

УДК 618.39

## АБОРТ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ВЗГЛЯД

© 2006 г. А. Н. Баранов, А. Л. Санников, Н. Н. Сизюхина

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

### Законодательство медицинского аборта

Изучение преднамеренно вызванного выкидыша представляет интерес с самых разнообразных точек зрения: культурно-исторической, социально-правовой, медицинской. По каким мотивам и когда женщина впервые прибегла к искусственному прерыванию беременности — точно установить невозможно. Древнейшие литературные источники, дошедшие до наших дней, свидетельствуют, что аборт практиковался во всех известных нам странах древнейшей истории человечества. В папирусе Эберса (1760 до н. э.) уже имеются указания, как прервать беременность.

Отношение к прерыванию беременности было неоднозначным у разных народов и менялось на протяжении эпох. В период древней истории Греции аборт не только не преследовался законом или обычаями того времени, но и весьма энергично поощрялся. Как известно, Платон (427—347 до н. э.) пропагандировал ограничение количества детей в семье, «дабы не уменьшать благосостояние общества». Страх перенаселения побудил Аристотеля (382—322 до н. э.) выдвинуть такое законоположение: «Следует ограничивать число детей, если мать забеременеет сверх того числа детей, которое она себе назначила». Это был первый опыт легализации аборта. Противником производства аборта в Древней Греции был один из основоположников древней медицины — Гиппократ (460—377 гг. до н. э.).

В Средние века, когда вследствие длительных войн и эпидемий резко упала рождаемость и в Европе сократилась численность населения, умерщвление плода было признано равносильным убийству. С XVII века для криминального прерывания беременности широко стали использовать метод вскрытия плодного пузыря, который принес немало тяжелых осложнений и смертельных исходов, главным образом на почве сепсиса.

Значительный интерес представляет эволюция отношения врачей и общества к проблеме аборта в течение двух последних столетий. Основоположник отечественного акушерства Н. М. Максимович-Амбодик в 1784 году выступал за то, чтобы в критических ситуациях на первое место ставить спасение матери, а не плода. В европейской медицине поворотным пунктом в окончательном формировании данной концепции стала дискуссия в Парижской медицинской академии 1852 года.

Во второй половине XIX века в США возникло общенациональное движение за запрет аборта, в котором ведущая роль принадлежала руководству авторитетной Американской медицинской ассоциации. Основываясь на эмбриологических открытиях, врачи утверждали, что плод представляет собой живое существо с момента зачатия и аборт возможно считать убийством плода. В итоге к 1880 году аборты в США

В обзоре рассмотрены основные вопросы, связанные с историей искусственного аборта, изменениями в законодательстве, динамическими изменениями в эпидемиологии аборта. На основании литературных источников представлены современные технологии производства искусственного аборта, отвечающие требованиям концепции «безопасного аборта». Рассмотрены вопросы профилактики нежеланной беременности. Данный материал рекомендуется для постдипломного обучения врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики.

**Ключевые слова:** искусственный аборт, статистика аборта, современные технологии аборта, контрацепция.

были запрещены за исключением случаев спасения жизни женщины. (Принятые законы в основном сохранялись до 60-х годов XX века). В 1869 году и британский парламент принял «Акт о преступлениях против личности», согласно которому аборт стал считаться тяжким преступлением.

В России впервые искусственное прерывание беременности по желанию женщины было узаконено в ноябре 1920 года декретом «Об искусственном прерывании беременности». Это был первый в мировой истории права закон, разрешающий аборт. (В Европе, где церковь сохраняла свое влияние на общество, они были узаконены на 40—50 лет позже). Право на первоочередность аборта получали фабрично-заводские работницы. Как писал ученый-демограф Андрей Попов, страна «использовала аборт для высвобождения женщин для нужд народного хозяйства».

До 1930 года в СССР еще публиковалась статистика об абортах, которая свидетельствовала о постоянном росте их числа. В обществе все больше распространялся негативный взгляд на аборт с демографической точки зрения. В 1936 году ЦИК и СНК приняли постановление, запрещающее аборт, а с 1939 года сбор статистических данных об искусственных абортах был полностью прекращен.

Запрет на аборт не сократил их количества — за предыдущие пятнадцать лет в стране успела сложиться так называемая абортная культура репродуктивного поведения [1]. Подавляющий объем абортных операций перешел из легальной сферы в нелегальную, что привело к резкому увеличению материнской смертности [10, 17, 19].

Рост числа криминальных абортных операций в послевоенные годы заставил советское государство опять изменить политику в отношении абортных операций, и в 1955 году Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «Об отмене запрещения абортных операций». Этим юридическим актом были легализованы абортные операции по желанию женщины, которые имели право производить только лица со специальным медицинским образованием при сроке беременности до 12 недель в больничных условиях. При несоблюдении хотя бы одного из этих условий аборт считался криминальным, за что устанавливалось уголовное наказание сроком до 8 лет исправительных работ [22]. К сожалению, в последующие десятилетия альтернативные абортным операциям способы и методы контроля над рождаемостью не получили в нашей стране широкого развития [1]. До конца 60-х годов число искусственных абортных операций росло в СССР особенно быстро, а в 70—80-е кривая роста становится не такой крутой. Открытая в эпоху гласности официальная статистика об абортных операциях засвидетельствовала, что в СССР был самый высокий в мире показатель числа абортных операций на 1 000 женщин фертильного возраста — около 120 [6, 12, 25]. По данным зарубежных экспертов, с учетом нерегистрируемых абортных операций этот показатель был примерно

в полтора раза выше. Только с середины 80-х показатель частоты абортных операций стал, наконец, снижаться, и в 1996 году он равнялся 89 случаям на 1 000 женщин фертильного возраста [25].

Рамки легальности абортных операций были радикально расширены в 1987 году, когда Министерство здравоохранения СССР издало приказ № 1324, разрешающий искусственное прерывание беременности до 28 недель по социальным показаниям. В 1996 году правительство РФ постановлением № 567 от 8 мая утвердило новый, почти вдвое расширенный, перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности на поздних сроках. По новому постановлению предельный срок прерывания беременности сокращался с 28 до 22 недель, что соответствовало нормам, установленным ВОЗ.

В настоящее время Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г.) определены правовые основы медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (ст. 36). Искусственное прерывание беременности проводят по желанию женщины при сроке до 12 недель, по социальным показаниям при сроке до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины независимо от срока беременности. Медицинские показания к прерыванию беременности приведены в приказе МЗ РФ от 28.12.1993 года «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Перечень социальных показаний в соответствии с указанной статьей утвержден Постановлением Правительства РФ от 11 августа 2003 года № 485 и включает 4 позиции вместо имевшихся ранее 13 [12, 13, 14].

### Эпидемиология абортных операций

Ежегодно в мире более 75 млн женщин сталкиваются с проблемой нежеланной беременности, у 2/3 из них она заканчивается абортной операцией [17, 25]. С прерыванием беременности связано развитие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, гормонально-зависимых пролиферативных процессов [11, 27, 36]. Аборт является наиболее частой причиной материнской смертности [10, 27, 39].

Из всего женского населения РФ, согласно последней переписи населения, женщины репродуктивного возраста составляют 45,7 % — приблизительно 36 млн человек, способных к выполнению своей главной биологической функции — воспроизводству потомства [1]. Однако на долю России приходится ежегодно около 2 млн официально учтенных прерываний беременности [1, 5, 21, 25]. О том, что в стране искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным, методом регуляции рождаемости, свидетельствуют основные статистические показатели [3, 7, 8, 9, 11, 21].

Оценка по данным официальной статистики уровня и динамики абортных операций позволяет оценить эффективность

деятельности в области планирования семьи, а также судить об изменениях в репродуктивном поведении населения [3, 4, 7]. Первые официальные публикации появились только в 1987 году, но лишь с начала 90-х Минздрав России стал разрабатывать данные об абортах по укрупненным возрастным группам: до 14 лет, 15—19, 20—34, 35 и выше, а с 1996 года — по 5-летним возрастным группам. По разным причинам некоторая часть абортот всегда оказывалась неучтенной. В середине 1980-х доля неучтенных абортот, по оценкам экспертов, составляла не менее 10 % [25]. В 90-е годы, с возникновением большого количества коммерческих организаций, проводящих абортот (особенно методом вакуум-аспирации), недоучет данных об абортот, по всей видимости, увеличился. В целом он может составлять до 20—30 % в зависимости от региона и возрастной группы [31].

По данным официальной статистики, абсолютное число абортот в России уже более 35 лет имеет тенденцию к снижению [1, 9, 19, 20, 21]. Максимальное количество абортот (5,6 млн) было произведено в 1964 году, затем оно постепенно сокращалось [11, 21]. Тенденция прогрессивного снижения приостановилась в середине 1980-х годов, а в 1988 году был достигнут новый пик — 4,6 млн абортот, причем и число рождений (2,5 млн) в предшествующий год было самым большим после 1962-го. В последующие годы прежнее снижение возобновилось [7, 8, 25].

Несколько иначе вел себя показатель числа абортот на 100 родов (обычно имеются в виду живорождения). Он отражает долю абортот среди всех зачатий, и максимум его пришелся на 1968 год — 293 абортот на сто родов [1, 19, 20]. Впоследствии этот показатель снижался намного быстрее абсолютного числа абортот, но при снижении рождаемости это означает, что все большее число женщин использовало данный метод предотвращения нежеланной беременности. Политические и экономические перемены начала 90-х годов вызвали пересмотр прокреативных намерений и рост доли искусственно прерываемых беременностей: 235 абортот на 100 родов [1, 11, 21]. С 1994 года соотношение числа абортот и родов снова постепенно улучшается [4, 5, 6].

В сравнении с другими странами, имеющими сходный уровень рождаемости, россиянки обращаются к абортот как методу прерывания беременности вне зависимости от возраста [8, 24]. Это стало типичной чертой их демографического поведения [3]. Особенно большой вклад в суммарное количество абортот вносят возрастные группы женщин с наиболее высокой интенсивностью половой жизни и способностью к деторождению (20—35 лет). В странах, где абортот производится значительно меньше, максимально задействованы возрастные группы до 20 лет (Исландия, Канада, Англия, Дания, Швеция и др.) и после 35 (Хорватия, Словения, Япония, Италия и др.) [25].

Последние годы развития российского общества характеризуются сменой всего общественного уст-

ройства. Проводимые экономические и социальные реформы значительно влияют на изменение репродуктивного поведения женщин, приводят к изменениям структуры и частоты проведения абортот [3, 4]. Реализация правительственной программы по планированию семьи, действующая в России с 1993 года, дает положительные результаты [9, 11, 15, 16].

#### **Современные технологии прерывания нежеланной беременности**

Из 210 млн ежегодно возникающих беременностей примерно 46 млн (22 %) заканчиваются искусственным абортот, а во всем мире подавляющее большинство женщин, как правило, имеют хотя бы один аборт к тому времени, когда им исполняется 45 [26, 27]. Именно тогда, когда доступны и широко используются эффективные методы контрацепции, наблюдается резкое снижение общего коэффициента абортот [27]. Однако по целому ряду причин этот показатель еще нигде не снижался до нуля. Во-первых, не существует абсолютного доступа к высокоэффективным методам контрацепции. Во-вторых, не существует метода контрацепции, который имел бы 100 % результативность. В-третьих, высокая распространенность насилия в отношении женщин, в том числе бытового и во время вооруженных конфликтов, может приводить к нежеланной беременности. В-четвертых, изменение обстоятельств, как, например, развод или какая-то другая кризисная ситуация, могут превратить желанную беременность в нежеланную [23, 26, 31, 32, 37].

Даже если бы всем, кто пользуется противозачаточными средствами, всегда удавалось добиваться их идеального использования, все равно примерно у 6 млн женщин наступала бы случайная беременность [23, 26]. Следовательно, несмотря на распространенность методов контрацепции, нежеланная беременность будет иметь место при постоянном стремлении женщин к ее прерыванию с помощью искусственного абортот.

ВОЗ определяет аборт как прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы 500 граммов [38, 39].

Дальнейшее уточнение термина зависит от причины абортот. Самопроизвольный аборт (выкидыш) — неспровоцированное, искусственный аборт — индуцированное прерывание беременности. Искусственный аборт включает в себя прерывание беременности, разрешенное законом, либо криминальное вмешательство. Термин «медицинский аборт» по определению должен относиться к абортот, произведенным по медицинским показаниям. Однако на практике этот термин применяется ко всем абортот, разрешенным законом [1, 2, 10, 18].

Небезопасный аборт — это «процедура прерывания нежеланной беременности лицами, не владеющими необходимыми навыками, или происходящая

в условиях, не удовлетворяющих минимальным медицинским стандартам, или наличие того и другого» [39]. Примерно 20 млн ежегодно выполняемых искусственных абортот считаются небезопасными. Девяносто пять процентов их них приходится на развивающиеся страны [38, 39].

Около 13 % связанных с беременностью смертей явились результатом осложнений после небезопасного аборта [26, 39]. Кроме того, небезопасный аборт ассоциируется с весьма высоким уровнем заболеваемости: одна из пяти женщин, которым был произведен небезопасный аборт, страдает воспалительными процессами половых органов [40].

Почти все летальные исходы и осложнения, вызванные небезопасным абортот, можно предотвратить [10, 27]. Процедура и техника выполнения искусственного аборта на ранних сроках просты и безопасны. Если прерыванием нежеланной беременности занимаются квалифицированные медицинские работники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то искусственный аборт становится относительно безопасным медицинским вмешательством [39, 40].

Методы, применяемые для выполнения искусственного аборта, зависят от срока беременности. Вследствие этого выделяют методы прерывания беременности в ранние сроки, до 12 недель гестации, и методы, используемые после 12 полных недель с первого дня последнего менструального цикла.

Прерывание беременности в ранние сроки проводится в России при задержке менструации не более 20 дней, в странах Европы, США и других до 49 или до 64 дней аменореи [10, 18, 33, 34]. Женщинам, желающим прервать беременность, сегодня предоставляется выбор из нескольких методов проведения ранних абортов. К предпочтительным можно отнести электровакуумную аспирацию, мануальную вакуумную аспирацию содержимого полости матки. Эти методы используются для прерывания беременности до 12—16 недель гестации и лишь в редких случаях осложняются инфекцией органов малого таза, неполной эвакуацией содержимого полости матки, обильным кровотечением, травмой шейки матки, осложнениями после анестезии и прогрессирующей беременностью [27, 29, 33, 35].

Нехирургическими методами проведения искусственного аборта в ранние сроки беременности являются применение антипрогестероновых препаратов, простагландиновых препаратов, комбинированных схем, цитостатиков [10, 29, 40]. Наиболее опробованным на сегодняшний день методом является применение комбинированных схем [30, 32, 37, 38]. Обзор результатов 9 исследований, изучавших различные схемы приема мифепристона с простагландинами, выявил, что общее число полных абортов составляет 94 % [28, 29, 30].

Преимуществами нехирургических методов прерывания беременности на ранних сроках являются

отсутствие анестезиологических пособий, более «естественный» характер процесса, устранение источника переживаний, меньшее количество постабортных осложнений [24, 38].

Традиционным методом прерывания беременности в сроки до 12 недель является хирургический аборт, состоящий из дилатации шейки матки и последующего кюретажа полости матки. Возможным подготовительным этапом к хирургическому аборту является проведение осмотического расширения шейки матки с помощью ламинарии или синтетических расширителей (ламицел, дилапан) [2, 17, 18]. С целью подготовки к операции возможна аппликация на шейку матки простогландинов в виде влагалитических свечей [10].

Помимо классического кюретажа существует универсальный метод выбора для прерывания беременности на сроках до 12 недель — метод аспирационного кюретажа. Метод эффективен и обладает меньшими побочными эффектами, чем традиционное выскабливание полости матки [32, 33]. Преимущества аспирационного кюретажа по сравнению с традиционной эвакуацией кюреткой — быстрота процедуры, минимальная кровопотеря, снижение риска перфорации матки, развития инфекции, в последующем формирования истмико-цервикальной недостаточности [33].

В ряде случаев возникает потребность в том, чтобы прервать беременность на более поздних сроках. Причинами для столь поздних вмешательств, как правило, являются медицинские (аномалии развития плода, применение лекарственных препаратов, несовместимых с развивающейся беременностью и др.) или социальные показания. Методами прерывания беременности в поздние сроки являются интра- и экстраамниотическое введение простагландинов, интраамниотическое введение гипертонических растворов, метод расширения шейки матки с эвакуацией продукта зачатия путем вакуумной аспирации и абортных щипцов, медикаментозный метод с использованием антипрогестагена, гистеротомия и гистерэктомия [10, 13, 14]. Предпочтительными методами прерывания беременности на поздних сроках являются медикаментозный и метод расширения шейки матки с эвакуацией продукта зачатия путем вакуумной аспирации и абортных щипцов [38].

Серьезные оперативные вмешательства не следует рассматривать как основные методы прерывания беременности в поздние сроки [39]. Гистеротомия несовместима с современной практикой выполнения аборта из-за более высоких показателей заболеваемости, смертности и материальных затрат в сравнении с другими методами. Также не должна осуществляться гистерэктомия за исключением тех случаев, которые требуют безотлагательной операции [13, 14, 39].

После искусственного прерывания беременности пациенткам с резус-отрицательной принадлежностью крови необходимо ввести иммуноглобулин антирезус Rho (D) человека [10, 36].

### Осложнения постабортного периода

По временному фактору осложнения постабортного периода можно разделить на ранние (в течение первого месяца после аборта), поздние (отсроченные, спустя 1 месяц от момента аборта) и отдаленные. Ранние операционные осложнения развиваются в ходе либо сразу же после выполнения процедуры (маточное кровотечение, перфорация матки с возможным повреждением внутренних органов, разрывы шейки матки, анестезиологические осложнения и побочные эффекты).

Послеоперационные осложнения возникают в течение первых 4 недель после прерывания беременности (развитие инфекции, маточные кровотечения вследствие неполного аборта; постабортный синдром). Винсент Ру (1990) определяет постабортный синдром как «посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму». Постабортный синдром у женщины всегда сопровождается психическими нарушениями разного типа: постоянным возвращением к факту аборта, суицидальными мыслями, непреходящим чувством утраты и т. д. Реактивная депрессия как форма проявления постабортного синдрома попадает в поле зрения акушеров-гинекологов в случае возникновения соматических осложнений.

К отдаленным последствиям аборта можно отнести развитие эндометриоза, нарушения менструальной функции, бесплодие, несостоятельность шейки матки; невынашивание беременности, Rh-изоиммунизация пациентки [10].

Существует зависимость развития тех или иных осложнений от срока беременности. Вероятность их развития значительно увеличивается при индуцированном аборте сроком свыше 7—8 недель беременности [27, 28].

Самое страшное осложнение аборта — материнская смертность, которая составляет примерно 26 % в структуре общей материнской смертности, при этом каждая третья женщина погибает от кровотечения, а каждая вторая — от сепсиса [18, 39].

### Профилактика нежеланной беременности

Работа по формированию контрацептивного поведения женщин и подростков осуществляется в рамках федеральной государственной программы «Планирование семьи» (1991) специалистами различного профиля: акушерами-гинекологами, медицинскими сестрами, педагогами, социальными работниками, психологами и др. [11, 12, 20] Основными направлениями деятельности по снижению количества искусственных абортов являются: разработка региональной модели и программы профилактики абортов и снижения материнской смертности после аборта; разработка модели службы, обеспечивающей профилактику абортов с учетом особенностей региона; улучшение качества услуг в области профилактики

абортов, внедрение безопасных технологий прерывания беременности; разработка программ профессионального усовершенствования медицинских кадров; обеспечение бесплатными контрацептивными средствами подростков, женщин после родов и абортов из групп социального риска [5, 11, 15].

Доказано, что важнейшим фактором в сохранении репродуктивного здоровья женщины является своевременное применение постабортной контрацепции, так как происходит быстрое восстановление овуляции и возможно наступление повторной нежеланной беременности [31].

При отсутствии медицинских противопоказаний женщина после искусственного прерывания беременности может использовать любой метод контрацепции [10, 20]. Однако не все методы могут быть приемлемыми в одинаковой степени: высокая вероятность воспалительных процессов ограничивает использование внутриматочных средств; низкая эффективность и необходимость повторного применения — применение барьерных методов; отсроченное восстановление фертильности и обязательное наличие хирургических навыков врача — использование имплантатов и инъекционных препаратов [31]. И в то же время любой обратимый метод контрацепции таит в себе меньше опасности, неудобств, негативных последствий и является более щадящим для организма женщины, чем индуцированный аборт.

Наиболее целесообразным методом постабортной контрацепции является гормональная контрацепция [20, 23]. Высокой эффективностью обладают монофазные комбинированные оральные контрацептивы. Помимо этого они регулируют менструальный цикл, уменьшают интенсивность и продолжительность менструального кровотечения, способствуют профилактике воспалительных заболеваний половых органов, препятствуют развитию эндометриоза [10]. После искусственного аборта возможно использование инъекционных контрацептивов пролонгированного действия. Они обладают высокой эффективностью, удобны в применении, оказывают лечебное действие при гиперпластических процессах эндометрия. Недостатками инъекционных контрацептивов являются нарушения менструального цикла (ациклические кровотечения, аменорея), прибавка массы тела, отсроченное восстановление фертильности. Первую инъекцию необходимо сделать сразу же после аборта, а в последующем их можно повторять каждые 3 месяца [10, 18, 23]. Также возможно применение влагалищного кольца, содержащего прогестагенный компонент. Преимуществами метода являются местное применение, обратимость, минимальные осложнения [10].

Использование внутриматочных средств после аборта связано с риском побочных реакций и осложнений чаще, чем при обычном их использовании. Возможно развитие болевого синдрома, экспульсии, воспалительных заболеваний органов малого таза,

нарушений менструального цикла, перфорации матки. Однако введение внутриматочного контрацептива сразу же после аборта является приемлемым [20, 23].

Достаточно надежными и эффективными средствами контрацепции после аборта являются барьерные методы (мужские и женские презервативы, цервикальные колпачки, губки и диафрагмы). Их эффективность повышается при сочетании применения со спермицидами, а преимуществами являются защита от заболеваний, передающихся половым путем, отсутствие системных влияний на организм женщины, минимальное число противопоказаний и доступность [17, 31].

Естественные методы контрацепции (периодическое воздержание от половой жизни, температурный и календарный) являются малоэффективными и требуют высокой мотивации поведения. Они не рекомендуются женщинам в качестве постабортной контрацепции, поскольку трудно определить время овуляции. Данные методы крайне ненадежны до наступления первой после аборта менструации [32, 33].

Сразу же после неосложненного аборта возможно проведение хирургической стерилизации при наличии письменного согласия женщины [18, 23]. Поскольку метод является необратимым, перед его проведением необходимо тщательно проконсультировать пациентку.

Таким образом, искусственный аборт — это небезопасный метод прерывания беременности и он может быть предотвращен с помощью средств контрацепции. В то же время это не означает, что легальный и безопасный аборт не нужен. Операция прерывания беременности является последней возможностью контроля фертильности для тех женщин, у которых наступила нежеланная беременность, и возможность ее проведения повышает доверие населения ко всей системе оказания услуг в области планирования семьи.

#### Список литературы

1. *Аборты в России: региональные особенности* // Информ. письмо Минздрава России. — М., 2001. — 12 с.
2. *Акушерско-гинекологическая помощь: (руководство для врачей)*. — М., 2000. — С. 510.
3. *Альбицкий В. Ю., Юсупова А. Н., Шаранова Е. И. и др.* Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. — Казань, 2001. — С. 247.
4. *Бодрова В. И., Гольдберг Х. Г.* // ВЦИОМ. Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. — М., 1997. — № 3. — С. 47—50.
5. *Ваганов Н. Н.* О состоянии дел с абортами в России и организация службы планирования семьи // Информ. Минздрава России. — М., 1992.
6. *Вихляева Е. М., Николаева Е. И.* // Планирование семьи. — 2001. — № 1. — С. 15—18.
7. *Волгина В. Ф.* Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 26 с.
8. *Гаврилова Л. В.* Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997.
9. *Гаврилова Л. В.* // Международный медицинский журнал «Планирование семьи». — 1997. — № 4. — С. 8—12.
10. *Гинекология по Эмилю Новаку* / под ред. Дж. Берека, И. Адаши и П. Хиллард. — М.: Практика, 2002. — 892 с.
11. *Гребешева И. И.* // Международный медицинский журнал «Планирование семьи». — 1996. — № 4(15). — С. 2—8.
12. *Инструкция о медицинских стандартах по планированию семьи*. — М., 1998. — 30 с.
13. *Искусственное прерывание беременности в поздние сроки: (метод. рекомендации)* / МЗ РФ; Мос. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко; сост. В.Н. Серов. — М., 2002. — 16 с.
14. *Искусственный аборт во втором триместре беременности (в помощь практическому врачу)* / под ред. В. И. Кулакова; ИЦ АГиП РАМН. — М.: Радуга, 2001. — 20 с.
15. *Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.* // Собр. законодательства РФ. — 2000. — № 2.
16. *Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000—2004 годов и план мероприятий по ее реализации*. — М., 2000. — 25 с.
17. *Кулаков В. И., Зак П. Р., Куликова Н. П.* Аборт и его осложнения. — М.: Медицина, 1987. — 160 с.
18. *Кулаков В. И., Прилепская В. Н.* Практическая гинекология. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 717 с.
19. *Кулаков В. И., Серов В. Н., Барашнев Ю. И., Фролова О. Г.* Руководство по безопасному материнству. — М.: Триада-Х, 1998.
20. *Кулаков В. И., Серов В. Н., Ваганов Н. Н.* Руководство по планированию семьи. — М., 1997. — 181 с.
21. *Николаева Е. Н.* // Азиатский вестник акушеров-гинекологов. — 1998. — № 3. — С. 30—34.
22. *Попов А. А.* // Человек. — 1995. — № 2. — С. 113—119.
23. *Прилепская В. Н., Межеветинова Е. А., Назарова Н. М.* // Контрацептивные средства. — М., 1991. — С. 35.
24. *Филиппова Г. Г.* Психология материнства: учеб. пособие. — М.: Изд-во института психотерапии, 2002. — 240 с.
25. *Фролова О. Г. и др.* Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). — М.: Триада-Х, 2003. — 154 с.
26. *Alan Guttmacher Institute.* Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. — New York and Washington DC: The Alan Guttmacher Institute, 1999.
27. *Alan Guttmacher Institute.* Induced abortion. — N. Y.: AGI, 2001.
28. *Ashok P. W., Flett G. M. and Templeton A.* // Human Reproduction. — 1998. — Vol. 13. — P. 2962—2965.
29. *Ashok P. W., Flett G. M. and Templeton A.* // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 542—543.
30. *Blanchard K., Winikoff B., Coyaji K. and Ngoc N. T. N.* // Journal of the American Medical Womens Association. — 2000. — Vol. 55. — P. 189—190.
31. *Bongaarts J. and Westoff J.* // Studies In Family Planning. — 2000. — Vol. 31. — P. 193—202.
32. *Breitbart V.* // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2000. — Vol. 183. Suppl 2. — P. S26—S33.
33. *Cameron I. T. and Baird D. T.* // Acta Endocrinologica (Copenhagen). — 1988. — Vol. 118. — P. 161—167.

34. *Coelho H. L. et al.* // *Lancet*. — 1993. — Vol. 341. — P. 1261—1263.

35. *Osborn J. F., Arisi E., Spinelli A. and Stazi M. A.* // *European Journal of Epidemiology*. — 2000. — Vol. 6. — P. 416—422.

36. *Urguhart D. R., Templeton A. A.* // *Lancet*. — 1990. — Vol. 335. — P. 914—916.

37. *Westfall J. M., Brien-Gonzales A. and Barley G.* // *Journal of Womens Health*. — 1998. — Vol. 7. — P. 991—995.

38. *World Health Organization*. Medical methods for termination of pregnancy: WHO Technical Report series 871. — Geneva : World Health Organization, 1997.

39. *World Health Organization*. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. — Geneva : World Health Organization, 1998. — (WHO/RHR/01.9).

40. *World Health Organization*. Task Force on Post — ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for

early medical abortion: a randomized trial // *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. — 2000. — Vol. 107. — P. 524—530.

#### ABORTION: INTERDISCIPLINARY OPINION

**A. N. Baranov, A. L. Sannikov, N. N. Sizukhina**

*Northern State Medical University, Arkhangelsk*

In the review, the main issues of artificial abortion history, changes of law, dynamic changes in abortion epidemiology have been considered. On the basis of literary sources, modern technologies of artificial abortion performance that meet the requirements of the concept of «safe abortion» have been given. The issues of unwanted pregnancy prevention have been considered. The lecture is recommended for post-graduate training of obstetricians-gynecologists, general practitioners.

**Key words:** artificial abortion, abortion statistics, modern technologies of abortion, contraception.