендуемых к использованию международными авторитетами в области здравоохранения, являются одной из главных гарантий успеха деятельности в области повышения качества услуг по производству аборт. В публикации ВОЗ «Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems» («Безопасное прерывание беременности: техническое и методическое руководство для систем здравоохранения») – см. «Список литературы», вышедшей в свет в 2003 г., для прерывания беременности в первом триместре рекомендуется использовать метод ручной и электрической вакуумной аспирации или метод лекарственного аборта, позволяющие минимизировать риск осложнений во время аборта или в послеперинатальном периоде, которые могут приводить к развитию бесплодия или других расстройств здоровья. Для производства абортов во втором триместре беременности рекомендуется применять метод расширения канала шейки матки с последующим удалением плодного яйца или метод лекарственного аборта (6). Первостепенное значение имеет соблюдение соответствующих клинических стандартов и протоколов по профилактике инфекции, анестезии, борьбе с осложнениями аборта и обеспечению других компонентов качества клинических услуг.

Внедрение комплексной системы услуг по производству аборт, основанной на принципе заботы о здоровье женщины (КСУ)

Существующие условия и особенности организации медицинского обслуживания в странах Центральной и Восточной Европы создают специфические препятствия для внедрения модели КСУ. К примеру, говоря о праве женщины на свободу выбора в вопросах планирования семьи, приходится с сожалением констатировать, что падение показателей рождаемости ниже показателей естественной убыли населения, имеющее место в большинстве стран региона, привело к тому, что ряд лиц, определяющих политику в области здравоохранения, провайдеров медицинских услуг и неправительственных организаций выступили с призывом ограничить доступ к комплексным услугам по контрацепции и искусственному прерыванию беременности в тщетной надежде на то, что такая мера позволит повысить уровень рождаемости (2).

В некоторых странах, таких как Польша и Российская Федерация, с момента проведения МКНР произошло ужесточение законов об абортах. Запрет на производство абортов во втором триместре беременности, введенный недавно в России, представляется особенно неоправданным, поскольку женщины, решающиеся на прерывание беременности по истечении первого триместра, вносят значительный «вклад» в статистику криминальных абортов или отсутствия доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности. По данным статкомитета РФ, 80% летальных исходов, связанных с развитием послеперинатальных осложнений, являются результатом криминального аборта, выполненного во втором

триместре беременности вне стен медицинского учреждения (7).

В других странах, включая Словакию, Литву и Венгрию, сохраняющийся консерватизм взглядов препятствует полной реализации права женщин на свободу выбора в вопросах планирования беременности и производства абортов. Так, правительство Словакии и Ватикан подготовили проект соглашения, которое позволит провайдерам медицинских услуг отказываться от производства абортов или назначения противозачаточных средств («по религиозно-этическим убеждениям») (2). Несмотря на то, что законодательство Литвы терпимо относится к производству абортов, отрицательный рост численности населения и сильное влияние католической церкви существенно затрудняют решение задач в области охраны репродуктивного здоровья. В частности, литовский парламент проголосовал против введения закона об охране репродуктивного здоровья и сопутствующих прав граждан (8). В 2000 г. в Венгрии произошло ужесточение закона об абортах, новая редакция которого предусматривает обязательную предварительную беседу, в порядке «консультации», с врачом, в задачу которого входит отговорить женщину от прерывания беременности. Направление на аборт выдается только по истечении определенного периода после беседы с врачом. Новый закон также предусматривает сокращение бюджетного финансирования затрат, связанных с производством абортов (9).

В свете таких тенденций неотъемлемым компонентом стратегии деятельности Ipras и организаций-партнеров в странах Центральной и Восточной Европы будет являться пропаганда, нацеленная на повышение уровня осведомленности общественности и лиц, определяющих политику в области здравоохранения, о правах женщин и необходимости защиты таких прав во благо общественного здоровья. Ключевая роль в осуществлении такой пропаганды в регионе принадлежит ассоциации ASTRA, в состав которой входят европейские НПО, занимающиеся вопросами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека (Ipras является членом этой ассоциации). Деятельность ASTRA включает реализацию проектов на уровне отдельных стран, а также проведение работы по внедрению более эффективных политик в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья в регионе в целом, включая политики, определяющие роль Европейского союза в обеспечении успеха проводимой работы.

Перечень задач по обеспечению широкого доступа к качественным услугам по прерыванию беременности в странах Центральной и Восточной Европы включает «приближение» услуг к потребителю путем создания дополнительных абортариев на базе государственных и частных клиник, а также медицинских заведений первичного уровня. Такая стратегия идет вразрез с тенденцией к закрытию госпитальных учреждений и приданию приоритетного статуса медицинским заведениям третичного, а не первичного, уровня, наблюдаемой в ряде развивающихся стран. Реализация этой стратегии также затруднена в регионах, страдающих от политических конфликтов, когда многие женщины, вынужденные покинуть свои дома и проживающие в лагерях для беженцев, имеют доступ только к ограниченному диапазону медицинских услуг, оказываемых в лагерных пунктах, которые очень редко включают услуги по

прерыванию беременности – даже в тех случаях, когда производство абортов не запрещено законом. Услуги по безопасному прерыванию беременности, оказываемые медицинскими учреждениями принимающей страны, могут быть недоступными для многих женщин-беженцев в связи с наличием языкового барьера, что может вынуждать их обращаться к услугам лиц, не обладающих надлежащей квалификацией.

Если говорить об обеспечении высокого качества услуг по производству абортов в странах Центральной и Восточной Европы, то основная задача здесь заключается в приведении используемых методов прерывания беременности в соответствие с современными требованиями, поскольку – как и в случае с профессиональной квалификацией врача – правильный выбор метода может оказывать существенное влияние на показатели заболеваемости, связанной с развитием осложнений в послеперинатальном периоде. Во многих странах региона кюретаж полости матки все еще применяется в качестве основного метода производства абортов в первом триместре беременности, несмотря на наличие фактов, свидетельствующих о том, что данный способ прерывания беременности приводит к большему количеству осложнений в сравнении с вакуумной аспирацией (10). Всемирная организация здравоохранения продолжает придерживаться своей рекомендации относительно замены хирургического способа прерывания беременности методом вакуумной аспирации или производством абортов с помощью лекарственных препаратов.

Прогресс, достигнутый в странах Центральной и Восточной Европы

Работа по внедрению комплексной системы услуг по производству абортов, основанной на принципе заботы о здоровье женщины, в настоящее время ведется в ряде стран Центральной и Восточной Европы, которые избрали различные пути повышения качества услуг данного профиля.

Румыния

В 2001 г. Министерство здравоохранения Румынии и целый ряд других заинтересованных сторон провели, совместно с экспертами Всемирной организации здравоохранения и Ipras, стратегическую оценку качества услуг по производству абортов и предупредили незапланированную беременность (5).

В результате полевых исследований, в ходе которых было проведено более 500 бесед с лицами, определяющими политику в области здравоохранения, сотрудниками медицинских учреждений, представителями женской части населения и др., оценочная группа установила, что качество услуг по производству абортов было низким и что внедрение модели комплексного оказания услуг по прерыванию беременности позволило бы ликвидировать многие недостатки в этой области. Оценочная группа определила ряд приоритетных направлений деятельности по устранению указанных недостатков, включая замену кюретажа вакуум-аспирацией, совершенствование методов анестезии, объединение услуг по профилактике незапланированной беременности и услуг по производству абортов в единый комплекс, а также обеспечение большей конфиденциальности оказываемых услуг.

Следует отдать должное профессионализму руко-

водителей местных органов здравоохранения, которые смогли в короткие сроки обеспечить разработку и внедрение национальных стандартов и практических руководств по организации и оказанию услуг по прерыванию беременности в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В 2004 г. парламент Румынии одобрил проект закона об охране репродуктивного здоровья, который вступит в силу после его подписания президентом страны. Данный законопроект предусматривает оказание качественных услуг по производству абортс с использованием метода ручной вакуумной аспирации (РВА) (см. информационный блок ниже) или метода прерывания беременности с использованием лекарственных средств. Дополнительные меры по расширению доступа к услугам по производству абортс с применением метода РВА включали формирование системы коммерческого распространения оборудования и инструментов для РВА, а также перевод соответствующих технических руководств на румынский язык. Несмотря на то, что дефицит финансирования в настоящее время препятствует осуществлению широкомасштабной программы обучения, фундамент, заложенный в процессе оценки и последующих мероприятий, позволил сформировать единую позицию среди лиц, определяющих политику в национальном здравоохранении, относительно важности такой задачи, как повышение качества медицинских услуг, что позволяет надеяться на успех готовящихся преобразований в системе здравоохранения Румынии.

Республика Молдова

В соседней Молдове реформирование системы услуг по искусственному прерыванию беременности началось в 2002 г., когда Национальная федерация провайдеров услуг по производству абортс США (НФА) провела курс повышения квалификации для семи врачей-гинекологов на базе городской клинической больницы №1 в Chisinau. В программу курса входило обучение методике амбулаторного прерывания беременности путем ручной вакуумной эксхорлеации. К началу 2003 г. полезная нагрузка нового центра по производству абортс методом РВА, созданного при гинекологическом отделении вышеупомянутой больницы, возросла более чем в три раза. Такой рост популярности нового абортария произошел благодаря высокому качеству оказываемых услуг, а также в связи с тем обстоятельством, что большая часть абортс здесь производится под местной, а не общей, анестезией. Переход к практике местного обезболивания позволяет врачу разговаривать с женщиной и поддерживать ее во время процедуры абортс, рассматривая пациентку как равноправного партнера в борьбе за ее здоровье. К настоящему моменту обучение методике РВА включено в учебный план медицинского института, и более 80 врачей-гинекологов прошли курсы повышения квалификации по профилю РВА-абортс. Помимо этого, сотрудники РВА-центра регулярно проводят однодневные обучающие семинары для врачей других специальностей.

Специалисты положительно оценивают внедрение услуг по производству абортс с применением методики РВА, которая, по их мнению, является не только безопасным и эффективным способом прерывания беременности, но также обеспечивает значительную экономию средств и времени. Бывшие пациентки РВА-центра также довольны появлением нового вида услуг: результаты непрерывного мониторинга

деятельности центра, проводившегося в 2003-2004 гг., показали, что более 90% женщин очень высоко отзывались о качестве обслуживания и собирались рекомендовать услуги данного центра всем своим знакомым (11).

Опираясь на поддержку Ирас и НФА, сотрудники РВА-центра провели серию курсов «подготовки инструкторов» для врачей-гинекологов со всей Молдовы, а также специалистов из других стран. Другие меры, сыгравшие важную роль в совершенствовании качества услуг по искусственному прерыванию беременности в Молдове, включали получение официального разрешения на продажу/распространение технических руководств по организации и оказанию услуг по производству абортс с применением методики РВА на румынском языке, а также получение рекомендаций по использованию РВА для производства абортс в первом триместре беременности и утверждение соответствующих клинических руководств Министерством здравоохранения Республики Молдова. В настоящее время группа местных экспертов готовится к проведению стратегической оценки эффективности мер по регулированию рождаемости на национальном уровне в целях более глубокого изучения ситуации в стране и, в конечном итоге, нахождения новых путей решения существующих проблем.

Албания

Как и в большинстве других стран региона, система услуг по искусственному прерыванию беременности, существующая в Албании, лишена ключевых элементов комплексного подхода к оказанию услуг, основанного на принципе заботы о здоровье женщины. К примеру, метод вакуумной аспирации не применяется ни в одном из местных абортариев; общий наркоз широко используется при производстве абортс в первом триместре беременности; и многие пациентки покидают стены медицинского учреждения, не получив совета и помощи врача в выборе оптимального метода контрацепции, который позволил бы им избежать повторного наступления нежелательной беременности.

Тем не менее, следует отметить, что качество оказываемых услуг демонстрирует тенденцию к улучшению во все большем количестве местных медицинских учреждений, и Министерство здравоохранения готовится к широкому внедрению технических и методических рекомендаций и руководств ВОЗ в Албании. Методы прерывания беременности, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения, уже внедрены в повседневную практику в клинике Marie Stopes, госпитальном учреждении при кафедре акушерства и гинекологии медицинского института в Тиране и трех больницах областного масштаба, где абортс производятся с применением метода вакуумной аспирации под местной анестезией. Ирас с нетерпением ожидает начала совместной работы с Минздравом по пропаганде и внедрению руководящих принципов ВОЗ в области безопасного производства абортс, и в настоящее время сотрудничает с рядом других партнеров, осуществляя меры, призванные помочь Албании в ее стремлении расширить доступ к качественным услугам по искусственному прерыванию беременности.

В других странах также ведется активная работа по стратегической оценке качества услуг по производству абортс, полноценной реализации практических рекомендаций ВОЗ по безопасному

прерыванию беременности, повышению качества клинического обслуживания, совершенствованию существующих методов прерывания беременности и разработке национальных стандартов и руководящих принципов оказания услуг по производству абортс. Опыт, накопленный в процессе работы по внедрению качественных услуг по производству абортс в странах Центральной/Восточной Европы и в других регионах мира, показывает, что, вне зависимости от избранного подхода, шаг, который имеет наиболее позитивные последствия как для женщин, так и для провайдеров услуг и системы здравоохранения в целом, носит не столько практический, сколько концептуальный характер: как только организаторы здравоохранения и практикующие врачи полностью осознают суть идеи комплексного оказания услуг по производству абортс с уделением особого внимания

Ручная вакуум-аспирация (РВА):

Деятельность Ирас по улучшению качества услуг по производству абортс в странах Европы включает обучение провайдеров таких услуг способам безопасного и эффективного прерывания беременности и снабжение их необходимыми методическими и техническими средствами. Строя свою работу в соответствии с рекомендациями ВОЗ, Ирас ставит своей задачей заменить кюретаж полости матки более безопасными методами производства абортс, включая ручную или электрическую вакуум-аспирацию и лекарственные абортс. Сравнительный анализ показателей безопасности и эффективности различных способов прерывания беременности показывает, что РВА дает меньшее количество осложнений по сравнению с кюретажем и представляет собой очень безопасный и современный метод, который может использоваться для оказания услуг по производству абортс на базе медицинских учреждений различного уровня (12). Качества, которые обуславливают пригодность метода РВА для применения в условиях ограниченности ресурсов и оказания амбулаторных услуг по искусственному прерыванию беременности, включают портативность, отсутствие потребности в источнике электропитания, возможность многократного использования и экономичность оборудования для ручной вакуум-аспирации. Инструментарий и оборудование, используемые при прерывании беременности методом ручной вакуум-аспирации, удобны в эксплуатации, а сама процедура абортс проходит бесшумно и не создает каких-то особых неудобств. Прерывание беременности методом ручной вакуум-аспирации проводится под местным обезболиванием, и врач имеет возможность точно оценивать степень завершенности процедуры абортс путем визуального наблюдения за удаляемыми фрагментами плодного яйца. Метод ручной вакуум-аспирации может использоваться для:

- производства абортс в первом триместре беременности;
- удаления остатков плодного яйца после неполного выкидыша;
- корректировки менструального цикла;
- биопсии эндометрия.

Ipas

Ipas, чья деятельность имеет глобальную направленность, ставит своей задачей повышение потенциала женщин в области реализации своих сексуальных и репродуктивных прав и снижение показателей заболеваемости и смертности, связанных с осложнениями аборта. На протяжении вот уже трех десятилетий Ipas ведет неустанную борьбу за обеспечение широкого доступа к качественным услугам по искусственному прерыванию беременности и другим услугам по охране репродуктивного здоровья. Ipas придерживается той позиции, что жизнь и здоровье ни одной женщины не должны подвергаться опасности по причине отсутствия безопасных методов планирования семьи. Программы, осуществляемые Ipas на международном и национальном уровнях, включают подготовку специалистов, проведение научных исследований, пропагандистскую деятельность, распространение информации и внедрение новых технологий в области охраны репродуктивного здоровья.

вопросам охраны женского здоровья и принимают такой подход как разумный и эффективный, они, как правило, начинают испытывать внутреннюю потребность к принятию активных мер по полноценной реализации и закреплению желаемых реформ. Одна из фундаментальных задач модели КСУ – обеспечение стабильного функционирования новой системы качественных услуг по производству абортов – становится выполнимой тогда, когда работа по обучению, контролю, поставкам необходимого оборудования и надлежащей эксплуатации и техобслуживанию существующей инфраструктуры становится неотъемлемой частью повседневной деятельности системы здравоохранения, обеспечивая бесперебойное снабжение лечебных учреждений расходными материалами и поддержание высоких стандартов качества медицинских услуг.

Очевидно, что успех деятельности по повышению качества и доступности услуг по искусственному прерыванию беременности во многом зависит от заинтересованности и активности отдельных медицинских работников и учреждений здравоохранения в целом. Многие направления такой деятельности осуществляются при технической поддержке ВОЗ, Европейского филиала Международной федерации планирования семьи, Ipas и др., которые, в свою очередь, нуждаются (за редким исключением) в финансовой помощи со стороны доноров. К сожалению, полнота финансирования региональных программ, направленных на организацию и оказание услуг по производству абортов, оставляет желать лучшего. Совокупность национального, регионального и международного опыта и усилий по совершенствованию услуг по прерыванию беременности в странах Европы, а также история успешной реализации реформ в странах, где ограниченный объем инвестиций позволил осуществить достаточно крупные задачи, должны подтолкнуть доноров к пересмотру объемов финансирования вышеуказанных программ в сторону их увеличения.

Придерживаясь стратегии мобилизации ресурсов, обмена опытом между странами и поддержки мер, предпринимаемых на национальном уровне, органи-

зация Ipas и ее партнеры надеются расширить круг стран, сумевших реформировать национальную систему производства абортов и обеспечить свободный доступ к качественным и комплексным услугам по искусственному прерыванию беременности, основанным на принципе охраны здоровья женщины.

Список литературы:

1. Henshaw, Stanley K., Susheela Singh and Taylor Haas. "Recent trends in abortion rates worldwide." *International Family Planning Perspectives*, 1999:25(1).
2. Ipas. 2003. *Achieving ICPD commitments for abortion care in Eastern and Central Europe: The unfinished agenda*. Chapel Hill, NC, Ipas.
3. World Health Organization (WHO). 2004a. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, fourth edition*. Geneva, WHO.
4. Hyman, Alyson and Anu Kumar. "A woman-centered model for comprehensive abortion care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004:86:409-410.
5. WHO. *Abortion and contraception in Romania. A strategic assessment of policy, programme and research issues*. 2004b. Bucharest, Romania. (in print)
6. WHO. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. 2003. Geneva, World Health Organization.
7. Zhirova, Irina A, Olga Frolova, Tatiana Astakhova and Evert Ketting. "Abortion-related Maternal Mortality in the Russian Federation." *Studies in Family Planning*, 2004:35(3):178-188.
8. International Planned Parenthood Federation. *Country profiles*. Available online at http://ippfnet.ippf.org/pub/IPPF_Regions/IPPF_CountryProfile.asp?ISOCCode=LT (accessed January 2005).; and personal communication with E. Kuliesyte, Executive Director of Seimos Planavimo ir Seksualines Svelkatos Asociacija (IPPF Member Association), January 2005.
9. Center for Reproductive Rights. Letter to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee). December, 2004. Available online at http://www.reproductiverights.org/pdf/sl_hungary_2004.pdf (accessed January 2005).
10. Baird, Traci L. and Susan K. Flinn. *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. 2001. Chapel Hill, NC, USA, Ipas.
11. Comendant, Rodica, Eva Sahatci, Entela Shehu and Traci Baird. "Improving Abortion Care in Eastern and Central Europe." Poster presented at the 2004 meeting of the European Association of Gynecology and Obstetrics. Athens, Greece.
12. Greenslade, Forrest C., et al. *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical & Programmatic Experience Worldwide*, 1993. Chapel Hill, NC, USA Ipas.

Рекомендуемые адреса в Интернете:

www.astra.org.pl – веб-сайт Ассоциации женщин Центральной и Восточной Европы по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека.

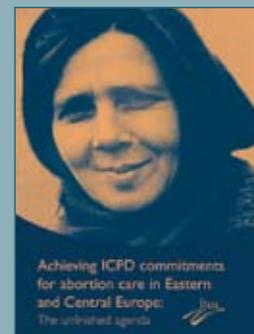
www.reproductiverights.org – веб-сайт Центра по защите репродуктивных прав (некоммерческая организация, занимающаяся вопросами защиты репродуктивных прав с использованием юридического инструментария).

www.ipas.org – по данному адресу в Интернете можно найти информацию по вопросам охраны репродуктивного здоровья и прав женщин, электронные версии политик, действующих в данной области, документов, публикаций и отчетов о деятельности Ipas, а также выпуски новостей.

www.ipas.org/english/womens_rights_and_policies/policy_updates/2004/updates – на данном веб-сайте размещается регулярно обновляемый бюллетень «Global Abortion News Updates» («Глобальные новости в области оказания услуг по производству абортов»), выпуск которого был недавно начат Ipas.

www.ippfen.org – веб-сайт Европейского филиала Международной федерации планирования семьи, добровольной организации, занимающейся вопросами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека.

www.prochoice.org – веб-сайт Национальной федерации провайдеров услуг по производству абортов (США и Канада).



Traci L. Baird,
Региональный директор Ipas по странам Азии, Европы и США
[bairdt@ipas.org]

Sarbagha Falk,
Координатор программы Ipas
[sarbagha@ipas.org]

Entela Shehu,
Директор программы Ipas в Европе
[entelashehu@adn.net.al]

Ipas
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27516 USA

ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ, И СВОБОДА ВЫБОРА

Marcel Vekemans, Upeka de Silva

Женщины детородного возраста, живущие с ВИЧ-инфекцией, также как и их сверстницы, не являющиеся носительницами ВИЧ, в тот или иной момент своей жизни должны решать, иметь им детей или нет. Однако наличие ВИЧ-инфекции значительно осложняет процесс принятия решения, так как в этом случае необходимо учитывать целый ряд дополнительных обстоятельств и соображений личного, семейного, социального, культурного, религиозного и медицинского плана.

Такие женщины нередко становятся объектом пренебрежительного отношения со стороны окружающих в связи с фактом носительства ВИЧ-инфекции. Более того, в случае наступления беременности, эти женщины обвиняются в безответственном отношении к своей сексуальной жизни и осуждаются за то, что они забеременели, будучи носителями ВИЧ-инфекции. Некоторые из них испытывают давление со стороны членов семьи или врачей, настаивающих на прерывании беременности, тогда как в других случаях такое давление приобретает другую направленность, когда супруг или семья требуют, чтобы женщина обязательно рожала. Женщины, живущие с ВИЧ, также не защищены от социального ostrакизма, если они предпочитают сделать аборт. Наконец, если женщина все же решает доносить беременность и родить, то она может быть обвинена в том, что она собирается дать жизнь заведомо больному ребенку.

Если женщина, являющаяся носителем ВИЧ-инфекции, становится жертвой изнасилования, в результате которого у нее наступает беременность, то это дает дополнительные основания для ее морального преследования со стороны недоброжелателей. Помимо всех этих видов социального давления, такие женщины всегда страдают от чувства вины, низкой самооценки и склонности к самобичеванию. Боязнь быть выставленной на посмешище в совокупности с другими соображениями нередко заставляет женщину обращаться за медицинской помощью к лицам, не обладающим надлежащей квалификацией, избегая государственных медицинских учреждений, где, по их мнению, нет стопроцентной гарантии конфиденциальности.

Таким образом, складывается достаточно трагическая ситуация, когда ВИЧ-инфицированные

женщины находятся в положении преступников и жертв одновременно. В то время как это утверждение, к счастью, не относится ко всем представителям данной категории, тем не менее, такое положение вещей возникает не так уж и редко. Данная статья посвящена анализу общей ситуации, результатов проводимой работы, а также мер, которые могут быть предприняты в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, живущих с ВИЧ.

В статье дискутируется ряд моментов довольно противоречивого характера, призванных побудить медицинских работников и/или лиц, занимающихся вопросами охраны прав человека в области сексуального и репродуктивного здоровья, предпринять действенные меры по защите репродуктивных прав всех женщин, вне зависимости от их возраста, семейного положения или ВИЧ-статуса.

Глобальный взгляд на проблему

В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ наибольшему риску заболевания ВИЧ-инфекцией подвергаются девочки-подростки и молодые женщины (в сравнении с лицами мужского пола), что наглядно подтверждается тем обстоятельством, что доля представителей этой категории в общей численности ВИЧ-инфицированных лиц, как правило, превышает 50%. Каждая шестая женщина репродуктивного возраста – т.е. почти 230 млн. женщин по всему миру – не имеет полного представления о содержании и широте диапазона методов контрацепции. Нередко отсутствует и непосредственно доступ к услугам по подбору и назначению наиболее эффективного противозачаточного средства (1). На сегодняшний день менее 10% больных, нуждающихся в антиретровирусной терапии, на самом деле имеют возможность получать такое лечение (2). В некоторых регионах Африки как минимум каждая третья беременная женщина является носителем ВИЧ или больна СПИДом. Так, в Ботсване и Свазиленде почти 40% беременных женщин болеют ВИЧ-инфекцией (3). Так как во многих странах, к сожалению, лишь небольшая часть носителей инфекции осведомлена о своем ВИЧ-статусе, то масштаб проблемы может намного превышать официальные оценки.

Группа носительниц ВИЧ-инфекции имеет очень неоднородный состав и включает женщин, имеющих только одного полового партнера, женщин имеющих, или имевших, двух и более партнеров, замужних и незамужних женщин, женщин всех возрастов, включая девочек-подростков, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, работников коммерческого секса, а также тех, кто заразился ВИЧ-инфекцией в результате уродующих операций на женских половых органах, изнасилования, переливания нестерильной крови или нахождения на лечении в медицинских учреждениях, где не обеспечивается надежная профилактика внутрибольничной инфекции. Учитывая все многообразие ситуаций, первостепенная задача системы здравоохранения заключается в оказании услуг с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента, с обязательным предоставлением четкой и достоверной информации и соблюдением принципа охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщины. На настоящий момент проведено лишь несколько исследований, посвященных изучению факторов, принимаемых во внимание женщинами-

носителницами ВИЧ при принятии решений по регулированию рождаемости, и этот вопрос требует дополнительного анализа.

Принятие решений, касающихся рождения и воспитания детей

Дебаты по вопросу совместимости носительства ВИЧ-инфекции и деторождения имеют динамичный и запутанный характер, что делает невозможным и даже неуместным поиск какого-то единственного идеального решения. И все же, если мы искренне верим в необходимость принятия целостного подхода к охране сексуального и репродуктивного здоровья, основанного на уважении соответствующих прав человека, то мы должны всячески содействовать реализации права каждой женщины, включая женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, на свободу выбора в вопросах планирования семьи.

Иными словами, учитывая отсутствие универсального подхода к организации специализированных услуг по консультированию беременных женщин, являющихся носительницами ВИЧ-инфекции, а также то обстоятельство, что различные обстоятельства будут в каждом конкретном случае обуславливать неодинаковость ответов на проблемы, возникающие в связи с беременностью у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, вопрос уважения права женщины на принятие независимых решений, касающихся ее репродуктивного здоровья, приобретает особую актуальность. Женщина имеет право решать, иметь ей детей или нет, обеспечиваемое свободным доступом к противозачаточным средствам, включая средства для неотложной контрацепции, и, при необходимости, к услугам по легальному и безопасному прерыванию беременности. Все эти сложные решения, касающиеся вопросов репродукции человека, требуют от нас принятия особых мер, обеспечивающих гарантию того, что все осуществляемые нами программы и политики основаны на уважении прав женщин и понимании проблем, с которыми они вынуждены сталкиваться в своей жизни.

Международные политики в области искусственного прерывания беременности

В заявлении Всемирной организации здравоохранения от 2004 г. говорится, что провайдеры должны «обеспечивать оказание услуг по искусственному прерыванию беременности женщинам-носителницам ВИЧ (в тех случаях, когда это не запрещено законом) с соблюдением принципа справедливости и отсутствия принуждения» (4).

Придерживаясь аналогичной позиции относительно свободы выбора женщин-носителниц ВИЧ, встающих перед проблемой незапланированной беременности, Международная федерация планирования семьи (МФПС) заявляет, что «если у женщины наступает беременность, которую она не желает донашивать, то такая пациентка должна быть направлена к специалисту для безопасного прерывания беременности (при условии, что это разрешено законом). Женщинам, стремящимся избежать повторного наступления незапланированной беременности, должно быть предложено использование средств контрацепции в послепортовом периоде» (5).

В то время как для провайдеров услуг и защитников репродуктивных прав человека очень важно знать положения международных политик, определяющих свободу выбора ВИЧ-инфицированных женщин в вопросах планирования семьи, они также не должны забывать о том значительном стрессе, которому подвергаются такие женщины при принятии решений, касающихся рождения и воспитания детей. Несмотря на положения международных политик о добровольном характере процедуры аборта, свободе выбора и безопасности услуг по прерыванию беременности, они редко претворяются в жизнь в тех случаях, когда речь идет о женщинах, являющихся носителями ВИЧ-инфекции.

Желанная беременность

Право создавать семью и планировать семейную жизнь, а также решать, когда и сколько иметь детей в семье, представляет собой неотъемлемый элемент сексуальной и репродуктивной свободы женщин. Тем не менее, женщины, живущие с ВИЧ, зачастую лишены такого права – в основном, по той причине, что общество в целом и провайдеры услуг в частности считают, что ВИЧ-инфицированные женщины не должны иметь детей и, более того, не имеют права на полноценную сексуальную жизнь. С другой стороны, мы живем в мире, где материнство рассматривается как неотъемлемая часть жизни любой взрослой женщины, а в некоторых странах нежелание иметь детей может крайне неодобительно восприниматься обществом. Для многих женщин, живущих с ВИЧ, рождение ребенка является очень желанным событием, которое позволяет им обрести новый источник надежды, питает чувство гордости и способствует повышению самооценки. Таким образом, вне зависи-

мости от того, становится ли ВИЧ-инфицированная женщина матерью вынужденно или она сознательно стремится к материнству под влиянием зрелого чувства, мы, защитники сексуальных и репродуктивных прав женщин и провайдеры комплексных услуг, основанных на принципе уважения этих прав, должны предпринимать все необходимые меры, гарантирующие женщине безопасность и осуществимость своего выбора.

Передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку может происходить как во время беременности, так и во время родов или грудного вскармливания. При отсутствии мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией, вероятность заражения составляет 15-30% в случае, если ребенок находится на искусственном вскармливании, и 20-50% в случае, если женщина предпочитает кормить ребенка грудью. Риск передачи инфекции от матери к ребенку может быть снижен до двух и менее процентов путем проведения соответствующих превентивных мер, включая профилактику антиретровирусными препаратами во время беременности и в первые недели жизни новорожденного, а также меры акушерского плана (производство кесарева сечения по показаниям и полное исключение грудного вскармливания) (6). Наличие ВИЧ-инфекции также повышает риск самопроизвольного выкидыша, анемии, кровотечения и сопутствующих им осложнений, а также развития послеродовой инфекции. Тем не менее, следует помнить о том, что женщины, решающиеся на рождение ребенка, предпочитают не думать об этой нарушающей спокойствие статистике, а полагаться на тот 55%-ный шанс, что передача ВИЧ-инфекции не произойдет, и готовы пойти на такой риск.

Соответственно, наша задача заключается в уничтожении мифа о несовместимости носительства ВИЧ-инфекции и деторождения, снабжении

женщин необходимой информацией о грудном вскармливании и оказании им помощи в выборе безопасных средств контрацепции, вынашивании беременности, рождении и воспитании детей. Право женщин на пользование плодами научного прогресса должно формировать основу для осуществления необходимых коррективных мер, дающих возможность ВИЧ-инфицированным женщинам испытать радость материнства. Более того, женщины, решающиеся на рождение ребенка, должны иметь доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья. Ни при каких обстоятельствах не должны допускаться принудительное прерывание беременности или стерилизация женщины, являющейся носителем ВИЧ-инфекции.

Нежелательная беременность

Социальное неприятие женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией и сталкивающихся с проблемой нежелательной беременности, может порой принимать значительные масштабы. Степень такого неприятия может возрастать, когда речь идет о молодых незамужних женщинах, и еще более усиливается в случае, если женщина решает прервать беременность. По оценкам специалистов, две из каждых пяти беременностей, фиксируемых на сегодняшний день во всем мире, являются незапланированными. Женщины, живущие с ВИЧ, имеют несколько не меньший «шанс» забеременеть и проявляют несколько не большую склонность к прерыванию беременности, чем другие женщины.

Помимо других обстоятельств, которые могут побудить ВИЧ-инфицированную женщину прервать беременность, необходимо также учитывать то, что женщина может испытывать беспокойство по поводу отсутствия доступа к антиретровирусной терапии,

Рекомендации

С какой бы инициативой мы ни выступали, всегда следует помнить, что женщины, особенно молодые девушки, часто не имеют сколько-нибудь существенного контроля над своей сексуальной и репродуктивной жизнью.

Услуги

Мы больше не можем позволить себе иметь ограниченный взгляд на профилактику ВИЧ-инфекции или безопасное прерывание беременности. Вместо этого, мы должны делать все возможное для формирования у провайдеров, осуществляющих свою деятельность в рамках «вертикальных» программ по охране здоровья населения, включая программы по планированию семьи и борьбе с ВИЧ/СПИДом, позитивного отношения к женской сексуальности и подключения этих провайдеров к оказанию комплексных услуг различного плана, в том числе:

- удовлетворение потребностей женщин, живущих с ВИЧ, в профессиональном и уверенном ключе с соблюдением принципа уважения прав и человеческого достоинства потребителей медицинских услуг;
- своевременное ознакомление сотрудников медицинских учреждений с последними достижениями в области безопасного производства аборт, ведения беременности и лечения ВИЧ-инфекции;
- обучение персонала лечебных учреждений принципам решения проблем, касающихся не только медицинских аспектов жизни с ВИЧ-инфекцией, беременности и абортов, но

также и психологических и эмоциональных потребностей ВИЧ-инфицированных женщин;

- снабжение сотрудников консультационных центров четкими протоколами консультирования пациентов до и после проведения ВИЧ-теста и обеспечение их осведомленности о тяжести эмоционального потрясения, испытываемого лицом, которому сообщается о том, что он является носителем ВИЧ-инфекции, что в особенной степени справедливо по отношению к беременным женщинам;
- обеспечение понимания сотрудниками медицинских учреждений взаимосвязи между сексуальным насилием, ВИЧ-инфекцией и нежелательной беременностью;
- обеспечение доброжелательного отношения к женщинам, живущим с ВИЧ, укрепление в них чувства права на невмешательство в личную жизнь и конфиденциальность информации;
- обучение сотрудников медицинских учреждений принципам оказания услуг ВИЧ-инфицированным пациенткам, направленным на обеспечение грамотного применения средств контрацепции и создание условий для ведения безопасной и полноценной сексуальной жизни;
- ведение пациенток в послеабортном периоде с учетом ВИЧ-статуса каждой конкретной

чувство вины по поводу того, что она собирается дать жизнь заведомо больному ребенку, а также боязнь ухудшения здоровья на дальнейших стадиях беременности. Женщина может быть также не в состоянии принять независимое и «зрячее» решение по причине предвзятого отношения со стороны медицинских работников или отсутствия квалифицированных врачей-консультантов.

Приводятся многочисленные доводы в пользу включения ВИЧ-инфекции в перечень обязательных показаний к прерыванию беременности. Однако опасность здесь может заключаться в том, что если такой вариант будет в действительности реализован, то женщины, обращающиеся в медицинское учреждение с просьбой о производстве аборта, должны будут в обязательном порядке сообщать врачу свой ВИЧ-статус, после чего не исключается, что женщина будет в принудительном порядке направлена на искусственное прерывание беременности с последующей стерилизацией, так как такая женщина, по мнению сторонников данной позиции, не имеет права иметь детей или жить полноценной сексуальной жизнью.

С другой стороны, существует ряд групп, отрицающих право женщины на прерывание незапланированной беременности, которые придерживаются той позиции, что расширение доступа к услугам по антиретровирусной терапии является веским основанием для введения запрета на производство аборта по такому показанию, как наличие ВИЧ-инфекции у беременной женщины.

Несмотря на все эти различные точки зрения, наличие свободного доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности имеет крайне важное значение для женщин, являющихся носителями ВИЧ, ввиду того, что наличие ВИЧ-инфекции делает и без того небезопасную процедуру криминального аборта

еще более опасной в связи с риском развития сепсиса и кровотечений.

Заключение

Анализ документов, касающихся проблем ВИЧ-инфекции и охраны сексуального и репродуктивного здоровья ВИЧ-инфицированных женщин, выявляет отсутствие уважительного и бережного отношения к жизни таких женщин. По мере того, как все больше женщин детородного возраста сталкиваются с нарушением своих репродуктивных прав и встают перед необходимостью принятия трудных решений в области планирования семьи, все более актуальной становится необходимость в принятии целостного подхода к организации деятельности по охране сексуального и репродуктивного здоровья, основанного на уважении вышеуказанных прав. Мы хотели бы воспользоваться представившейся возможностью для того, чтобы призвать всех, кому небезразлична судьба женщин, живущих с ВИЧ, к принятию незамедлительных мер, направленных на предоставление им большей свободы в решении вопросов, касающихся планирования семьи, а также обеспечение реализации соответствующих программ и политик на основе принципа уважительного отношения к таким женщинам и понимания тех сложных проблем, присутствующих в их жизни, как указывается в рекомендациях МФПС.

Список литературы:

1. Contraception, Centre for Reproductive Rights, www.reproductiverights.org, accessed November 2004.
2. UNAIDS. Report of the global AIDS epidemic, UNAIDS, Geneva, Switzerland, 2004, pp 14, 102.

3. UNAIDS. "Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections". www.unaids.org, accessed 25 January 2005.
4. WHO, Policy and Coordination Committee, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, July 2004
5. IPPF Medical Bulletin, International Planned Parenthood Federation 2004; 38(3):1-3.
6. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, UNAIDS and WHO 2004:4 www.int/hiv/en

Marcel Vekemans,
Старший советник,
Руководитель
специализированной группы по
абортам,
Международная федерация
планирования семьи
[mvekemans@ippf.org]

Upeka de Silva,
Сотрудник отдела технических
знаний и поддержки,
Международная федерация
планирования семьи
[UdeSilva@ippf.org]

женщины с тем, чтобы ВИЧ-инфицированным пациенткам уделялось особое внимание, позволяющее избежать осложнений аборта;

- пропаганда использования и обеспечение широкого доступа к средствам неотложной контрацепции, в особенности, для молодых девушек;
- предложение услуг по ВИЧ-диагностике женщинам, проходящим обследование на беременность либо планирующим завести ребенка с тем, чтобы обеспечить возможность своевременного принятия мер по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, принятия решения относительно дальнейшего вынашивания беременности и предоставления рекомендаций по безопасному ведению беременности. Такие услуги не должны служить целям принуждения женщины к прерыванию беременности или искусственной стерилизации;
- если женщина желает завести ребенка, ей должна быть предоставлена необходимая помощь и соответствующая информация о безопасном зачатии, вынашивании беременности, родах, грудном вскармливании и послеродовой контрацепции;
- создание специальной службы поддержки для ВИЧ-инфицированных матерей;
- если женщина отказывается от дальнейшего

вынашивания беременности, ей должен быть предоставлен доступ к комплексным услугам по безопасному прерыванию беременности и качественному консультированию.

Программы и политики

- поиск механизмов вовлечения ВИЧ-инфицированных женщин, в особенности лиц молодого возраста, в процесс принятия решений на всех уровнях в целях обеспечения соответствия программ и политик реальным потребностям целевой группы;
- решение проблем, испытываемых существующей системой здравоохранения в области кадровой и финансовой обеспеченности;
- обеспечение наличия четко сформулированных политик, направленных на удовлетворение нужд и защиту прав женщин, живущих с ВИЧ, и реализация таких политик в целях создания гарантированного доступа к соответствующим услугам для лиц, наиболее нуждающихся в таких услугах;
- методы предупреждения нежелательной беременности в группе ВИЧ-инфицированных женщин не должны ограничиваться использованием противозачаточных средств, и их следует применять с учетом того факта, что

многие представители этой группы почти не имеют права голоса при принятии решений, касающихся дальнейшего вынашивания (или прерывания беременности);

- пропаганда и непосредственное принятие мер по расширению доступа к услугам по антиретровирусной терапии, а также проведение санитарно-просветительской работы, подчеркивающей эффективность превентивных мероприятий с использованием примеров из реальной жизни, демонстрирующих улучшение состояния пациента после проведения курса АРВ-терапии;
- проведение кампаний по защите права женщин на принятие независимых решений в области планирования семьи;
- проведение разъяснительной работы среди партнеров ВИЧ-инфицированных женщин в целях обеспечения понимания ими вопросов, касающихся носительства ВИЧ и беременности, и предоставления рекомендаций по оказанию моральной поддержки своим супругам;
- работа с донорами, направленная на предупреждение раздробленности программ финансовой помощи и обеспечение их целостности и комплексности.

СИТУАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Evert Ketting

Смертность от осложнений криминального аборта является крайне редким явлением в странах Европы. По последним оценкам экспертов ВОЗ (2004 г.) (1), 300 из 67 900 случаев смерти от последствий небезопасного прерывания беременности, зафиксированных в мире в 2000 г., пришлось на долю европейского региона.

В предыдущем отчете ВОЗ, опубликованном в 1998 г., оценочный показатель смертности от осложнений криминального аборта составлял 500 случаев ежегодно (2); при этом высказывалось предположение, что данный показатель имел тенденцию к постепенному снижению. По мнению специалистов, почти все указанные случаи имеют место в странах Восточной Европы, наиболее неблагоприятной среди которых в этом смысле является Российская Федерация.

По данным Министерства здравоохранения РФ, в 1991 г. от осложнений аборта умерли 233 женщины. В дальнейшем наблюдалось ста-

бильное снижение этого показателя, и в 2000 г. смертность от последствий аборта составила 122 случая. Это означает, что почти половина всех случаев смерти от осложненных аборта, зафиксированных в странах Европы за указанный период, имела место в Российской Федерации. Это выглядит несколько странным, если учитывать, что показатель смертности от последствий аборта в России не является самым высоким в Европе. Так, в 2000 и 2001 гг. от осложненного аборта в Румынии умерли, соответственно, 38 и 37 женщин (3). Поскольку численность населения Румынии составляет лишь 16% от численности населения РФ, то показатель смертности от последствий аборта в Румынии почти в два раза превышает аналогичный показатель по России. Данные по

другим странам Центральной и Восточной Европы, включая Польшу, где искусственное прерывание беременности запрещено за редким исключением, почти отсутствуют или являются, по всей вероятности, ненадежными.

В целом, достоверные данные о смертности от последствий аборта в странах Европы носят очень скудный характер. Также, почти ничего не было известно до последнего времени о фоновых обстоятельствах, способствующих возникновению этого печального явления. Недавно было проведено комплексное исследование, организованное при поддержке Института открытого общества, программа которого включала изучение некоторых характеристик и фоновых факторов, внесших свой «вклад» в формирование показателя смертности от осложненного аборта в Российской Федерации в 1999 г. Результаты исследования были опубликованы в сентябрьском выпуске журнала *Studies in Family Planning* («Исследования в области планирования семьи») (4) за 2004 г. В статье, посвященной данному

вопросу, подводятся итоги проведенной работы и дается анализ ряда основных моментов исследования (за исключением некоторой информации технического плана).

Правовые и социальные аспекты искусственного прерывания беременности в России

После коммунистической революции 1917 года Россия стала первой в мире страной, где был принят закон, официально разрешающий производство аборт (закон от 16 ноября 1920 г.). В период сталинского правления этот закон был отменен (1936 г.), главным образом, в целях увеличения численности населения страны. Несмотря на то, что запрет на искусственное прерывание беременности оставался в силе вплоть до 1955 г., предполагается, что количество криминальных аборт, произведенных за период с 1936 по 1955 гг., было довольно значительным. После снятия вышеупомянутого запрета в 1955 году, когда стало официально практиковаться производство аборт по просьбе женщины в первом триместре беременности, и количество легальных аборт возросло до 7 млн. случаев ежегодно (в 1970-е годы) (5), фактическое число случаев искусственного прерывания беременности, включая криминальные аборт, все же оставалось намного выше официальных цифр. Результаты исследований, проводившихся в 1965-1982 гг., показывают, что совокупное количество производимых аборт колебалось в диапазоне от 8,5 до 11,7 млн. аборт в год, а показатель частоты искусственного прерывания беременности составлял от 170 до 220 случаев на 1 тыс. женщин детородного возраста (5).

В 1987 году произошла дальнейшая либерализация закона об аборт, когда было разрешено амбулаторное производство так называемых «мини-аборт» в течение первых двадцати дней с момента задержки менструации, а также увеличен официальный перечень показаний для искусственного прерывания беременности во втором триместре.

В 1993 и 1996 гг. в закон были введены дополнительные, ослабляющие существующие ограничения, поправки, позволившие значительно расширить список медицинских и социальных показаний для производства аборт во втором триместре беременности. В результате этого, Российская Федерация получила один из самых «мягких» законов об аборт в Европе, что делает абсолютно необъяснимым то обстоятельство, что от осложнений аборт в стране продолжало ежегодно умирать около полутора сотен женщин.

В августе 2003 г., когда завершился сбор данных о смертности от последствий аборт, перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности резко сократился с 13 до 4 пунктов: наступление беременности в результате изнасилования, лишение свободы, смерть/тяжелая инвалидность супруга или лишение родительских прав по приговору суда. Такое нововведение, по всей вероятности, серьезно ограничит доступ к услугам по прерыванию беременности во втором триместре, так как 6-7%

абортов в России производится, как правило, именно в эти сроки.

Введение современной системы планирования семьи в России в начале 1990-х годов имело своим результатом постепенное снижение количества производимых абортов. Официально фиксируемый показатель производства абортов за период с 1991 по 2000 гг. снизился со 100,3 до 50,5 случаев на 1 тыс. женщин детородного возраста. Однако остается неясным, отражает ли данное снижение показателя реальное положение вещей или же оно является следствием возросшей тенденции к представлению заниженных данных, в особенности в случае с крупными городами, где сформировалась обширная сеть частных абортариев. Кажется маловероятным, что такое ошутимое снижение количества производимых абортов было достигнуто только благодаря повышению эффективности профилактики нежелательной беременности путем более грамотного применения противозачаточных средств.

К сожалению, Минздрав РФ не располагает свежими достоверными данными об использовании контрацептивных средств населением страны. В то время, как в отчете UNFPA за 1998 год указывалось, что в России тем или иным методом контрацепции пользовалась лишь 21% супружеских пар, и лишь 13% пользовались современным средством контрацепции, выпуск журнала *The State of the World Population* от 2004 г. не содержит каких-либо оценочных данных по Российской Федерации, что может объясняться отсутствием новой информации. Результаты национального социологического опроса, проводившегося в 2000 г. в группе юношей и девушек в возрасте от 15 до 18 лет, показали, что лишь 6,4% сексуально активных девушек пользовались оральным контрацептивом для предупреждения беременности после последнего полового контакта, и 40,7% респондентов пользовались презервативом. Более 50% опрошенных вообще не пользовались каким-либо средством контрацепции либо применяли ненадежный метод профилактики беременности (7). В ходе этого же исследования обнаружилось, что 9,3% сексуально активных девушек имели в анамнезе беременность, которая в большинстве случаев заканчивалась абортом. Это достаточно высокий показатель, если учитывать, что средний «стаж» половой жизни респондентов составлял всего лишь 1,3 года. Соответственно, напрашивается вывод, что более 7% опрошенных девушек забеременели в течение первого года с момента вступления в половую жизнь.

Изучение показателей смертности от осложнений аборта

Этот исследовательский проект был осуществлен Научно-исследовательским центром акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук (г. Москва). Автор настоящей статьи принимал участие в анализе данных и подготовке отчета о результатах исследования на английском языке, который был опубликован в журнале *Studies in Family Planning*. Все представленные ниже данные взяты из вы-

шеупомянутого отчета, за исключением особо указанных случаев.

При проведении исследования использовались три блока данных. В первый блок вошли предоставленные Минздравом РФ данные по абортам и смертности от осложнений аборта за 1999 г. (в соответствии с этими данными, в 1999 г. от осложнений аборта умерли 153 женщины). Согласно второй серии данных, предоставленной Государственным статистическим комитетом РФ (ГСК), в 1999 г. было зафиксировано 130 случаев смерти от осложнений аборта. Расхождение в приведенных значениях объясняется разностью определений и процедур отчетности. Третий блок данных, который был подготовлен специально в целях данного исследования, состоял из подробных историй болезни женщин, умерших от осложнений аборта в 1999 г. В состав этого блока данных вошли 113 файлов, что составляет 74% от совокупного количества случаев, сообщенных Министерством здравоохранения РФ, и 87% случаев, зарегистрированных ГСК. Собрать истории болезни по остальным случаям не представилось возможным.

Результаты проведенного исследования указывают на то, что смертность от осложнений аборта (СООА) является для России проблемой национального масштаба, о которой нельзя сказать, что она затрагивает лишь некоторые отдаленные или сельские регионы страны. Этот вывод может выглядеть несколько неожиданным, так как было бы естественным ожидать, что качество услуг по искусственному прерыванию беременности в отдаленных районах уступает качеству услуг, оказываемых крупными городскими клиниками, или что женщины, проживающие в редконаселенных местностях, имеют более ограниченный доступ к услугам по легальному и безопасному прерыванию беременности в связи с необходимостью преодолевать большие расстояния до ближайшего абортария. На самом же деле, ситуация выглядит несколько иначе, и между показателями СООА, характерными для сельских и городских населенных пунктов, особых различий не наблюдается.

Исследователи также обнаружили, что молодые девушки подвергались не большему риску умереть от осложнений аборта, чем женщины более зрелого возраста. Напротив, доля лиц в возрасте до 20 лет и от 20 до 29 лет в общей статистике СООА оказалась относительно небольшой. Это не тот результат, который можно было бы ожидать, не владея соответствующей информацией, поскольку для молодых женщин в большей степени свойственно обращаться к врачу с просьбой о производстве аборта в поздние сроки беременности, что, естественно, создает дополнительную угрозу для жизни и здоровья женщины. Для России такое положение дел не характерно: 55% женщин, умерших от осложнений аборта, находились в возрасте 30 и более лет – и это притом, что лица из этой возрастной группы составляли менее 40% от совокупного количества женщин, прошедших процедуру искусственного прерывания беременности.

Одним из основных выводов, сделанных исследователями, стало то, что искусственное

прерывание беременности во втором триместре связано с особенно высоким риском наступления летального исхода в связи с развитием осложненного аборта. В то время как количество женщин, подвергшихся процедуре прерывания беременности во втором триместре, составило лишь 6,6% от общего числа абортов, произведенных в 1999 г., пациентки из этой категории составили 76% от совокупного числа женщин, умерших от осложнений аборта, и 24% от количества случаев, когда беременность превышала 21 неделю. Это означает, что основной «вклад» в формирование показателя СООА вносят случаи прерывания беременности в поздних сроках.

Несомненно, наиболее важным обстоятельством, установленным в результате проведения данного исследования, стало то, что подавляющая часть случаев прерывания беременности со смертельным исходом наступает при производстве абортов вне стен специализированных медицинских учреждений. 10 из 113 изученных случаев смерти от осложнений аборта наступили как следствие самопроизвольного выкидыша (9% от совокупного показателя). Более того, 27 женщин (24%) прошли процедуру прерывания беременности в медицинском учреждении, и 76 женщин (67%) подверглись криминальному аборту.

Следует подчеркнуть тот факт, что лишь 24% случаев СООА приходится на долю специализированных абортариев. Это, соответственно, означает, что риск умереть от осложнения аборта, которому подвергаются российские женщины, не намного превышает риск, которому подвергаются женщины в западных странах, в особенности, если речь идет о прерывании беременности в ранних сроках. Вероятность наступления летального исхода при прерывании беременности в первом триместре составляет 0,54 случая на 100 тыс. абортов, что очень близко к аналогичному показателю, зафиксированному в Соединенных Штатах (0,4 случая на 100 тыс. абортов). Как и в других странах, риск наступления летального исхода в результате развития осложненного аборта, произведенного во втором триместре, очень высок по сравнению с риском, сопровождающим прерывание беременности в первом триместре. В России смертность от осложнений искусственного прерывания беременности во втором триместре составляет 11,5 случая на 100 тыс. абортов, что намного выше соответствующего показателя, зарегистрированного в США (6,9 случаев на 100 тыс. абортов). Наиболее опасным является прерывание беременности в сроках, превышающих 21 неделю, когда относительный риск наступления летального исхода составляет 45,1 случая на 100 тыс. абортов. Смертность от осложнений аборта, произведенного в эти сроки, составила 37% от общего количества случаев прерывания беременности в медицинском учреждении, закончившихся смертельным исходом.

Однако основной причиной высокой смертности от последствий аборта в России следует, вероятно, назвать довольно большое количество женщин, предпочитающих прерывать беременность вне стен специализированных абортариев (криминальные аборты). Криминальные аборты

имеют непосредственное отношение к формированию около двух третей показателя СООА. Следует отметить, что такие аборт в большинстве случаев имеют место на поздних этапах беременности: в 58% случаев беременность прерывалась в сроках от 13 до 21 недель, и в 20% случаев аборт производился в сроках от 22 недель и выше. В ходе исследования было также установлено, что риск развития летальных осложнений аборта увеличивается с возрастом: почти две трети женщин, умерших от последствий аборта, были в возрасте 30 лет или старше.

Факторы, влияющие на смертность от осложнений аборта

Показатель смертности от осложнений искусственного прерывания беременности в Российской Федерации составляет 6,3 случая на 100 тыс. абортов, примерно в 10 раз превышая аналогичный показатель, характерный для стран Западной Европы и Северной Америки, и формирует около 25% совокупного показателя материнской смертности в стране. Основываясь на результатах проведенного исследования, можно дать следующий ответ на вопрос, приведенный в качестве заголовка к настоящей статье («Почему женщины продолжают умирать от осложнений аборта в стране, где искусственное прерывание беременности разрешено законом?»):

В первую очередь, это можно объяснить значительным количеством абортов, выполняемых вне стен специализированных медицинских учреждений, когда не обеспечивается надлежащая гарантия безопасности. Более того, криминальный аборт нередко производится в поздних сроках беременности, что создает дополнительную угрозу для здоровья и жизни женщины. К сожалению, исследователям не удалось получить ответ на следующие вопросы: «Что заставляет женщин идти на высокий риск, связанный с выбором вышеупомянутых альтернатив?» и «Где и кем производится опасная процедура криминального аборта?». Основываясь на имеющихся данных, можно предположить, что многие женщины решаются на криминальный аборт в тех случаях, когда срок беременности является слишком большим для того, чтобы ее можно было прервать в разрешенном законом порядке. Проблемы, с которыми могут сталкиваться такие женщины, включают незнание своего законного права на прерывание нежелательной беременности, наличие противопоказаний для легального производства аборта, ограниченный доступ к услугам по прерыванию беременности во втором триместре, финансовые барьеры, а также страх перед необходимостью получения официального согласия со стороны специальной разрешительной комиссии. К сожалению, возникают опасения, что все больше женщин будут вставать перед необходимостью решения проблем такого рода в связи с ужесточающими поправками, введенными в закон об абортах в августе 2003 г., когда произошло существенное сокращение перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности

во втором триместре. Не исключается, что результатом такой меры будет являться рост показателя СООА.

Вторая причина сохранения высокой смертности от последствий аборта в России заключается в том, что многие женщины решаются на искусственное прерывание беременности в достаточно поздние сроки, когда риск возникновения серьезных осложнений присутствует не только в том случае, если аборт производится подпольно, но и (хотя и в несколько меньшей степени) тогда, когда такая процедура выполняется высококвалифицированным врачом в специализированном медицинском учреждении. Соответственно, трудно переоценить важность такой задачи, как обеспечение свободного доступа к услугам по производству абортов на ранних этапах беременности.

И, наконец, третьей причиной высокой смертности от осложнений аборта является низкая квалификация медицинского персонала, недостаточная техническая оснащенность медицинских учреждений и устаревшие методы прерывания беременности (в особенности, во втором триместре). Несмотря на то, что для устранения этих недостатков многое еще предстоит сделать, все же они носят второстепенный характер по сравнению с основными причинными факторами СООА, которые требуют принятия незамедлительных действенных мер в области права и общественного здравоохранения.

Одним важным вопросом, на который нам еще предстоит найти ответ, является распространенность явления, обозначаемого в данной статье как «аборт, произведенный вне стен медицинских учреждений». Трудность заключается не только в отсутствии достоверной информации о том, где и кем выполняются такие аборты, но и в практической невозможности оценки их совокупного количества. В обзорном отчете ВОЗ за 1998 г. (2) указывалось, что общий оценочный показатель смертности от осложнений криминального аборта для стран Центральной и Восточной Европы составлял 500 случаев в год, а предположительное количество случаев небезопасного прерывания беременности составило 900 тыс. Приводимые в последнем обзорном отчете ВОЗ за 2004 г. (1) оценочные показатели имеют гораздо меньшую величину и составляют 300 тыс. и 400 тыс. случаев, соответственно. Если допустить, что эти последние оценки отражают реальное положение вещей, то это означает, что в Российской Федерации все еще производится от 150 до 200 тыс. абортов ежегодно (т.е. 8-10% от общего количества абортов). Поскольку производство абортов представляет собой серьезную проблему в области общественного здравоохранения, реальный масштаб которой остается практически неизвестным, существует острая необходимость в проведении дополнительных социологических исследований по данному вопросу.

Список литературы:

1. World Health Organization. "Unsafe abortion; global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000". Fourth edition. WHO, Geneva, 2004.
2. World Health Organization. "Unsafe abortion; global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data" Third edition. WHO, Geneva, 1998.
3. Romanian Ministry of Health and Family. "Maternal Mortality in Romania in the year 2000". Bucharest, 2001. (Idem year 2001, Bucharest, 2002). In Romanian.
4. Zhirona IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Abortion-related Maternal Mortality in the Russian Federation. Studies in Family Planning, 2004, 35, 178-188.
5. Henshaw SK, Morrow E. Induced abortion; a world review 1990 supplement. New York, The Alan Guttmacher Institute, 1990.
6. UNFPA. "State of the World Population 1998". New York, UNFPA, 1998. Idem, 2004.
7. Ketting E, Averin YP, Dmitrieva EV. "Being young and in love in Russia". Utrecht/Moscow/St Petersburg, NSPH, Moscow State University, The Nevsky Institute of Language and Culture, 2001.

Evert Ketting,
Координатор по вопросам
охраны сексуального и
репродуктивного здоровья,
Институт общественного
здравоохранения и
профзаболеваний (Нидерланды)
Международный консультант
по вопросам охраны
сексуального и репродуктивного
здоровья
[e.ketting@tip.nl]

АБОРТЫ В ЕВРОПЕ: ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЛИ СФОКУСИРОВАННОСТЬ ПРАВОВЫХ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВО АБОРТОВ, И МЕТОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ?

Christian Fiala

Наступление нежелательной беременности воспринимается большинством женщин как кризисная ситуация, хотя масштаб такого кризиса в каждом конкретном случае является, безусловно, неодинаковым.

Для многих женщин наступление нежелательной беременности является «громом среди ясного неба». Соответственно, они абсолютно не готовы к такому повороту событий и не в состоянии отдать себе полный отчет в создавшемся положении или попросту не знают, к кому обратиться за советом, вне зависимости от того, намерена ли женщина доносить незапланированную беременность до срока или же прервать ее. По сути, обнаружение незапланированной беременности повергает женщину в состояние «информационного голода», когда она испытывает потребность в большом количестве информации в течение очень короткого промежутка времени. Поиск нужной информации существенно осложняется рядом препятствующих обстоятельств:

- требуемая информация касается одной из наиболее интимных областей человеческой жизни;
- данная тема является запретной для обсуждения во многих странах;
- наступление беременности порой не является результатом социально приемлемых взаимоотношений между мужчиной и женщиной, что делает нежелательным доведение такого факта до сведения окружающих;
- члены кругов социального общения женщины и/или работники сферы социального обеспечения нередко могут реагировать на факт наступления нежелательной беременности с осуждением, отказывать в предоставлении необходимой помощи или снабжать ее вводящей в заблуждение информацией;
- требуемая информация носит объемный и комплексный характер и охватывает вопросы как физиологии, так и психологии беременных;
- решение, которое предстоит принять женщине, окажет существенное влияние на ее социальное окружение, на всю ее последующую жизнь и будет носить необратимый характер;
- если у женщины есть постоянный партнер, участвовавший в зачатии ребенка, то это означает наличие второго лица, чьи интересы напрямую затрагиваются наступлением незапланированной беременности и которое имеет право на участие, в большей или меньшей степени, в принятии решения относительно дальнейшей судьбы данной беременности;
- не менее важным является то обстоятельство, что потребность в информации варьирует в весьма значительных пределах, что существенно осложняет процесс снабжения пациенток именно той информацией, которая требуется в каждом конкретном случае.

Различные сообщества реагируют по-разному на все эти требования, несмотря на то, что последние двести лет стали веком жесткого патернализма. В сочетании с религиозными убеждениями, доминирующими в некоторых странах, такой патернализм нередко являлся выражением распространенного среди представителей определенных социальных слоев убеждения, что беременная женщина не способна к принятию ответственных решений, касающихся

дальнейшей судьбы своей беременности. Такая позиция создала предлог для «вынужденного» вмешательства общества в целях гарантированного принятия «верного» решения и привела, в частности, к наложению запрета на производство аборт, который, в свою очередь, послужил причиной резкого всплеска материнской смертности. Такая ситуация все еще имеет место во многих странах третьего мира, где искусственное прерывание беременности запрещено законами, введенными в силу еще во времена бывшего колониального правления.

Технологический прогресс, развитие которого шло особенно бурными темпами во второй половине XX века, а также женская эмансипация привели к постепенному изменению ситуации в течение последних десятилетий, и теперь женщины, а значит и все супружеские пары, обладают высокой степенью независимости в вопросах планирования семьи. В частности, получение датскими женщинами независимости такого рода привело к тому, что в этой стране количество производимых аборт является самым низким в мире (1). На другой границе диапазона находится ряд стран, где все еще существуют правовые нормы, отражающие несовременные методы прерывания беременности и старомодное мышление не соответствующие современным медицинским и социальным стандартам. В качестве примера можно привести требование об обязательном проведении беседы с женщиной врачом-консультантом перед выдачей ей направления на аборт. Несмотря на то, что данное положение было упразднено в нескольких странах (включая Францию, где отмена такого требования произошла два года назад), оно продолжает сохранять силу (в совокупности с рекомендациями различного содержания) в ряде других стран. Так, в Нидерландах и Австрии разрешение на проведение предварительных бесед с женщиной, желающей прервать беременность, распространяется на всех врачей, и отсутствуют какие-либо ограничения относительно содержания таких бесед. В то же время, в Германии процедура консультирования подвергается более жестким ограничениям и изначально направлена на сокращение доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности. Остается неясным, почему предварительная беседа с врачом не может предлагаться в качестве услуги, пользование которой носит сугубо добровольный характер, как и в случае с другими медицинскими процедурами.

Обязательный «испытательный» срок

Еще одним примером устаревших правовых норм, регулирующих производство аборт, является выжидание обязательной паузы между беседой женщины с врачом и собственно процедурой прерывания беременности, предназначение которой – дать женщине возможность передумать и отказаться от первоначального намерения. Сама идея установления определенного «испытательного» срока между предварительной консультацией и медицинской процедурой считается, и не без оснований, достаточно необычной в медици-

не. В данном случае мы имеем дело с приданием взаимоотношениям между врачом и пациентом особого юридического статуса, ревностно охраняемого законом. При этом на обе стороны возлагается безраздельная обязанность найти оптимальный выход из создавшейся ситуации. И если в настоящее время существует обеспечиваемое правовыми санкциями требование о выжидании определенного «испытательного» периода перед производством аборта, то такое требование, по всей вероятности, порождено следующими в корне ошибочными представлениями:

- беременных женщин нужно защищать от них самих с тем, чтобы они не приняли поспешного решения против рождения ребенка;
- женщины, столкнувшиеся с проблемой нежелательной беременности, вступают в фазу фактического принятия решения только после получения совета от постороннего человека;
- выжидание «испытательной» паузы (продолжительность которой устанавливается произвольно) может снизить количество абортов.

В странах, где отсутствует требование об обязательном предоставлении времени на размышление, как сами женщины, сталкивающиеся с проблемой незапланированной беременности, так и сотрудники здравоохранения, работающие

в данной области, не видят никакой необходимости во введении такого требования (2). Как видно из таблицы №1, продолжительность «испытательного» срока, методика ее расчета и перечень допускаемых исключений варьируют в значительных пределах. Мы не погрешим против истины, если предположим, что запросы и нужды, испытываемые женщинами, стоящими перед проблемой нежелательной беременности, во всех этих странах не имеют каких-либо принципиальных различий. Соответственно, для подавляющего большинства женщин такой выжидательный период кажется надуманным и не отвечающим их потребностям.

Помимо этого, в некоторых странах существуют специальные правила, одно из которых, в частности, гласит, что женщина не может наблюдаться или лечиться у того же врача, который давал ей предварительную консультацию. Такое правило является единственным в своем роде в медицине, которое, безусловно, противоречит здравому смыслу. Самоочевидная истина же такова, что врач, с которым у пациента установились доверительные отношения в ходе предварительной беседы и обследования, должен также проводить все медицинские процедуры и наблюдать за пациентом в процессе всего лечения.

Преимуществом медицинского обслуживания имеет особенно большое значение в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств, вклю-

чая ситуации, когда дальнейшее вынашивание беременности стоит под вопросом, что позволяет оградить женщину от необходимости заново повторять одну и ту же историю каждый раз, когда она приходит на прием к врачу. Только при соблюдении данного условия возможно формирование доверительных отношений между врачом и пациентом, которые могут самым благоприятным образом влиять на результат лечения. В свете этого положения становится непонятным, почему такой важный стандарт качества медицинского обслуживания не может быть применен по отношению к кризисной ситуации, вызываемой наступлением нежелательной беременности. В других отраслях медицины такой подход был бы безусловно отвергнут как абсолютно неэтичный или даже жестокий.

В Швейцарии, несмотря на недавнее введение смягчающих поправок в закон об абортах, все еще существует положение, в соответствии с которым официальное разрешение на производство аборта выдается только при условии, что женщина, желающая прервать незапланированную беременность, заявит в письменном виде, что она находится в затруднительном положении, исключающем возможность донашивания беременности. Как и в предыдущем случае, здесь мы имеем дело с необычным для медицины правилом, которое не дает женщине каких-либо ощутимых преимуществ. В то время, как вышеуказанное положение на первый взгляд кажется направленным на придание соответствующей легитимности процедуре аборта, на самом же деле, соблюдение такой процедуры заставляет женщину чувствовать, что она обязана по каким-то неизвестным для нее причинам оправдываться за свои действия перед окружающими.

Положительные моменты

Наряду с вышеуказанными недостатками, существуют также и положительные моменты, которые обуславливаются, в частности, расширением функциональных возможностей сети Интернет. Это дает целый ряд преимуществ женщинам, столкнувшимся с проблемой незапланированной беременности, которые теперь могут пользоваться беспрепятственным доступом к информации самого различного характера, не требующим особых затрат средств и времени. Наиболее важным моментом здесь является полная гарантия защиты от несанкционированного вторжения в интимную сферу; нет необходимости рассказывать кому-либо о себе или оправдываться перед кем-либо. Мы обнаружили, что посещение женщиной веб-сайтов, посвященных теме абортов, повышало эффективность консультационного и лечебного процесса, при условии, что такие сайты не имели той или иной религиозной подоплеки. Однако данный вариант организации поиска требуемой информации имеет два крупных недостатка. Во-первых, не каждая женщина имеет свободный доступ к сети Интернет. Помимо этого, зачастую очень трудно отличить доказательные факты от инспирированной эмоциями пропаганды и вводящей в заблуждение информации.

Таблица №1. Параметры «испытательных» сроков, установленных в некоторых странах Европы

Страна	Продолжительность испытательного срока	Примечания
Бельгия	6 дней	С момента обращения в консультационно-диагностический центр
Германия	3 дня	Аборт производится не ранее трех полных дней с момента беседы с врачом-консультантом на основании справки из консультационно-диагностического центра
Франция	7 дней	С момента беседы с врачом/консультантом/акушеркой/медсестрой; допускается сокращение данного периода в случае, если срок беременности приближается к максимально допустимому сроку производства абортов.
Нидерланды	5 дней (по прошествии 44 дней после окончания последнего менструального периода)	Пять полных дней с момента первого обращения к врачу; допускается сокращение данного периода в случае, если срок беременности приближается к максимально допустимому сроку производства абортов.
Италия	7 дней	С момента первой беседы с врачом (требуется наличие соответствующей справки)

Перечень стран, где отсутствует требование о выжидании «испытательного» срока, включает Австрию, Данию, Финляндию, Норвегию, Испанию, Швецию, Швейцарию.

Разнообразие методов прерывания беременности

Процедуры прерывания беременности, применяемые в различных странах, варьируют в широких пределах. К примеру, в то время, как в Нидерландах большинство хирургических абортотворов в первом триместре беременности выполняется под местной анестезией, в других регионах такая процедура выполняется только под общим наркозом. Также, производство аборта хирургическим методом на 5-6 неделе беременности в нидерландских абортотворах воспринимается как нечто само собой разумеющееся и даже не требует выжидания «испытательного» срока. Однако в других странах хирургическое вмешательство на столь раннем этапе беременности не практикуется и даже рассматривается некоторыми специалистами как профессиональное преступление со стороны врача.

В то время, как в ряде клиник Франции, Шотландии и Швеции более 50% женщин, направляемых на искусственное прерывание беременности, отдают предпочтение хирургическому аборту, в Германии, Нидерландах и Австрии такие пациентки составляют лишь очень небольшой процент от совокупного количества женщин, поступающих в абортотвории.

Предположение о том, что нужды пациенток абортотвориев в вышеупомянутых странах являются настолько различными, что вызывают такой заметный разброс в популярности методов прерывания беременности, вряд ли может считаться обоснованным. Скорее, различия в частоте использования того или иного метода прерывания беременности являются следствием особых обстоятельств организационного, правового или финансового характера или отражают приверженность устоявшимся традициям, которые остались вне поля зрения исследователей.

Подытоживая вышесказанное, можно сказать, что в большинстве стран общие условия подготовки к производству аборта, равно как и сама процедура прерывания беременности, почти или вообще не соответствуют потребностям женщин и зачастую практически исключают возможность удовлетворения индивидуальных нужд пациенток. Помимо этого, низкая профессиональная подготовка персонала и отсутствие эмоциональной связи с пациентом также могут оказывать существенное влияние на качество медицинского обслуживания. К сожалению, наложение жестких ограничений ведет к получению эффекта, который порой является диаметрально противоположным тому, который задумывался изначально.

Сравнительный анализ статистики абортов наглядно демонстрирует, что наименьшее количество производимых абортов характерно для тех стран, где общие условия медицинского обслуживания наиболее ориентированы на удовлетворение потребностей пациентов, и где женщины пользуются максимально свободным доступом к услугам по половому просвещению, выбору и применению средств контрацепции и искусственному прерыванию беременности (например, в Нидерландах).

Не существует каких-либо доказательств того, что ограничение доступа к услугам по искусственному прерыванию беременности путем введения требования об обязательной предварительной беседе с врачом, выжидании «испытательной» паузы и т.д. дает положительные результаты. Напротив, наложение ограничений такого рода приводит к переносу аборта на более поздний срок и оказывает отрицательное воздействие на физическое и психическое здоровье женщины. Соответственно, во всех практических руководствах подчеркиваются преимущества прерывания беременности в ранних сроках (3-5). Все эти аспекты должны выдвигаться на передний план при публичном обсуждении вопросов, касающихся производства абортов, и совершенствовании общих условий медицинского обслуживания.

События последних десятилетий вселяют оптимизм в том смысле, что во многих странах законы об абортах подверглись пересмотру в сторону смягчения и содержат меньше ненужных ограничений. В свете этого обстоятельства заслуживает упоминания пример Канады, где общепринятая позиция по отношению к абортам состоит в том, что искусственное прерывание нежелательной беременности является обычной медицинской процедурой, не требующей правового регулирования. Соответственно, Верховный суд Канады постановил (1988 г.), после продолжительных юридических дебатов, что закон об абортах противоречит Конституции страны и объявил его недействительным. Будет очень интересно понаблюдать, сколько времени потребуется другим странам, в особенности государствам Европейского региона, для замены существующих, инспирированных консервативной идеологией, законов и правил таким конструктивным подходом к решению проблемы абортов.

И, в заключение, хотелось бы упомянуть еще один аспект гендерного плана. Как известно, природа мужского организма исключает возможность наступления беременности и, соответственно, возникновения потребности в аборте. Однако охрана репродуктивного здоровья женщин, безусловно, соответствует нашим интересам, т.е. интересам мужчин, так как мы находимся от него в прямой зависимости. Соответственно, это обязывает нас делать все возможное для создания условий, позволяющих женщинам, все же столкнувшимся, несмотря на принятые меры предосторожности, с проблемой нежелательной беременности, решить такую проблему наиболее эффективным образом без излишних моральных и физических страданий.

Christian Fiala

Клиника искусственного прерывания беременности и планирования семьи «Cynmed» (Вена, Австрия)
Президент Международной профессиональной федерации абортов и контрацепции (FIAPAC)
[cristian.fiala@aon.at]

Информация о практике в области абортов и правовом климате в странах, упомянутых в настоящей статье, получена из национальных источников. Ссылки на веб-сайты национальных институтов этих стран можно найти в разделе Links по следующему адресу в Интернете: www.fiapac.org/e/Links1.html

Список литературы:

1. Stanley K. Henshaw, Susheela Singh and Taylor Haas. "The Incidence of Abortion Worldwide". International Family Planning Perspectives, 1999; 25 (Supplement): S30-S38 (www.guttmacher.org/pubs/journals/25s3099.html).
2. VI Conference of International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates, September 2004, Vienna, www.fiapac.org.
3. Holmgren K. "Time of decision to undergo a legal abortion". Gynecol Obstet Invest. 1988;26(4):289-95.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. "The Care of Women Requesting Induced Abortion – Evidence-based Clinical Guideline Number 7". London, September 2004.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). "Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines". Paris, 2001.

ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ЕВРОПЕ

Mirjam Hägele

3 июля 2002 г. Европейский парламент принял резолюцию о мерах по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека (СРЗП) (1). Резолюция была принята по результатам слушания официального отчета, зачитанного представителем Бельгии в Европейском парламенте Anne E. M. Van Lancker, членом Комиссии по защите прав и равноправия женщин (2). В отчете был представлен анализ ситуации по СРЗП на территории Европейского союза (ЕС) и в десяти странах, которые присоединились к ЕС в мае 2004 г.

В отчете, представленном Anne E. M. Van Lancker, отмечаются не только дефицит статистической информации, касающейся общей обстановки по СРЗП в Европе, но и значительные различия, существующие между отдельными странами в этой области. Авторы отчета указывают на то обстоятельство, что количество абортс в во вновь присоединившихся странах и государствах, претендующих в настоящее время на членство в ЕС, намного превышает аналогичные показатели по 15 странам, являющимся «ветеранами» Европейского союза, что, по мнению авторов, обуславливается ограниченным доступом к современным средствам контрацепции. «Существующий дефицит и высокая стоимость противозачаточных средств, а также упущения в работе по организации консультационных услуг в странах Центральной и Восточной Европы приводят к тому, что искусственное прерывание беременности все еще остается основным средством регулирования рождаемости», – говорится в отчете.

Далее в отчете сообщается, что 65 процентов женщин, проживающих в пятнадцати государствах, которые входили в первоначальный список членов ЕС, систематически пользуются противозачаточными средствами; в то время как в странах, недавно присоединившихся к Европейскому союзу, и странах-кандидатах в члены ЕС этот показатель составляет всего лишь 31 процент. В самой нижней строчке региональной

таблицы находится Польша, где современными методами контрацепции пользуются только 19 процентов женщин (3). Г-жа Van Lancker также констатировала, что общая политика здравоохранения в Греции и Испании не предусматривает оказания услуг по планированию семьи, а в Ирландии признаются только «естественные» методы контрацепции, поддержка которых осуществляется на муниципальном и центральном уровнях; отмечаются крупные недостатки в системе распространения противозачаточных средств. Существенные упущения в работе по обеспечению свободного доступа к контрацептивам, характерные для систем здравоохранения всех государств-кандидатов в члены ЕС и вновь присоединившихся стран, вызывают серьезные опасения в связи с сохраняющимися в ряде стран высокими показателями заболеваемости ИППП и производства абортс.

Установлено, что количество производимых абортс в странах, недавно вступивших в ЕС, и странах-кандидатах в члены ЕС намного превышает аналогичный показатель, фиксируемый в государствах, входивших в первоначальный состав Европейского союза. К примеру, если в Швеции, являющейся наименее благополучной по абортс среди стран-ветеранов ЕС, регистрируется 18 случаев прерывания беременности на 1 тыс. женщин в возрасте от 15 до 44 лет, то в Румынии, которой принадлежит «пальма первенства» по количеству производимых абортс среди государств Восточной Европы, этот показатель составляет 52 случая на 1 тыс. женщин детородного возраста. В среднем, в течение своей жизни румынская женщина подвергается процедуре абортс как минимум три раза (2.2) (4).

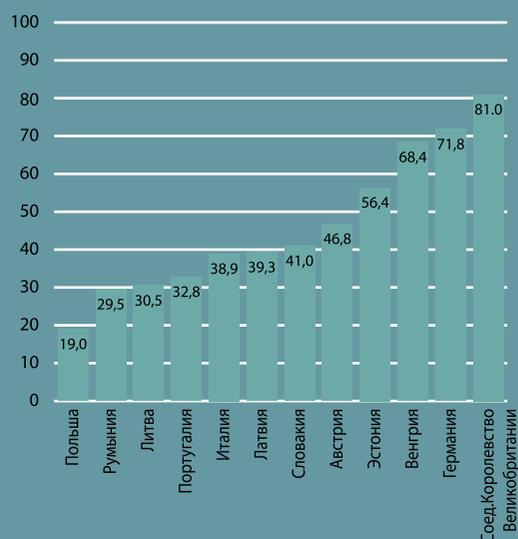
В конечном счете, фиксируемые показатели производства абортс отражают правовой статус процедуры прерывания беременности, который на территории Европы варьирует в очень широких пределах. Большинство стран-членов ЕС и стран, претендующих на вступление в Евросоюз, имеют достаточно прогрессивные законы об абортс. Наряду с этим, существует ряд стран, включая Ирландию, Мальту, Польшу, Португалию, Испанию и Кипр, в которых проводится очень жесткая политика ограничений в области абортс. В Польше, где произошло резкое ужесточение либерального закона об абортс, который благополучно функционировал в течение последних 40 лет, искусственное прерывание беременности теперь разрешается

только в исключительных случаях. В Мальте же производство абортс не разрешается ни при каких обстоятельствах.

Контрацепция и искусственное прерывание беременности в странах Европы

Недостаток информации по вопросам планирования семьи и неудовлетворенная потребность населения в современных средствах контрацепции приводят к тому, что количество случаев незапланированной беременности в странах Восточной и Центральной Европы остается очень высоким; при этом, в 80% случаев беременность является не только незапланированной, но и нежеланной (5). В странах СНГ и других государствах Восточной Европы незапланированная

Доля женщин, пользующихся современными средствами контрацепции (статистика по некоторым странам Европейского региона)



Источник: Modern Contraceptive Use 2003. United Nations 2004.

беременность в подавляющем большинстве случаев завершается абортс (5). Это утверждение в особенной степени справедливо по отношению к тем странам, где стоимость противозачаточных средств превышает стоимость услуг по искусственному прерыванию беременности. К примеру, в Румынии контрацептивы распространяются на платной основе, тогда как услуги по прерыванию беременности являются бесплатными и финансируются из государственного бюджета.

В отчете, представленном г-жой Van Lancker, также отмечается, что качество полового воспитания молодежи во всех странах Европы является неудовлетворительным, что способствует росту случаев подростковой беременности и, в конечном счете, увеличению количества производимых абортс. Разброс в показателях, регистрируемых в странах, входивших в первоначальный состав

ЕС, абсолютно разителен: в то время, как в Великобритании статистика подростковой беременности составляет 28 случаев на 1 тыс. девушек в возрасте от 15 до 19 лет, в Нидерландах этот показатель равен 7 случаям на 1 тыс. девушек. Авторы отчета с сожалением указывают на тот факт, что в Болгарии молодые люди могут посещать семинары по половому воспитанию только с письменного согласия своих родителей, признавая, однако, что такая организация работы по половому просвещению молодежи все же лучше, чем полное ее отсутствие как, например, в случае с Польшей.

В отчете особо подчеркивается то обстоятельство, что искусственное прерывание беременности является одной из основных причин материнской смертности во вновь присоединившихся государствах и странах-кандидатах в члены ЕС. По оценкам ВОЗ, в некоторых странах Центральной и Восточной Европы случаи летального исхода, связанного с развитием осложнений аборта, составляет более 20 процентов от совокупного показателя материнской смертности (6), что объясняется, в частности, тем, что во многих случаях прерывание беременности производится с применением методов, представляющих опасность для здоровья и жизни женщины.

Рекомендации авторов отчета

Резолюция, вынесенная Европейским парламентом в июле 2002 г. по результатам слушания отчета Anne E. M. Van Lancker (2), направлена на поддержку Рабочей программы, принятой участниками Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (МКНР) (Каир, 1994 г.) и 4-ой Всемирной конференции женщин (ВКЖ) (Бейджин, 1995 г.). В соответствии с данной резолюцией, всем странам, являющимся действительными членами ЕС или претендующим на вступление в Евросоюз, рекомендуется принятие следующих мер по улучшению положения дел в области охраны

сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека в Европе:

- введение единой системы сбора данных;
- разработка национальных политик, направленных на улучшение ситуации в области защиты сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека;
- обеспечение свободного доступа к бесплатным/недорогим средствам контрацепции и услугам по планированию семьи;
- пропаганда грамотного применения средств для неотложной контрацепции;
- принятие законов, обеспечивающих свободный доступ к услугам по безопасному прерыванию беременности. В резолюции особо указывается, что аборт не должен пропагандироваться в качестве метода регулирования рождаемости, и его следует избегать путем принятия соответствующих превентивных мер;
- закон не должен предусматривать уголовное преследование жертв криминального аборта;
- интенсификация работы по распространению информации по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека;
- совершенствование работы по половому воспитанию молодежи и обеспечению широкого доступа к услугам по планированию семьи;
- обеспечение соответствия национальных политик в области СРЗП решениям, принятым на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития, 4-ой Всемирной конференции женщин и последующих конференциях.

Политические разногласия по вопросу аборт в Евросоюзе

Резолюция Европейского парламента продолжает вызывать оживленную полемику в странах ЕС и странах-кандидатах на вступление

в Евросоюз. Особенно горячие дебаты (получившие дополнительный импульс после принятия вышеупомянутой резолюции) ведутся по поводу рекомендации, содержащейся в отчете Anne E. M. Van Lancker, в соответствии с которой предлагается разрешить производство аборт при наличии определенных обстоятельств. Несмотря на то, что исполнение резолюции не носит обязательный характер, Польша и Мальта выступили с решительным протестом против ее принятия, утверждая, что вопросы охраны СРЗП входят в суверенную компетенцию каждого отдельно взятого государства и, соответственно, не подпадают под юрисдикцию ЕС. Правительства этих двух стран воспринимают данную резолюцию как попытку Евросоюза навязать им пересмотр национальных законов об абортах. Именно беспокойство такого рода послужило причиной того, что представители Польши, Мальты и Ирландии потребовали введения в текст документа особых оговорок как условия подписания ими заявления о поддержке новой резолюции. Упомянутые оговорки сохраняют за правительствами этих стран право принимать самостоятельные решения по всем вопросам, касающимся законодательства об абортах, вне зависимости от тех или иных обстоятельств.

Мощное противодействие реализации многих пунктов Рабочей программы МКНР оказывается со стороны Ватикана, пользующегося сильным влиянием во многих странах, где преобладает католическое вероисповедание, и активно продвигающего точку зрения церкви в Брюсселе. Вступление в силу Статьи 51 Конституции ЕС, которая обязывает Евросоюз принимать решения в консультации с представителями церкви, обеспечило Ватикану влиятельные позиции на будущее.

Помимо этого, все большее число организаций, отрицающих право женщины на искусственное прерывание беременности, начинает активно заявлять о себе на территории Евросоюза. Акции, осуществляемые посредством массированных рассылок писем и электронных сообщений, которые нередко состоят из ложной или неполной информации, формируют основу для лоббирования членов Европейского парламента. К примеру, в прошлом году британская организация под названием CARE for Europe (Christian Action Research and Education) направила письмо на имя членов Европарламента, в котором указывалось, что развивающиеся страны не нуждаются в дополнительных вливаниях в сферу услуг по планированию семьи, так как потребность населения этих стран в презервативах удовлетворена в гораздо большей степени, чем потребность в питьевой воде. Более того, по мнению авторов письма, презервативы не обеспечивают надежной профилактики ВИЧ-инфекции и являются «настолько же безопасными, как и русская рулетка» (7). Аналогичный стиль мышления и действия характерен для таких организаций, как World Youth Alliance, KALEB e. V (Kooperative Arbeit Leben Ehrfurchtig Bawaren – «Совместная работа по защите достоинства жизни»), Pro Life Berlin and eurofam.

Незапланированная беременность и аборты

Регион	Совокупное число беременностей (млн.)	Запланированная беременность и роды (%)	Незапланированная беременность, завершившаяся рождением ребенка (%)	Незапланированная беременность, завершившаяся абортом (%)
Все страны мира	210	62	16	22
Восточная Европа	11	37	6	57
Другие страны Европы	7	67	12	21

Источник: Alan Guttmacher Institute: *Sharing Responsibility: Woman, Society & Abortion Worldwide*, New York and Washington 1999

Политика развития ЕС в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека

Одним из главных пунктов резолюции Европейского парламента по охране СРЗП предусматривается разработка единой политики развития ЕС в данной области, которая должна осуществляться «с учетом разрушительного воздействия политики города Мехико, действие которой было возобновлено администрацией президента Буша». Когда президент Буш заморозил практику перечисления ежегодных взносов правительства США в Фонд народонаселения ООН (UNFPA), образовавшийся дефицит финансирования был восполнен Евросоюзом. Осенью 2002 г. Европейский союз, возглавляемый Poul Nielson, Комиссаром ЕС по вопросам развития и гуманитарной помощи, перечислил на счет UNFPA и Международной федерации планирования семьи (МФПС) сумму в размере 32 млн. евро. Помимо этого, летом 2003 г. ЕС утвердил предоставление дополнительного гранта в размере 73,95 млн. евро, который будет направлен на финансирование программы мер по охране репродуктивного здоровья населения развивающихся стран на период до 2006 г.

Весной 2004 г. Европейский парламент утвердил отчет «Population and Development: ten years after the UN conference of Cairo» («Население и развитие: десять лет после конференции ООН в Каире»), подготовленный Karin Junker, представителем Германии в Европейском парламенте от социал-демократической партии и членом комитета ЕС по вопросам развития и сотрудничества. В отчете содержится призыв к Европейскому союзу, странам-членам ЕС и государствам, претендующим на вступление в Евросоюз, исполнить обязательства, принятые ими на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития в Каире. Отчет был утвержден с незначительными поправками 287 голосами против 196 при 13 воздержавшихся (8).

Наиболее свежим доказательством готовности ЕС предпринимать все необходимые меры для реализации Рабочей программы МКНР стало объявление Евросоюзом и странами-членами ЕС – в связи с проведением Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН, посвященной десятилетнему юбилею Международной конференции по вопросам народонаселения и развития в Каире, – о своем намерении предоставить в распоряжение Фонда народонаселения ООН дополнительную сумму в размере 75 млн. долларов, которую планируется направить на закупку и бесплатное распространение средств контрацепции. Таким образом, Европейский союз практически ликвидировал дефицит финансирования, образовавшийся в результате отказа правительства США от дальнейшей поддержки деятельности UNFPA (президент Буш вот уже третий год подряд блокирует перечисление средств на счет UNFPA, несмотря на утверждение таких взносов Конгрессом США). Кроме этого, как указывается в информационном блоке ниже, Европейский Совет обратился к странам-членам

ЕС с призывом принять действенные меры по расширению доступа к необходимой информации и совершенствованию санитарно-просветительской работы в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья своих граждан.

Список литературы:

1. European Parliament: Resolution of the European parliament on Sexual and Reproductive health and Rights (2001/2128(INI)) of July 3rd, 2002: <http://www2.europarl.eu.int>
2. Anne E.M. Van Lancker (2 April 2002): Draft report on sexual and reproductive health and rights (2001/2128(INI)). Committee on Women's Rights and Equal Opportunities: <http://www.europarl.eu.int/meetdocs/committees/femm/20020417/463603EN.pdf>
3. United Nations (2004): Modern Contraceptive Use 2003.
4. Florina Sebanescu (2004): "Reproductive Health in Transition Countries in the European Context". In: European Population Forum 2004: Population Challenges and Policy Responses. Background Paper.
5. WHO (2004). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Geneva, 4th edition.
6. <http://www2.europarl.eu.int> (accessed 21 November 2004)
7. CARE for Europe – Sandbaek Report – Giving Aid or Pushing an Agenda. Fax to an MEP.
8. Karin Junker (2004): Report on population and development: 10 years after the UN-Conference in Cairo (2003/2133(INI)). Committee on Development and Cooperation: <http://www2.europarl.eu.int>

Mirjam Hägele,
Инспектор по работе со средствами массовой информации,
Фонд мирового народонаселения (Германия) (DSW)
[mirjam.haegel@dsw-hannover.de]

Европейский Совет призывает к активизации работы по охране сексуального и репродуктивного здоровья в Европе

5 октября 2004 г. Парламентская ассамблея Европейского Совета обратилась к странам-членам ЕС с призывом принять действенные меры по расширению доступа к информационным ресурсам и совершенствованию санитарно-просветительской работы в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья своих граждан. В обращении указывается, что перечень существующих проблем включает резкий рост случаев подростковой беременности, заболеваемости ИППП, включая ВИЧ/СПИД, а также распространение сексуального насилия. Также, государствам-членам рекомендуется наладить обмен опытом, накопленным в процессе работы над решением вышеуказанных вопросов, и обеспечивать полноценное финансирование деятельности по организации и развитию системы услуг в области скрининга на ИППП, консультирования и планирования семьи.

С текстом обращения и рекомендациями Парламентской ассамблеи можно ознакомиться, обратившись по следующему адресу в Интернете:

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http://assembly.coe.int>

«ЖЕНЩИНЫ НА ВОЛНАХ» – ПОЛЕМИКА В ЕВРОПЕЙСКОМ ПАРЛАМЕНТЕ

Patricia Hindmarsh

В конце августа 2004 г. правительство Португалии запретило голландскому кораблю, принадлежащему организации по защите прав женщин Women on waves («Женщины на волнах»), войти в португальские воды и пришвартоваться в местном порту. Правительство обосновало свое решение необходимостью соблюдения национального законодательства и охраны интересов общественного здоровья; более того, кораблям португальских ВМС было приказано организовать неотступное преследование иностранного судна, следя за тем, чтобы последнее не проникло в территориальные воды Португалии. Эти действия португальского правительства торпедировали проведение дискуссионных и информационных встреч по вопросам охраны сексуальных и репродуктивных прав граждан, запланированных организацией Women on Waves и членами португальского и европейского парламентов. В ответ, представители партий социалистов, объединенных левых сил и «зеленых» в Европейском парламенте выступили с предложением рекомендовать Европейскому союзу (ЕС) принять меры правового воздействия против правительства Португалии, нарушившего права свободы самовыражения, информации и беспрепятственного передвижения физических лиц и услуг.

Текущая ситуация в Португалии

Португальское законодательство накладывает жесткие ограничения на производство абортов, допуская прерывание беременности только в исключительных случаях, когда дальнейшее вынашивание беременности представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни женщины, когда имеют место нарушения внутриутробного развития плода или когда беременность наступает в результате изнасилования. И тем не менее, даже женщины, подпадающие в одну из вышеперечисленных категорий, порой сталкиваются с невозможностью получения необходимой информации из-за нежелания медицинских работников нарушать социальное табу на аборты. Наряду с этим, местные законы не препятствуют деятельности организаций, занимающихся вопросами защиты прав женщин или выступающих за пересмотр действующего португальского законодательства. Организация Women on Waves не выступает за введение практики лекарственных абортов в странах, где искусственное прерывание беременности запрещено законом (1). Соответственно, запрет на вхождение голландского судна в территориальные воды Португалии не имел под собой никаких законных оснований.

В прошлом в стране уже предпринимались неоднократные попытки привести отрасль португальского законодательства, регулиующую производство абортов, в соответствие с современными требованиями. Так, в январе 2004 г. независимые группы, выступающие за право женщин на принятие независимых решений в вопросах регулирования рождаемости, собрала 120 тыс. подписей в поддержку требования о созыве нового референдума по вопросу легализации абортов. Однако премьер-министр Jose Manuel Barroso (новый президент Комиссии ЕС) запретил проведение такого референдума.

Дебаты в Европейском парламенте были инициированы г-жой Ilda Figueiredo, представителем Португалии от объединенных левых сил и членом Рабочей группы Европарламента по вопросам наро-

донаселения, устойчивого развития и репродуктивного здоровья (эта группа, в которой представлены все партии, занимается вопросами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав граждан). Г-жа I. Figueiredo призвала Комиссию ЕС изложить свой взгляд на ситуацию и убедить португальское правительство изменить свою позицию и снять запрет на вход судна Women on Waves в свои территориальные воды. Во время своего выступления г-жа I. Figueiredo упомянула так называемый отчет Van Lancker, принятый Европейским парламентом в июле 2002 г. (2), и обратилась к странам-членам ЕС с призывом принять необходимые меры по обеспечению широкого доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности (в тех случаях, когда это разрешено местным законодательством) и упразднить практику уголовного преследования женщин, прервавших беременность путем криминального аборта. Она также заявила, что ситуация в Португалии является выражением лицемерной и насильственной позиции по отношению к женщинам, которая способствует росту количества криминальных и, соответственно, опасных для здоровья и жизни женщины абортов.

Вместо того, чтобы сконцентрировать свои усилия на решении вопроса легализации абортов в Португалии, отдельные парламентарии воспользовались предоставившейся возможностью и выступили с требованием ввести абсолютный запрет на производство абортов в странах Евросоюза, забыв, однако, принять во внимание то обстоятельство, что введение такого запрета находится вне пределов компетенции ЕС. Hans Blokland, представитель Голландии от Независимой демократической партии, утверждает, что «Правительство Португалии заслуживает всяческих похвал за свое стремление встать на защиту еще нерожденных детей». Ему вторит Urszula Krupa, представитель Польши в Европарламенте от Польской лиги семей, сделавшая следующее заявление: «Я благодарна богу за возможность высказаться в Европейском парламенте по самой важной проблеме современности – охране человеческой жизни, которая приобретает особую актуальность в свете того факта, что каждый год около 50 млн. детей лишаются жизни, еще не покинув утробы своей матери». Однако Urszula Krupa вызвала некоторое недоумение слушателей своим последующим заявлением: «Можно ли увидеть разницу между убийством беззащитных детей, находящихся в утробе матери, и истреблением школьников в Беслане? На каком основании Европейский союз хочет присвоить себе право решать вопросы человеческой жизни и смерти?» (3).

По мнению Michal Tomasz Kaminski, представителя Польши от группы Union for Europe of the Nations («Союз сторонников Европы наций»), дебаты в Европарламенте также должны были определить позицию современной Европы по отношению к нерожденным детям: «Теперь, когда сформировался новый состав Европейского парламента, в этом зале присутствует больше парламентариев, которые имеют достаточно мужества, чтобы выступить в защиту права еще нерожденных детей на жизнь! Это право на жизнь должно охраняться не только в Европе, но и в любой другой части мира!» (3).

В целом, по данному вопросу было заслушано 27 докладов, включая 14 выступлений в пользу предоставления права на искусственное прерывание

незапланированной беременности (члены партий социалистов, объединенных левых сил, либералов, демократов и «зеленых») и 11 выступлений против предоставления такого права (представители Народной партии, Union for Europe of the Nations и группы Independence and Democracy); следует отметить то обстоятельство, что все четыре представителя Польши вошли в лагерь противников абортов.

Стремясь охладить эмоциональный накал полемики, Margot Wallstrom, Комиссар ЕС, заверила парламентариев, что «Комиссия тщательно изучит всю информацию, касающуюся реальных мотивов и возможных последствий будущего решения» перед тем, как вынести окончательное, юридически обоснованное суждение в отношении того, нарушают ли действия официального Лиссабона существующие нормы и правила Европейского союза. Она также подчеркнула, что, в соответствии с законодательством ЕС, наложение странами-членами ограничений на основные права граждан, включая право свободы передвижения, допускается «только в тех случаях, когда этого требуют ... интересы национальной безопасности и общественного здоровья». Далее г-жа M. Wallstrom отметила, что «Комиссия считает, что если то или иное государство, являющееся членом ЕС, считает необходимым принять решение, имеющее своим результатом ограничение свободы передвижения граждан, то такое решение должно приниматься с соблюдением фундаментальных прав человека, включая свободу выражения, как этого требуют основополагающие принципы законодательства Европейского сообщества» (3).

На сегодняшний день следует признать явное усиление рядов противников абортов в новом, расширенном составе Европарламента – прошедшие дебаты явили отличную возможность для изучения настроений в парламенте – и то, что все больше консервативно настроенных представительниц прекрасного пола в Европарламенте склоняются в пользу отмены прав женщин, вызывает большую тревогу. В свете этого, все надежды теперь возлагаются на Европейскую комиссию, которая должна занять четкую и твердую позицию, направленную на защиту прав женщин во всех странах ЕС.

Patricia Hindmarsh,
Директор по внешним связям,
Marie Stopes International
[Patricia.Hindmarsh@mariestopes.org.uk]
www.mariestopes.org.uk

Список литературы:

1. Women on Waves.
<http://www.womenonwaves.org/article-1020.273-en.html>, accessed 27 January 2005.
2. Anne E.M. Van Lancker (2 April 2002): Draft report on sexual and reproductive health and rights (2001/2128(INI)). Committee on Women's Rights and Equal Opportunities.
3. Debate held at the European Parliament on 16 September 2004, Dutch boat belonging to the 'Women on Waves' association, following an oral question posed by MEP Ilda Figueiredo (<http://www.europarl.eu.int/>)

РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТ

Данный раздел подготовлен при участии Q Web (Women's Empowerment Base). Дополнительные ссылки на информационные сайты указаны по следующему адресу в Интернете: www.qweb.kvinnoforum.se.



Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems (Безопасное прерывание беременности: техническое и методическое руководство для организаторов здравоохранения)

Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.
www.who.int/reproductivehealth/publications-safe-abortion.html

В данном пособии приводится комплексный обзор принципов организации услуг по безопасному прерыванию беременности, включая технические и методические указания. Пособие переведено на французский, польский, португальский, русский и испанский языки.

Unsafe abortion

(Глобальные и региональные оценочные расчеты количества криминальных аборт и связанных с ними показателей смертности в 2000 г. – 4-е издание)
www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_unsafe-abortion.html

ВОЗ разработала последовательный подход к проведению оценочных расчетов количества криминальных аборт и связанных с ними показателей смертности. Оценочные расчеты, производившиеся на основании данных за 2000 г., показывают, что в мире ежегодно производится до 19 млн. криминальных аборт. Это означает, что почти каждая десятая беременность прерывается с применением опасных для здоровья и жизни женщины методов, а соотношение количества криминальных аборт и случаев беременности, завершившихся рождением живого ребенка, составляет 1:7. В документе подчеркивается, что «в странах, где отсутствует свободный доступ к контрацептивам или ощущается недостаток в качественных противозачаточных средствах, многие женщины вынуждены идти на прерывание нежелательной беременности, невзирая на препятствия правового характера или дефицит услуг по безопасному производству аборт. Соответственно, профилактика незапланированной беременности является задачей первостепенной важности наряду с такими направлениями деятельности как повышение качества услуг по прерыванию беременности и уходу за женщиной в послеабортном периоде».

Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO/UNICEF and UNFPA (Материнская смертность в 2000 г.: оценочные расчеты экспертов ВОЗ/ЮНИСЕФ и Фонда народонаселения ООН)

www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/

Этот документ, опубликованный в 2004 г., содержит определения и оценочные показатели материнской смертности во всех странах мира в сравнении с данными за 1990 и 1995 гг. Хотя пределы неопределенности оценочных расчетов являются достаточно широкими, тем не менее, они ясно демонстрируют, что материнская смертность все еще остается крупной проблемой для многих регионов мира, включая некоторые страны Европы.



Abortion Policies: A Global Review (Политика в области регулирования аборт: глобальный обзор)

Отдел народонаселения ООН, сектор по экономическим и социальным вопросам, 2003 г.
www.un.org/esa/population/publications/abortion/

В данном документе проводится сравнительный обзор национальных политик в области искусственного прерывания беременности, а также анализируются условия функционирования системы услуг по производству аборт.



IPAS – Global Abortion News Update («Глобальные новости в области оказания услуг по производству аборт»)

www.ipas.org
Недавно веб-сайт IPAS был дополнен новым разделом новостей, получившим название «Global Abortion News Update». В регулярно

выходящих выпусках новостей дается обзор последних мировых событий в области методического и правового регулирования аборт с указанием соответствующих ссылок и адресов. Читатель может также найти полезную для себя информацию, обратившись к следующим документам IPAS: «Расширение доступа к услугам по безопасному прерыванию беременности: практическое руководство для адвокатов» и «Методы прерывания беременности и уход за женщиной в послеабортном периоде».



Held to ransom (Удерживаемые в заложниках)

www.heldtoransom.org

Этот веб-сайт Международной федерации планирования семьи посвящен анализу последствий возобновления «Политики города Мехико», известной также под названием «Глобальной политики жесткого регламента». Согласно этой политике, финансовая помощь Соединенных Штатов не может использоваться для поддержки деятельности организаций, занимающихся оказанием услуг по производству аборт, предоставлением консультаций женщинам, желающим прервать беременность, или выдачей направлений на аборт.



East Central Europe Abortion Laws and Policies in Brief (Краткий обзор законов и политик, регулирующих производство абортов в странах Восточной и Центральной Европы)

www.crlp.org

The Center for Reproductive Rights (Центр по защите репродуктивных прав) является некоммерческой организацией со штаб-квартирой в США, занимающейся юридической поддержкой мер по расширению доступа к услугам по легальному и безопасному прерыванию беременности во всех странах мира, с применением широкого арсенала средств правового и политического характера. Помимо данного краткого обзора, Центром был подготовлен ряд аналогичных документов, включая пособие под названием *Safe and legal abortion is a woman's human right* («Право на свободный доступ к легальному и безопасному прерыванию беременности является неотъемлемым правом всех женщин»), в которых аргументированно отстаивается та позиция, что право на прерывание нежелательной беременности входит в перечень основных прав человека, а также дается список литературы по вопросам прав женщин и политики, регулирующей производство абортов.

Catholics for a Free Choice (CFFC – Католики за право свободного выбора)

www.cath4choice.org

CFFC является неправительственной организацией, офис которой находится в Вашингтоне, штат Колумбия. CFFC является специальным консультантом Совета по экономическим и социальным вопросам ООН. Эта организация занимается разработкой и пропагандой этических норм в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, основанных на принципе справедливости, отражающих приверженность системы здравоохранения делу охраны здоровья женщин и принципу уважительного отношения к пациенту, и уверенности в способности мужчин и женщин здраво распоряжаться своей жизнью, а также работает над практической реализацией этих ценностей в государственной политике, общественной жизни и католической доктрине и социальном мышлении. Недавно CFFC инициировала проведение акции под названием *Catalyst for Change Speakers Bureau*, предусматривающей, в частности, предоставление рекомендаций правительству США, Фонду народонаселения ООН и религиозным группам по организации мер, направленных на поддержку прав человека и свободы выбора на основе полной информации.



FIAPAC

www.fiapac.org

Международная профессиональная федерация абортов и контрацепции (FIAPAC) является ведущей организацией профессионалов в данной области. FIAPAC ставит своей целью расширение доступа к услугам по легальному и безопасному прерыванию незапланированной беременности. Организовывая проведение различных конгрессов и

совещаний, FIAPAC стремится к гармонизации национальных законов, регулирующих производство абортов, и обеспечение свободного доступа к услугам по производству абортов во всех странах мира. По вышеуказанному адресу в Интернете можно найти подробный отчет о результатах последней международной конференции FIAPAC, которая состоялась в Вене в сентябре 2004 г.

ASTRA Network in Eastern and Central Europe

www.astra.org

ASTRA представляет собой сеть организаций, занимающихся вопросами охраны сексуальных и репродуктивных прав граждан в странах Центральной и Восточной Европы. На указанном веб-сайте размещены программные документы по проблемам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека со ссылками на литературу, касающуюся вопросов искусственного прерывания беременности.

EuroNGOs



www.eurongos.org

EuroNGOs (Европейские НПО, занимающиеся вопросами охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав граждан и проблемами народонаселения и развития), основанная в 1996 г., ставит своей целью повышение осведомленности населения стран Европы о Рабочей программе МКНР и обеспечение общественной поддержки данной программы в регионе. EuroNGOs работает в тесном сотрудничестве с широким кругом участников движения по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, включая НПО, парламентские фракции, фонды и благотворительные организации, функционирующие в Европе и других регионах мира. EuroNGOs осуществляет активный обмен информацией и способствует налаживанию партнерских связей между различными группами, в особенности молодежными организациями, используя в качестве информационных мостов свой недавно открывшийся веб-сайт, ежегодные конференции, печатные издания и электронные почтовые реестры.



XVII World Congress of Sexology (XVII Всемирный конгресс сексологов)

10-15 июля 2005 г., г. Монреаль, Канада.

www.montrealseco.com

Участниками конгресса, центральная тема которого получила название «Unity in Diversity» («Единство в разнообразии»), подчеркивающее огромное разнообразие подходов и дисциплин в сексологии, станут клиницисты, научные работники, преподаватели, активисты и организаторы здравоохранения. Развернутый вариант научной программы конференции и информация о регистрационных процедурах размещена по вышеуказанному адресу в Интернете.

Entre Nous

*Европейский журнал
по репродуктивному здоровью*

Отдел охраны здоровья семей и местных сообществ

Европейское региональное бюро, ВОЗ,

Шерфигсвей 8

DK-2100 Копенгаген Ø,

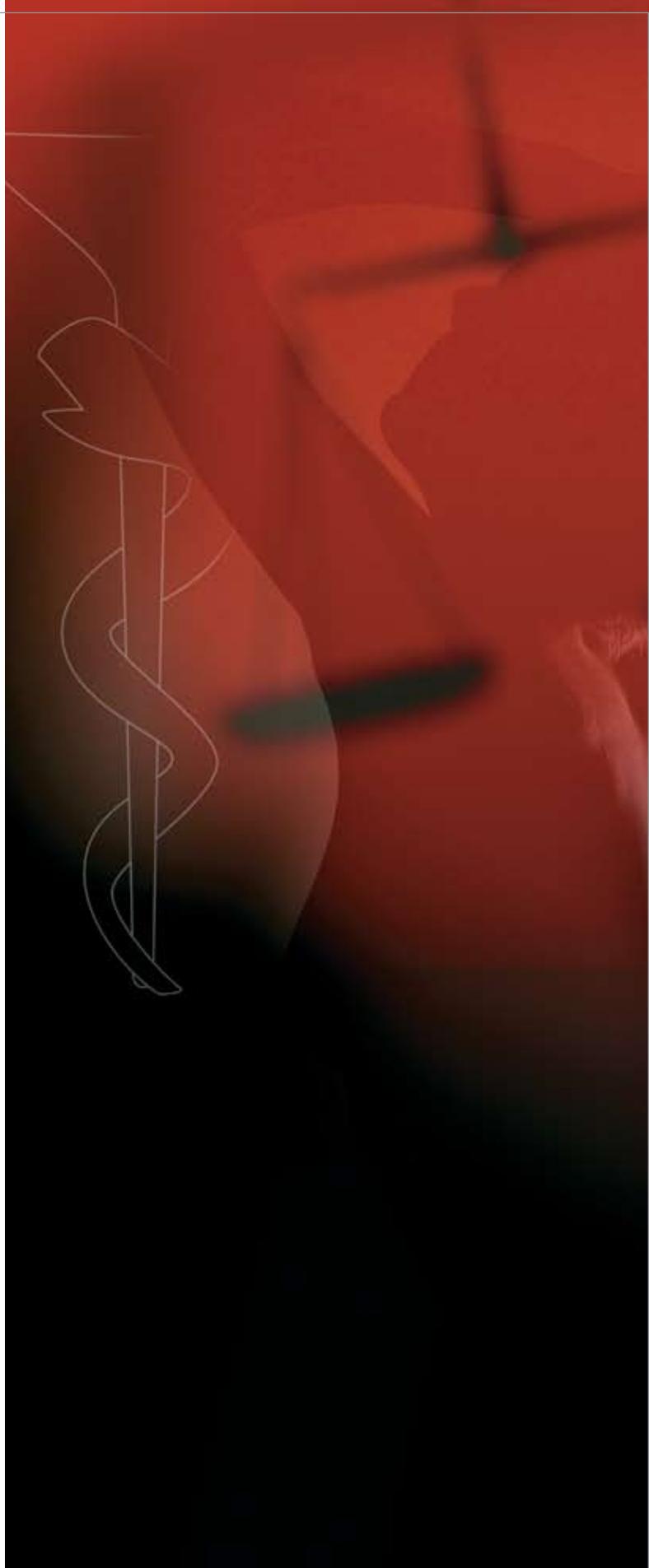
Дания

Тел.: (+45) 3917 1451 или 1341

Факс: (+45) 3917 1850

E-mail: entrenous@who.dk

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous