Автор: Артур Скальский © Babr24.com ЗДОРОВЬЕ, РОССИЯ 6135 28.10.2012, 12:00 637

Аборты в России

Журнал Status Praesens опубликовал исследования ВОЗ по состоянию этой области деятельности в гинекологии России.

От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии

Безусловно, артифициальный аборт — далеко не лучшее решение проблемы регулирования рождаемости, однако в нашей стране он чрезвычайно востребован. Сменится ещё не одно поколение российских женщин, прежде чем парадигма эффективной контрацепции пересилит прочно укрепившуюся привычку россиянок решать проблему уже после её возникновения. Тем более что аборт в России не просто разрешён — он закреплён в программе государственных гарантий.

Так что ещё пару десятилетий, до наступления эры поголовной разумной контрацепции, акушерам-гинекологам предстоит кропотливо работать над тем, чтобы аборты оставляли минимум последствий, не умаляя и без того некрепкое репродуктивное здоровье российских женщин. И если повсеместная контрацепция — задача на десятилетия, то в краткосрочных приоритетах — безопасность и качество абортов.

По поручению ВОЗ ревизию «абортного дела» в России проводила команда экспертов. Они выясняли, как на самом деле обстоят дела с абортами в нашей стране и насколько мы далеки от мирового стандарта.

Несмотря на многочисленные программы ВОЗ по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи, всё равно ежегодно в мире выполняется 40–50 млн абортов. Примерно половина из них — небезопасные. Такие аборты и их осложнения в год убивают по всему миру около 70 тыс. женщин.

Конечно, осложнения аборта и материнская смертность в сотни раз больше в тех государствах, где безопасный аборт недоступен из-за экономических причин или же прерывание беременности в принципе запрещено законом. У нас с этим вроде бы всё в порядке — аборты разрешены, безопасные технологии вполне доступны. Однако проблем и у нас достаточно, и основные из них касаются количества абортов и их качества.

Количество. Опыт многих стран показывает, что искусственных абортов может быть намного меньше, чем в России. В мире искусственным прерыванием заканчиваются 22% всех беременностей (ВОЗ, 2004) (1), тогда как в России доля абортов в 2007 г. составила 45,8%, в 2008 г. — 42,4%(2,3), в 2009 г. — 40,2 %.

Качество. Мировая наука убеждает нас, что аборт может быть щадящим, рациональным и... более дешёвым. ВОЗ контролирует во всём мире не только количество прерываний беременности, но и то, как их производят. Безусловно, Россию специалисты ВОЗ тоже пристально изучают.

Нас проверили

Весной 2009 г. 25 исследователей, заручившись технической и финансовой поддержкой ВОЗ, отправились в российские регионы, чтобы понять, как работает система оказания медицинских услуг по части искусственных абортов.

Исследование ставило своей целью привлечь внимание руководителей, врачей и общественности к проблеме прерывания беременности и тем самым улучшить помощь женщинам.

В группу вошли представители Минздравсоцразвития РФ, Министерства по делам семьи, молодёжи и спорта РФ, Российской ассоциации «Народонаселение и развитие» и других общественных организаций, а также ведущие российские акушеры-гинекологи (эксперты ВОЗ).

Команда посетила Московскую, Ивановскую и Свердловскую области и везде действовала по чёткому плану Департамента репродуктивного здоровья и исследований ВОЗ: оценивала общую статистику в местных комитетах и департаментах здравоохранения, службах социального обеспечения и УВД, освещала проблему

абортов через СМИ, дискутировала с молодёжью, интервьюировала пациенток и, конечно, инспектировала медицинские учреждения.

И это далеко не всё, что было сделано специалистами. Они посетили более 150 организаций в 16 населённых пунктах, провели 549 индивидуальных интервью, более 20 бесед в фокус-группах, пригласив около 1000 женщин и более 200 мужчин.

Что же удалось выяснить этой профессиональной команде?

Закон есть закон, но где он?

Выяснилось, что в России организация аборта как комплексной медицинской услуги не регламентирована ни Порядком оказания медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности, ни клиническим протоколом, ни стандартом. Отсутствует и единый сценарий самой процедуры.

С огромным разочарованием специалисты обнаружили, что методика выполнения медикаментозных абортов во II триместре (а она очень популярна за рубежом) не выдерживает никакой критики. Оказалось, что врачи либо используют схемы медикаментозного аборта, разработанные для ранних сроков беременности, либо «собственные наработанные методики», которые противоречат рекомендациям ВОЗ. И опять это связано с отсутствием нормативно-правовых документов на уровне Минздравсоцразвития и регионов.

Кто как привык...

Исследование показало, что в нашей стране аборт в I триместре (до 12 нед) осуществляется тремя методами.

Дилатация и кюретаж (ДиК), он же хирургический аборт. Срок: до 12 нед (фактически бывает до 13–14 нед). Выполняют в гинекологических отделениях родильных домов или многопрофильных больниц. Общую внутривенную анестезию осуществляет анестезиолог, реже - анестезистка в присутствии врача.

Электрическая/мануальная вакуумная аспирация (одна из двух технологий безопасного аборта). Срок: аменорея до 21 дня. Выполняют в амбулаторных либо стационарных условиях (малая операционная женской консультации или центра планирования семьи, гинекологические отделения больниц).

Применяют одноразовые пластиковыеили многоразовые металлические канюли. Иногда проводится контрольный кюретаж матки. Осуществляют под местной анестезией или внутривенным наркозом.

Медикаментозный аборт (мифепристон в сочетании с мизопростолом — вторая технология безопасного аборта). Срок: аменорея до 42 дней. Выполняют в амбулаторных условиях. Используют анальгетики (по показаниям).

Теперь о процентном соотношении. Несмотря на рекомендации ВОЗ, большинство врачей работают по старинке — основным методом прерывания беременности в I триместре (80–90%) остаётся хирургический аборт. Почти всеоставшиеся 10–20% абортов выполняют путём вакуумной аспирации (мини-аборты). Парадоксально, что при этом понятие «безопасный аборт» ассоциируется у некоторых врачей и пациенток исключительно с медикаментозным прерыванием беременности.

Врачи государственных учреждений неоправданно редко используют вакуумную аспирацию и медикаментозный аборт. Как правило, их внедрение — заслуга прогрессивных руководителей-новаторов, которых не остановили административные и финансовые барьеры.

Таким образом, если в России и применяются технологии безопасного аборта, то происходит это не благодаря системе, а вопреки ей — силами немногочисленных энтузиастов.

Мнения российских врачей

Врач женской консультации: «Если я сомневаюсь, то проверяю кюреткой и иногда что-то нахожу».

Врач гинекологического отделения: «Знаем мы эти медикаментозные аборты — в Москве делают, а мы их расхлёбываем».

Профессор акушер-гинеколог: «Зачем мне это нужно (об использовании методики медикаментозного аборта), если я могу сделать выскабливание и точно знаю, что все будет хорошо?»

Врач частной клиники: «Так и запишите: знаю, что ВОЗ рекомендует назначение контрацептивов сразу

после абортов, но ВОЗ нам не указ!»

Заведующая женской консультацией: «Медикаментозный аборт?! Нам ещё только этого не хватало...»

Один из руководителей федерального института соответствующего профиля: «Безопасного аборта не бывает!»

К аборту готовы?

Следующий вопрос, поставленный исследователями: как врачи консультировали пациенток перед абортом? Зачастую некачественно — ограничиваясь акцентом на неблагоприятные последствия аборта (чтобы в случае чего сказать, что пациентку предупреждали) и несколькими словами о контрацепции. Возможность получить информацию и осознанно выбрать метод прерывания беременности и обезболивания женщине обычно не предоставляли*...

Нередко эксперты отмечали, что лабораторное обследование пациенток перед процедурой перегружено ненужными анализами.

Печально, но врачи не знали о современных методах подготовки шейки матки к хирургическому аборту, соответственно, у их пациенток был заведомо повышен риск повреждений шейки матки и перфорации. Во многих ЛПУ подготовку шейки матки мифепристоном накануне манипуляции или мизопростолом за 3–4 ч до аборта даже при сроках беременности 10–12 нед. и у нерожавших женщин не проводили совсем!

Аборт с изъяном

Один из показателей оценки качества аборта — пациенто-ориентированность. По этому критерию процедура крайне редко отвечала требованиям ВОЗ.

Условия пребывания женщин в государственных учреждениях не соответствовали современным мировым стандартам, никто не заботился о комфорте пациентки. Более того, эксперты сталкивались с прямым проявлением неуважения к женщине: незакрывающаяся дверь между операционной и палатой, где находятся женщины после аборта, перевод в послеоперационную палату либо пешком в нижнем белье, либо на каталке под простынёй.

Страдала и сама техника аборта. Расширение шейки матки осуществляли расширителями Гегара до максимальныхразмеров даже без необходимости, что повышало риск травматических осложнений. Во время электрической вакуум-аспирации канюлю отсоса неоправданно часто извлекали из полости матки; при этом нарушался принцип «бесконтактности».

Группа оценки с недоумением отметила, что врачи не отправляли на гистологический анализ абортивный материал.

В некоторых случаях ни аспирационный сборник, ни лоток для сбора материала не освобождали перед новой процедурой.

Вам не больно?

Почти во всех медицинских учреждениях, где побывали эксперты, аборты выполняли под внутривенным обезболиванием. Почему-то его осуществляла анестезистка в присутствии врача-анестезиолога. Мониторинг жизненно важных показателей проводили не всегда; часто не было необходимого минимума мониторинговой аппаратуры и дыхательной поддержки (мешок Амбу).

Распространённая практика внутривенного обезболивания абортов связана с тем, что, по мнению врачей, оно адекватно купирует боль при расширении неподготовленной шейки и кюретаже полости матки. Но кто же мешает подготавливать шейку матки? Большая часть медицинского персонала уверена, что общая анестезия эффективнее местной, однако пациентки часто реагировали на боль во время процедуры.

За инфекции накажут

Команда экспертов отметила, что в большинстве учреждений, выполнявших аборт, меры профилактики инфекционно-воспалительных осложнений соблюдали. Санитарные нормы, как правило, отвечали требованиям приказа «Об организации профилактики внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (4). А как же иначе? Ведь все прекрасно понимают, насколько это важный показатель и что

будет в случае осложнений. Тем не менее и эти меры не всегда были адекватными.

Руки до и после осмотра пациенток и выполнения аборта мыли не во всех случаях. Врачи просто меняли перчатки либо мыли перчатки под краном с мылом и обрабатывали их двумя шариками, смоченными спиртом. Перчаток просто-напросто не хватало, персонал использовал их повторно после автоклавирования. Защитные экраны и очки использовали в единичных случаях. Одноразовые экраны обрабатывали повторно, а очки часто вообще не мыли.

Как правило, после аборта большинству пациенток антибиотики не назначали. Это делали лишь при опасениях по поводу повышенного риска воспалительных осложнений — если «смущали» анамнез — «плохой мазок» и/или клиническая картина кольпита.

Однако, как правило, при лейкоцитозе в мазках процедуру аборта откладывали, санировали влагалище (антибиотики, свечи), делали повторный анализ и только после этого давали направление на аборт. Схемы назначения антибиотиков пестрили разнообразием.

Аполитично рассуждаешь...

Опыт показывает, что чем выше ранг медицинского руководства, тем более масштабные вопросы его интересуют. Все готовы биться за снижение мировой материнской смертности, «политику» уменьшения абортов.

За цифрами управленцы обычно не видят конкретных женщин с их тяготами и страданиями. Большинство членов администрации считают проблемы абортов второстепенными, не заслуживающими особого внимания. Однако на местах как воздух нужны конкретные практические решения, меняющие организацию аборта.

По мнению группы оценки, в государственном секторе организация услуг, связанных с абортами, не соответствует современным требованиям: перечень услуг ограничен, а качество услуги низкое, удовлетворённость пациентки не оценивается вовсе, никто не обеспечивает ни гарантий конфиденциальности, ни приемлемых условий пребывания в ЛПУ и т.д.

А почему нет управления услугами? Потому что отсутствуют нормативно-правовая база, стандарты, протоколы. В настоящее время главный критерий оценки — количественный: мы всей страной стремимся к снижению абортов. А вот мониторинг качества не ведётся.

Разработаны стандарты обследования и лечения по большинству заболеваний и видов услуг, кроме тех, что связаны с прерыванием беременности. Нормативно-правовая база по планированию семьи давно устарела.

Пока не по-ВОЗовски

По статистическим данным МЗСР РФ, в России аборты, выполненные методом вакуум-аспирации, составляют всего 23,4%. В 2007 г. медикаментозных абортов (наиболее безопасных)зарегистрировано всего 22,4 тыс. (при общем числе абортов 1,3 млн), т.е. 1,72%, в 2009 г. — уже 3,02% (2,6,7). Дело продвигается — пока, к сожалению, не слишком быстро. По-прежнему наиболее распространён в России входящий в ОМС «бесплатный» хирургический аборт (78,9%) (2), который ВОЗ допускает только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы (1,3).

Выводы ВОЗ

1. Искусственные аборты выполняются в России преимущественно устаревшими методами, при недостаточном соблюдении принципов безопасности, рекомендованных ВОЗ, что служит причиной высокой частоты осложнений и материнской смертности.

2. Одной из основных причин низкого качества оказания медицинских услуг по репродуктивному выбору можно небезосновательно считать устаревшую базу нормативно-правового обеспечения услуг в этой сфере, отсутствие мониторинга качества оказания услуг, а также программу обучения специалистов по прерыванию беременности и планированию семьи.

3. Организаторы здравоохранения и лица, формулирующие политику в этой сфере, должны принять все возможные меры к тому, чтобы метод мануальной вакуумной аспирации пришёл на смену кюретажу полости матки.

4. Повышение качества искусственного прерывания беременности (включая информированность и

доступность) следует считать одной из актуальных задач, стоящих сегодня перед российской системой здравоохранения.

По мнению ВОЗ, о качестве можно говорить, если:

- медицинские технологии применены правильно;
- риск для пациенток отсутствует;
- оптимально использованы ресурсы;
- потребитель удовлетворён медицинской помощью.

Иными словами, чтобы услуга была качественной, нужно использовать наиболее безопасную её форму, пациентки должны получать всю информацию, необходимую для выбора методики аборта и контрацепции. Вмешательство следует выполнять правильно, с соблюдением максимально комфортных для пациентки условий.

Согласно рекомендациям ВОЗ, методом выбора для прерывания беременности до 9 нед является медикаментозный аборт, а до 12 полных недель — вакуумная аспирация. Она подразумевает удаление содержимого полости матки через пластиковые или металлические аспирационные канюли, подсоединённые к источнику вакуума (электрическому или мануальному), без контрольного кюретажа матки.

Предварительная медикаментозная подготовка шейки матки перед хирургическим абортом особенно рекомендована пациенткам с цервикальными аномалиями, с хирургическими вмешательствами на шейке матки в анамнезе, молодым нерожавшим женщинам и подросткам, а также всем после 9 нед беременности (мифепристон 200 мг за 36 ч до операции внутрь или мизопростол 400 мкг за 3–4 ч перед манипуляцией). Это позволяет не прибегать к наркозу. Значит, что услугу можно выполнять в амбулаторных условиях (дневной стационар, приказ МЗСР РФ от 14 октября 2003 г. №484) и сделать её дешевле.

Зарубежные исследователи резюмируют: технологии мануальной и электрической вакуумной аспирации в равной степени эффективны и могут использоваться при сроке до 12 полных недель в амбулаторных условиях; при этом частота осложнений, требующих лечения в условиях стационара, составляет менее 0,1% (4). При медикаментозном аборте как в I, так и во II триместрах нужного результата достигают в среднем в 97% случаев. Приблизительно у 0,2–0,4% женщин аборт происходит после введения исключительно мифепристона (1).

Было бы желание

В России есть достойные примеры бережного выполнения абортов. Внедрение мануальной вакуум-аспирации (МВА) в Углегорской больнице (Сахалинская область)(5) позволило эффективно бороться с осложнениями в раннем послеабортном периоде.

После внедрения МВА появилась возможность отказаться от внутривенного наркоза. В 85–90% стала применяться комбинация ненаркотического анальгетика (внутримышечно), транквилизатора и парацервикальной блокады (лидокаин). Также отпала необходимость в расширении канала шейки матки при сроках 6–7 нед.

Были исключены распространённые ошибки: размер канюли начали подбирать в соответствии со степенью раскрытия шейки матки, не проводили контрольного кюретажа даже при сроках 11–12 нед. Частота применения сокращающих средств благодаря МВА снизилась с 62 до 8%.

Стандартизованным стало ведение послеабортного периода: антибиотикотерапия, подбор контрацепции.

После внедрения МВА в качестве замены хирургическому аборту частота неполного аборта уменьшилась с 2,1 до 0,74%, повреждений шейки матки — с 0,6 до 0,53%, продолжающейся беременности — с 2,4 до 0,85%, гематометры — с 6,8 до 1,91%, ВЗОМТ — с 4,8 до 2,77%. Да и сами врачи отметили, что МВА выполняется быстрее и легче переносится женщинами.

***

В современном обществе аборт — это гордиев узел медицинских, психологических, социальных, демографических и даже экономических проблем. Разрубить его вряд ли получится, а вот распутать — вполне возможно. Что необходимо для этого сделать?

1. Подготовить современную нормативно-правовую базу для оказания услуг, связанных с прерыванием

беременности, соответствующую рекомендациям ВОЗ.

2. Ввести отдельное обучение и лицензирование акушеров-гинекологов, выполняющих аборт.

3. Оснастить лечебно-профилактические учреждения оборудованием и медикаментами, необходимыми для безопасного аборта, обеспечить комфортные условия для пациенток.

4. Вести непрерывный мониторинг качества оказания услуг по прерыванию беременности согласно критериям оценки Департамента репродуктивного здоровья ВОЗ.

Несмотря на реформу здравоохранения, которая идёт сейчас полным ходом, мы продолжаем измерять его работу количественными показателями. А ведь именно качество медицинской помощи в России — больной вопрос. Не только в акушерстве и гинекологии — практически во всех сферах. Со вступлением в силу нового закона об ОМС (когда каждое ЛПУ оказывается в жёстких условиях практически рыночной конкуренции) вопрос качества приобретает ещё более болезненное для конкретного ЛПУ звучание. И если задача государства — создать условия, то выполнять работу всё равно придётся грамотным врачам, которые ориентированы на потребности пациенток и искренне стремятся сделать аборт безопасным.

Наши женщины достойны бережного отношения. Даже когда они приходят на очередной аборт.

Галина Борисовна Дикке,
докт. мед. наук, доц. кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО «МГМСУ Минздравсоцразвития» (Москва);
Екатерина Львовна Яроцкая,
докт. мед. наук, руководитель отдела ФГУ «НЦ АГиП им. акад. В.И. Кулакова МЗСР РФ»,
кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО «МГМСУ Минздравсоцразвития» (Москва);
Любовь Владимировна Ерофеева,
генеральный директор Российской ассоциации «Народонаселение и развитие» (Москва).
Копирайтинг: канд. мед. наук Игорь Алеев.

Источник: http://feministki.livejournal.com

Автор: Артур Скальский © Babr24.com ЗДОРОВЬЕ, РОССИЯ 6135 28.10.2012, 12:00 637
URL: https://babr24.com/?ADE=109566 Bytes: 20052 / 19806 Версия для печати

Порекомендовать текст

Поделиться в соцсетях:

Также читайте эксклюзивную информацию в соцсетях:
- *Телеграм*
- *ВКонтакте*

Связаться с редакцией Бабра:
newsbabr@gmail.com

Автор текста: **Артур Скальский**.

НАПИСАТЬ ГЛАВРЕДУ:

Телеграм: @babr24_link_bot
Эл.почта: newsbabr@gmail.com

ЗАКАЗАТЬ РАССЛЕДОВАНИЕ:

эл.почта: bratska.net.net@gmail.com

КОНТАКТЫ

Бурятия и Монголия: Станислав Цырь

Телеграм: @bur24_link_bot
эл.почта: bur.babr@gmail.com

Иркутск: Анастасия Суворова
Телеграм: @irk24_link_bot
эл.почта: irkbabr24@gmail.com

Красноярск: Ирина Манская
Телеграм: @kras24_link_bot
эл.почта: krasyar.babr@gmail.com

Новосибирск: Алина Обская
Телеграм: @nsk24_link_bot
эл.почта: nsk.babr@gmail.com

Томск: Николай Ушайкин
Телеграм: @tomsk24_link_bot
эл.почта: tomsk.babr@gmail.com

Прислать свою новость

ЗАКАЗАТЬ РАЗМЕЩЕНИЕ:

Рекламная группа "Экватор"
Телеграм: @babrobot_bot
эл.почта: eqquatoria@gmail.com

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО:

эл.почта: babrmarket@gmail.com

Подробнее о размещении

Отказ от ответственности

Правила перепечаток

Соглашение о франчайзинге

Что такое Бабр24

Вакансии

Статистика сайта

Архив

Календарь

Зеркала сайта