

## ДЕКЛАРАЦИЯ О НЕПРИМЕНЕНИИ АБОРТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 85 ФМБА РОССИИ СОВМЕСТНО С ЦЕНТРОМ ЭНДОМЕТРИОЗА И ТАЗОВОЙ БОЛИ «ТЕРРИТОРИЯ БЕЗ АБОРТОВ»

С.А. Леваков<sup>1</sup>, Н.Л. Бондаренко<sup>2</sup>, А.А. Нестерова<sup>1</sup>, О.С. Левакова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

<sup>2</sup> Клиническая больница № 15 Федерального медико-биологического агентства России

### Адрес для переписки:

Леваков Сергей Александрович, levakoff@yandex.ru

### Ключевые слова:

рождаемость, дети, родители, население, профилактика, аборт, прерывание беременности

### Резюме

В медицинской этике существует постулат «прежде всего – не навреди» (*primum non nocere*), который ставит заботу о пациенте в центр врачебной практики. В рамках этого принципа возникает важный вопрос о применении абортов в больнице. Отказ от проведения абортов в определенных клинических учреждениях становится неотъемлемой частью стремления к сохранению жизни, репродуктивного потенциала населения, заботы о здоровье матери и создания благоприятного медицинского окружения. Вопрос о применении абортов в медицинских учреждениях требует принятия сложного этического решения. В условиях современного медицинского прогресса и развития общественного сознания обсуждение этих вопросов становится все более актуальным. В данной статье мы обратим внимание на перспективу отказа от проведения абортов в больнице и рассмотрим, как это решение может способствовать не только сохранению жизни, но и более глубокой заботе о репродуктивном здоровье женщин. Давайте взглянем на аспекты этого вопроса и обсудим, как отказ от абортов в больнице может соответствовать принципам этической медицинской практики.

### Для цитирования:

Леваков С.А., Бондаренко Н.Л., Нестерова А.А., Левакова О.С. Декларация о неприменении абортов в Клинической больнице № 85 ФМБА России совместно с Центром эндометриоза и тазовой боли «Территория без абортов». Зарождение жизни. 2024; 1: 6–9.  
DOI 10.46393/27826384\_2024\_1\_6

## DECLARATION ON THE NON-USE OF ABORTION IN CLINICAL HOSPITAL NO. 85 OF FMBA OF RUSSIA JOINTLY WITH THE CENTER FOR ENDOMETRIOSIS AND PELVIC PAIN “TERRITORY WITHOUT ABORTION”

S.A. Levakov<sup>1</sup>, N.L. Bondarenko<sup>2</sup>, A.A. Nesterova<sup>1</sup>, O.S. Levakova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

<sup>2</sup> Clinical Hospital No. 15 of the Federal Medical and Biological Agency of Russia

### For correspondence:

Sergey A. Levakov, levakoff@yandex.ru

### Key words:

birth rate, children, parents, population, prevention, abortion, termination of pregnancy

### For citation:

Levakov S.A., Bondarenko N.L., Nesterova A.A., Levakova O.S. Declaration on the non-use of abortion at Clinical Hospital No. 85 of the FMBA of Russia together with the Center for Endometriosis and Pelvic Pain «Territory without abortion.» The origin of life. 2024; 1: 6–9.  
DOI 10.46393/27826384\_2024\_1\_6

### Summary

In medical ethics, there is a postulate *primum non nocere*, which puts patient care at the center of medical practice. Within this principle, an important question arises regarding the use of hospital abortions. Refusal to perform abortions in certain clinical institutions becomes an integral part of the desire to preserve life, the reproductive potential of the population, care for maternal health and the creation of a favorable medical environment. The question of the use of abortion in medical institutions faces us as a complex ethical decision. In the context of modern medical progress and the development of public consciousness, discussion of these issues is becoming increasingly relevant. In this article, we look at the prospect of eliminating in-hospital abortions and consider how this solution can contribute not only to the preservation of life, but also to greater concern for women's reproductive health. Let's take a look at aspects of this issue and discuss how refusing to perform abortions in a hospital can be consistent with principles of ethical medical practice.

## Искусственное прерывание беременности

Каждый год в мире проводится порядка 73 млн искусственных абортов. Искусственным прерыванием беременности заканчивается до 61% случаев нежелательной беременности и до 29% всех случаев беременности. В мире большое количество женщин умирает из-за осложнений в связи с родами и беременностью, однако почти 99% материнской смертности приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Аборты признаны одной из ведущих причин материнской смертности [1].

Нормальной беременностью называется одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37–41 неделю 6 дней, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений. Нормальная беременность диагностируется при визуализации в полости матки одного эмбриона/плода с наличием сердцебиения без пороков развития при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Беременность клиническая – беременность, диагностированная путем визуализации при УЗИ одного или более плодных яиц/плодов или при наличии достоверных клинических признаков беременности [2].

Искусственный (медицинский) аборт – искусственное прерывание беременности до 21 недели 6 дней. По данным Росстата, в 2022 г. в Российской Федерации число легальных медицинских абортов, проведенных на сроке до 11 недель 6 дней, составило 179 387, из них медикаментозных – 83 921 (46,8%). Число искусственных абортов по медицинским показаниям на сроке от 12 недель до 21 недели 6 дней составило 9108, из них медикаментозным методом – 5858 (64,3%). Искусственный (медицинский) аборт проводится:

- по медицинским показаниям со стороны матери (если пролонгирование беременности ассоциировано с высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья);
- по социальным показаниям;
- до 11 недель 6 дней беременности – по настойчивому желанию женщины при условии обязательного профессионального психологического консультирования в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации [3].

Аборт может быть проведен при определенных медицинских показаниях в интересах беременной женщины, если беременность угрожает ее жизни. Однако все еще существует множество этических и моральных дилемм, касающихся прерывания беременности даже при тяжелых аномалиях развития плода. Прерывание беременности при выявлении аномалий развития плода должно быть не только медицинским решением, но также и личным моральным выбором матери, связанным с правовыми нормами, социокультурными ценностями и религиозными убеждениями [4].

Людьми в странах с высоким уровнем дохода более доступны услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, чем в странах с низким уровнем дохода. Однако результаты исследований показывают, что женщины стремятся к прерыванию беременности даже в условиях запрета на проведение процедуры. Это подчеркивает важность обеспечения доступа ко всему спектру услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая информирование населения о контрацепции, а также о сути процедуры аборта, возможных осложнениях и отдаленном влиянии на репродуктивный потенциал [5].

При наступлении нежелательной беременности женщина часто остается наедине с этим тяжелым бременем, а решение о ее прерывании может быть принято в условиях недостаточной информированности о возможных рисках и долгосрочных последствиях, а также без соответствующей поддержки и внимания со стороны окружения и медицинского персонала.

Одним из наиболее безопасных методов прерывания беременности является медикаментозный аборт. Преимуществами данного способа являются высокая эффективность, которая составляет до 98%, хорошая переносимость, отсутствие отдаленных последствий для репродуктивной системы женщины по сравнению с хирургическими методами. При проведении медикаментозного аборта реже развиваются осложнения, характерные для хирургических методов прерывания, такие как травматизация эндометрия и миометрия, шейки матки, перфорация матки, обильная кровопотеря, восходящее инфицирование, анестезиологические риски, задержка фрагментов плодного яйца [6].

Однако медикаментозный аборт имеет и отрицательные стороны, а именно: невозможность использования при внематочной беременности, тератогенное действие мизопростола на плод при неэффективности процедуры и дальнейшем прогрессировании беременности, необходимость проведения иммунизации реуз-отрицательной женщины после аборта антирезусным иммуноглобулином человека. Существует также ряд противопоказаний: срок беременности 9 недель и более, гематологические заболевания, геморрагические нарушения, миома матки больших размеров или субмукозная миома матки, аллергические реакции на препарат.

К хирургическим методам прерывания беременности относятся вакуумная аспирация, являющаяся более предпочтительным методом, и расширение шейки матки с выскабливанием полости матки, выполняемое только при невозможности проведения первого способа.

Этот метод является более предпочтительным вследствие высокой эффективности (95–100%), быстроты выполнения манипуляции (10–15 минут), более низкой частоты осложнений по сравнению с кюретажем полости матки. Данный метод используется при сроке беременности 7–12 недель, так как при прерывании беременности до 7 недель гестации вероятность неполного аборта повышается в 3 раза [7].

Согласно статистическим данным, частота отдаленных последствий спустя 1 год после манипуляции составляет 11%, а через 3–5 лет – 53%. Преимущества вакуум-аспирации перед кюретажем подтверждаются гистологическим исследованием эндометрия через 2 недели после проведения искусственного прерывания беременности.

Исходя из вышеизложенного, проблема искусственного прерывания беременности остается острой и в настоящее время. Отсутствует метод, не имеющий тяжелых последствий для репродуктивного и психоэмоционального здоровья женщины.

Медикаментозный аборт (с использованием мифепристона с последующим введением мизопростола для прерывания беременности на ранних сроках) является более доступным и менее инвазивным вариантом, чем хирургическое прерывание беременности, и может проводиться в медицинских учреждениях [5].

### **Возможные осложнения и отдаленные последствия**

Даже при проведении процедуры аборта в медицинской организации в соответствии с клиническими стандартами риск возникновения осложнений сохраняется. Осложнения у женщин после аборта делятся на две группы: ранние и поздние. К ранним осложнениям процедуры относятся те, которые были диагностированы максимум через 30 дней после процедуры, или осложнения, возникшие в процессе проведения аборта: перфорация матки, кровотечение во время операции или после нее, анестезиологические осложнения, воспалительные заболевания органов малого таза, сепсис, разрыв шейки матки, гематометра, тромбофлебит и тромбоз.

К группе поздних осложнений относятся медицинские последствия, которые проявились через месяц и более после проведения процедуры: нарушение менструального цикла – олигоменорея, мено- и метроррагии, хроническое воспаление матки и придатков, спаечный процесс в малом тазу, внематочная беременность, плацентарный полип, синдром Ашермана, бесплодие, осложнения во время последующих беременностей и привычного выкидыша, возникновение анатомической перешеечной недостаточности шейки матки, эндометриоз, увеличение шанса возникновения резус-конфликта при следующей беременности [8].

Проведение аборт в условиях медицинской организации персоналом, обладающим необходимой квалификацией, считается безопасным с точки зрения физического здоровья женщины. Однако бывают ситуации, когда женщины с нежелательной беременностью не имеют возможности воспользоваться качественными услугами по ее прерыванию, в таких случаях они нередко прибегают к небезопасным абортам.

Медикаментозный аборт, как и любое медицинское вмешательство, оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние женщины. Этот метод прерывания беременности может вызывать разнообразные реакции и эмоциональные переживания:

- 1) стресс и тревога. Процесс проведения медикаментозного аборта, как и сам факт нежелательной беременности, может быть причиной значительного стресса и тревоги для женщины. Она может испытывать беспокойство по поводу процедуры, своего здоровья и возможных последствий;
- 2) чувство горя и утраты. Независимо от причин, которые привели к решению об аборте, медикаментозный метод может вызывать чувства горя и потери;
- 3) возможные психологические последствия. Для некоторых женщин медикаментозный аборт может иметь такие психологические последствия, как депрессия, тревожность или чувство вины. Эти реакции могут зависеть от индивидуальных особенностей и контекста принятия решения.

Поскольку медикаментозный аборт может оказать существенное воздействие на эмоциональное состояние женщины, важно предоставлять доступ к психологической поддержке. Консультации со специалистами могут помочь справиться с эмоциональными трудностями и восстановить психологическое благополучие. Общее влияние медикаментозного аборта на психоэмоциональное состояние женщины будет зависеть от ее индивидуальных особенностей, ситуации и контекста принятия решения. Поэтому важно предоставлять не только медицинскую, но и психологическую поддержку в процессе после аборта для профилактики психоэмоциональных нарушений в будущем [9].

### **Отношение к вопросу в мировой практике**

Аборт становится все более важным вопросом, обсуждаемым с различных точек зрения, включая медицинские, социальные, религиозные, этические и юридические аспекты. На глобальном уровне все больше и больше женщин предпочитают прерывать беременность по социально-экономическим причинам. Однако независимо от наличия или отсутствия показаний к процедуре аборт подразумевает прекращение жизни, а право на жизнь должно быть сохранено. Международные законы не разрешают аборты и криминализуют стороны, причастные к их проведению и поддерживающие их, если не признается, что это имеет решающее значение для спасения жизни беременной женщины [10].

Законное и безопасное прерывание беременности уже давно признано важной проблемой общественного здравоохранения на международном уровне. Медицинские работники играют ключевую роль в определении показаний и проведении процедуры медицинского аборта, и крайне важно, чтобы они обладали достаточным пониманием законов, руководящих принципов и клинической практики для содействия безопасному и эффективному уходу [11].

Особенно важным является вопрос о том, был ли аборт безопасным или небезопасным с точки зрения здоровья матери. Показатели смертности при безопасных

абортах составляют менее 0,2% по сравнению с показателями небезопасных аборт, которые варьируют в пределах 4,7–13,2% [12].

Одной из ключевых составляющих женского здоровья является оптимальное функционирование репродуктивной системы, способность успешно осуществлять функции материнства. В настоящее время сохранение репродуктивного потенциала и рождение здорового потомства приобретают не только медицинское, но и социальное значение и требуют активной поддержки на уровне государства.

## Выводы

На основании приведенных данных авторы статьи сформулировали ряд положений, которые будут приняты к исполнению на территории Клинической больницы № 85 ФМБА России, относительно неприемлемости процедур искусственного прерывания беременности.

1. Врачи акушеры-гинекологи Центра эндометриоза и тазовой боли не проводят процедуры искусственного прерывания беременности по этическим и моральным принципам, которые предполагают уважение и охрану человеческой жизни с момента ее зачатия.
2. Право на жизнь является фундаментальным правом человека и основанием для осуществления всех других прав.
3. Определение отношения к этому вопросу и правил его решения лежит вне компетенции медицины, так как в первую очередь врачи должны лишь обеспечить защиту и охрану здоровья своим пациентам.
4. Искусственное прерывание беременности проводится исключительно по медицинским показаниям, которые может определить только врач акушер-гинеколог.
5. Беременность – это нормальное физиологическое состояние женского организма, который в первые часы после оплодотворения настраивается на вынашивание, рождение и вскармливание ребенка. В результате аборта эти механизмы грубо нарушаются, принося вред женскому организму, зачастую непоправимый.
6. Аборт не метод контрацепции, а крайняя мера в случае наличия медицинских показаний и угрозы жизни женщины. Аборты не запрещены на законодательном уровне, но, несмотря на это, не являются эффективным методом предохранения от нежелательной беременности.
7. Врачи Центра эндометриоза и тазовой боли занимаются лечением и реабилитацией пациенток с эндометриозом, чтобы в последующем они могли реализовать свои репродуктивные планы.
8. Работа Центра эндометриоза и тазовой боли направлена на сохранение и поддержание репродуктивного здоровья женщин.

## Заключение

Обобщая вышесказанное, нужно отметить, что ситуации, в которых искусственное прерывание беременности имеет регламентированные медицинские показания и остается правом женщины, должны быть учтены. Решение о проведении процедуры аборта в любом случае должно быть принято после проведения комплексного анализа каждой конкретной ситуации при участии женщины, врачей акушеров-гинекологов, психологов и других специалистов при необходимости. Такой подход к решению вопроса даст возможность снизить частоту необоснованных или даже опасных для здоровья женщины процедур прерывания беременности, а также будет значительным вкладом в сохранение репродуктивного потенциала населения.

## Литература

1. World Health Organization (WHO). Maternal Mortality. 2023. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
2. Нормальная беременность (клинические рекомендации). Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2020; 4 (30).
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
4. Cerovac A., Serak A., Zukic H. et al. Ethical and legal dilemmas around termination of pregnancy for severe fetal hydrocephalus, spina bifida aperta and meningomyelocele. *Med. Arch. Sarajevo Bosnia Herzeg.* 2019; 73: 126–130.
5. Abubeker F.A., Lavelanet A., Rodriguez M.I., Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester ( $\leq 63$  days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2020; 20: 142.
6. Спириденко Г.Ю., Петров Ю.А., Палиева Н.В. Искусственное прерывание беременности – злободневная проблема медицины и общества. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс».* 2021; 23: 28–34.
7. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Прилепская В.Н. и др. Медикаментозное прерывание беременности в I триместре. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2014; 63 (6): 66–86.
8. Петров А.Ю., Узбекова Л.Д., Середа Е.В. Ближайшие и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности. *Международный научно-исследовательский журнал.* 2022; 6: 131–134.
9. Mazza D., Burton G., Wilson S. et al. Medical abortion. *Aust. J. Gen. Pract.* 2020; 49: 324–330.
10. Shakhathreh H.J.M., Salih A.J., Aldrou K.K.A.R. et al. Medical-legal aspects of abortion: updates of the literature. *Med. Arch. Sarajevo Bosnia Herzeg.* 2022; 76: 373–376.
11. Leitao S., O’Shaughnessy E., San Lazaro Campillo I., O’Donoghue K. Healthcare professionals and students’ knowledge on termination of pregnancy legislation and clinical practice: a systematic review. *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives.* 2022; 33: 100762.
12. Bridwell R.E., Long B., Montrieff T., Gottlieb M. Post-abortion complications: a narrative review for emergency clinicians. *West. J. Emerg. Med.* 2022; 23: 919–925.