

Искусственное прерывание беременности.
Имеет ли "будущий папа" право на
принуждение "будущей мамы" к сохранению
беременности?

Подготовил: Живов Д. А.

Группа: 20КС01

Преподаватель: Сорокина Е. А.

Аборт

Искусственное прерывание беременности. По современным медицинским стандартам, аборт проводится, как правило, при сроке до 20 недель беременности или, если срок беременности неизвестен, при массе плода до 400 г.

Аборты подразделяются на безопасные и небезопасные. Безопасным называется аборт, который проводится при участии квалифицированного специалиста (врача, акушерки, медицинской сестры) с помощью одобренных и рекомендованных методов и в подходящем для этого медицинском учреждении. Аборт считается небезопасным, если проводится человеком без медицинского образования или не имеющим необходимой подготовки, в антисанитарных условиях или его производит сама женщина.

Небезопасные аборты приводят примерно к 70 тысячам женских смертей и около 5 млн инвалидностей в год во всём мире. При безопасном аборте риск осложнений значительно ниже, чем при небезопасном. Сами методы безопасного аборта также различаются по вероятности осложнений. Кроме того, вероятность осложнений зависит от качества проведения процедуры и срока беременности. Легальные аборты, проводимые в развитых странах, принадлежат к числу самых безопасных процедур в современной медицинской практике.

Аборт

На практике в силу целого ряда причин легальный аборт далеко не во всех случаях является безопасным (то есть гарантирует минимальную вероятность осложнений), равно как и нелегальный не всегда является более опасным, чем легальный.

Безопасный аборт в подавляющем большинстве случаев не влияет на здоровье (в том числе репродуктивное) женщины. Также научные исследования не подтверждают связи между безопасным абортом в первом триместре и неблагоприятными исходами последующих беременностей. Количество данных по абортам во втором триместре беременности меньше, однако и они не показывают влияние безопасного аборта на последующие беременности.

Подготовка

Перед абортом проводятся:

- ▶ гинекологический осмотр;
- ▶ общий анализ крови;
- ▶ общий мазок;
- ▶ анализ на хорионический гонадотропин;
- ▶ анализ на сифилис;
- ▶ анализ на вирусные гепатиты В и С;
- ▶ анализ на ВИЧ;
- ▶ коагулограмма.

В зависимости от срока беременности, на котором проводится аборт, и наличия сопутствующей патологии, список исследований может быть значительно расширен. В некоторых учреждениях перед абортом женщине также предлагают пройти флюорографию, цитологический мазок с шейки матки, ЭКГ и другие виды обследования, связанные с охраной репродуктивного здоровья. Однако, как подчёркивают эксперты, такие обследования не должны рассматриваться как условие доступа к аборту, так как они необязательны для выполнения безопасного аборта.

Виды аборта

Методы проведения аборта делятся на **хирургические**, или инструментальные, и **медикаментозные**. Хирургические методы подразумевают извлечение плода с использованием специальных инструментов, но необязательно включают хирургическую операцию. Медикаментозный, или фармацевтический аборт — это провокация самопроизвольного аборта при помощи лекарственных препаратов.

- ▶ **Медикаментозный аборт**
- ▶ **Хирургические методы аборта**
- ▶ **Вакуумная аспирация**
- ▶ **Дилатация и кюретаж**
- ▶ **Дилатация и эвакуация**

Медикаментозный аборт

Медикаментозный аборт проводится не позднее 12 недели беременности, в зависимости от рекомендаций и норм в конкретной стране. В России граница для проведения медикаментозного аборта, как правило, ниже: до 6 недель беременности. Медикаментозный метод относится к безопасным методам проведения аборта и рекомендован ВОЗ, как снижающий материнскую смертность и заболеваемость. Существуют и схемы проведения медикаментозного аборта для второго триместра беременности.

Медикаментозный аборт обычно проводится с помощью комбинации антигестеганного препарата с синтетическим простагландином (обычно мифепристона и мизопростола). По российским нормам, пациентка может получить эти препараты только у своего врача и принимает их в его присутствии. Свободная продажа средств медикаментозного аборта запрещена. В регионах, где мифепристон малодоступен, медикаментозный аборт производится с использованием только мизопростола.

Медикаментозный аборт комбинацией мифепристона и мизопростола приводит к полному аборту у 95–98 % женщин. В случаях неэффективности медикаментозного аборта проводится вакуумная аспирация. Помимо неполного аборта, при медикаментозном аборте могут возникнуть следующие осложнения: повышенная кровопотеря и кровотечение (вероятность 0,3 %–2,6 %), гематометра (накопление крови в полости матки, вероятность 2–4 %). Для их лечения используются кровоостанавливающие и спазмолитические препараты, продолжительность терапии составляет 1–5 дней.

Хирургические методы аборта

Аборт хирургическими методами, то есть с использованием медицинских инструментов, проводится только специально подготовленными медицинскими работниками в медицинских учреждениях. Основные инструментальные методы аборта – это вакуумная аспирация («мини-аборт»), дилатация и кюретаж (острый кюретаж, «выскабливание») и дилатация и эвакуация. Выбор того или иного метода зависит от срока беременности и от возможностей конкретного медицинского учреждения. В России хирургическим абортом также часто называют процедуру дилатации и кюретажа.

Вакуумная аспирация

Вакуумная аспирация, наряду с медикаментозным абортом, является безопасным методом проведения аборта по оценке ВОЗ и рекомендуется в качестве основного метода проведения аборта при сроке беременности до 12 недель. При мануальной (то есть ручной) вакуумной аспирации в полость матки вводится шприц с гибкой пластиковой трубкой (канюлей) на конце. Через эту трубку высасывается плодное яйцо с находящимся внутри него плодом. При электрической вакуумной аспирации плодное яйцо высасывается при помощи электрического вакуумного отсоса.

Вакуумная аспирация приводит к полному аборту в 95–100 % случаев. Это атравматичный метод, который практически исключает риск перфорации матки, повреждения эндометрия и других осложнений, которые возможны при дилатации и кюретаже. По данным ВОЗ, частота серьезных осложнений, подлежащих лечению в условиях стационара, после вакуумной аспирации составляет 0,1 %.

Дилатация и кюретаж

Дилатация и кюретаж (также острый кюретаж, в обиходе «выскабливание») — это хирургическая процедура, при которой врач сначала расширяет канал шейки матки (дилатация), а затем выскабливает стенки матки при помощи кюретки (кюретаж). Расширение шейки матки может проводиться с помощью специальных хирургических расширителей или путём приёма специальных препаратов (в этом случае сильно сокращается риск травмирования тканей и развития впоследствии цервикальной недостаточности). Перед процедурой женщине обязательно должны сделать обезболивание и дать успокоительные препараты.

В России дилатация и кюретаж — самый известный и широко распространённый метод проведения аборта. Тем не менее, Всемирная организация здравоохранения относит его к менее безопасным и устаревшим методам, рекомендуя применять вместо этого вакуумную аспирацию и/или медикаментозные способы.

Дилатация и эвакуация

Дилатация и эвакуация – это метод аборта, который применяется во втором триместре беременности. ВОЗ рекомендует его как наиболее безопасный метод аборта на этих сроках. Тем не менее, аборты во втором триместре в целом более опасны и чаще приводят к осложнениям, чем аборты на более ранних сроках. Процедура дилатации и эвакуации начинается с расширения шейки матки, которое может занять от нескольких часов до 1 дня. После этого для удаления плода применяется электрический вакуумный отсос. В некоторых случаях этого достаточно для полного аборта, в других случаях для завершения процедуры используются хирургические инструменты.

Статистика

В мире

Количество проводимых в мире аборт в последние годы остаётся стабильным: в 2003 году было проведено 41,6 млн аборт, в 2008 – 43,8 млн. Показатели аборт в расчёте на 1000 женщин составляют 28 по миру в целом, 24 для развитых стран и 29 для развивающихся стран. По имеющимся расчётам, в мире абортами заканчиваются 21 % беременностей, для развитых стран это соотношение составляет 26 %, для развивающихся – 20 %.

В среднем количество аборт в странах с либеральным абортным законодательством не превышает их количества в странах с ограничительным законодательством. При этом ограничительные законы в отношении аборт соотносятся с увеличением числа небезопасных аборт. Как отмечают исследователи, уровень небезопасных аборт в развивающихся странах связан с отсутствием доступа к современным средствам контрацепции. По некоторым оценкам, обеспечение доступа к средствам контрацепции могло бы привести к снижению числа небезопасных аборт на 14,5 млн и предотвратить 38 000 смертей от небезопасных аборт в год по всему миру.

Уровень легальных аборт сильно различается в разных странах. В 2008 году для стран с доступной полной статистикой самый низкий уровень аборт составлял 7 на 1000 женщин в Германии и Швейцарии, самый высокий – 30 на 1000 женщин в Эстонии. Доля беременностей, закончившихся искусственным аборт, в этой же группе стран колеблется от 10 % (Израиль, Нидерланды и Швейцария) до 30 % (Эстония), хотя она может достигать 36 % в Венгрии и Румынии, по которым имеются лишь неполные статистические данные.

Статистика

В России

В России количество абортсв постепенно снижается с начала 1990-х годов, хотя остаётся сравнительно высоким. Так, в 2010 году было проведено 1 054 820 абортсв, в 2011—989 375. При этом в официальную статистику абортсв в России включаются не только искусственные, но и самопроизвольные абортсв (выкидыши), что затрудняет сравнение со многими другими странами, где в статистике учитываются только искусственные абортсв. С 2007 года годовое число рождений превышает годовое число абортсв, и разрыв между этими двумя показателями постоянно увеличивается.

Статистика

Для сравнения также можно указать статистику в Украине и Белоруссии

Количество аборт в России значительно выше количества абортов на Украине и в Белоруссии. Например, в 2008 году в России было проведено 1,4 млн абортов, на Украине – 201 тыс., в Белоруссии – 42 тыс. Учёные отмечают, что однозначные причины такого различия в показателях между странами с похожей историей и культурой оценить сложно, но предполагают, что это может быть связано с различиями в рациональности и грамотности использования контрацепции и в государственной политике. В частности, очень низкий уровень абортов в Белоруссии соотносится с широким распространением гормональной контрацепции; на Украине действуют государственные программы планирования семьи, предусматривающие информирование населения об ответственном родителстве и методах предупреждения нежелательной беременности, а также бесплатное обеспечение средствами контрацепции женщин из групп риска.

К 2015 году число абортов в России составило 848 тысяч, сократившись с 2008 года почти на 40 %. Количество абортов без медицинских показаний (то есть по желанию женщины) составило 445 тысяч, по сравнению с 735 тыс. в 2011 году, сократившись таким образом до 22,8 (43 с учётом абортов по медицинским показателям) абортов на 100 родов.

На Украине же число абортов с 2008 года осталось на прежнем уровне или даже выросло до 200–250 тыс. человек, то есть примерно 48–60 абортов на 100 родов.

Число абортов в Белоруссии в 2013 году составило 31,2 тыс. На 100 родов в Беларуси в 2013 году приходилось 26,6 абортов.

НПА, регулирующий данный вопрос

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ СТ. 56.:

1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.
2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.
3. Искусственное прерывание беременности проводится:
 - 1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:
 - а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;
 - б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;
 - 2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.
4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.
5. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.
6. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.
8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Сроки больничного и выплаты при прерывании беременности

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается в соответствии с пунктом 11 настоящего Порядка на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3-х дней, в том числе и при прерывании беременности малого срока.

П.11 при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Имеет ли "будущий папа" право на принуждение "будущей мамы" к сохранению беременности?

Родить ребенка или прервать беременность решает женщина, воздействовать на неё при принятии такого решения можно только косвенно. Но после рождения малыша родительские права и обязанности возникают в равной степени и у матери, и у отца ребенка. Таким образом, после акта оплодотворения право выбора у мужчины отсутствует. В силу половых различий от решения женщины зависит, станет мужчина отцом или нет. Или противоположная ситуация, мужчина желает ребенка, но появится он на свет или нет, все зависит от женщины

Спасибо за внимание!