

ГИНЕКОЛОГИЯ

Под редакцией профессора В.Е. Радзинского

УЧЕБНИК ДЛЯ АКУШЕРСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника
для студентов образовательных учреждений среднего профессионального
образования, обучающихся по направлению подготовки «Акушерское дело»
по междисциплинарному курсу «Гинекология»

Регистрационный номер рецензии 322 от 17 июня 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И РЕГУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

4.1. РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Репродуктивный выбор — моральная автономия, право человека планировать семью, деторождение и сексуальную жизнь.

Репродуктивный выбор предполагает предпочтение материнства как наиболее рационального заложенного природой репродуктивного поведения женщины. В то же время он позволяет человеку предпочесть предупреждение нежелательной беременности. Это в полной мере отражает социально-экономическое положение женщины в современном обществе. Прерывание нежелательной беременности в идеале должно быть исключительно редким явлением, лишь в случае контрацептивных неудач.

Согласно ежегодному Докладу Фонда ООН в области народонаселения, в 2011 г. в России продолжался демографический кризис, он был преодолен в 2013–2014 гг. «Русский крест» начался с 1991 г. (рис. 4.1), т.е. превышение числа умерших людей над числом рожденных, хотя прирост населения не достиг докризисных цифр и выход из него наметился в 2013 г.

Меры по стимулированию рождаемости, предпринимаемые на государственном уровне, способствуют некоторому увеличению рождаемости, а сохранение человеческого потенциала достигается имеющейся тенденцией снижения смертности. Более существенна исторически сложившаяся практика практического отсутствия планирования семьи, что резко снижает репродуктивный потенциал страны. В 2012 г. из общего количества наступивших беременностей 56% было прервано (официальная статистика — 989 375 аборт, включая самопроизвольные, по медицинским показаниям, криминальные и внебольничные).

Прерывание беременности (аборт) является для России серьезной медико-социальной проблемой. Среди всех аборт необходимо различать две группы, противоположные по

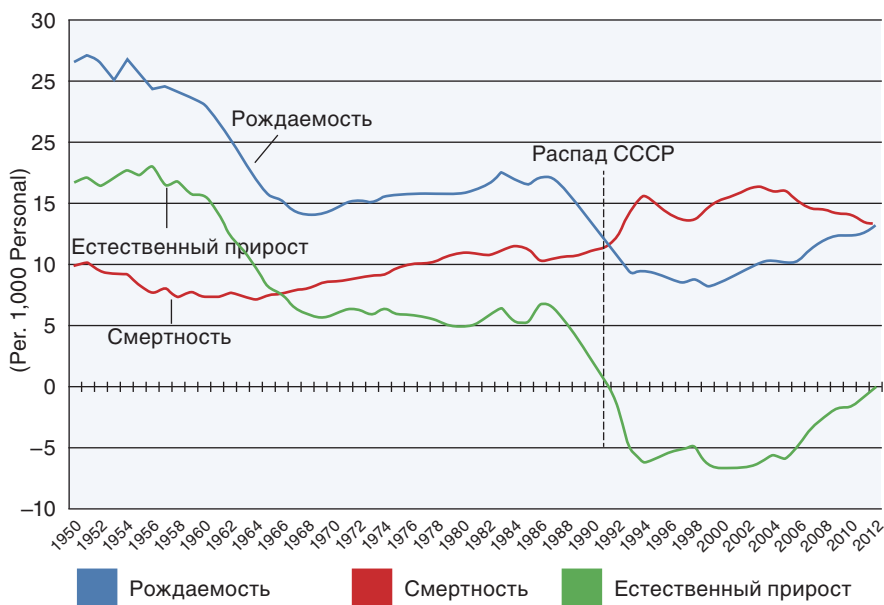


Рис. 4.1. Естественный рост населения России с 1950 по 2012 г. Линии на рисунке: синяя — рождаемость, красная — смертность, зеленая — естественный прирост

своей сути. Это, во-первых, искусственные аборт, производимые по желанию женщины и характеризующие **репродуктивное поведение** женского населения: медицинские легальные, криминальные, а также регистрируемые как «неуточненные» (или внебольничные), среди которых преобладают аборты по желанию женщины. Вторая группа абортов — самопроизвольные и вынужденные (по медицинским и социальным показаниям) — являются показателем состоятельности репродуктивной функции женщин. Число самопроизвольных абортов характеризует способность женщин к вынашиванию беременности, а абортов по медицинским показаниям — уровень тяжелой заболеваемости беременных, представляющей угрозу для жизни и здоровья женщины и плода. Доля абортов по социальным показаниям в настоящее время чрезвычайно мала, поскольку они выполняются только по одному показанию (изнасилование). Таким образом, сумма спонтанных и «вынужденных» прерываний беременности отражает количественно степень невозможности реализации репродуктивной функции женщин (по комплексу причин) и характеризует **уровень пренатальных репродуктивных потерь** (до 22 нед), которые составляют 25% в структуре прерываний беременности.

За последние годы достигнуты по-настоящему значительные результаты: в 2009 г. показатель абортов на 1 000 женщин фертильного возраста составил 32,0, а в 2012 г. — 25,6, что соответствует общеевропейскому показателю 2008 года (без самопроизвольных).

С репродуктивным выбором тесно связаны такие понятия, как репродуктивное право, репродуктивное здоровье и регулирование рождаемости.

Репродуктивное право — совокупность принципов и гарантий, обеспечивающих репродуктивное здоровье человека. Оно закреплено в Конституции

Российской Федерации (ст. 38 и 41) и Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 55–57).

Согласно определению ВОЗ, репродуктивные права — «право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, недорогим и доступным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка».

Репродуктивные права включают следующие положения: право на контроль над рождаемостью, право на доступ к качественной медицине в репродуктивной сфере, право на законный и безопасный аборт, а также право на образование и доступ к информации, позволяющей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор.

Регулирование рождаемости (или внутрисемейное регулирование рождаемости) — любое намеренное действие, позволяющее влиять на наступление беременности. В таком (широком) понимании это и более ранние или более поздние браки, лечение бесплодия, применение контрацептивных средств, воздержание от половых контактов, а также прерывание беременности. Чаще этот термин используют для обозначения **контрацепции**, т.е. любых действий и методов, **предотвращающих зачатие** при половом сношении.

Практически все население России прибегает к различным методам регулирования числа рожденных детей и сроков их появления на свет. При этом, несмотря на некоторые позитивные сдвиги, сохраняется неблагоприятное соотношение между практикой планирования семьи — *контрацепцией* и практикой прерывания нежеланной беременности (аборт).

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

По определению экспертов ВОЗ, термином «планирование семьи» называются те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов:

- произвести на свет желаемое количество здоровых детей;
- избежать нежелательной беременности;
- регулировать интервал между беременностями;
- контролировать выбор времени деторождения.

Регулирование рождаемости следует отличать от **контроля над рождаемостью** (ограничение рождаемости) — политики, направленной на **снижение** рождаемости, в основном в густонаселенных странах, таких как Китай (до 2015 — «одна семья — один ребенок», с 2016 — двое детей), Индия, Мексика. Эта политика на государственном уровне применяется с целью борьбы с перенаселением (для снижения в будущем безработицы и дефицита ресурсов). Если политика регулирования рождаемости приемлема для многих стран, то контроль над рождаемостью подвергается критике большинством народов мира как насилие над личностью и абсолютно всеми религиями.

Практика регулирования рождаемости предусматривает:

- санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи;
- обеспечение противозачаточными средствами;
- просвещение по вопросам семьи и брака;
- организацию соответствующих служб и мероприятий, таких как генетические консультации, скрининговые программы (исследования с целью пренатального выявления аномалий и болезней плода).

В соответствии с медико-биологической точкой зрения на планирование семьи последнее способствует снижению материнской и младенческой смертности, укреплению здоровья матери и ребенка, снижению последствий внебрачных беременностей, аборт и последующего бесплодия.

Вопреки мнению непрофессионалов, контрацепция не только НЕ снижает рождаемость, но и повышает ее. В Азнакаевском районе Татарстана, где на средства районной администрации закупаются и раздаются женщинам контрацептивы, число аборт с 2007 по 2011 г. уменьшилось в 4,4 раза, а рождаемость повысилась в 1,1 раза (Галимова И.Р., 2012).

В целом ВОЗ приводит конкретные цифры: в многодетных регионах мира только два последствия планирования семьи — увеличение **интергенетического интервала** до 2 лет и **прекращение родов** после 40 (45) лет — снижает **материнскую смертность** в 2 раза, а младенческую — в 4 раза.

Поэтому очевидно, что эти две цели должны быть положены в основу оздоровления и увеличения здорового поколения в регионах с традиционным многорождением (5 и более детей в семье).

Что касается регионов с традиционной малодетностью, **снижение числа аборт** — основной путь повышения репродуктивного здоровья женщин, уменьшения числа бесплодных браков.

Подсчитано, что доля женщин, не планирующих беременеть в ближайшее время, но **не пользующихся противозачаточными средствами**, составляет около 30–40%.

На самом деле более половины женщин не пользуются эффективными средствами контрацепции. Это не позволяет оказать существенного влияния на количество нежелательных беременностей (для этого контрацепцией должны пользоваться 70–75%). Количество непланируемых беременностей продолжает оставаться высоким. Из общего их количества примерно 25% являются хоть и незапланированными, но желанными и заканчиваются рожденьями, остальные (нежелательные) — прерываются искусственными методами (артифициальные аборт). Среди аборт при нежелательной беременности выделяют, кроме **легальных, криминальные и внебольничные**, представляющие серьезную проблему здравоохранения вследствие возникновения тяжелых осложнений и даже угрозы жизни женщины. Аборт (аборт) перед желанной беременностью и родами — основная проблема бесплодия в Российской Федерации.

Во всем мире принято рассматривать аборт с точки зрения их безопасности — по уровню материнской смертности. Там, где аборт выполняются в безопасных условиях, уровень материнской смертности минимальный и составляет менее 1 случая на 100 000 вмешательств. К безопасным условиям, согласно определению ВОЗ, относятся наличие квалифицированных кадров и медицин-

ских учреждений, использование адекватного медицинского оборудования и современных методик прерывания беременности, соблюдение санитарно-гигиенических стандартов. Напротив, к небезопасным абортам относятся аборты, выполненные лицами, у которых отсутствуют необходимые навыки, или в обстановке, в которой отсутствуют минимальные медицинские стандарты, или когда отсутствует и то, и другое. В период с 1995 по 2008 г. уровень небезопасных абортов во всем мире остается практически неизменным — 14 абортов на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет. За тот же период доля всех абортов, которые были небезопасными, увеличилась с 44 до 49%. По оценкам, ежегодное число смертей от небезопасных абортов сократилось с 56 000 в 2003 г. до 47 000 в 2013 г. (по данным ООН). На осложнения после небезопасных абортов приходится около 13% всех материнских смертей во всем мире, и эта цифра не меняется на протяжении 20 лет.

В структуре общей материнской смертности в России смертность в результате осложнений, связанных с абортом, в 2009 г. составила 20,3% и обусловлена в основном прерыванием беременности в поздние сроки (по медицинским показаниям, при внебольничных и самопроизвольных абортах). Удельный вес абортов в структуре материнской смертности составил в 2011 г. 17%, в 2012 г. — 14,3%.

Согласно российскому законодательству, прерывание беременности по желанию женщины возможно в сроках до 12 нед беременности, по социальному показанию (изнасилование) — до 22 нед, по медицинским показаниям — в любом сроке.

4.2. МЕТОДЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РОЖДАЕМОСТИ

К методам **внутрисемейной** регуляции рождаемости относят контрацепцию, стерилизацию и прерывание нежелательной беременности (аборт).

Контрацепция (от новолат. *contraceptio* — букв. противозачатие) — предупреждение беременности противозачаточными средствами и способами. Некоторые методы (в частности, презерватив) помогают значительно снизить вероятность заражения ВИЧ и другими венерическими заболеваниями.

Соответственно, термин «контрацептив» обозначает «противозачаточное средство».

Согласно требованиям ВОЗ, современный «идеальный» контрацептив должен максимально отвечать следующим требованиям:

- быть высокоэффективным;
- не оказывать системного влияния на организм;
- обладать обратимым действием;
- быть простым в применении;
- быть доступным для любых социальных групп;
- быть экономически выгодным.