Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2020, том 19, №3, с. 124–132
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2020, volume 19, No 3, p. 124–132
DOI: 10.20953/1726-1678-2020-3-124-132

Проблема репродуктивного выбора: стратегические направления в условиях демографической ситуации и системный подход к профилактике медицинских абортов

М.А.Ратманов[1], А.С.Бенян[2], Ю.В.Тезиков[3], И.С.Липатов[3], Т.А.Тезикова[2], А.М.Курбанова[3], Н.В.Мартынова[3]

[1]Министерство здравоохранения Самарской области, Самара, Российская Федерация;
[2]Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина, Самара, Российская Федерация;
[3]Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация

Проведен анализ данных по проблеме репродуктивного выбора в условиях сложившейся демографической ситуации в России. В обзор включены материалы отечественной и зарубежной научной литературы, найденной в базах медицинских публикаций eLibrary, PubMed по данной теме за последние 10 лет. Обсуждается этическая оправданность искусственного прерывания беременности в странах с различным социально-экономическим укладом и религиозными воззрениями. Анализ частоты медицинских абортов показал отсутствие различий в странах с самым жестким законодательством и с самыми либеральными законами. Представлена структура причин выполнения операции по прерыванию беременности, описаны наиболее частые постабортные осложнения. Приводятся сведения, подтверждающие роль аборта в качестве основного метода регулирования рождаемости. Важная роль отводится предабортному консультированию и комплексной помощи кризисным женщинам в доабортном периоде с мотивацией на сохранение беременности. Рассмотрена современная стратегия государства по системному подходу к профилактике абортов, ключевым моментом которой является продвижение ценностных ориентиров на сохранение репродуктивного здоровья.
Ключевые слова: доабортное консультирование, оптимизация репродуктивного выбора, постабортные осложнения, стигматизация медицинского аборта, стратегия профилактики абортов

Для цитирования: Ратманов М.А., Бенян А.С., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Тезикова Т.А., Курбанова А.М., Мартынова Н.В. Проблема репродуктивного выбора: стратегические направления в условиях демографической ситуации и системный подход к профилактике медицинских абортов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020; 19(3): 124–132. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-3-124-132

The problem of reproductive choice: strategic directions under the current demographic situation and a systemic approach to prevention of intentional abortions

M.A.Ratmanov[1], A.S.Benyan[2], Yu.V.Tezikov[3], I.S.Lipatov[3], T.A.Tezikova[2], A.M.Kurbanova[3], N.V.Martynova[3]

[1]Ministry of Health of the Samara Region, Samara, Russian Federation;
[2]V.D.Seredavin Samara Regional Clinical Hospital, Samara, Russian Federation;
[3]Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

Analysis of data concerning the problem of a reproductive choice under the current demographic situation in Russia has been made. The review includes materials of both Russian and world scientific literature available in the medical publications bases eLibrary, PubMed on this theme over the past 10 years. The ethical justification of artificial abortion in countries with various socioeconomic structures and religious beliefs is discussed. As the analysis of the incidence of intentional termination of pregnancy has shown, there are no differences in the countries with very tough legislations and with the most liberal laws. The structure of the causes of medical abortions is presented, the most common post-abortion complications are described. Evidence confirming the role of abortion as the main method of birth regulation is given. A significant role belongs to pre-abortion counselling and comprehensive aid to women in crisis during the pre-abortion period with motivation to preserve pregnancy. The modern governmental strategy of a systemic approach to prevention of abortions is discussed, the key point of which is advancement of values and goals aimed at preservation of reproductive health.
Key words: pre-abortion counselling, optimization of reproductive choice, post-abortion complications, abortion stigma, abortion prevention strategy

For citation: Ratmanov M.A., Benyan A.S., Tezikov Yu.V., Lipatov I.S., Tezikova T.A., Kurbanova A.M., Martynova N.V. The problem of reproductive choice: strategic directions under the current demographic situation and a systemic approach to prevention of intentional abortions. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2020; 19(3): 124–132. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-3-124-132

Для корреспонденции:
Тезиков Юрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 Самарского государственного медицинского университета
Адрес: 443095, Самара, ул. Ташкентская, 159
Телефон: (846) 958-2418
E-mail: yra.75@inbox.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8946-501X
Статья поступила 06.02.2020 г., принята к печати 17.06.2020 г.

For correspondence:
Yuriy V. Tezikov, MD, PhD, DSc, professor, head of the department of obstetrics and gynaecology No 1, Samara State Medical University
Address: 159 Tashkent str., Samara, 443095, Russian Federation
Phone: (846) 958-2418
E-mail: yra.75@inbox.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8946-501X
The article was received 06.02.2020, accepted for publication 17.06.2020

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

Право на безопасное материнство является стратегическим государственным направлением сохранения репродуктивного потенциала семьи. В большинстве стран мира прерывание беременности путем искусственного аборта остается крайне актуальной гуманитарной и социальной проблемой. Согласно статистике, в мире ежедневно совершается около 100 млн половых актов, в 93 тыс. случаев происходит зачатие, в 10% беременность прерывается медицинским абортом [1–3].

Во Всеобщей декларации прав человека (1948 г.) профилактика абортов, как и планирование семьи в целом, в последние годы рассматриваются как важнейшие составляющие комплекса проблем охраны репродуктивного здоровья [4]. Распространенность и динамика абортов, уровень материнской смертности после абортов – показатели, по которым оценивается эффективность государственных мер по охране репродуктивного здоровья и здоровья населения в целом [5]. Согласно Уставу ВОЗ, каждый человек имеет право на охрану здоровья, обеспечение физического, психического и социального благополучия. При этом доказано, что уровень абортов и материнской смертности напрямую зависит от нормативно-правовых актов законодательства в отношении абортов [6, 7]. По данным ВОЗ, на сегодняшний день около 63% женщин живут в странах, где аборт законодательно разрешен по желанию женщины и социальным показаниям, 12% – аборт доступен по широким медицинским показаниям как со стороны самой женщины, так и со стороны плода, и 25% женщин проживают в странах, где аборт разрешен только при угрозе жизни беременной или в виде исключения. Запрет абортов, по данным мировой статистики, в 5 раз увеличивает материнскую смертность, связанную с проведением криминальных абортов [8, 9].

Современные концепции по народонаселению и развитию стран формулируют новую стратегию в данном направлении, ключевым моментом которой является улучшение демографической ситуации, при этом основной целью является сохранение репродуктивного здоровья женщин [10]. Понятие репродуктивного здоровья включает в себя состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права – это важнейшие аспекты демографической политики государств [8, 11, 12]. Данная тема вызывает острые споры в современном медицинском мировом сообществе.

Состояние проблемы медицинских абортов в странах с различным социально-экономическим укладом

Право женщины на прерывание беременности – относительно новый, еще до конца не осмысленный феномен: лишь во второй половине XX в. страны одна за другой стали отменять уголовное наказание за проведение аборта как в отношении женщины, так и в отношении медицинского работника. Контроль за проведением медицинских абортов со стороны государства различными нормативно-правовыми актами является одним из инструментов регулирования демографической ситуации в стране [13, 14].

Как известно, первой страной в мире, разрешившей проведение аборта по желанию женщины, была Советская Россия (1920 г.); за Россией соответствующие законы были приняты в других республиках СССР. С 1936 г. аборт в СССР был под запретом, но в 1955 г. запрет был снят. За долгие годы практика прерывания беременности стала вполне привычной на советском пространстве [13, 15].

Если говорить о мире в целом, то в 98% стран аборт разрешен в целях спасения жизни женщины, в 62% – в целях сохранения ее физического или психического здоровья, в 42% – в случаях возникновения беременности после изнасилования или инцеста, в 40% – по причине патологии плода, в 29% – по экономическим и социальным причинам, и только в 21% стран – по желанию женщины, при этом в большинстве государств аборт «по желанию» проводится за счет средств самой беременной. В таких странах, как Китай, Вьетнам, Индия, аборт «по желанию» не только разрешен, но даже поощряется, таким образом эти государства пытаются сократить рождаемость и перейти к малодетности [16].

Все государства в вопросе допустимости аборта можно разделить на несколько групп: полный запрет без исключений (Никарагуа, Сальвадор, Чили, Мальта, Филиппины, Ватикан, Андорра, Сан-Марино, Египет и др.); полный запрет, кроме исключительных случаев (Афганистан, Йемен, Сирия, ОАЭ и многие другие страны); аборт по медицинским показаниям и в других исключительных случаях (Бразилия, Марокко, Мексика, Нигерия); аборт по медицинским и социально-экономическим показаниям (Англия, Индия, Исландия, Япония); свобода аборта (США, Россия, большинство стран Европы). Следовательно, в настоящее время в 26 государствах действует полный запрет на проведение абортов. В этих странах проживает 6% мировой численности женщин [11, 12, 17]. Следует отметить, что в странах, в которых действуют наиболее строгие законы относительно медицинских абортов, отмечается наиболее высокий уровень криминальных вмешательств с целью избавления от нежеланной беременности [18, 19].

Конечно, нельзя не сказать о том, что во многих странах с законодательством, запрещающим проведение абортов без каких-либо исключений, нет надежной статистики, основываясь на которой, можно было бы с уверенностью говорить о пользе либо о вреде подобного правового регулирования демографической ситуации [5]. Свои расчеты распространенности абортов в мире регулярно делают специалисты Института Гуттмахера (Guttmacher Institute) (США). Согласно статистике специалистов Института Гуттмахера, 88% абортов во всем мире производится в развивающихся странах, 6,9 млн женщин ежегодно обращаются за медицинской помощью после проведения криминальных абортов. Согласно расчетам данного статистического учреждения, в 2010–2014 гг. в мире ежегодно производилось 55,9 млн абортов, в том числе 49,3 млн – в развивающихся странах и 6,6 млн – в развитых странах. Относительный показатель составлял 35 абортов на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет. Не только абсолютное, но и относительное число абортов в развитых странах намного ниже, чем в развивающихся (27 на 1000 женщин против 36). Текущий глобальный уровень абортов (35 на 1000 женщин 15–44 лет) означает, что на каждую

Электронная версия

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

жительницу планеты приходится один аборт в течение жизни [20, 21].

Если посмотреть на статистику, то можно сказать, что законодательство об аборте слабо влияет на его распространенность: аборты одинаково часто происходят в странах с самым жестким законодательством и в странах с самыми либеральными законами. По экспертным оценкам, количество абортов в 1,5–2 раза больше, чем сообщает официальная статистика, по зарубежным оценкам – в 3 раза [22]. В странах, где аборт либо запрещен совсем, либо допускается с целью спасения жизни женщины, коэффициент абортов оценивается в 37 на 1000 женщин репродуктивного возраста, тогда как в странах с либеральным подходом – 34. Среди регионов мира самыми высокими относительными показателями абортов, по расчетам Института Гуттмахера, характеризуется Латинская Америка (44 на 1000 женщин 15–44 лет), а самыми низкими – Северная Америка и Океания (17 и 19 на 1000 женщин соответственно) [18, 20].

Если говорить о мировой статистике, Российская Федерация занимает одно из лидирующих мест по количеству проведенных абортов, уступая лишь Китаю и США.

И все же число абортов в России неуклонно снижается. В 1990 г. в РСФСР было зарегистрировано 3,92 млн абортов. По данным Министерства здравоохранения РФ, в 2018 г. в России было сделано 567 183 аборта, из них всего 20% – по медицинским показаниям, что почти в три раза меньше, чем в 2005 г. Так, на 100 родов в России приходится 35 абортов. При этом 25% приходится на возрастную категорию 25–29 лет, по 22% – соответственно на 20–24 и 30–34 года, 19% приходится на возрастную категорию старше 35 лет, 12% – младше 19 лет. Как уже было сказано, всего 20% абортов в России за 2018 г. было проведено по медицинским показаниям, львиная доля приходится на социальные факторы, материальные и жилищные проблемы, которые занимают лидирующее положение в структуре причин абортов. Также основополагающими явились такие факторы, как неблагополучные отношения в семье, страх перед физическими и психологическими трудностями, незапланированная беременность. Самой распространенной причиной прерывания беременности были финансовая нестабильность – 23%, в 17% случаев на женщину оказывалось давление со стороны общества, нежелание супруга иметь детей [8, 17, 23, 24].

Схожие причины прерывания беременности наблюдаются в экономически развитых странах. Так, по данным Roberts et al., интервьюирование 589 беременных показало, что решение об аборте мотивировано экономической нестабильностью, расстройствами психического здоровья, употреблением психоактивных веществ, противодействием беременности со стороны партнера или семьи в целом [25, 26]. Berglas et al. констатируют, что беременные, рассматривающие возможность прерывания беременности, обосновывают это социально-экономическими проблемами, такими как необходимость посещения женской консультации (93%), отсутствие гарантий бытового обеспечения (85%) и стоматологического обслуживания (59%), а также сложностями по уборке домашних помещений (53%) [1].

Если изучить статистику в России за 2018 г., то можно увидеть, что больше всего абортов делают в Еврейской автономной области – 35,6 прерываний беременности на тысячу человек. Также среди регионов-лидеров по числу абортов находятся Тыва (34,5) и Сахалинская область (32,2). С другого конца списка, то есть регионы с наименьшим числом прерываний беременности, находятся Ингушетия (6,2), Дагестан (7) и Москва (8,5) [27].

В Самарской области, по данным официальной статистики, в январе–июле 2019 г. продолжилось снижение рождаемости: родились 17,2 тыс. детей, что на 9,5% меньше по сравнению с первым полугодием прошлого года. Эксперты считают, что численность населения Самарской области в 2019 г. может составить 3,1 млн человек – на 8,3 тыс. человек (0,26%) меньше, чем в 2018 г. При этом только по официальным данным на каждых пять рожденных детей приходится одна прерванная беременность. Доля абортов у девочек до 14 лет от общего числа в 2018 г. составляет 0,06%, у девушек 15–17 лет – 2,17% (в 2010 г. она была 8,41%).

Однако, несмотря на достигнутый прогресс, российский показатель (количество абортов на 1000 женщин) вдвое выше, чем, например, в Нидерландах, Бельгии, Финляндии, и более чем в 3 раза выше, чем в Швейцарии [10, 18, 28].

«Безопасный аборт»: психосоматические и репродуктивные последствия

Электронная версия

В настоящее время все научные исследования, связанные с проблемой абортов, находятся под большим влиянием политических, религиозных и социальных факторов. Это характерно и для проблемы влияния абортов на психическое здоровье женщины. В 1981 г. американским психологом Rue был впервые предложен термин «постабортный синдром» (ПАС) для обозначения посттравматического стрессового расстройства, развивающегося после аборта [29, 30]. Можно выделить следующие основные компоненты ПАС: восприятие ситуации аборта как травматического события, находящегося за пределами обычных человеческих переживаний; повторное переживание ситуации аборта в воображении, связанное с неконтролируемыми негативными эмоциями, возвраты к прошлому в памяти, кошмарные сновидения, горе, особенно в годовщину аборта; неудачные попытки избежать или отрицать воспоминание об аборте и эмоциональную боль; возникновение психологических симптомов, связанных с абортом и не имевших место до него. Психологи часто отмечают после абортов такие симптомы, как чувство вины, депрессия, скорбь, чувство обиды, переходящее в агрессию, изменения личности, ощущение пустоты, утраты – это то, с чего начинается ПАС. Основная точка зрения психиатрического сообщества состоит в том, что негативные психические изменения после аборта встречаются крайне редко и связаны с уже имеющимися психическими заболеваниями, такими как депрессивные или тревожные расстройства или предрасположенность к ним. Определенную роль в развитии этих редких, по мнению авторов, изменений играют отсутствие поддержки со стороны родственников и отношение общества к аборту. Зачастую психические заболевания предшествуют аборту, кроме того, женщины часто находятся в сложном материальном положении, что может служить причиной различных психологических проблем до аборта. Следовательно, аборт

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

является скорее следствием, а не причиной психологических проблем [29–31].

Учитывая, что аборт – это стресс, то его, соответственно, можно рассматривать как состояние предболезни. Каждый стресс вначале вызывает возбуждение гипоталамических структур головного мозга, а затем фаза возбуждения сменяется фазой разрушения, то есть функциональные изменения, которые возникают на фоне стресса, заканчиваются тяжелой альтерацией структур гипоталамуса. Далеко не всегда имеет место обратное развитие, динамика данного процесса во многом зависит от наличия или отсутствия преморбидного фона [11, 31, 32].

В настоящее время, несмотря на заметные успехи контрацептивной революции и некоторое сокращение числа абортов, о чем свидетельствует официальная статистика, искусственное прерывание беременности продолжает оставаться одним из основных методов регулирования рождаемости в России [3, 33].

Одной из причин предвзятости абортов являются осложнения, возникающие при их проведении. Высокие риски ранних и поздних постабортных осложнений (в частности, вторичного бесплодия) нарушают дальнейшую репродуктивную жизнь женщины. Несмотря на наличие термина ВОЗ «безопасный аборт», российские акушеры-гинекологи справедливо считают, что безопасных абортов не бывает [3, 8]. С абортами связывают риск возникновения ранних осложнений и отдаленного влияния на репродуктивное здоровье. Первый аборт запускает гормональный дисбаланс в организме, второй-третий неизбежно приводят к устойчивым гормональным изменениям и серьезным сбоям в обмене веществ, что, в свою очередь, влечет самые пагубные последствия, включая как нарушение реципрокных связей в иерархии репродуктивной системы, так и симптомокомплекс метаболического синдрома. Сложность понимания ситуации для женщины заключается в том, что быстрое восстановление после аборта не снижает риски отдаленных последствий. Даже проведение аборта в условиях идеальной стерильности не дает абсолютной гарантии от инфекционно-воспалительных заболеваний. При угнетенном иммунитете, раннее перенесенных подобных заболеваниях вероятность осложнений возрастает. В ходе манипуляции идет механическое воздействие на шейку матки, что может привести к истмико-цервикальной недостаточности, эндометриозу, патологии шейки матки. Нельзя упускать из виду осложнения ятрогенного характера. Такое осложнение, как бесплодие, чаще всего происходит вследствие периодических прерываний беременностей. Нередки случаи, когда женщины, перенеся даже одну операцию по прерыванию беременности, становятся бесплодными. Выскабливание приводит к разрушению и замещению рубцовой тканью слизистой оболочки матки. Даже незначительные травматические повреждения могут способствовать изменению рецептивности эндометрия, что нарушает окно имплантации и связь эмбриона со стенкой матки. При неблагоприятных структурно-функциональных изменениях в полости матки высок риск внематочной беременности, требующей хирургического вмешательства [3, 9, 11, 32, 34, 35]. Вследствие многочисленных постабортных осложнений возрастает необходимость обращения для реализации детородной функции к вспомогательным репродуктивным технологиям. Следовательно, искусственное прерывание беременности является не только социальной, но и серьезной медицинской проблемой [36, 37].

Важно учитывать тот факт, что проведение аборта в специализированных медицинских учреждениях профессионально обученными специалистами не является гарантией сохранения репродуктивного потенциала, тем более это касается криминальных вмешательств. К сожалению, почти половина всех абортов, которые происходят в мире, проводятся в небезопасных условиях, в основном в странах, где аборт является незаконным или строго ограничен. Эти небезопасные аборты являются основной причиной материнской смертности и инвалидности. Ограничение доступа женщины к аборту не предотвращает его, а просто приводит к более небезопасным хирургическим вмешательствам [38]. Ежегодно в мире за медицинской помощью после криминального вмешательства обращается более 6 млн женщин, 70 тыс. женщин ежегодно погибают после криминальных абортов (данные Guttmacher Institute). Аборты остаются одной из ведущих причин материнских потерь и составляют по территориям России 11% всех смертей. При этом структура летальности при внебольничных абортах аналогична мировой: сепсис – 80%, кровотечение – 14%, перитонит – 6% [6, 17, 20].

Электронная версия

Системный подход к профилактике медицинских абортов

Проблема моральной оправданности абортов существовала на протяжении многих столетий. В разные времена и в разных странах вопрос легализации абортов и их моральной оправданности решался по-разному, исходя из религиозных представлений, мировоззренческих установок, демографической ситуации и даже социально-экономических предпосылок [39, 40].

В сложившихся условиях либерального отношения к абортам в мире со стороны правительств при отсутствии ограничивающих установок у большей части населения и по мере формирования в обществе потребительского отношения к жизни актуальность вопроса, ввиду множества проблемных последствий, возрастает. Так, согласно статистике, семьи с относительно благополучным материальным положением в 5 раз чаще обращаются в медицинские организации для проведения абортов [6, 26].

В современном мире, несмотря на часто либеральное отношение к абортам, во многих странах остро стоит вопрос религиозного влияния на общество. Церковь против абортов, и это факт. С давних времен данный социальный институт расценивает прерывание беременности как особо тяжкий грех. Запрет абортов в настоящее время в России невозможен, при этом Русская православная церковь считает целесообразным их вывод из системы ОМС, основным предназначением которой является обеспечение охраны здоровья граждан. Мусульманское сообщество в современном глобализирующемся мире также не может оставаться в стороне от такой широко обсуждаемой биоэтической проблемы, как аборты. Развитие медицинских технологий, осо-

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

бенно пренатальной диагностики, позволяющей диагностировать патологию развития плода, в значительной степени повлияло на повышение интереса к проблеме абортов. Универсальный характер науки и научной картины мира обусловливает вовлечение около 40% исламских стран в биоэтический дискурс, сформированный преимущественно под влиянием западной культуры. Сторонники смягчения законов о запрете абортов в мусульманских странах не отрываются от религиозных норм и часто ссылаются на Коран и Сунну в своих суждениях. Основной причиной либерализации законов об абортах мусульманские исследователи видят не права женщин (основной аргумент в борьбе за легализацию абортов в странах Европы, США, Великобритании), а сохранение физического и психического здоровья женщины и ее семьи, благополучия нации в целом [41–44].

В ежегодных посланиях Президента России Федеральному Собранию динамика рождаемости в нашей стране рассматривается как серьезная социально-демографическая проблема, скорейшее решение которой является неотложной задачей государства. Начиная с 2016 г. Россия вступила в демографическую яму. Это значит, что смертность превысила рождаемость. По прогнозам, в ближайшие годы ситуация будет усугубляться. Власти бьют тревогу и пытаются найти действенные меры повышения рождаемости, но пока ситуация неутешительная [27, 45].

Электронная версия

В связи с отрицательным влиянием искусственного аборта на репродуктивное здоровье женщины особую медико-социальную значимость в нашей стране приобретают вопросы его профилактики. В России аборты занимают существенное место в структуре реализации репродуктивной функции и репродуктивных потерь. Мероприятия, направленные на снижение абортов и их осложнений, регламентированы нормативно-правовыми актами и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ.

Основные современные стратегические направления по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и профилактики абортов являются продолжением начатой в 80-е годы государственной поддержки охраны материнства и детства [46, 47].

В целом чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, профилактике абортов, особенно с подростками и группами социального риска, осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии органов и учреждений здравоохранения с органами и учреждениями социальной защиты, образования, молодежными службами, общественными организациями [48, 49].

Специфика правовых основ брака и семьи, планирования семьи, охраны репродуктивных прав и здоровья определена Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан №5487-1 от 22.07.1993 и Семейным кодексом (1995). Основным нормативным документом, регламентирующим вопросы прерывания беременности, является Федеральный закон Российской Федерации № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Основные положения данного документа в части прерывания беременности устанавливают, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве, а искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится в сроки до двенадцати недель беременности при наличии информированного добровольного согласия. Для принятия взвешенного решения по репродуктивному выбору введено положение о «времени тишины»: прерывание беременности проводится не ранее 48 ч с момента обращения женщины в медицинскую организацию при сроке беременности 4–7 нед и 11–12 нед, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности, и не ранее 7 дней – при сроке 8–10 нед беременности [3, 27]. В последнее время было внесено много предложений, касающихся ужесточения законодательства об абортах, таких как: письменное согласие мужа для замужних женщин, визуализация плода и его сердцебиения при УЗИ, право врача отказаться от проведения аборта, запрет розничной продажи лекарственных средств для искусственного прерывания беременности; часть из этих предложений уже реализована. Однако главные предложения – запрет абортов и выведение абортов из системы ОМС – еще не приняты, поскольку не получили поддержки в правительстве [24, 27]. Как показывает зарубежный опыт, отсутствие медицинской страховки, покрывающей расходы на медицинский аборт, также может быть серьезным препятствием к выполнению данной операции и тем самым опосредованно влияет на повышение рождаемости. При этом наличие страховки, по данным Roberts, способствует увеличению доли абортов на 14% [26].

Одним из основных направлений нормализации демографической ситуации в стране является улучшение репродуктивного здоровья и сохранение детородной функции женщины. Решение этой задачи в первую очередь связано с уменьшением числа абортов. Поэтому основной задачей государства является создание благоприятных для рождения желанных и здоровых детей социально-экономических условий, которые включают в себя: систему мер и законодательных актов по поддержке молодой семьи, особенно при рождении ребенка; охрану здоровья беременной, как в медицинском, так и в социальном плане; создание условий для безопасного материнства; создание условий, позволяющих гражданам реализовывать свои репродуктивные права: организацию медицинских служб, таких как центры планирования семьи и репродукции, молодежные центры, генетические консультации, клиники лечения бесплодия; обеспечение населения доступной и достоверной информацией в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также доступ к современным средствам контрацепции [5, 33, 49].

В соответствии со ст. 23 Федерального закона РФ № 323 государство обеспечивает беременным право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

В международных декларациях ООН по положению женщины и народонаселения отмечено, что «право женщины на аборт – это свобода выбора». Исторические факты нашей и других стран показывают, что невозможно лишить женщину данного выбора. Запретные меры не ликвидируют аборты вообще, а переводят их в категорию криминальных [17, 38, 50, 51].

В ситуации незапланированной беременности женщина должна получить комплексную поддержку и полную информацию, а не просто медицинскую услугу по прерыванию беременности. Важным элементом предупреждения абортов, согласно стратегии многих стран по улучшению демографической ситуации, является эффективное доабортное консультирование, которое необходимо проводить как с женщиной, так и с партнером, так как репродуктивное поведение касается вопросов, оказывающих определяющее влияние на взаимоотношения членов семьи и понимание ими своей роли в семье [2, 3, 7, 19]. Незапланированная беременность, особенно если в жизни не все благополучно, часто становится стрессом, женщина в панике решает, что единственный выход – это аборт. Но после беседы с психологом каждой пятой женщине удается увидеть ситуацию под другим углом и найти ресурсы для сохранения ребенка. Привлекать отца ребенка к решению вопроса о репродуктивном выборе – один из самых эффективных механизмов сохранения беременности. Он тоже должен беседовать с психологом и проходить доабортное консультирование, а сейчас всю ответственность женщина чаще берет на себя. Поддержка семьи, близких – главный ресурс для сохранения беременности, и это вопрос ко всему обществу, а не только к будущей матери и ее врачу [29, 30, 43, 52].

В связи с этим политика государства относительно частных медицинских организаций идет в верном направлении, так как зачастую при обращении женщины за доабортным консультированием в частные медицинские организации она лишена возможности консультирования психологом ввиду отсутствия специалиста, при этом только 37% государственных медицинских учреждений имеют штатного психолога. Также нельзя не сказать о том, что проведение большого количества абортов частными медицинскими организациями является для них материально выгодным. В таких условиях забота о демографической ситуации в стране, о репродуктивном здоровье семьи отходит на второй план. При реализации программы уменьшения числа абортов путем их передачи в государственный сектор из частного улучшится статистический контроль за количеством проведенных абортов, это позволит ретроспективно оценить результативность данной программы, так как на сегодняшний день 80% частных медицинских организаций не предоставляют достоверную статистику по абортам [23, 49].

Последние десятилетия отмечены в России введением нескольких поправок в законодательство, направленных на ограничение права женщины на репродуктивный выбор, то есть на свободное принятие решения относительно того, сколько иметь детей и когда. Так, дважды сокращался перечень показаний для аборта по социальным показаниям (в 2003 и 2012 г.), теперь в перечне остался всего один пункт – беременность, наступившая в результате изнасилования. В 1990-е гг. таких показаний было 13. В 2007 г. был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности [7, 10].

Нельзя не учитывать и экономические потери, связанные с абортом и гинекологической заболеваемостью (с учетом только ранних осложнений аборта), которые составляют в целом по России, по расчетным данным, более 2 млрд руб. в год [5, 45].

Важным результатом реализации федеральных и региональных целевых программ, совместной целенаправленной деятельности учреждений здравоохранения всех уровней явилось снижение числа абортов, материнской заболеваемости и смертности после абортов в стране. Согласно официальным данным статистики, результатом эффективных мер по профилактике абортов является сохранение темпов снижения их распространенности более чем на 30% за последние 5 лет в Москве, Санкт-Петербурге, Самарской, Саратовской областях [11, 27].

Современная стратегия государства, основной целью которой является улучшение демографической ситуации путем снижения количества проводимых абортов, должна быть направлена прежде всего на проведение просветительской работы по продвижению ценностных ориентиров на сохранение репродуктивного здоровья, исключающих возможность абортов, необходимость оказания помощи кризисным беременным, в том числе дистанционная помощь, обязательным является привлечение волонтеров, психологов и социальных работников для помощи беременным в ситуации репродуктивного выбора, необходимо проводить мониторинг для оценки текущей ситуации по вопросам незапланированной беременности и количеству абортов. Также должна проводиться работа непосредственно с медицинскими работниками, обязательно включающая подготовку психологов для женских консультаций. Для повышения эффективности государственных программ по снижению частоты абортов также важно: создание комплексных программ охраны репродуктивного здоровья федерального, окружного, территориального и муниципального уровня, включающих повышение контроля за исполнением действующего законодательства, используя ресурсы женских неправительственных организаций, научной общественности и профессионального сообщества работников сферы здравоохранения; разработка мер по внедрению системы контроля за качеством оказываемых услуг в сфере репродуктивного здравоохранения, покрываемых обязательным медицинским страхованием; обеспечение и соблюдение права на материнство для всех женщин, независимо от наличия хронических заболеваний (ВИЧ, гепатиты, наркозависимость); исключение любого принуждения к абортам и сообщения ложной информации о беременности на основании диагнозов «ВИЧ» и «наркозависимость»: решение о прерывании беременности должно приниматься каждой женщиной самостоятельно; обеспечение каждой женщине, независимо от ее семейного положения и социального статуса, эффективного доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям в случае бесплодия; расширение информативности в области сексуального и репродуктивного здоровья, контра-

Электронная версия

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

цепции и профилактики ИППП, особенно среди подростков [23, 45, 53].

Необходимо четко представлять, что планирование семьи включает не только меры контроля рождаемости, но и мероприятия социальной и демографической политики, направленные на изменение негативных репродуктивных установок или условий их реализации.

Заключение

Основная задача современной медицины по профилактике абортов, уменьшению числа криминальных вмешательств с целью прерывания беременности, материнской заболеваемости и смертности заключается в сохранении здоровья женщин и обеспечении безопасного материнства. Ключевым моментом политики государства в отношении абортов является продвижение ценностных ориентиров на сохранение репродуктивного здоровья. Большое количество ранних и поздних постабортных осложнений, психосоматических нарушений вызывает оправданную дискуссию о существовании такого понятия, как «безопасный аборт». Наличие в анамнезе даже одного аборта несомненно негативно сказывается на репродуктивном потенциале женщины, может свести к минимуму возможность его реализации.

Аборты одинаково часто производятся в странах с самым жестким законодательством и в странах с самыми либеральными законами. Во многих странах остро стоит вопрос религиозного влияния на общество по вопросу права женщины на прерывание беременности. Несмотря на успехи контрацептивной революции и интенсивные темпы снижения количества абортов в России за последние десятилетия, искусственное прерывание беременности остается основным методом регулирования рождаемости. Современная стратегия государства в области охраны материнства и детства направлена прежде всего на улучшение демографической ситуации путем создания социальных, экономических, медицинских, мировоззренческих, нормативно-правовых условий для оптимального репродуктивного выбора, обеспечивающего значительное снижение числа абортов, ассоциированных с ними заболеваемости и смертности. Необходимость подготовки высококвалифицированных медицинских и социальных работников, юристов и психологов сохраняет свою актуальность для современного здравоохранения, так как проблема репродуктивного выбора является междисциплинарной и межведомственной. Чрезвычайно важной является задача по уравниванию возможностей частных и государственных медицинских учреждений по оказанию комплексной помощи кризисным женщинам в предабортном периоде с мотивацией на пролонгирование беременности. Медицинское сообщество должно понимать значение популяризации сохранения здоровой беременности и донесения данной информации семье, которая обратилась за предабортным консультированием.

Предлагаем продолжить дискуссию на страницах журналов профиля «акушерство и гинекология» по наиболее острым вопросам данной проблемы, эффективности методологических и методических подходов к профилактике медицинских абортов и созданию оптимальных условий для репродуктивного выбора.

Информация о финансировании
Финансирование данной работы не проводилось.
Financial support
No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests
The authors declare that there is no conflict of interest.

Литература/References

1. Berglas NF, Kimport K, Williams V, Mark K, Roberts SCM. The health and social servise needs of pregnant women who consider but do not have abortions. Womens Health Issues. 2019;29(5):364-9. DOI: 10.1016/j.whi.2019.07.002
2. Evans DP, Narasimhan S. A narrative analysis of anti-abortion testimonyand legislative debate related to Georgias fetal “heartbeat” abortion ban. Sex Reprod Health Matters. 2020;28(1):1686201. DOI: 10.1080/26410397.2019. 1686201
3. Айламазян ЭК, Серов ВН, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. / Ailamazyan EK, Serov VN, Radzinskii VE, Savel'eva GM. Natsional'noe rukovodstvo. Moscow: “GEOTAR-Media” Publ., 2015. (In Russian).
4. Авакьян СА. Конституционное право России. Т. 2. М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2019;857-64. / Avak'yan SA. Konstitutsionnoe pravo Rossii. Vol. 2. Moscow: Norma: NITs INFRA-M, 2015;857-64. (In Russian).
5. Макаренцева А. Демография: число рождений начало падать. Экономическое развитие России. 2017;24(8):53-7. / Makarentseva A. Demographics: The Number of Births is Declining. Russian Economic Developments. 2017;24(8):53-7. (In Russian).
6. Purcell C, Maxwell K, Bloomer F, Rowlands S, Hoggart L. Towardnormalising abortion: findings from a qualitativ secondary analysis study. Cult Health Sex. 2020;Jan 14:1-16. DOI: 10.1080/13691058.2019.1679395
7. Радзинский ВЕ, Костин ИН, Архипова МП. Статистическое зеркало нации. Репродуктивное здоровье и демографические показатели РФ в 2012 году. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2013;17(6): 7-17. / Radzinskii VE, Kostin IN, Arkhipova MP. Statisticheskoe zerkalo natsii. Reproduktivnoe zdorov'e i demograficheskie pokazateli RF v 2012 godu. StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyi brak. 2013;17(6):7-17. (In Russian).
8. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Методическое письмо «О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году». 2013. / Ministerstvo Zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. Metodicheskoe pis'mo “O materinskoi smertnosti v Rossiiskoi Federatsii v 2012 godu”. 2013. (In Russian).
9. Pattinson R, Say L, Souza JP, van den Broek N, Rooney C, WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications.WHO maternal death and near-miss classifications. Bull World Health Organ. 2009 Oct;87(10):734. DOI: 10.2471/blt.09.071001
10. Агеева ЛИ, Александрова ГА, Зайченко НМ, Кириллова ГН, Леонов СА, Мухина СА и др. Здравоохранение в России. 2015: стат. сб. М.: Росстат, 2015;160-74. / Ageeva LI, Aleksandrova GA, Zaichenko NM, Kirillova GN, Leonov SA, Mukhina SA, et al. Zdravookhranenie v Rossii. 2015: stat. sb. Moscow: Rosstat, 2015;160-74. (In Russian).
11. Давыдов АИ, Горячкина ВЛ, Кузнецова ИВ, Мухамедова СГ. Молекулярно-биологические основы децидуализации эндометрия с позиций профилактики и лечения потери беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018;17(3):53-8. / Davydov AI, Goryachkina VL, Kuznetsova IV, Mukhamedova SG. The molecular-biological basis of decidualization of the

Электронная версия

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

endometrium from the positions of prevention and treatment of pregnancy loss. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018;17(3):53-8. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-3-53-58 (In Russian).

12. Тезиков ЮВ, Липатов ИС, Фролова НА, Кутузова ОА, Приходько АВ, Рябова СА. Информативность предикторов больших акушерских синдромов у беременных с эмбриоплацентарной дисфункцией. Аспирантский вестник Поволжья. 2015;5-6:48-55. / Tezikov YuV, Lipatov IS, Frolova NA, Kutuzova OA, Prikhodko AV, Ryabova SA. Informative predictors of major obstetrical syndromes in pregnant women with embryplacental dysfunction. Postgraduate Bulletin of the Volga Region. 2015;5-6:48-55. (In Russian).
13. Вишневский АГ, Сакевич ВИ, Денисов БП. Запрет аборта: освежите вашу память. Демоскоп Weekly. 2016;707-8. / Vishnevskii AG, Sakevich VI, Denisov BP. Zapret aborta: osvezhite vashu pamyat'. Demoskop Weekly. 2016;707-8. (In Russian).
14. Alka BP, Pranil D, Amruta A. Medical Ethics in Abortion. Indian J of Clinical Practice. 2014;25(6):544-56.
15. Лебина Н. Советская повседневность: нормы и аномалии. От военного коммунизма к большому стилю. М.: Новое литературное обозрение, 2015;167-256. / Lebina N. Ot voennogo kommunizma k bol'shomu stilyu. Moscow: "Novoe literaturnoe obozrenie" Publ., 2015;167-256. (In Russian).
16. Elisabeth AS, Iqbal SH. Unsafe Abortion: Worldwide Estimatesfor for 2000. Reproductive Health Matters. 2017;3-17.
17. ВОЗ. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Женева: ВОЗ, 2012. / VOZ. Rekomendatsii dlya sistem zdravookhraneniya po voprosam politiki i praktiki. Geneva: VOZ, 2012. (In Russian).
18. Ban K. The global strategy for women's and children's health. USA: United Nations, 2014;20:43-9.
19. Cameron S. Resent advances in improving the effectiveness and redusing the complications of abortion. F1000Res. 2018;7:F1000. DOI: 10.12688/f1000research.15441.1
20. Fatima J, Akinrinola B, Palma JL. Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. PLoSe One. 2019;14(12):e0226522. DOI: 10.1371/journal.pone.0226522
21. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2015;357(7):648-53. DOI: 10.1056/NEJMoa070445
22. Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012;379(9816):625-32. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8
23. Радзинский ВЕ, Костин ТА, Добрецова ТА. Материнская смертность в мире снизилась на 45%. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2014;1(18):11-9. / Radzinskii VE, Kostin TA, Dobretsova TA. Materinskaya smertnost' v mire snizilas' na 45%. Po materialam informatsionnogo byulletenya VOZ o materinskoi smertnosti. StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyi brak. 2014;1(18):11-9. (In Russian).
24. Сакевич ВИ, Денисов БР, Ривкин-Фиш МП. Непоследовательная политика в области контроля рождаемости и динамика уровня абортов в России. Журнал исследований социальной политики. 2016;14(4):461-78. / Sakevich V, Denisov B, Rivkin-Fish M. Incoherence in Birth Control Policy and the Dynamics of Abortion in Russia. The Journal of Social Policy Studies. 2016;14(4):461-78. (In Russian).
25. Roberts SCM, Berglas NF, Kimport K. Complex situations: Economic insecurity, mental health, and substans use among pregnant women who consider – but do not have-abortions. PLoS One. 2020;15(1):e0226004. DOI: 10.1371/journal.pone.0226004
26. Roberts SCM, Johns NE, Williams V, Wingo E, Upadhyay UD. Estimating the proportion of medacaid-eligible pregnant women in Louisiana who do not get abortions when medicaid does not cover abortion. BMC Womens Helth. 2019;19(1):78. DOI: 10.1186/s12905-019-0775-5
27. Здравоохранение в России. 2019: стат. сб. М., 2019;56-8. / Zdravookhranenie v Rossii. 2019: stat. sb. Moscow, 2019;56-8. (In Russian).
28. Klemetti RT, Gissler MJ, Niinimäki MN. Birth outcomes after induced abortion: A nationwide register-based study of fires births in Finland. Hum Reprod. 2012;27(11):3315-20. DOI: 10.1093/humrep/des294
29. Онищук ЕЮ. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины. Перинатальная психология и психология родительства. 2006;3:43-50. / Onishchuk EYu. Vliyanie preryvaniya beremennosti na psikhologicheskoe sostoyanie zhenshchiny. Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya roditel'stva. 2006;3:43-50. (In Russian).
30. Адкинс Ш. Постабортный синдром и его терапия. Программа организации Heartbeat International по терапии постабортного синдрома. 2000;35-43. / Adkins Sh. Postabortnyi sindrom i ego terapiya. Programma organizatsii Heartbeat International po terapii postabortnogo sindroma. 2000;35-43. (In Russian).
31. Fine-Davis M. Psychological effects of abortion on women: A review of the literature. Crisis Pregnansy Agent. 2013;20:39-53.
32. Чупрынин ВД, Поликарпов АВ, Гата АС, Голубев НА, Буралкина НА, Токова ЗЗ. Хирургическая помощь женщинам с абортивным исходом беременности. Проблемы репродукции. 2017;23(4):121-6. / Chuprynin VD, Polikarpov AV, Gata AS, Golubev NA, Buralkina NA, Tokova ZZ. Surgical care for women with abortive outcome of pregnancy. Problemy reproduktsii. 2017;23(4):121-6. DOI: 10.17116/repro2017234121-126 (In Russian).
33. Мишарина ЕВ, Хачатурян АР, Ярмолинская МИ, Абашова ЕИ. Эффективность и безопасность комбинированного контрацептива с хлормадинона ацетатом у женщин среднего репродуктивного возраста. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018;17(1):33-40. / Misharina EV, Khachaturyan AR, Yarmolinskaya MI, Abashova EI. Efficacy and safety of a combined contraceptive with chrolmadinone acetate in women of middle reproductive age. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018;17(1):33-40. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-33-40 (In Russian).
34. Давыдов АИ, Рубина ЕВ, Шахламова МН. Эктопическая беременность после экстракорпорального оплодотворения: факторы риска и патофизиологические механизмы. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(2):50-8. / Davydov AI, Rubina EV, Shakhlamova MN. Ectopic pregnancy after in vitro fertilization: risk factors and pathophysiological mechanisms. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2017;16(2):50-8. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-2-50-58 (In Russian).
35. Давыдов АИ, Рубина ЕВ, Пашков ВМ, Шахламова МН. Редкие формы внематочной беременности: методология и отдаленные результаты лечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;18(2):69-75. / Davydov AI, Rubina EV, Pashkov VM, Shakhlamova MN. Rare types of ectopic pregnancy: methodology and long-term outcomes of treatment. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2019;18(2):69-75. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-2-69-75 (In Russian).
36. Shah PS, Zao J. Induced termination of pregnancy and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. BJOG. 2009;116:1425-42. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x
37. Giubilini A, Minerva F. After-birth abortion: Why should the baby live? J Med Ethics. 2012;3(46):157-261.
38. Seewald M, Martin LA, Echeverri L, Njunguru J, Hassinger JA, Harris LH. Stigma and abortion complications: stories from three continents. Sex Reprod Health Matters. 2019;27(3):1688917. DOI: 10.1080/26410397.2019.1688917
39. Berens P, Labbok M. ABM Clinical protocol №13: contraception during breastfeeding, revised 2015. Breastfeed Med. 2015;10(1):3-12. DOI: 10.1089/bfm.2015.9999

Электронная версия

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

40. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medically-induced abortion and risk of reproductive failuresin subsequent pregnancy. Ugeskr Laeger. 2007;169(50):4363-65. (In Danish).
41. Maracek J, Macleod C, Hoggart L. Abortion in legal, social, and healthcare contexts. SAGE journals. 2017;27(1):4-14. DOI: 10.1177/0959353516689521
42. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. 2013. / Osnovy sotsial'noi kontseptsii Russkoi Pravoslavnoi Tserkvi. 2013. (In Russian).
43. Саввина ОВ. Причины легализации абортов в XX веке и современные дебаты о моральной допустимости абортов. Психолог. 2014;3:221-43. / Savvina OV. Prichiny legalizatsii abortov v XX veke i sovremennye debaty o moral'noi dopustimosti abortov. Psikholog. 2014;3:221-43. DOI: 10.7256/2306-0425. 2014.3.12657 (In Russian).
44. Деревцова ЛИ. Классификация прав и свобод человека и гражданина, основные институты их защиты в современной России. Молодой ученый. 2016;14(118):446-9. / Derevtsova LI. Klassifikatsiya prav i svobod cheloveka i grazhdanina, osnovnye instituty ikh zashchity v sovremennoi Rossii. Molodoi uchenyi. 2016;14(118):446-9. (In Russian).
45. Сакевич ВИ. Как государству бороться с абортами? Демоскоп Weekly. 2015;631-2. / Sakevich VI. Kak gosudarstvu borot'sya s abortami? Demoskop Weekly. 2015;631-2. (In Russian).
46. Sakevich VI, Denisov BP. Birth control in Russia: overcoming the state system resistance. National research university higher school ofeconomics, Basic research program. Working papers. Series: Sociology. 2014;37-59.
47. Радзинский ВЕ. Российский путь от аборта к контрацепции. Выбор российских женщин: как мы можем на него повлиять? Лечение и профилактика. 2011;2:6-12. / Radzinskii VE. Rossiiskii put' ot aborta k kontratseptsii. Vybor rossiiskikh zhenshchin: kak my mozhem na nego povliyat'? Treatment and Prevention. 2011;2:6-12. (In Russian).
48. Сакевич ВИ. От аборта к контрацепции. Демоскоп Weekly. 2016;687-8. / Sakevich VI. Ot aborta k kontratseptsii. Demoskop Weekly. 2016;687-8. (In Russian).
49. Денисов БП, Сакевич ВИ. Очерк истории контроля рождаемости в России: блуждающая демографическая политика. Развитие населения и демографическая политика. Серия: Демографические исследования. Т. 23. М.: МАКС Пресс, 2014;186-208. / Denisov BP, Sakevich VI. Ocherk istorii kontrolya rozhdaemosti v Rossii: bluzhdayushchaya demograficheskaya politika. Razvitie naseleniya i demograficheskaya politika. Seriya: Demograficheskie issledovaniya. Vol. 23. Moscow: "MAKS Press" Publ., 2014;186-208. (In Russian).
50. Dayananda I, Winikoff B, Hassoun D. «Safeabortion». Lancet. 2011;30:92-5.
51. Тезиков ЮВ, Липатов ИС. Результаты применения карбогенотерапии для профилактики плацентарной недостаточности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(5):71-7. / Tezikov IuV, Lipatov IS. Results of using carbogen therapy to prevent placental insufficiency. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist (Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa). 2011;11(5):71-7. (In Russian).
52. Noffke A. Abortion Culture: Soviet Trends in Family Planning. Newcomb College Institute Research on Women, Gender, & Feminism. 2014;1(1):24-34.
53. Стрижаков АН, Липатов ИС, Тезиков ЮВ. Комплексная оценка степени тяжести хронической плацентарной недостаточности. Акушерство и гинекология. 2012;3:20-5. / Strizhakov AN, Lipatov IS, Tezikov YuV. Integrated assessment of the severity of chronic placental insufficiency. Obstetrics and Gynecology. 2012;3:20-5. (In Russian).

Информация о соавторах:

Ратманов Михаил Александрович, кандидат медицинских наук, министр здравоохранения Самарской области
Адрес: 443020, Самара, ул. Ленинская, 73
Телефон: (846) 332-9309
E-mail: zdravso@samregion.ru

Бенян Армен Сисакович, доктор медицинских наук, главный врач Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина
Адрес: 443095, Самара, ул. Ташкентская, 159
Телефон: (846) 956-1305
E-mail: 06002@mail.miac.samregion.ru

Липатов Игорь Станиславович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Самарского государственного медицинского университета
Адрес: 443067, Самара, ул. Дыбенко, 165
Телефон: (846) 262-3075
E-mail: i.lipatoff2012@yandex.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7277-7431

Тезикова Татьяна Аркадьевна, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина
Адрес: 443095, Самара, ул. Ташкентская, 159
Телефон (846) 956-1305
E-mail: 06002@mail.miac.samregion.ru

Курбанова Аминат Мурадовна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 Самарского государственного медицинского университета
Адрес: 443067, Самара, ул. Дыбенко, 165
Телефон (846) 262-3075
E-mail: og1samsmu@mail.ru

Мартынова Надежда Владимировна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 Самарского государственного медицинского университета
Адрес: 443067, Самара, ул. Дыбенко, 165
Телефон: (846) 262-3075
E-mail: og1samsmu@mail.ru

Information about co-authors:

Mikhail A. Ratmanov, MD, PhD, Minister of Health of the Samara Region
Address: 73 Leninskaya str., Samara, 443020, Russian Federation
Phone: (846) 332-9309
E-mail: zdravso@samregion.ru

Armen S. Benyan, MD, PhD, DSc, chief physician of the V.D.Seredavin Samara Regional Clinical Hospital
Address: 159 Tashkentskaya str., Samara, 443095, Russian Federation
Phone: (846) 956-1305
E-mail: 06002@mail.miac.samregion.ru

Igor S. Lipatov, MD, PhD, DSc, professor at the department of obstetrics and gynaecology No 1, Samara State Medical University
Address: 165 Dybenko str., Samara, 443067, Russian Federation
Phone: (846) 262-3075
E-mail: i.lipatoff2012@yandex.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7277-7431

Tatiana A. Tezikova, deputy chief physician for obstetrics and gynaecology of the V.D.Seredavin Samara Regional Clinical Hospital
Address: 159 Tashkentskaya str., Samara, 443095, Russian Federation
Phone: (846) 956-1305
E-mail: 06002@mail.miac.samregion.ru

Aminat M. Kurbanova, assistant at the department of obstetrics and gynaecology No 1, Samara State Medical University
Address: 165 Dybenko str., Samara, 443067, Russian Federation
Phone: (846) 262-3075
E-mail: og1samsmu@mail.ru

Nadezhda V.Martynova, assistant at the department of obstetrics and gynaecology No 1, Samara State Medical University
Address: 165 Dybenko str., Samara, 443067, Russian Federation
Phone: (846) 262-3075
E-mail: og1samsmu@mail.ru

Электронная версия

© Издательство «Династия», 2020
Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru