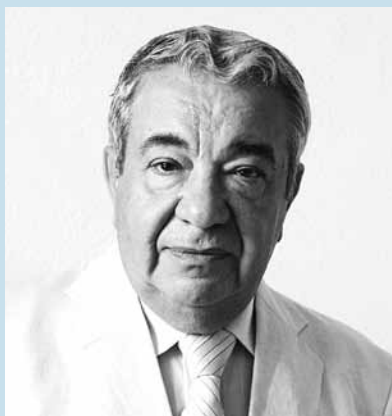


Гражданская позиция

Этические аспекты «коммерческой» конкуренции

Досадно, но факт — аборт по-прежнему чаще других причин нарушает репродуктивное здоровье российских женщин. Несмотря на стабильное уменьшение общего количества пострадавших, возрастной состав подвергшихся искусственному прерыванию беременности не может не огорчать. Речь идёт о самом уязвимом контингенте — о девушках 15–23 лет. Это тем более прискорбно, что снижение числа подростков и женщин репродуктивного возраста представляет действительную угрозу будущему страны (Д.А. Медведев, 2013).



5 марта 2010 года на Всемирном конгрессе в Лиссабоне мировое сообщество признало свершившейся революцию, основной идеей которой была **замена хирургического аборта на медикаментозный**. Россия своевременно вошла в число цивилизованных стран, разрешив 8 сентября 2009 года медикаментозный аборт с использованием 600 мг (трёх таблеток) мифепристона. Однако, невзирая на эффективность, этот метод оказался весьма дорогостоящим.

Число медикаментозных абортов, было невелико: 3–4% до 2011 года по официальным отчётам. К этому времени мир уже стал выполнять рекомендации ВОЗ с высокой степенью настоятельности (непрерывно обновляемые и неизменно актуальные¹) прерывать беременность по следующей схеме:

200 мг (одна таблетка) мифепристона и 600 мг мизопростола. И главное — в течение 2 нед категорически нельзя делать УЗИ, иначе детрит погибшего плодного яйца будет принят за «остатки» и женщину необоснованно подвергнут выскабливанию или аспирации этого детрита. В том же году, будучи ещё заместителем министра, Вероника Игоревна Скворцова утвердила регистрационное удостоверение препарата мифепристон с рекомендуемым режимом дозирования для фармаборта 200 мг. Это послужило пусковым механизмом для массового внедрения медикаментозного аборта, который в 10 раз снижает непосредственные осложнения и почти в 100 раз — отдалённые неблагоприятные последствия, требующие лечения бесплодия ВРТ, ЭКО и другими вспомогательными методами. Медикаментозный аборт с применением 200 мг мифепристона стал **дешевле хирургического**, в то время как дозировка, равная 600 мг, уравнивала их в ценах, и лечебные учреждения не были заинтересованы в отходе от хирургического аборта. Сравнительная же эффективность двух схем доказанно сопоставима. Такие выводы делают авторы как масштабного метаанализа (2009 год; 4 РКИ, 3482 пациентки)², так и Кокрейновского обзора (2011 год; 58 исследований; ОШ 1,07; 95% ДИ 0,87–1,32)³ — применение 200 мг

в сравнении с 600 мг всего на 1% менее эффективно при условии, что соблюдена рекомендованная схема приёма мизопростола. После принятия этих мер только за 2012 год количество медикаментозных абортов увеличилось в 2 раза: с 3,2 до 6,8%. И это уже прогресс, пусть и небольшой! Поэтому сегодня любые разговоры о возврате к трём таблеткам носят сугубо коммерческий и корыстный характер, обусловленный финансовой заинтересованностью компаний. Мы не позволим этому случиться, поскольку **патриотизм** действенный заключается в сбережении репродуктивного потенциала страны, возможном исключительно путём переломления критической ситуации с рождаемостью и неизменно бóльшим количеством бесплодных браков, связанных с предшествующими абортами. В настоящее время мы должны высказать своё **принципиальное неприятие** в отношении отклонений от норм, рекомендованных ВОЗ для всех стран мира и практически на всех сроках беременности.

Хочу привести в пример небывалую активность Свердловской области, где с этого года хирургические аборты системой обязательного медицинского страхования **не финансируются**, а оплачиваются только медикаментозные, причём по приемлемой цене, которая позволяет и амбулаторному, и стационарному звену зарабатывать на этом нормальные деньги и не калечить здоровье женщин пещерными и забытыми в цивилизованном мире хирургическими абортами.

[Эффективность одной таблетки мифепристона вполне сопоставима с таковой при использовании трёх таблеток — это неопровержимо доказано.]

Библиографию см. на с. 94–95.