USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

Целесообразность планирования семьи в странах бывшего Советского Союза

Доказательные факты из Европы, Евразии и США

Региональный проект по планированию семьи в Европе и Евразии

Author: Dr. Nino Berdzuli, T. Bossert, D. Bowser, A. Kenney, L. Stan, A. Hudkins, V. Zlidar
Title: The Rationale for Family Planning in the Former Soviet Union (Russian)
USAID contract GHS-I-05-03-00026-00
John Snow, Inc.
May 2009

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ В ЕВРОПЕ И ЕВРАЗИИ– это трехлетняя инициатива, финансируемая Агентством США по Международному Развитию в рамках контракта GHS-I-05-03-00026-00. Инициатива представляет собой региональную деятельность по эффективному использованию передового опыта в области планирования семьи, с целью ускорения улучшения программ по планированию семьи и таким образом расширению использования современных методов контрацепции и снижения уровня абортов.

Джон Сноу, Инк., внедряет Региональный Проект по Планированию Семьи в Европе и Евразии.

Рекомендуемая литература: Боссерт, Т, Баузер, Д, Кенни, А, Стэн, Л, Худгинс А, Злидар, В. 2009 г. «*Целесообразность планирования семьи в странах бывшего Советского Союза: Доказательные факты с Европы, Евразии и США. Региональный Проект по Планированию Семьи в Европе и Евразии*» Джон Сноу Инкорпорэйтед от имени Агентства США по Международному Развитию.

Перевод с английского: Л. Ахмадеева.

This report is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of JSI and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States government.

Аббревиатура

ВЗОТ	Воспалительное заболевание органов таза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	Внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОЗ БД ЗДВ	База данных ВОЗ «Здоровье для всех»
ЕС	Европейский Союз
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
МЗ	Министерство здравоохранения
МИКИ	Много-индикаторное кластерное исследование
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
МФГА	Международная федерация гинекологов и акушеров
МФРР	Международная федерация по регулированию рождаемости
ООН	Организация Объединенных Наций
ОУФ	Общий уровень фертильности
СКА	Суммарный коэффициент абортов
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СНГ	Содружество независимых государств
ЮНФПА	Фонд народонаселения ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
CDC	Центр по контролю и профилактике заболеваний

Содержание

Введение **1**

I. Планирование семьи как право человека **3**

Права пар и отдельных лиц *4*

Права женщин *5*

Права ребенка *6*

II. Планирование семьи и важные медицинские вмешательства **8**

Планирование семьи вносит свой вклад в здоровье младенцев, детей и матерей *8*

Современные методы контрацепции безопасны *13*

Комбинированные оральные контрацептивы приносят разнообразную пользу для здоровья *17*

Не противозачаточная польза от применения других современных методов контрацепции *19*

Контрацептивы, ВИЧ/СПИД и инфекции, передаваемые половым путем *21*

III. Применение контрацепции снижает количество абортов **23**

Влияние абортов на здоровье *29*

Контрацепция и аборты: сравнительные характеристики *32*

Совокупность методов контрацепции *34*

IV. Экономическая эффективность планирования семьи **38**

Планирование семьи является экономически-эффективным вмешательством, особенно по сравнению с абортами *38*

V. Государственная поддержка планирования семьи **40**

Государства поддерживают планирование семьи, поскольку оно приносит нужные результаты *40*

Заключение **44**

Приложения **45**

Список литературы **50**

Введение

Одним их многих изменений, произошедших в странах бывшего Советского Союза, является наличие и растущее использование средств современной контрацепции. В некоторых странах это вызывает беспокойство, особенно там, где лица ответственные за разработку политики здравоохранения могут быть не знакомы с современными методами планирования семьи и задаются вопросом о том, нужно ли участие правительства в обеспечении доступа к качественным услугам по планированию семьи. В таких случаях, могут не осознаваться многие полезные аспекты планирования семьи, включая следующие:

- Улучшение здоровья матери и ребенка и уровня выживаемости
- Снижения числа абортов
- Снижение уровня инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ
- Снижение затрат на медицинскую помощь, и более экономически-эффективная система здравоохранения
- Усиление возможностей людей и пар в принятии решений относительно того, создавать или нет семью, и иметь столько детей, сколько они хотят.

В некоторых странах с низким уровнем рождаемости и снижающейся численностью населения, существует некоторая обеспокоенность в отношении того, что меры по планированию семьи могут усугубить такое снижение численности населения. Данные, доказывающие несостоятельность такого понимания, представлены в данном документе. В данном документе читатели также информируются о том, почему правительства развитых стран, включая страны с низким уровнем рождаемости - поддерживают услуги по планированию семьи и содержат много полезных аспектов, которые улучшают доступ к таким услугам для людей, семей и правительств[1].

Страны, включенные в данный анализ и последующее обсуждение, это следующие 12 стран, бывшие частью Советского Союза: Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан. (Эти страны также представляют Содружество Независимых Государств[2]). В данном документе, эта группа стран будет упоминаться как «регион».

[1] Данный документ представляет расширенное и дополненное издание, разработанное на основании предыдущего доклада: "The Rationale for Family Planning in Ukraine" (Bossert, et al., *Together for Health* project, Kyiv, Ukraine, 2007) (Обоснование планирования семьи на Украине, Боссерт и другие, Проект «Все вместе – за здоровье», Киев, Украина, 2007 г.)

[2] Грузия запланирована покинуть Содружество Независимых Государств в августе 2009 года.

Общее политическое наследие этих стран региона привело к определенной модели использования методов планирования семьи, в отличие от моделей использования методов контрацепции некоторыми другими странами:

- Относительно низкий уровень использования современных методов контрацепции
- Относительно высокий уровень использования традиционных методов, принимая во внимание уровень развития и образования населения.
- Относительно высокое доверие к аборту, а не к планированию семьи, как метода регулирования рождаемости.
- Затяжное недоверие к современной контрацепции вообще, и в частности, к гормональным методам.

Несмотря на эти общие характеристики, имеются и значительные различия в современном положении двенадцати стран с точки зрения репродуктивного здоровья. Например, среднее количество детей, которое женщина могла бы иметь за свою жизнь (известное как «общий уровень фертильности» или «ОУФ») варьирует от самого низкого 1.3 в Молдове и Украине до самого высокого 3.3 в Таджикистане. Подобным образом в данном регионе имеется и широкий размах в использовании современной контрацепции замужними женщинами, от самого низкого - 12% - в Азербайджане, до самого высокого - 59% - в Узбекистане.

В данном документе будут обсуждаться пять веских причин в пользу поддержания расширения доступа к услугам по планированию семьи в регионе, независимо от существующих уровней фертильности:

1. **Планирование семьи – это право человека.** Эти двенадцать стран, наряду с большинством стран в мире, поставили свои подписи под основной декларацией прав человека и международными документами, выработанными общими усилиями, включая:
   - права женщин на доступ к соответствующим медицинским учреждениям, включая информацию, консультирование и услуги по планированию семьи;
   - право ребенка родиться желанным и здоровым
   - право пары свободно и ответственно решать вопрос о количестве детей, интервалах между родами и времени рождения ребенка

2. **Современные методы контрацепции безопасны и приносят пользу здоровью.** Многие высоко - качественные исследования, с наблюдением за женщинами в течении многих лет, документально четко подтвердили безопасность методов контрацепции. Эти исследования зафиксировали выраженную пользу для здоровья, полученную женщинами в результате

использования контрацепции. Фактически было доказано, что основные преимущества для здоровья накапливаются по мере их использования. В некоторой степени эти преимущества для здоровья защищают фертильность женщины, и кроме всего, они могут даже служить для увеличения семей, когда пары решают позднее иметь больше детей. И наконец, доказано, что необходимые интервалы между рождениями детей напрямую влияют на выживаемость матерей, младенцев, и даже детей.

3. **Контрацепция может снизить использование аборта.** Тогда как коэффициент абортов в регионе показывают снижение, общий уровень абортов в два раза выше по сравнению со странами Европейского Союза. Есть много причин для того, чтобы снижать использование абортов, включая пользу для женщин и семей и общее снижение себестоимости. Опыт других стран с низкой рождаемостью в данном регионе показал, что широкое использование современной контрацепции *эффективно* вытесняет аборт, и таким образом не уменьшая общий уровень фертильности.
4. **Преимущества планирования семьи перевешивают затраты на нее.** Доказательства, полученные в данном регионе и других странах мира, включая Европейский Союз и США, указывают на то, что контрацепция относится к наиболее экономически выгодным медицинским вмешательствам, и что странам стоит инвестировать в нее. Кроме того, инвестиции в планирование семьи зачастую возмещаются экономией затрат на услуги по проведению абортов, и лечение осложнений, связанных с абортами, поскольку количество абортов снижается по мере расширения использования методов контрацепции.

5. **Большинство государств поддерживает планирование семьи и доступные по средствам контрацептивы**. Вследствие значительных преимуществ контрацепции для здоровья населения страны, многие государства разработали программы по предоставлению доступа к услугам по планированию семьи, консультированию и товарам. Закупка контрацептивов в различной степени субсидируется государствами, что связано с важностью использования контрацепции для улучшения здоровья и благополучия населения страны, а также с сокращением затрат, связанных с нежелательной беременностью.

I. Планирование семьи как право человека

Начиная с 1990 г. выработался широкий международный консенсус по поводу существования государственных обязательств по защите и поощрению прав отдельных лиц и пар регулировать свою репродуктивную жизнь и иметь доступ к планированию семьи, информации и услугам. Международные соглашения, такие как декларация Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире в 1994 г. и стратегия Всемирной организации

здравоохранения по репродуктивному здоровью от 2004 г., помимо других, сделали и репродуктивное здоровье, и планирование семьи основными международными приоритетами. Совсем недавно международные лидеры на Всемирном саммите 2005 г. договорились о том, чтобы к 2015 г. сделать всеобщий доступ к репродуктивному здоровью национальной стратегией для достижения Целей развития тысячелетия ООН, заявляющих, что «прогресс для женщин есть прогресс для всех», (Фонд Народонаселения ООН (ЮНФПА), 2005 г.).

Многие международные и национальные декларации провозглашают репродуктивное здоровье и планирование семьи в качестве прав человека. Эти права являются, зачастую, долгосрочными целями по улучшению состояния здоровья населения во многих странах. Все страны в Регионе подписались под многими международными соглашениями по правам человека, включая Международную конвенцию о гражданских и политических правах, Международную конвенцию об экономических, социальных и культурных правах, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенции о правах ребенка, и международные согласованные документы Международной конференции по народонаселению и развитию и Четвертой международной конференции женщин.

Права пар и отдельных лиц

Решение о том, иметь или не иметь ребенка, и когда именно иметь ребенка , во всем мире признается в качестве основного права человека. Международные декларации и соглашения недвусмысленно определили репродуктивное здоровье и, более конкретно, варианты планирования семьи, в качестве основного права человека.

- «Всеобщей декларацией прав человека» в 1968 г. было объявлено право человека «вступить в брак и создавать семью».
- «Международная конференция по народонаселению и развитию» (МКНР) 1994 г. в Каире: параграф 7.16: «…Все страны должны предпринять шаги для удовлетворения требований планирования семьи своего населения как можно скорее и во всех случаях, к 2015 г., добиться предоставления всеобщего доступа к полному объему безопасных и надежных методов планирования семьи и соответствующим услугам по репродуктивному здоровью., которые не противоречат закону. Цель состоит в том, чтобы помочь парам и отдельным лицам добиться своих репродуктивных целей и дать им полную возможность реализовать свое право иметь детей по желанию».

- В Европейском Союзе существуют свои собственные договоры о правах человека, начиная с Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950 г.), которая официально заявила, что «мужчины и женщины брачного возраста имеют право заключать брак и создавать семью». Европейская социальная хартия (1961 г.) гарантирует социальные и экономические права человека с особым упоминанием о праве на «доступные, эффективные медицинские учреждения для всего населения».”
- Европейская конвенции о правах человека учредила Европейский суд по правам человека, с помощью которого каждый, кто считает, что его права, провозглашаемые этими конвенциями, нарушили, может предъявить иск этому суду. Важность репродуктивного права подтверждалась подачей нескольких исков, включая право на аборт женщин в Польше, отцовство мертворожденного ребенка в Российской Федерации, и расходы, связанные с детскими инвалидностями, которые не были выявлены во время беременности женщин во Франции (Европейских суд по правам человека, www.echr.coe.int).

Права женщин

Хотя права женщин вытекают из всех деклараций и конвенций о правах человека, их особый репродуктивный статус также стал причиной принятия деклараций, которые особенно касались прав *женщин*. Среди этих деклараций следующие:

- *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин* (1981 г.)*:* Статья 12.1. « Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи». Статья 14.2. « Государства-участники …обеспечивают …женщинам [в сельских районах] право …b) на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, включая информацию, консультации и обслуживание по вопросам планирования размера семьи».
- *Стратегия ВОЗ по репродуктивному здоровью* от 2004 г. определяет стратегию для стран по улучшению обслуживания по репродуктивному и сексуальному здоровью. Она ссылается как на один из основных аспектов репродуктивного здоровья: «…предоставление высококачественных услуг в области планирования семьи, включая службы, связанные с бесплодием; ликвидацией небезопасных абортов; борьбой с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, инфекциями половых путей, раком шейки матки и другими гинекологическими заболеваниями; и укрепление сексуального здоровья (ВОЗ, 2004 г. a).

- *Четвертая всемирная конференция ООН по положению женщин, 1995 г.*, (Пекинская конференция) вновь подтвердила необходимость непрерывно гарантировать, что репродуктивные права считаются неотъемлемой частью прав человека.
- Другие организации, такие как *Международная федерация гинекологов и акушеров*, признали необходимость права женщины на достижение репродуктивного и сексуального здоровья. МФГА признает, что « здоровье женщин часто подрывается не из-за отсутствия медицинских знаний, а нарушениями прав женщин».
- *Цели развития тысячелетия* – это перспективная программа по преодолению бедности и улучшению качества жизни, согласованная 189 странами-участниками (включая все 12 стран региона) на Саммите тысячелетия в 2000 г. По меньшей мере, три из восьми целей напрямую связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем. На октябрь 2006 г. Всеобщий доступ к услугам по репродуктивному и сексуальному здоровью через систему первичной медико-санитарной помощи к 2015 г. был утвержден в качестве новой задачи для реализации цели «укрепления здоровья матери» (Family Care International, 2007 г. Международная Федерация по регулированию рождаемости (МФРР), 2006 г.). Эта дополнительная цель была предложена Целевой группой проекта тысячелетия «Здоровье матери и ребенка» и одобрена Генеральным секретарем ООН Кофи Аннаном, который сказал:

  > *«Цели развития тысячелетия, в частности, искоренение крайней бедности и голода, не могут быть достигнуты без прямого обращения к вопросам народонаселения и репродуктивного здоровья. А это означает более активные усилия по продвижению прав женщин и более крупные инвестиции в образование, и здоровье, включая репродуктивное здоровье и планирование семьи»*

Права ребенка

Во многих заявлениях, призывающих к доступу к услугам по планированию семьи, упоминается избежание «нежелательной беременности» или «нежеланных родов». Неотъемлемым в этом рассуждении является основная концепция, состоящая в том, что каждый ребенок должен быть «желанным». Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 г. подробно и ясно разработала эту концепцию, констатируя:

«Первой и самой главной ответственностью является обеспечение того, что каждый ребенок является желанным ребенком. Второй ответственностью является признание того, что дети являются самым важным ресурсом будущего, и что более крупные инвестиции в них со стороны родителей и обществ являются необходимыми для достижения продолжительного экономического роста и развития».

Кроме того, Конвенция о правах ребенка (1990 г.) оговаривает в качестве особого условия: «Государства-участники …принимают необходимые меры для: а) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;…г) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды …д) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи».

Планирование семьи является успешным вмешательством, которое, как уже доказано, приводит к улучшению здоровья младенцев и детей, а также к снижению младенческой и детской смертности (см. «Планирование семьи вносит свой вклад в здоровье младенцев, детей и матерей», с. 8).

Хотя официальные соглашения являются очень важными утверждениями прав, именно реализация этих прав на национальном уровне говорит о том, что эти гарантии осуществляются. Во многих странах такая реализация сдерживалась различными факторами, включая недостаточное финансирование, выделяемое на репродуктивное здоровье и услуги по планированию семьи, неадекватные системы здравоохранения и слабые административные структуры, барьеры в законодательстве, а также более широкие социальные условия гендерного неравенства и социальных норм в отношении репродуктивных выборов.

Важный пункт 1: Во всем мире существует общее мнение о том, что доступ к услугам по планированию семьи, консультированию и средствам контрацепции является основным правом человека, неотъемлемым от прав пары, женщины и ребенка.

II. Связь между планированием семьи и здоровьем.

Многие вышеупомянутые декларации проводят связь между планированием семьи и здоровьем. Это связано с тем, что планирование семьи уже давно показало свою пользу для здоровья населения. Контрацепция может сократить количество нежелательных беременностей, а также число абортов, осложнений после беременности и родов (путем предотвращения беременности), и кроме того, уменьшить количество инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ.

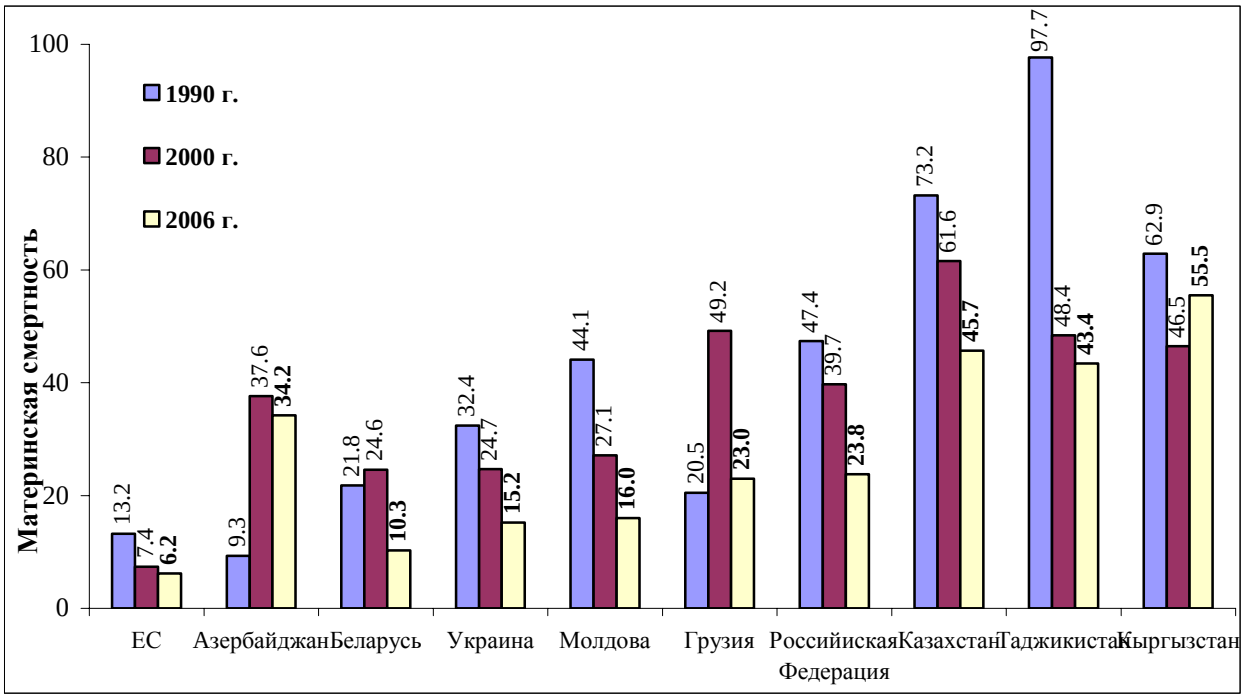
Современная контрацепция играет огромную роль в состоянии здоровья женщины и ее благополучии. Каждый год, более 120 пар имеют неудовлетворенную потребность в противозачаточных средствах, 80 миллионов женщин сталкиваются с проблемой нежелательной беременности, из которых 45 миллионов заканчивается абортами. Около половины женщин из одного миллиона умирает от осложнений беременности, родов, и послеродового периода, у 340 миллионов женщин проявляются первые случаи инфицирования гонореей, сифилисом, хламидиями, или трихомониазом (Гласиер, 2006 г.). Кроме того, уже давно доказано, что современные методы контрацепции безопасны. Более того, контрацепция приносит прямую пользу для здоровья, не считая предупреждение беременности.

Планирование семьи вносит свой вклад в здоровье младенцев, детей и матерей

Предупреждение незапланированной и нежелательной беременности является важной стратегией снижения младенческой и материнской смертности. По оценкам, около 50% всех беременностей относится к числу незапланированных, и около 25% беременностей – к нежелательным в отдельных странах (Доннэй, 2000 г.). Кроме того, большая часть материнской смертности связана с пост-абортными осложнениями. Например, в Российской Федерации, материнская смертность, связанная с абортами в 10 раз превышает те же самые показатели в западных странах (Жирова, 2004 г.).

За последние двадцать лет наблюдается значительное снижение уровня материнской смертности в Регионе. В Российской Федерации, например, уровень материнской смертности упал с 47 на 100 000 живорожденных в 1990 г., до 24 в 2006 г. Но она все еще в четыре раза выше, чем в странах Европейского Союза, где на 100 000 живорождений приходится 6 смертей (см. Диаграмму 1).

Диаграмма 1. Материнская смертность (материнская смертность на 100 000 живорожденных в отдельных странах) 1990 г.–2006 г.



База данных Европейского Бюро ВОЗ «Здоровье для всех»

Планирование семьи помогает отложить беременность на более поздний срок

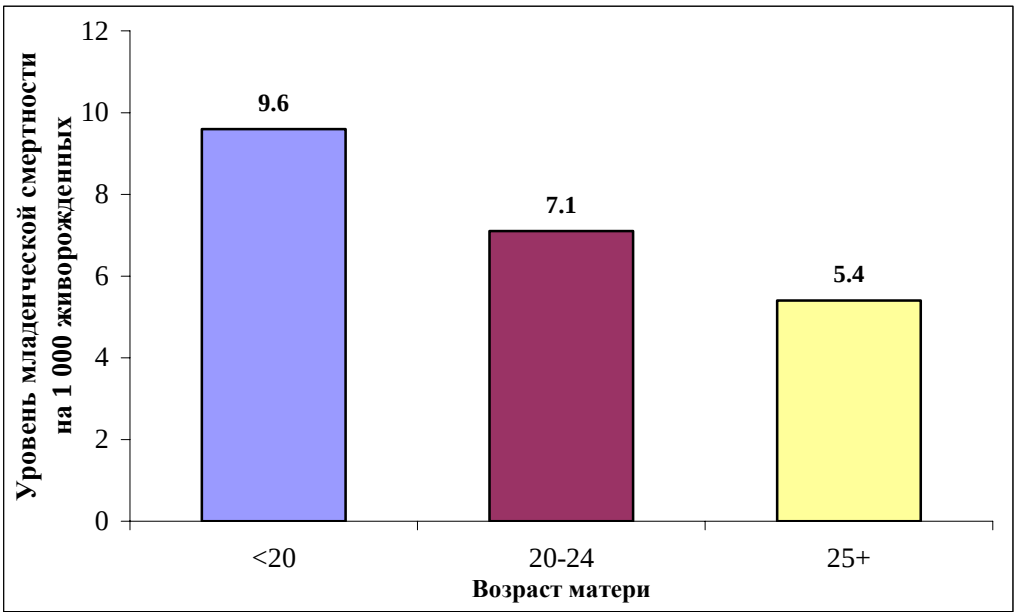
Откладывание первых родов до 20 лет полезно и матери и ребенку. Беременность является основной причиной смертей молодых женщин в возрасте 15-19 лет во всем мире, что происходит по причине осложнений после родов и не безопасных абортов (ЮНФПА, 2004 г.). Такие девочки – подростки имеют больше вероятности умереть во время родов, чем женщины в двадцать лет и старше (ЮНФПА, 2004 г.). К числу наиболее распространенных осложнений у беременных подростков относятся преждевременные роды, гипертония, анемия и плохое питание матери (Треферс, 2001 г.).

К другой пользе, кроме сохранения здоровья подростков, относится откладывание беременности на более поздний срок, что дает время молодым девушкам на умственное и физическое развитие, позволяет получить образование и быть более подготовленными для несения затрат, связанных с появлением новорожденного ребенка (ВОЗ, 2004 г. а).

Обзор и всесторонний анализ мировой литературы показывает, что молодые матери с большей вероятностью рожают детей с низким весом и с меньшей вероятностью кормят своих детей грудью (Треверс, 2001 г.; Кониак-Гриффен, 2001 г.) Уровень младенческой смертности также выше для детей, рожденных юными матерями, чем среди матерей в возрасте после 20 лет.

Риск смерти младенца в первый год жизни обычно в первый год жизни обычно на 30% выше у матерей в возрасте 15-19 лет, чем у женщин в 20-29 лет (Институт Алана Гутмачера, 1997 г.). По данным Великобритании можно увидеть, что младенцы, рожденные юными матерями больше подвержены риску смерти, чем младенцы женщин в возрасте 25 лет и выше (Ботинг, 1998 г.). Чем младше возраст матери, тем выше риск младенческой смертности (см. Диаграмму 2).

Диаграмма 2. Младенческая смертность в соответствии с возрастом матери, Англия и Уэльс, 1994 г.-1996 г.



Ботинг, 1998 г.

В странах Региона наблюдается более высокое число подростковых беременностей. При анализе ситуации в 46 развитых странах, выяснилось, что уровень подростковой беременности был выше в 1995 г., чем в 1970 г. в восьми странах – Армении, Белоруссии, Эстонии, Грузии, Литве, Македонии, Российской Федерации и в Украине. Только в пяти из 46 стран – уровень беременности составил 70 или больше случаев на 1000 женщин 15-19 возраста в год – в Белоруссии, Болгарии, Румынии, Российской Федерации, и США (Институт Алана Гутмачера, 2001 г.).

Юный возраст при первом вступлении в половой контакт также является фактором, способствующим росту подростковой беременности, а подростки в Регионе ведут активную половую жизнь. Например, исследование, проведенное Министерством здравоохранения (МЗ) Украины показало, что средний возраст подростка, имеющего первый сексуальный контакт, составлял 14 лет (Центры по контролю заболеваний (CDC), 2003 г., а также Кроме и Сельтзер, 1999 г.).

А исследование ВОЗ по молодежи показало, что 24% 15-летних девушек и 47% 15–летних юношей в Украине уже имели половой контакт (ВОЗ, 2004 г. с).

В тех странах Региона, где половая жизнь до брака считается неприемлемой по традициям и менее распространенной, как в Украине, риск ранней беременности все же остается проблемой, которая связана с ранним возрастом вступления в брак.

Женатые несовершеннолетние имеют повышенный риск ранней беременности, поскольку невесте требуется «доказать» свою способность к рождению ребенка, что является распространенной практикой во многих странах мира, включая более традиционные европейские народы (Лукас, 1999 г.). В Таджикистане, например, около 15% женщин в возрасте 20-49 лет вышли замуж еще до 18 лет (Международная группа по Много-индикаторному кластерному исследованию (МИКИ), 2005 г.).

Женщины, которые выходят замуж в раннем возрасте, зачастую, имеют больше беременностей и чаще рожают, чем те, кто вышел замуж позже МИКИ (2005 г.), что представляет собой дополнительные факторы риска для репродуктивного здоровья.

Планирование семьи помогает избежать риска поздней беременности

По мере увеличения возраста беременной значительно возрастают некоторые риски для здоровья, включая риск выкидыша, рождение мертвого плода и смерть новорожденного, диабет беременных, вызванный беременностью, гипертензия, тяжелая преэклампсия, и *предлежание плаценты* (Хэнсон, 1986 г.; Хуанг, 2008 г.; Якобсон, 2004 г.). Признано, что роды женщин старше 40 лет в 2,7 раз более рискованные, чем в группах с самым низким риском (Чен, 1974 г.)

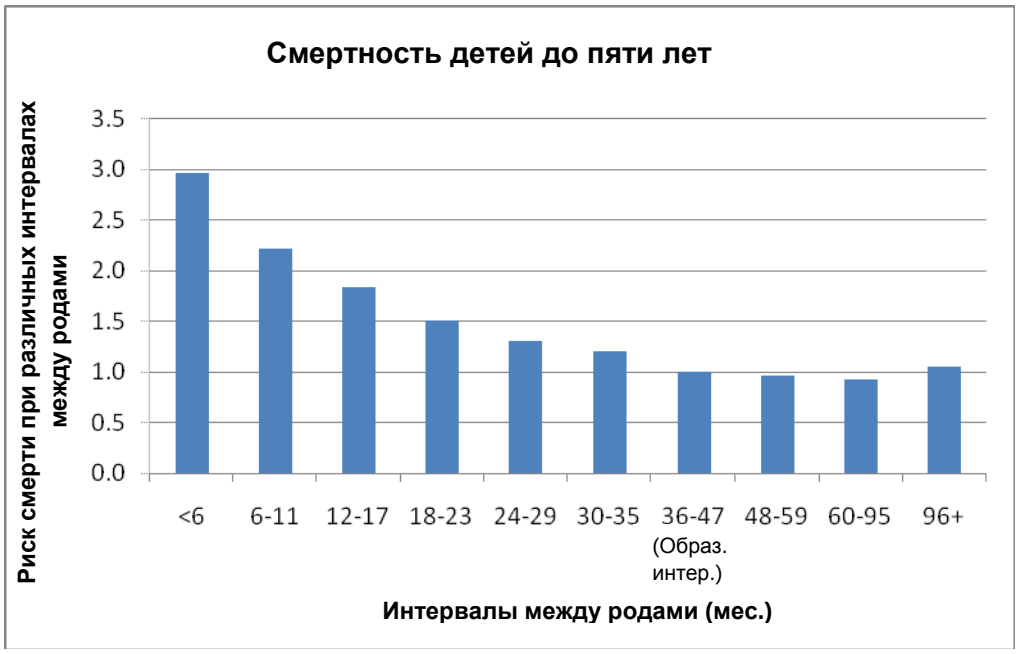
Планирование семьи позволяет выдерживать необходимые интервалы для рождения здоровых детей

Соответствующие интервалы между родами приносят пользу для здоровья матери. Мета-анализ, проведенный на основе 22-х исследований показывает, что короткие интервалы между родами приводят к повышенному риску разрывов матки, маточно-плацентарным кровотечениям, материнской смертности, и другим отрицательным исходам для здоровья матери (Конде-Агудело, 2007 г.). Выяснилось, что интервалы между беременностями меньше 6 месяцев от предыдущей беременности, а также до 24 месяцев, могут иметь неблагоприятные последствия для здоровья матери. (Конде-Агудело, 2007).

И наоборот, более длительные интервалы приносят пользу здоровью. Женщины, имеющие детей в интервалах от 27 до 32 месяцев, по сравнению с женщинами, родившими с интервалами от 9 до 14 месяцев, с большей вероятностью (в 1.3 раза) избегут анемии, (в 1.7 раз) кровотечения в третьем триместре беременности и (в 2.5 раз) выживут при родах (Конде-Агудело, 2000 г.).

Достаточно продолжительные интервалы между родами служит охраной здоровья, и помогают выживать новорожденным, младенцам, и детям до пяти лет. Выдерживание нужного интервала между родами снижает риск преждевременных родов или рождения младенцев с низким весом (Фуентес-Афлик, 2000 г.; Гриббл, 1993 г.). Самый всесторонний анализ содержит указания на то, что интервал от 36 до 47 месяцев между родами и следующим зачатием имеет меньше всего риска неонатальной, младенческой смертности и смертности детей до 5 лет (Рутштейн, 2008 г.) (см. Диаграмму 3).

Диаграмма 3. Смертность детей до 5 лет в соответствии с интервалами между родами матери



Рутштейн, 2008 г.

В странах Региона, были проведены аналогичные исследования по интервалам беременности и получены такие же результаты, как и в международных исследованиях. В Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане смертность детей в возрасте до <36 месяцев была на 60% ниже среди тех женщин, которые выдерживали интервалы между родами 18 месяцев и больше (Акматов, 2006 г.).

Предотвращение слишком большого числа беременностей

Литература содержит большое количество фактов, подтверждающих то что слишком большое количество беременностей может оказаться губительным для здоровья матери, младенцев и детей. Общая озабоченность заключается в том, что, скорее возраст женщины, а не большое количество беременностей представляет собой фактор риска. В результате обзора литературы, в которой изучались доказательные факторы по женщинам с количеством беременностей до 5 и до 10 беременностей, были сделаны выводы о том, что, безусловно, имеется взаимосвязь между многочисленными беременностями, медицинскими осложнениями, и патологией плаценты (Алию, 2005 г.).

Большинство исследований показывают, что количество родов более четырех приводит к существенному риску для матери. Например, выпадение матки и послеродовое кровотечение наиболее распространены среди много рожавших женщин (ВОЗ, 2003 г. а). Другие исследования показывают, что семьи с низким доходом и с большим количеством детей могут причинить ущерб здоровью своих детей из-за недоедания, неспособности распознать заболевание, неадекватного внимания и ухода, антисанитарных жилищных условий, неподходящей одежды и крова, и неплатежеспособности, чтобы отвести ребенка на прием к врачу (Хетон, 2005 г.).

Важный пункт 2: Использование контрацепции ведет к более хорошему состоянию здоровья матерей и детей вследствие соблюдения интервалов между родами и предохранения от беременности очень молодых, очень зрелых женщин и женщин, имеющих много детей.

Современные методы контрацепции безопасны

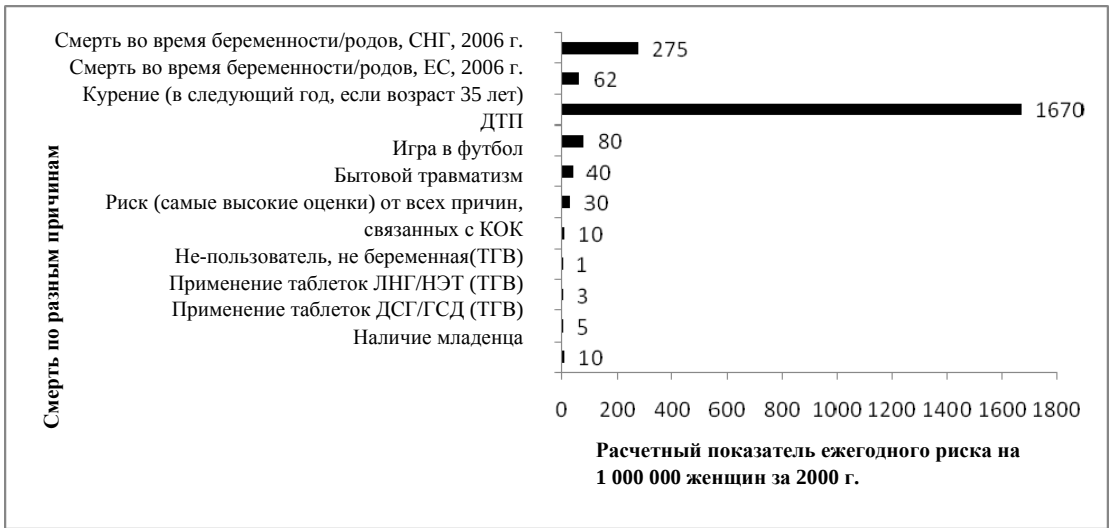
Контрацептивы находятся в ряду самых изучаемых лекарств и препаратов в мире. Эти исследования проводятся для гарантии безопасности и пригодности методов контрацепции, чтобы правительства, высшие должностные лица, медицинский персонал, женщины и мужчины могли быть уверены, что преимущества от контрацепции превышают риски.

Так же как и все остальные лекарственные средства и медицинские препараты– их использование несет в себе пользу, а также факторы риска. К счастью, уровень риска, связанного с использованием контрацепции – крайне низкий.

К самым известным факторам риска применения комбинированных оральных контрацептивов относятся нежелательные побочные действия на сердечнососудистую систему, такие как тромбоз глубоких вен (тромбообразование в глубоких венах ног) и эмболия легких (тромбообразование в артериях, ведущих к легким). Диаграмма 4 помогает ранжировать факторы риска в зависимости от контекста (обратите внимание, что эти показатели представлены в расчете на *один миллион* женщин).

Данные, представленные в Диаграмме 4 содержат в себе четкое указание та то, что риск развития тромбоэмболии (тромбов) в связи с приемом оральных контрацептивов у женщин Великобритании составляет одну треть по сравнению с риском развития тромбов во время беременности и родов (Гибо, 2004 г.). Кроме того, женщина, применяющая комбинированные оральные контрацептивы, имеет в восемь раз больше шансов умереть в автокатастрофе, чем от применения этого метода контрацепции. По другим оценкам, риск смерти во время беременности (до 20 недель) и родов для женщин, проживающих в Великобритании и США в 20 раз выше, чем от применения оральных контрацептивов для молодых и здоровых женщин, и в 1000 раз выше, чем риск смерти от применения ВМС (Хэтчер, 2004 г.).

Диаграмма 4. Сопоставление факторов риска, связанных с использованием контрацепции, родами и другой деятельностью в Великобритании, ЕС, и СНГ за 2006 г.



Выдержка из Гибо, 2004 г. данные по ЕС и СНГ из Базы данных ВОЗ «Здоровье для всех».
ТГВ = тромбоз глубоких вен ДСГ = дезогестрел ГСД = гестоден
ЛНГ = левоногестрел НЭТ = норэтистерон

Традиционные опасения людей в отношении использования гормональных контрацептивов

Многие в Регионе считали, что некоторые контрацептивы опасны для здоровья. Некоторые из этих убеждений появились в результате неправильного понимания некоторых фактов, существовавших в прошлом, которые неприменимы в современном составе противозачаточных средств. Исследования, проведенные в 1960 г. и 1970 г. в разных странах мира, показывают, что применение комбинированных оральных контрацептивов сопряжено с повышением риска тромбообразования, сердечных приступов, и инсульта (Роял Колледж, 1967 г.; Роял Колледж, 1978 г.; Вессей, 1968 г.). Чем выше доза эстрогена, тем выше риск побочных действий (Гиллиум, 2000 г.). В результате высоко-дозированные таблетки теперь больше не используются.

К сожалению, в странах бывшего Советского Союза в продаже в основном были высоко дозированные таблетки. Такие результаты исследований оказали отрицательное влияние на репутацию гормональных контрацептивов – и это то наследие, которое дополняет нежелание врачей выписывать современные низко-дозированные оральные контрацептивы. Почти все оральные контрацептивы, имеющиеся в продаже в странах Региона содержат менее 50 мкг эстрогена (Хадгинс, 2004 г.). Такая доза не просто эффективна, она также значительно сокращает риск сердечно-сосудистых осложнений (Гиллиум, 2000 г.)

Существует много ошибочных мнений в отношении комбинированных оральных контрацептивов. К счастью, многие исследования показывают, что эти взгляды неверны. Например, всесторонний анализ литературы и различные исследования показывают, что не существует связи между применением оральных контрацептивов и набором веса (Гало, 2007 г.).

Самое распространенное во всем мире опасение заключается в том, что оральные контрацпептивы могут повредить будущую способность к зачатию. Однако, многие исследования показывают, что способность к зачатию сразу, без задержки возвращается после окончания применения оральных контрацептивов, что означает, что женщина, которая употребляла таблетки точно так же может забеременеть через какое-то время, как и другая женщина, которая не пользовалась никакими методами контрацепции (ВОЗ, 2007 г. с; Хассан, 1994 г.; Фарроу, 2002 г.). К тому же, одно исследование показало особенно интересные результаты: женщины, которые применяли оральные контрацептивы дольше всех, беременели быстрее, чем другие женщины, включая тех, кто не пользовался контрацепцией вообще (Фарроу, 2002 г.). В этой связи, исследователи предполагают, что применение оральных контрацептивов *улучшает* будущую фертильность женщин – их применение предупреждает эктопическую (внематочную) беременность и многие известные онкологические заболевания репродуктивных органов (см. «Применение

комбинированных оральных контрацептивов приносит разнообразную пользу для здоровья», с. 17).

Существует еще одно ошибочное мнение в отношении того, что применение оральных контрацептивов вызывает рак. На самом деле, наоборот: В литературе есть явные указания на то, что оральные контрацептивы оказывают защитное воздействие против многих видов рака (см. Таблицу 1, с. 17-19). Для изучения взаимосвязи между применением оральных контрацептивов и раком было предпринято бесчисленное количество исследований, включая мета-анализ тысяч женщин (Маршбанкс, 2002 г.; Думокс, 2003 г. и 2005 г.; Кахленберг, 2006 г.; Камл, 2005 г.; Вессей, 2006 г.). Тем не менее остались некоторые вопросы, не получившие ответа – в отношении связи между применением оральных контрацептивов, раком груди и раком шейки матки. Группой экспертов, собранной ВОЗ в 2006 г. для анализа доказательных фактов для «Универсального руководства для поставщиков услуг по планированию семьи» были сделаны выводы, что факты противоречат друг другу и их трудно интерпретировать (ВОЗ, 2007 г.). В целом, повышение риска – незначительно. Поскольку от этого пострадало только очень малое количество женщин, и поскольку польза от применения оральных контрацептивов настолько разнообразна и значительна, то ВОЗ не рекомендует изменять практику назначений оральных контрацептивов в связи с обеспокоенностью в отношении возможности повышения риска онкологических заболеваний (ВОЗ, 2004 г.).

Если факторы риска от применения контрацептивов перевешивают их пользу, то ВОЗ предоставляет четкие инструкции в отношении того, можно или нет применять этот метод. Специальной рабочей группой проводятся систематические обзоры литературы по медицинским состояниям и применением контрацепции, а затем собирается международная группа экспертов. Эта группа делает анализ доказательных фактов, достигает консенсуса по вопросу о том, кто может, а кто не может безопасно использовать каждый из методов контрацепции. Руководство ВОЗ «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции» содержит общее описание того, какие методы контрацепции имеют противопоказания по их применению, и в связи с какими медицинскими состояниями (ВОЗ, 2004 г.).

Важный пункт 3: Современные методы контрацепции широко изучались в течение многих лет. Их безопасность установлена в достаточной степени, а эффективность и польза для здоровья хорошо известны.

Комбинированные оральные контрацептивы приносят пользу для здоровья

Комбинированные оральные контрацептивы приносят большую пользу для здоровья, что не связано исключительно только с решением, когда забеременеть, и беременеть ли вообще. Существуют прекрасные доказательные факты за долгосрочный период времени в пользу существования защитного эффекта контрацептивов против рака яичников и эндометрия (Шлессэлмэн, 1995 г.; Ханнафорд, 2007 г.).

В целом, чем дольше женщина пользуется комбинированными оральными контрацептивами, тем больше снижается риск вероятности заболевания этими онкологическими болезнями. Например, по сравнению с теми женщинами, которые никогда не применяли оральные контрацептивы, риск рака эндометрия снижается на 23% среди тех женщин, которые применяли таблетки в течении года, на 54% среди тех женщин, которые применяли таблетки в течении 4 лет, на 66% среди женщин, употреблявших таблетки в течении 8 лет, и на 72%, которые применяли таблетки в течении 12 лет (Шлессэлмэн, 1995 г.). Результаты последнего исследования Королевского Колледжа Врачей Общей Практики, которое охватило более 45 000 женщин за период более чем 30 лет – показали, что риск рака яичников снижается на 46% среди тех женщин, которые когда-либо пользовались оральными контрацептивами, по сравнению с теми женщинами, которые никогда не принимали таблетки вообще (Ханнафорд, 2007 г.).

Выводы по исследованиям в отношении разнообразия пользы от применения оральных контрацептивов для здоровья женщин изложены в Таблице 1.

Таблица 1. Польза для здоровья комбинированных оральных контрацептивов, не связанная с противозачаточным действием

Медицинское состояние	**Детали и результаты опубликованных исследований** *Снижение риска по сравнению с женщинами, которые не применяют контрацепцию вообще или применяют негормональные методы контрацепции*
Онкологические заболевания	
Рак эндометрия	Риск рака эндометрия снижается на 40% при недлительном использовании и до 80% при длительном использовании (>10 лет) (Макглафлин, 2007 г., Баркмэн, 2001 г.).
Рак яичников	Использование комбинированных оральных контрацептивов в течение 12 лет снижает риск рака яичника на 60% (Макглафлин., 2007 г.). 46% снижение риска рака яичника (Ханнафорд , 2007 г.). Защитное действие продолжается даже после окончания применения контрацепции.

Медицинское состояние	**Детали и результаты опубликованных исследований** *Снижение риска по сравнению с женщинами, которые не применяют контрацепцию вообще или применяют негормональные методы контрацепции*
Рак ободочной и прямой кишки	Использование оральных контрацептивов в течение 96 месяца или дольше ведет к 40% более низкому риску ректального рака, чем у тех, кто никогда не использовал оральные контрацептивы (Мартинез, 1997 г.; Фернандез, 1998 г.). У тех, кто когда-либо использовал контрацептивы наблюдается сокращение риска на 25% рака толстой кишки или прямой кишки (Ханнафорд, 2007 г.).
Репродуктивные состояния	
Внематочная беременность	У женщин, принимающих оральные контрацептивы реже случается внематочная (трубная) беременность, чем у тех женщин, которые вообще не пользуются ни каким методом контрацепции (Франкс, 1990 г.; Мол, 1999 г.).
Воспалительные заболевания органов таза	Использование оральных контрацептивов в течение 12 последующих месяцев снижает риск воспалительных заболеваний органов таза на 50-60% ; тех, кто принимает таблетки на 50% реже госпитализируют (Паснер, 1991 г.; Рубин, 1982 г.).
Маточное дисфункциональное кровотечение	Рандомизированное контролируемое исследование показало снижение маточного дисфункционального кровотечения от применения оральных контрацептивов (Дэвис, 2000 г.).
Кисты яичника	Использование оральных контрацептивов связывается со снижением доли функциональных кист яичника в некоторых исследования (Холт, 2003 г.). В других исследованиях это снижение не рассматривается очень большим или важным (Гримс, 2006 г.).
Синдром поликистоза яичников	Оральные контрацептивы чаще всего используются для лечения синдрома поликистоза яичников, что снижает андгрогенные симптомы и улучшает проблемы менструации, связанную с этим заболеванием (Врбикова, 2005 г.).
Репродуктивные состояния	
Эндометриоз	Оральные контрацептивы являются препаратами первого ряда для лечения боли в низу живота, обильных менструаций, и других симптомов, связанных с эндометриозом (Версилини, 2008 г.).
Дисменорея	Хотя некоторые исследования показали, что оральные контрацептивы снижают риск дисменореи на 60% (Мишель, 1982 г.), другие обзоры показали, что нельзя сделать никаких заключений об эффективности обычно используемых современных низко дозированных комбинированных оральных

Медицинское состояние	Детали и результаты опубликованных исследований *Снижение риска по сравнению с женщинами, которые не применяют контрацепцию вообще или применяют негормональные методы контрацепции*
	контрацептивов для дисменореи (Проктор, 2001 г.).
Другие	
Железо-дефицитная анемия	Женщины, применяющие оральные контрацептивы имеют больше запаса железа в крови, чем у тех женщин, которые вообще не пользуются контрацепцией (Фразинели-Гундерсон, 1985 г.; Нильсон, 1967 г.)
Минеральная плотность костной ткани	Оральные контрацептивы могут повысить минеральную плотность костной ткани (Варрен, 2005 г.). У тех, кто когда-либо пользовался средствами контрацепции риск перелома бедра на 25% ниже (Михайлесон, 1999 г.).
Угревая сыпь	В рандомизированных клинических исследованиях было показано, что степень поражения угревой сыпью больше снизилась в результате применения оральных контрацептивов в лечебной группе, по сравнению с группой – плацебо , (Редмонд, 1997 г.; Лаки, 1997 г.; Аровождлу, 2007 г.).

Не противозачаточная польза от применения других современных методов контрацепции

Многочисленный характер полезных действий от применения комбинированных оральных контрацептивов поражает. Большинство доказательных фактов существует по этому методу - как одному из препаратов, для изучения действия которого, проводилось самое большое количество исследований. Все современные методы контрацепции, кроме всего, оказывают другую пользу для здоровья пользователей, не связанную с противозачаточным эффектом. В таблице 2 приведены доказательные факты по другим методам.

Таблица 2: Полезное действие других методов контрацепции, не связанное с контрацепцией

Метод	Польза для здоровья
	Детали и результаты из опубликованных исследований
ВМС	Анализ 7 исследований показал, что в шести исследованиях имеются факты, доказывающие что применение ВМС защищает от рака эндометрия; Пользователи ВМС реже страдают от внематочной беременности, чем те женщины, которые не пользуются никакими методами контрацепции (Хубачер, 2002 г.; Мишель, 1998 г.; Сивин, 1991 г.; Мол 1995 г.; Скельдестад, 1997 г.; Франкс, 1990 г.; Жанг, 1994 г.)

Метод	Польза для здоровья
Презервативы	Многочисленные клинические исследования показывают, что презервативы могут снизить риск широкого разнообразия ИППП, помимо ВИЧ - инфекции, включая гонорею, хламидии, трихомониаз, сифилис, генитальный герпес, вирус паппиломы человека и состояния связанный с ней (Штейнер, 2007 г.). Те, кто пользуется презервативами, меньше рискуют заболеть бесплодием, чем те, кто ими не пользуется (Несс, 2004 г.). Презервативы защищают от внематочной беременности (Франкс, 1990 г.; Жанг, 1994 г.; Мол 1995 г.).
Инъекционные контрацептивы прогестеронового ряда (Депо-провера)	Защищают от рака эндометрия, фибромы матки, симптоматических воспалительных заболеваний органов малого таза, железодефицитной анемии, и внематочной беременности; снижает выраженность приступов серповидноклеточной анемии среди женщин, страдающих от серповидно-клеточной анемии и уменьшает боль в органах малого таза в связи с эндометриозом (Лумбиганон , 1996 г.; Грэй, 1985 г.; ВОЗ, 1998 г.; де Абод, 1997г.; Верселлини, 1996 г.; Винкель, 2003 г.; Франкс, 1990 г.; Жанг, 1994 г.; Мол 1995 г.).
Имплантанты	Помогают в защите против симптоматического воспалительного заболевания органов малого таза , внематочной беременности, и железодефицитной анемии (Фрейзер, 2000 г.; Сивин, 2003 г.; Франкс, 1990 г.; Жанг, 1994 г.; Мол 1995 г.).

Важный пункт 4: Большинство современных методов контрацепции приносит пользу здоровью. Эта польза включает долгосрочную защиту от смертельных онкологических заболеваний репродуктивных органов и лечение состояний, связанных и не связанных с репродуктивной системой.

Контрацептивы, ВИЧ/СПИД и инфекции, передаваемые половым путем

Презервативы

Кроме предупреждения беременности, презервативы защищают от инфекций, передающихся половым путем (ИППП), включая ВИЧ (Веллер, 2002 г.; Херст, 2004 г.; Несс, 2004 г.; Национальный Институт Аллергии и Инфекционных Болезней, Национальный Институт Здоровья, 2000 г.; Штейнер, 2007 г.).

Систематические обзоры научной литературы, проведенные с целью количественной оценки эффективности предупреждения передачи ВИЧ при помощи мужских латексных презервативов показали, что постоянное и правильное использование презервативов предупреждает от 80% до 95% случаев передачи ВИЧ, которые могли бы произойти, если бы не было презервативов (Веллер, 2002 г.; Херст, 2004 г.). Это означает, что использование презервативов предупреждает от 80% до 95% случаев передачи по сравнению с тем, если бы человек не пользовался презервативами (это ни в коем случае *не означает* что от 5% до 20% пользователей презервативов будут инфицированы ВИЧ).

Презервативы помогают сократить риск передачи ИППП в различной степени. В целом, презервативы очень эффективно действуют в предупреждении передачи тех ИППП, которые распространяются через выделения, такие как ВИЧ, гонорея и хламидиоз. Тем не менее, они помогают также предупредить и те инфекции, которые передаются через кожный контакт, такие как герпес, папиломавирус человека, которые являются предвестниками рака шейки матки , (Штейнер, 2007 г.; ВОЗ, 2007 г.). Кроме того, исследования показывают, что меньше вероятности бесплодия среди пользователей презервативов, чем среди тех, кто ими не пользуется (Несс, 2004 г.).

Уровень ИППП также возрос в Регионе в 90-е г. По данным ВОЗ, распространенность сифилиса возросла с 5.0 в 1990 г. до 206.8 в 1997 г. на 100 000 человек. Это тенденция полностью изменилась в обратном направлении за последние годы, и распространенность сифилиса снизилась до уровня 41.4 на 100 000 в 2006 г. в Содружестве Независимых Государств (СНГ). Тем не менее, количество новых случаев сифилиса все еще в *девять* раз превышает этот показатель по странам ЕС (База данных Европейского Бюро ВОЗ «Здоровье для всех»).

Важный пункт 5: Использование презервативов защищает от ВИЧ и других ИППП, включая хламидии, и гонорею, которые являются основными причинами бесплодия.

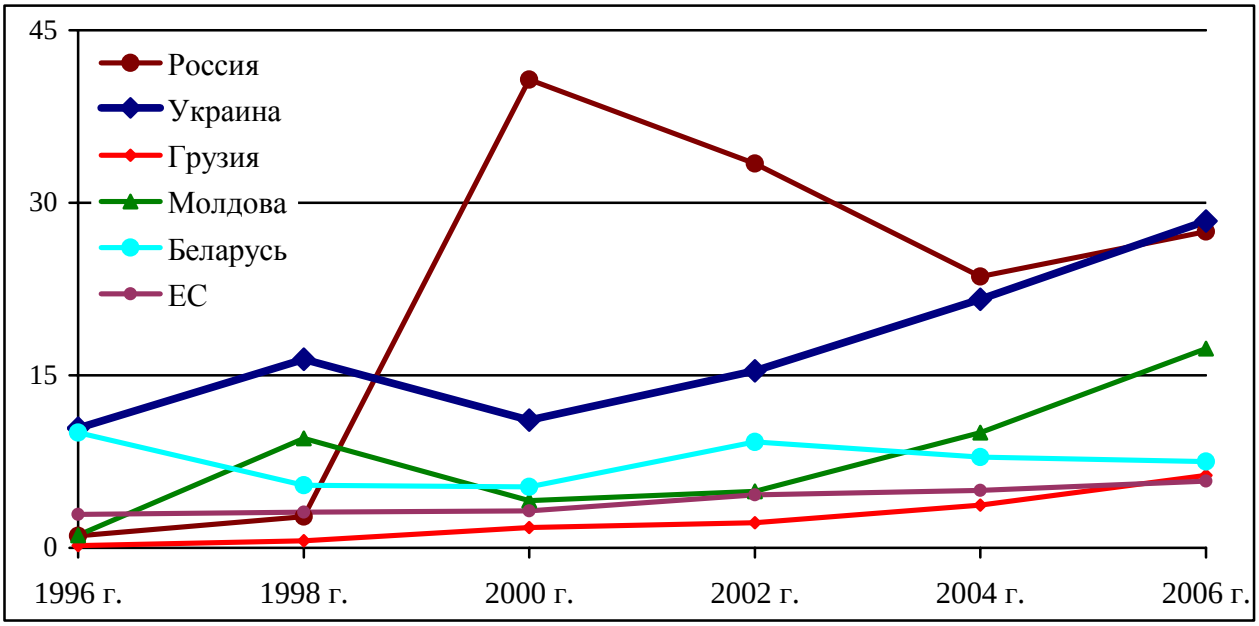
Гормональные контрацептивы

Существуют противоречащие друг другу доказательные факты в отношении того, повышают или нет гормональные контрацептивы риск передачи ИППП, включая ВИЧ. Обзор самых лучших исследований показал, что возможно есть некоторый повышенный риск хламидиоза ассоциированный с применением комбинированных оральных контрацептивов и использованием Депо-Провера (Мохлайии, 2006 г.). Координационным Комитетом ВОЗ по изменению «Руководства по планированию семьи» проанализированы эти доказательные факты был сделан вывод: “появление новых доказательных фактов не изменит текущего руководства, а в частности: нет ограничений по применению комбинированных оральных контрацептивов и Депо-Провера женщинам, которые относятся к группе риска заражения ИППП» (ВОЗ, 2005 г. a).

ВОЗ и партнерами было созвано совещание 2005 г. для обсуждения связи между применением гормональных контрацептивов и ВИЧ в условиях с высокой распространенностью данной инфекции. На основе сделанных выводов, группой было принято решение о том, что не должно быть никаких ограничений в применении комбинированных оральных контрацептивов и Депо-Провера для женщин, подверженных риску заражения ВИЧ (ВОЗ, 2005 г. b).

Проблема ВИЧ/СПИДа представляет собой серьезную озабоченность в странах Региона. Диаграмма 4 показывает заболеваемость ВИЧ в нескольких странах, что представляет собой уровень новых случаев ВИЧ, которые выявляются каждый год в Регионе. Сюда вошли также данные по ЕС, чтобы показать эти коэффициенты в перспективе. Коэффициенты заболеваемости ВИЧ по Украине и Российской Федерации в пять раз превышают те же самые показатели по Европейскому Союзу.

Диаграмма 4: Заболеваемость ВИЧ на 100 000 населения



База данных Европейского Бюро ВОЗ «Здоровье для всех»

В Украине, наблюдается самый стремительный рост эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире, которая может представлять собой угрозу для развития страны (Жилка, 2005 г.). Ежегодное количество вновь поставленных диагнозов «ВИЧ» удвоилось в Украине с 2001 г. (ЮНАЭЙДС, 2008 г.). Аналогичный рост был документально зафиксирован недавно. Распространенность ВИЧ, что представляет собой долю ВИЧ – инфицированного населения в определенный момент времени – возросла с 11.14 на 100 000 чел. в 2000 г. до 27.52 на 100 000 в 2006 г. (База данных Европейского Бюро ВОЗ «Здоровье для всех»).

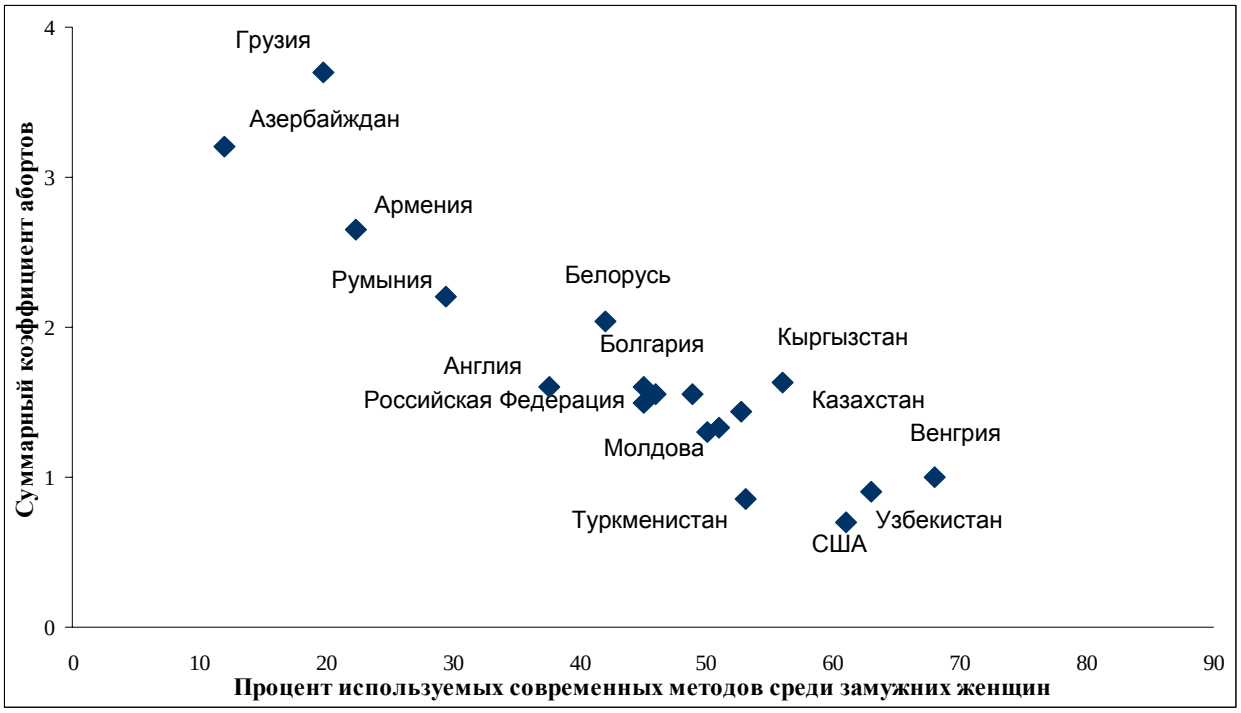
III. Применение контрацепции снижает количество абортов

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в Каире было провозглашено, что все государства должны «сокращать использование аборта путем расширения и усовершенствования услуг по планированию семьи» (ВОЗ, 2004 г. и МКНР). Замена аборта контрацепцией обязательна: Контрацепция является более безопасным методом контроля рождаемости, чем аборт. Следовательно, многие страны стараются повысить использование контрацепции населением, чтобы снизить необходимость в проведении абортов.

Расширение использования контрацепции связано со снижением количества абортов

Есть много доказательств того, что применение контрацептивов влияет на сокращение числа абортов в странах бывшего Советского Союза (Вестофф, 2005 г.). Эмпирические доказательства из развитых стран показывают, что страны с более высоким использованием контрацептивов имеют тенденцию к более низким показателям абортов (см. Диаграмму 5).

Диаграмма 5. Суммарный коэффициент абортов и распространенность современных контрацептивных методов в отдельных странах, в определенные годы

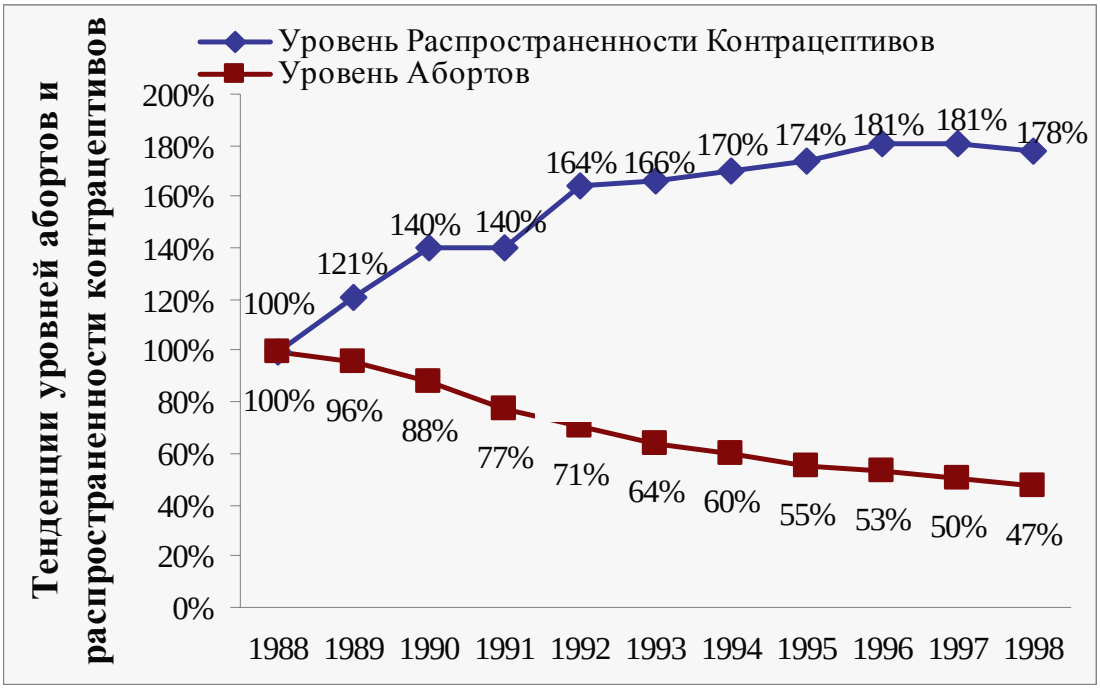


Вестофф, 2005 г.

Похожие примеры снижения числа абортов с увеличением распространенности современных контрацептивных методов наблюдались при продольном анализе в 1990 г. в двенадцати странах Восточной Европы и Центральной Азии (Вестофф, 2005 г.). В 1990 г. наблюдался рост использования современной контрацепции в каждой стране. Это обычно совпадало с постоянным снижением числа абортов. Диаграмма 6 показывает тенденции в уровне распространенности современных контрацептивных методов[3] и общего коэффициента абортов в Российской Федерации за десятилетие. Результаты очевидны: Уровень применения современных контрацептивов возрос на 78% с сопутствующим снижением числа абортов до 53%.

[3] Уровень распространенности применения методов контрацепции – это доля (%) замужних женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет), которые используют (или чьи партнеры используют) определенные методы контрацепции в определенном моменте времени.

Диаграмма 6. Динамика абортов и контрацепции в Российской Федерации



Выдержка из Вестофф, 2005 г. Эти цифры показывают относительную динамику изменения уровня распространенности абортов и средств контрацепции, начиная со значений за 1988 г., которые взяты за 100%. Общий уровень абортов – это число абортов на тысячу женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

Контрацепция, аборты и фертильность

Имеются доказательства из нескольких стран (Дания, Нидерланды, США и Куба), что до того, как рождаемость снижается до стабильного уровня, и аборт, и использование контрацептивов имеют тенденцию к росту (Марстон, 2003 г.). Как только уровни фертильности стабилизируются на самых низких уровнях, контрацепция заменяет аборт как предпочтительный метод регулирования рождаемости и не влияет на продолжающееся снижение фертильности.

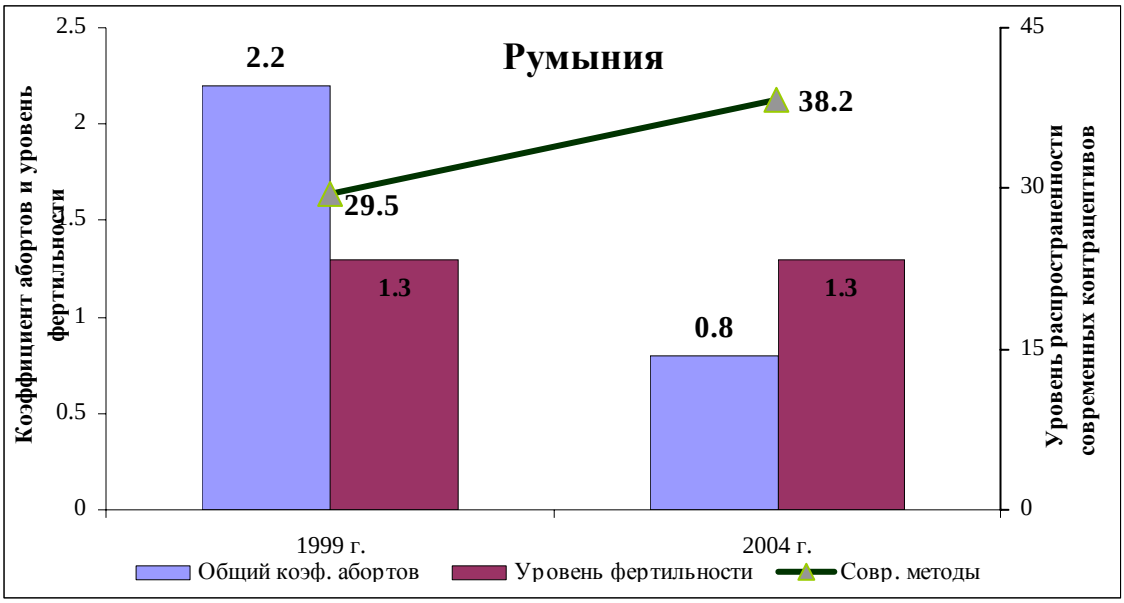
Такое явление наблюдалось в некоторых странах Восточной Европы и Региона. Несколько недавних примеров замены аборта контрацепцией, сопровождаемые стабильной фертильностью, показаны ниже. В Румынии с окончанием политики поощрения рождаемости режима Чаушеску в 1989 г., произошел рост доступа к услугам по репродуктивному здоровью и их использование. По мере того, как уровень использования контрацептивов—сначала оральных контрацептивов и презервативов—возрос с 1999 по 2004 гг., суммарный коэффициент абортов на женщину снизился с 2.2 до 0.8, а общий уровень фертильности не изменился (оставаясь таким – 1.3 родов на женщину (см. Диаграмму 7).

В Украине, суммарный коэффициент абортов снизился наполовину, в то время как наблюдался небольшой рост контрацепции, с 47% до 51%. Уровень фертильности остался неизмененным (см. Диаграмму 7). Казалось бы, очень небольшие изменения в уровне распространенности контрацепции, от одного

исследования до другого, могут оказать такое значительное воздействие на сокращение уровня абортов, когда используется эффективный современный метод контрацепции.

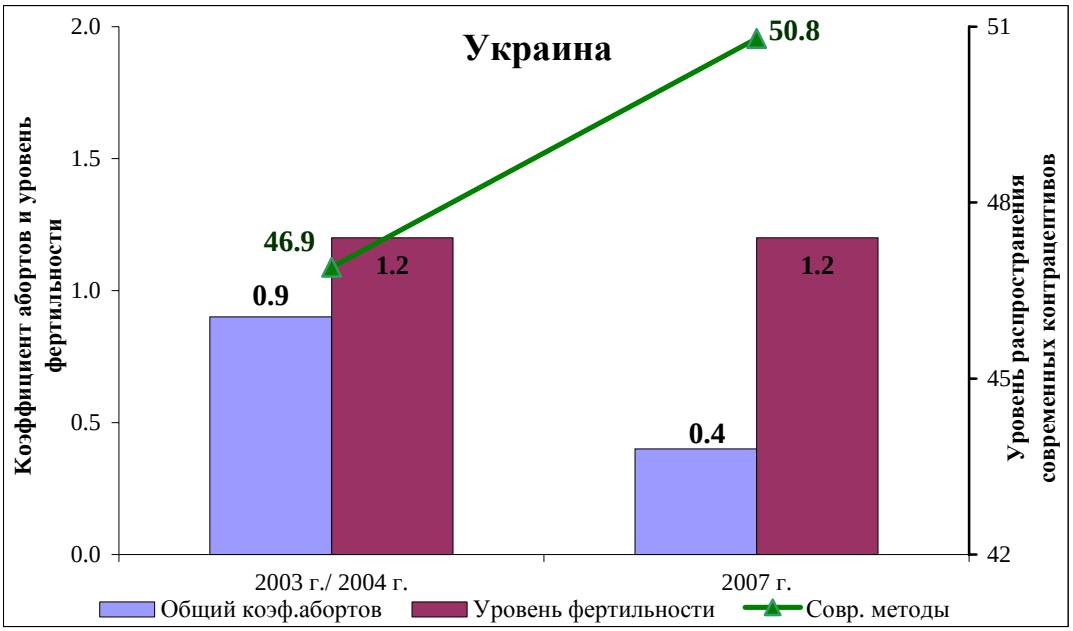
С 1999 по 2007 гг., на 10 процентных пунктов снизилась степень использования традиционных методов, при которых наблюдался высокий уровень беременностей, в то время как степень использования презервативов и оральных контрацептивов возросла. Переход от менее эффективных методов к более эффективным методам сократил количество нежелательных беременностей, и снизил количество абортов.

Диаграмма 7. Одновременные изменения суммарного коэффициента абортов, использования современных методов, и уровня фертильности в Румынии, Украине и Грузии

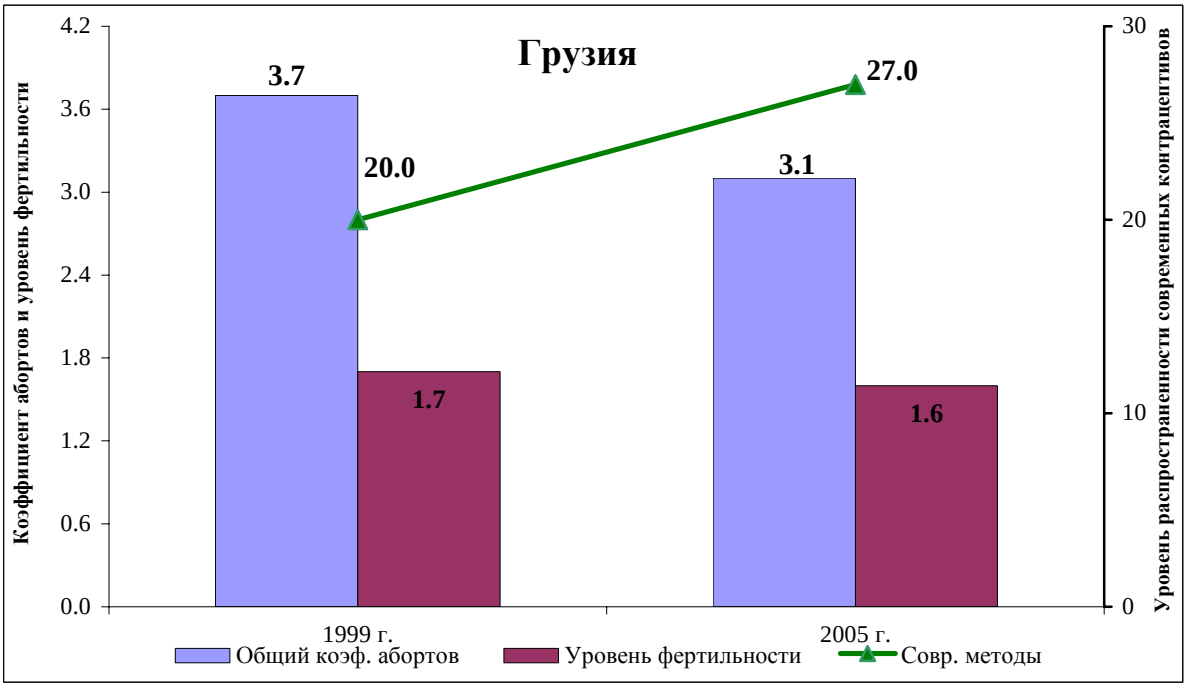


Румыния 1999 и 2004 гг. Обследования по репродуктивному здоровью

Диаграмма 7. Одновременные изменения суммарного коэффициента абортов, использования современных методов, и уровня фертильности в Румынии, Украине и Грузии



Институт Алана Гутмачера, 2007 г.; Исследование «Желание и возможность платить» 2004 г.; Украина Медико-демографическое обследование, 2007 г.



Грузия 1999 и 2005 гг. Обследования по репродуктивному здоровью

Грузия, традиционно, имела один из самых высоких показателей абортов в мире. Последнее иссследование репродуктивного здоровья показало, что суммарный коэффициент абортов снизился на 16% от 3.7 абортов на одну женщину за весь жизненный период в 1999 г. до 3.1 в 2005 г. Уровень использования современных методов контрацепции возрос от 20% до 27% за этот период времени , с небольшим ростом в применении оральных контрацептивов, презервативов и ВМС. Хотя рождаемость осталась почти на том же уровне. Данные по Региону поддерживают допущение о том, что контрацепция заменяет аборт, не снижая уровня рождаемости.

Важный пункт 6: В странах с низкой рождаемостью (как в шести из 12 стран региона и многих европейских странах), имеются весомые доказательства того, что возросшее использование современных методов контрацепции снижает скорее число абортов, чем рождаемость.

Влияние абортов на здоровье

Опасность для здоровья от аборта как метода регулирования рождаемости

В мире из 210 млн. забеременевших женщин в 2000 г. 46 млн.. добровольно прервали ее абортом. Сорок один процент (41%) из этих абортов (19 млн.) были сделаны в обход легальной системы здравоохранения, часто непрофессиональными медработниками или в негигиенических условиях (ВОЗ, 2004 г. b; МФРР, 2006 г.).

На Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 г. в Каире, правительства согласились, что аборт рискован, и все правительства должны пытаться «снизить обращение к аборту путем расширения и улучшения служб по планированию семьи» (ВОЗ, 2004 г. b и Международная конференция по народонаселению и развитию в 1994 г.). Имеются не вызывающие сомнений выводы об отрицательных последствиях небезопасных абортов. Самыми тяжелыми являются смерть, сепсис, кровотечение, травмы половых и брюшных органов, перфорация матки и отравление вредными веществами при глотании. Другими возможными вторичными осложнениями небезопасных абортов являются инфекции репродуктивных органов, синдром хронической тазовой боли и воспалительные заболевания органов таза (Салтер, 1993 г.; ВОЗ, 2003 г. b).

Влияние безопасного и небезопасного аборта на здоровье

Тогда как доказательства небезопасного аборта обоснованы, многочисленные исследования, изучавшие некоторые возможные негативные последствия для здоровья безопасных или не осложненных абортов, часто приходили к неубедительным результатам. Например, существует определенное беспокойство по поводу того, что аборт может негативно влиять на будущую фертильность женщины (Министерство здравоохранения Украины, 2000 г.; Стешенко, 1999 г.). Однако исследования не обнаружили какой-либо связи между безопасным искусственным прерыванием беременности и вторичным бесплодием[4] (невозможности зачать или сохранить беременность после того, как ранее это было успешным) или внематочной (трубной) беременностью (Атраш, 1990 г.). Международная федерация по регулированию рождаемости (МФРР) пришла к выводу, что не имеются доказательства того, что не осложненный аборт как-либо влияет на будущую фертильность (МФРР, 2006 г.). По вопросу повторных абортов и их влиянием на будущую репродуктивность было сделано мало исследований, и пока нельзя делать какие-либо выводы (Атраш, 1990 г.). Есть необходимость более глубокого понимания этой проблемы, поскольку повторные аборты – это достаточно распространенное явление в Регионе.

Если искусственный аборт осложняется инфекцией, то это может плохо сказаться на фертильности женщины (Атраш, 1990 г.). По этому вопросу не было большого количества литературы, следовательно, здесь трудно сделать оценку. Тем не менее, Медико-демографическое исследование в Азербайджане, проводимое в 2006 г. показало, что у 11% всех женщин, которые делали аборт наблюдались осложнения после этой процедуры в течении 30 дней, и у 4% женщин – осложнения в течении шести месяцев. Кроме того, Обследование репродуктивного здоровья в Украине в 1999 г. показало, что 5% всех женщин, которые делали аборт, была повторная госпитализация в этой связи, и 6% из этой категории женщин имели длительные осложнения (Киевский международный институт социологии, 2001 г.).

В тех случаях, когда эти осложнения сопряжены с инфекцией, то эта процедура, конечно, может привести к проблемам фертильности. Предыдущие исследования показывает, что на Украине пять из девяти абортов на одну тысячу женщин репродуктивного возраста являются небезопасными (ВОЗ, 2004 г. b; Гласиер, 2006 г.).

Исследования, проводимые в разных странах мира показывают, что из пяти женщин, которой был сделан небезопасный аборт , как минимум одна страдает инфекцией половых путей, в результате этого аборта, и некоторые из этих инфекций достаточно серьезные, которые могут привести к бесплодию (ВОЗ, 2004 г.).

[4] Вторичным бесплодием называется неспособность зачать или выносить беременность, после того как уже это было успешно сделано в прошлом .

Однако имеются свидетельства того, что аборт влияет на здоровье младенцев, рожденных сразу после аборта. Исследование методом случай-контроль, проведенное Франции, показало, что женщины, имеющие в анамнезе искусственное прерывание беременности, имели более высокий риск преждевременных родов на ранних сроках, чем те, у которых не было аборта (Моруа, 2005 г.). Некоторые другие исследования во Франции (Хенриет, 2001 г.) и Германии (Мартиус, 1998 г.) также показывают, что преждевременные роды связаны с искусственным прерыванием беременности. Однако исследование в Китае не обнаружило статистически важной взаимосвязи между медицинским абортом и низким весом при рождении после первой последующей беременности (Йимин, 2004 г.), а второе китайское исследование выяснило, что женщины, которые для прерывания беременности использовали мифепристон (антипрогестироновый препарат), имели более низкие расхождения в цифрах по преждевременным родам, чем женщины, у которых не было аборта (Чен, 2004 г.).

Похожим образом имеются конфликтующие доказательства того, что аборты влияют на риск рака груди. Мета-анализ проведенный в 1996 г. что у женщин, делавших аборты, на 30% возрастал риск рака груди (Брайнд, 1996 г.). Мета-анализ, который был проведен в 2004 г. из 53 исследований, которыми было охвачено 83 000 женщин с раком груди из 16 стран мира, показал, что беременность, которая заканчивается самопроизвольным выкидышем или искусственным прерыванием беременности, не повышает риск развития рака груди (Берал, 2004 г.). Авторы сделали вывод о том, что предыдущие ретроспективные исследования показывали противоположные факты, вероятнее всего, в связи с тем, что женщины, у которых развился рак груди, чаще признаются в том, что у них было искусственное прерывание беременности, чем другие женщины. В 2005 г., автор мета-анализа, проведенного в 1996 г. сделал критическую оценку десяти перспективных исследований, и сделал вывод о том, что существует связь между искусственным абортом и раком груди (Брайнд, 2005 г.).

Поскольку факты противоречивы, то организации собрали совещания, чтобы сделать попытку придти к общему пониманию по этому важному вопросу. Национальный институт онкологии США, Британское правительство и МФРР заключают, что между абортом и раком груди связи нет (Национальный институт онкологии, 2006 г; Совместная группа по гормональным факторам рака груди, 2004 г.; МФРР, 2006 г.). ВОЗом был проведен анализ данной темы, на основе чего был сделан вывод о том, что если использовались только методологически самые качественные исследования, что означает, что на них мало повлияла систематическая ошибка, - то нет доказательных фактов, которые поддерживают теорию о том, что аборты повышают риск развития рака груди (ВОЗ, 2000 г.).

Важный пункт 7: Безопасные, легальные аборты имеют мало длительных воздействий на здоровье. Однако, если проявляются осложнения после аборта, то это может отрицательно сказаться на здоровье, и даже привести к бесплодию.

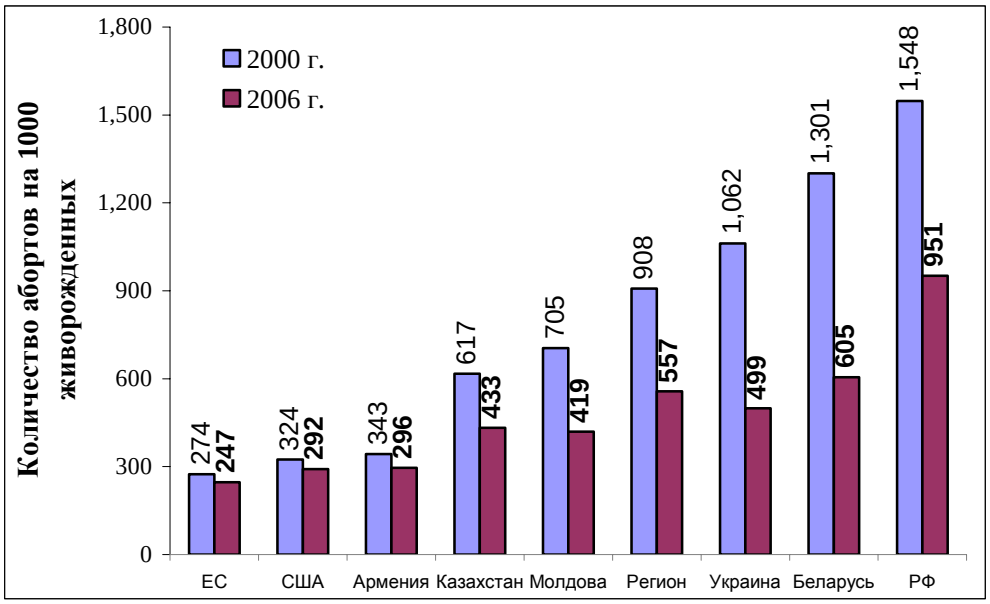
Контрацепция и аборты: сравнительная характеристика

Уровень абортов

В советский период аборт, наряду с ВМС, был одним из самых распространенных методов регулирования рождаемости в регионе. За последние годы доля беременностей, закончившихся искусственным абортом (количество абортов на 1000 живорожденных) значительно снизилась. Последние данные базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» показывают, что доля беременностей, закончившихся искусственным абортом в Регионе, снизилась с 906 на 1000 живорожденных в 2000 г. до 557 на 1000 живорожденных в 2006 г., то есть снижение на 40% (ВОЗ, База данных «Здоровье для всех»).

Несмотря на снижение числа абортов в регионе, последние сравнительные данные показывают, что доля беременностей закончившихся абортами остаются еще достаточно высоким по сравнению с другими развитыми странами. В Регионе он составляет 557 на 1000, а в странах Европейского Союза 245 (см. Диаграмму 8).

Диаграмма 8. Доля беременностей закончившихся абортами в отдельных странах, 2000 и в 2006 гг.



ВОЗ /База данных «Здоровье для всех»; данные по США из Института Алана Гутмачера

В международном анализе имеющихся данных, суммарный коэффициент абортов снизился очень сильно в странах Восточной Европы и Центральной Азии по всем изучаемым странам за период времени с 1996 по 2003 гг. (Седж, 2007 г.). Такое снижение в этом регионе является продолжением той тенденции, которая началась в начале 1990 г. (Джонс, 2002 г.). В большинстве стран региона такое снижение совпало с расширением доступа и использованием современных методов контрацепции вместо традиционных методов (которые раньше играли существенную роль в планировании семьи в этих странах) или вообще неиспользования контрацепции (CDC, 2003 г.; Марстон, 2003 г.; Вестофф, 2000 г.) (см. ниже «Совокупность методов контрацепции»).

Важный пункт 8: Несмотря на то, что суммарный коэффициент абортов в Регионе снизился, он все еще значительно выше, чем в западноевропейских странах и Соединенных Штатах.

Совокупность методов контрацепции

Изучая методы контрацепции, применяемые в стране – или распределение методов контрацепции, используемых населением, можно сделать много интересных наблюдений в отношении применения контрацепции. Совокупность методов отражает предпочтения людей, их наличие, доступность, и возможные предубеждения в отношении использования определенных методов. Это также помогает определить, является ли методы, которые больше всего используются очень эффективными, умеренно эффективными или низко - эффективными, что влияет на уровень абортов. Здесь мы анализируем совокупность методов, используемых в Регионе, и сравниваем с методами, используемыми в других частях мира.

Совокупность методов контрацепции в Регионе достаточно сильно отличается от той, которая используется в странах Европейского Союза и США. Основная разница заключается в следующем:

1. В целом, *современные* методы контрацепции используются меньше в регионе, чем в странах ЕС, в то время как больше используются *традиционные* методы – в частности – метод прерванного полового акта.
2. Две трети всех стран в регионе полагаются в основном на использование одного метода контрацепции, на который приходится более 50% всей контрацепции, которая используется в стране. Это считается «смещенной» разновидностью методов (Суливан ТМ, 2006 г.).
3. При рассмотрении совокупности методов контрацепции, становится совершенно очевидно, что у женщин есть определенные предубеждения против использования определенных методов в регионе, в частности оральных контрацептивов.

1. Высокая степень использования неэффективных традиционных методов

Женщины в регионе все еще очень доверяют нескольким традиционным методам контрацепции. Например, в Азербайджане (где самое высокое использование традиционных методов) одна треть замужних женщин используют прерванный половой акт, - самый распространенный метод по всем странам региона. Количество женщин, использующих данный метод, в четыре раза превышает долю женщин, которые используют ВМС (9%) – самый популярный современный метод контрацепции (2006 г., Медико-демографическое обследование в Азербайджане). Диаграмма 9 показывает разницу между использованием современных и традиционных методов в странах региона и европейских странах.

Диаграмма 9. Разбивка данных по распространенности современных и традиционных методов в отдельных странах, по различным годам.

ООН, 2007 г.; CDC, 2003 г. (по РФ); 2007 г. Украина, Медико-демографическое обследование; 2006г. Азербайждан, Медико-демографическое обследование. Страны Западной Европы включают Австрию, Бельгию, Францию, Германию, Нидерланды, Швейцарию и Великобританию.

Традиционные методы относятся к наиболее *не*эффективным методам контрацепции. В этой связи, использование традиционные методы является важным фактором, который способствует высокому уровню абортов в регионе: поскольку те, кто пользуется традиционными методами, подвергают себя высокому риску наступления нежелательной беременности – и больше всего вероятности, что эта беременность будет прервана.

В Азербайджане, самым популярным методом является прерванный половой акт. Суммарный коэффициент абортов (общее число абортов приходящихся на среднюю женщину в течение ее жизни) составляет 2.3 в этой стране.

Диаграмма 5 на с. 24 иллюстрирует взаимосвязь между абортами и использованием традиционных методов: В странах с самым высоким уровнем использования традиционных методов (Азербайджан, Армения, Грузия) – наблюдается самый высокий уровень абортов.

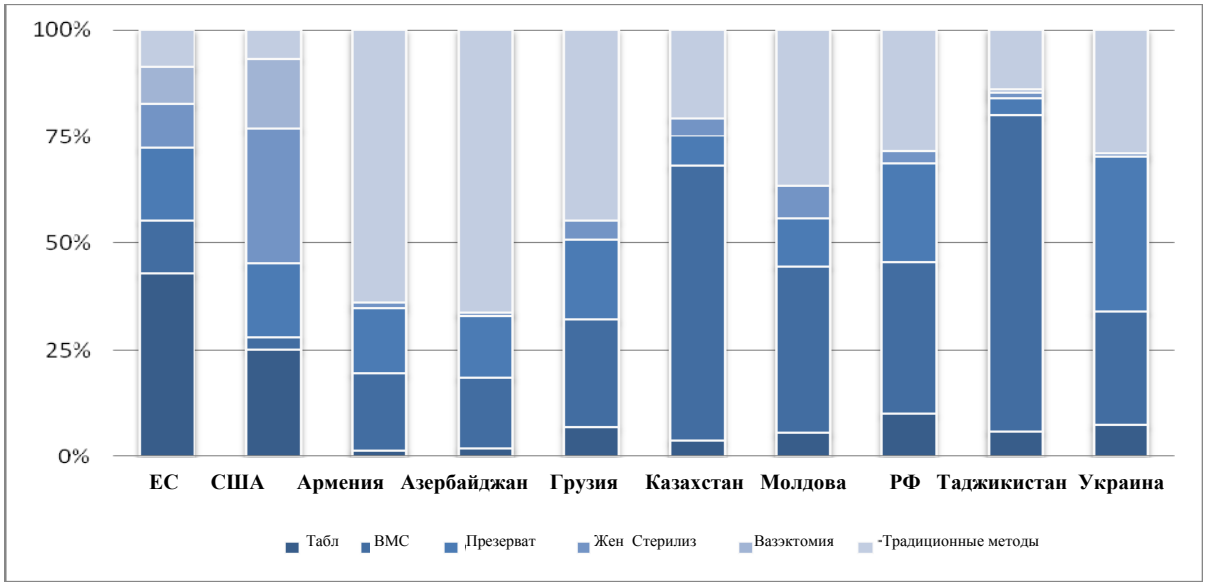
Важный пункт 9: В совокупности методов контрацепции большинства развитых стран меньше используются традиционные методы, и реже случаются неудачи, соответственно у них меньше абортов

2. Смещенная совокупность методов: Чрезмерное использование одного метода контрацепции

В восьми из двенадцати стран региона, свыше 50% всей применяемой контрацепции приходится на один метод. В странах Центральной Азии и Молдове, основным методом является ВМС. В Армении и Азербайджане, самым распространенным методом контрацепции является прерванный половой акт. Наблюдаемый перекос в использовании методов контрацепции отражает культурные предпочтения и социальные нормы. Хотя дисбаланс в совокупности методов становится проблемой, если он происходит на основе ограничительной демографической политики, недостаточного доступа к широкому ряду методов, или предпочтений врачей (Суливан, 2006 г.).

В отличие от региона, в двух странах ЕС такой «перекос в использовании методов» выражается в преимущественном использовании оральных контрацептивов. Пятьдесят четрые процента всех пользователей контрацепции во Франции, и 75% пользователей в Германии (см. Приложение 1, с. 44) полагаются только на использование таблеток. Диаграмма 10 показывает то, как использование одного метода может доминировать над всеми остальными методами контрацепции в стране.

Диаграмма 10. Совокупность используемых методов среди замужних женщин репродуктивного возраста, в отдельных странах, 1988-2007 гг.



ООН, 2007 г.; 2006 г. Медико-демографическое обследование в Азербайджане; CDC 2003 г. по Российской Федерации

3. Низкий уровень применения оральных контрацептивов

Уровень использования оральных контрацептивов, а также других гормональных методов достаточно низкий в регионе. На оральные контрацептивы приходится от 2 до 13% всего объема применяемых методов контрацепции. Для сравнения можно взять страны ЕС, где объем применения оральных контрацептивов составляет от 18% до 75% от всех методов контрацепции, причем одна треть всех замужних женщин пользуется этим методом как противозачаточным средством. В «Приложении 1» на с. 44 представлены эти данные, а на Диаграмме 10 можно увидеть, насколько отличается характер использования контрацептивов в западных странах от стран Региона.

Важный пункт 10: Совокупность методов контрацепции в других развитых странах сильно отличается от методов, применяемых в других странах Региона. Супружеские пары в Европейском Союзе и США гораздо больше пользуются оральными контрацептивами и стерилизацией, и гораздо меньше полагаются на неэффективные традиционные

IV. Экономическая эффективность планирования семьи

Планирование семьи является экономически-эффективным вмешательством, особенно по сравнению с абортами

В Отчете Всемирного Банка «Инвестирование в здоровье» за 1993 г. (принципиально новый отчет Всемирного Банка 1993 г., «*Investing in Health*») говорится, что государства, как минимум, должны тратить свои ресурсы на пакет из пяти основных клинических услуг, которые считаются самыми экономически-выгодными. Одним из таких важнейших вмешательств является планирование семьи. Планирование семьи «может спасти около 850 000 детей от смерти каждый год, и предупредить до 100,000 материнских смертей, которые происходят каждый год».[5] По оценкам, соответствующие инвестиции в планирование семьи могут предотвратить 3% бремени заболеваний в мире (Всемирный Банк, 1993 г.).

Данные исследований показывают, что предоставление услуг по контрацепции является гораздо более экономически – эффективным мероприятием, чем использование искусственного аборта для контроля рождаемости. При анализе стоимости контрацепции и абортов, как методов регулирования рождаемости в Казахстане, выяснилось, что стоимость предоставления средств контрацепции в 3.2 раза меньше, чем стоимость предоставления абортов (Рани, 2007 г.) (эти расчеты не включают капитальные затраты на ремонт/строительство ЛПУ, стоимость лечения осложнений, или стоимость, которую приходится платить получателю услуг).

Исследователи сделали следующий вывод:

> *«Предполагая, что 80% всех абортов можно было бы избежать путем более эффективного предоставления услуг по планированию семьи,* ***то сэкономленных средств было бы достаточно, чтобы профинансировать все программы по иммунизации*** *в Казахстане, или эти средства могли бы быть направлены на другие виды деятельности общественного здравоохранения».*

После того, как выяснилось, что стоимость средств контрацепции была основной причиной того, что женщины Румынии предпочитали делать аборт, а не пользоваться контрацепцией, МЗ удвоило оплату за проведение аборта с $2 до $4 США (тогда стоимость оральных контрацептивов была примерно $2 США в месяц, а экстренной контрацепции $4 США.) В последующих попытках

[5] К другим экономически-выгодным вмешательствам, о которых говорится в отчете, относится медицинская помощь беременным, противотуберкулезная деятельность, контроль над инфекциями, передающимися половым путем, и лечение распространенных серьезных заболеваний маленьких детей.

расширить использование современных методов, клиники предоставляли бесплатно методы контрацепции для женщин после абортов (Джонсон, 2004 г.).

Сокращение стоимости услуг по планированию семьи для пользователей может привести к сокращению затрат в системе здравоохранения – тех затрат, которые часто не учитываются. Эти затраты включают содержание персонала, лечебно-профилактического учреждения, оборудование, медикаменты, предметы медицинского назначения, затраты на лечение осложнений, которые появляются после процедуры, общее время, проведенное в больнице и накладные расходы. Если учитывать все эти затраты, то реальная стоимость аборта в Румынии составила бы от $5 до $15 США в государственных больницах и от $12 до $33 США в частных клиниках (Хорга, 2001 г.).

Исследование с оценкой затрат на Украине показало, что если бы женщины, которые использовали традиционные методы и прибегали к абортам, переключились на использование современных методов контрацепции, то в результате около $3.38 миллионов США будет сэкономлено за период времени с 1999 по 2015 гг. (Проект Политики, 2005 г.). Аналогично этому, исследования, проводимые МЗ Украины и международными агентствами в 2004 г. и 2005 г. показали экономию затрат от использования методов контрацепции.

По сравнению со стоимостью абортов и стоимостью лечения осложнений, связанных с абортами, сумма сэкономленных средств в связи с планированием семьи была оценена на сумму более чем $600 000 США в год. Результаты другого исследования, проведенного на Украине, показали, что стоимость абортов и лечения осложнений после абортов почти в два раза превышает стоимость предоставления средств контрацепции, то есть $380 000 США и $200 000, соответственно (Жилка, 2005 г.). Несомненно, что закупка средств контрацепции будет стоить для правительства гораздо меньше.

Важный пункт 11: Инвестиции государственного сектора в современные методы контрацепции могут оказаться экономически-выгодными, поскольку это приведет к сокращению затрат на аборты, и лечение осложнений после абортов как в государственном, так и в частном секторе.

V. Государственная поддержка планирования семьи

Государства поддерживают планирование семьи, поскольку оно приносит нужные результаты

Хотя современные методы контрацепции не запрещены законодательством в регионе, иногда доступ к ним ограничен из-за недостатка государственного финансирования для уязвимых групп населения, например, малоимущих слоев населения, лиц с хроническими заболеваниями, молодежи и других категорий населения. Во многих других странах, особенно странах Европейского Союза, работают крупные государственные программы по расширению доступа к средствам контрацепции, особенно для малообеспеченных групп населения.

После Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в Каире в 1994 г., развитыми странами было принято решение ежегодно повышать объемы выделяемых средств на программы по репродуктивному здоровью на $6.1 миллиардов США к 2005 г. (Семелела, 2006 г.). Многие страны Европы очень серьезно отнеслись к такому обязательству и инвестировали средства в программы по репродуктивному здоровью и планированию семьи. В Таблице 3 представлена информация по некоторым из таких программ.

Таблица 3. Государственные обязательства по планированию семьи: отдельные примеры

Предоставление средств контрацепции государством в странах Региона, Европы и США
***Албания*:** Основным компонентом Национальной стратегии по обеспечению населения средствами контрацепции является обязательство правительства Албании все больше и больше брать на себя расходы на закупку контрацептивов в государственном секторе и поставить цель достижения независимости от доноров, поставляющих такие продукты, к 2010 г. Правительство Албании продемонстрировало приверженность этой цели и начало формировать бюджет в 2008 г. для закупки контрацептивов для государственного сектора здравоохранения (Джон Сноу Инк., 2008 г.).
Франция: Медицинские контрацептивы (оральные контрацептивы и ВМС) возмещаются за счет государственной системы социального обеспечения (Сандиер, 2004 г., Тулемон, 1998 г.). Добровольная хирургическая стерилизация проводится бесплатно (Оденс, 1993 г.). Франция начала национальную кампанию по продвижению использования

Предоставление средств контрацепции государством в странах Региона, Европы и США
контрацептивов в 2000 г., когда было обнаружено, что коэффициенты абортов стабилизировались после периода спада. Эта программа, которая называлась «Контрацепция: Это твое дело – выбрать свой метод», была разработана для того, чтобы просветить женщин о имеющихся методах контрацепции и помочь им выбрать метод, который бы они последовательно использовали (Боонстра, 2000 г.).
Германия: Германия проводит всестороннюю политику медицинского страхования, которая, в сущности, гарантирует всеобщий доступ к широкому кругу медицинских услуг, включая назначение лекарств и услуги по планированию семьи. Особые услуги по планированию закреплены законом. Общественный кодекс определяет легально требуемую медицинскую страховку с определенным правом на медицинское обследование и назначение методов для регулирования рождаемости (Буссе, 2004 г. и Центр репродуктивных прав человека, 1995 г.). Добровольная хирургическая стерилизация проводится бесплатно (Одденс, 1993 г.).
Великобритания: услуги по планированию семьи предоставляются бесплатно семейными врачами и сетью клиник по планированию семьи. Контрацептивы для определенных групп населения полностью оплачиваются Национальной службой здравоохранения. Одно исследование, проведенное по расходам на контрацептивы, показало, что те, кто пользуется ими в Великобритании, ничего не платили за оральные контрацептивы и ВМС, и в минимальной степени платили за презервативы (в сравнении с Италией, Францией, Испанией, Западной Германией, Австрией, Швецией и Данией) (Одденс, 1993 г.).
Италия: итальянская система здравоохранения основана на национальной службе здравоохранения, которая оказывает бесплатные услуги для всех в пунктах обслуживания. Контрацептивы предоставляются через государственные и частные аптеки (ВОЗ, 2007 г.).

Предоставление средств контрацепции государством в странах Региона, Европы и США
Румынии: услуги по планированию семьи включены в бесплатный минимальный пакет государственной системы социального страхования, и они предоставляются бесплатно для всех групп населения (застрахованного или нет) государственными семейными врачами, клиниками по планированию семьи и акушер-гинекологами. Контрацептивы закупаются правительством для сельских и бедных городских районов, учеников, студентов и женщин с хроническими заболеваниями. В 2001 г. Министерство общественного здравоохранения ввело специальную статью бюджета по планированию семьи и последовательно повышает бюджет на закупку контрацептивов. С 2001 г., когда бюджет составлял $100 000, он постоянно повышался до $1.1 млн. в 2004 г. и до $1.8 млн. в 2006 г. («Румынская инициатива семейного здоровья», 2001-2007 гг., отчет об окончании проекта, январь 2008 г.).
Швеция: одной из инициатив Национального института общественного здравоохранения, учрежденного в 1992 г., является акцент на программы сексуального и репродуктивного здоровья. Профилактическое здравоохранение интегрировано в систему ПМСП вместе с акушерками, участковыми медсестрами и врачами общей практики, оказывающими услуги по планированию семьи. За все услуги установлена небольшая плата; однако, некоторые из них, например, введение ВМС, предоставляются бесплатно (Гленгардет и др., 2005 г.; Одденс, 1993 г.).
Украина: Украиной были приняты национальные программы по репродуктивному здоровью с 1995 г. Национальная программа по репродуктивному здоровью нации одной из основных целей считает улучшение системы планирования семьи и выделяет $18.7 млн. на более чем десятилетний период для обновления законодательной и регуляторной базы по планированию семьи, закупки контрацептивов для определенных уязвимых слоев населения, учреждения Национального центра по планированию семьи/репродуктивному здоровью, обеспечения последипломного обучения по планированию семьи для медицинских работников, проведения общественных образовательных кампаний и ведения научной работы (Указ Кабинета Министров Украины № 1849, 2006 г.; Государственная Программа «Репродуктивное здоровье нации»).

Предоставление средств контрацепции государством в странах Региона, Европы и США

Соединенные Штаты Америки: услуги по планированию семьи и методам контрацепции оказываются по ценам, основанным на возможностях людей оплачивать услуги федеральных клиник по планированию семьи. Программа общественного медицинского страхования для бедных, «Медикэйд», оплачивает услуги по планированию семьи, включая методы контрацепции, и многие частные страховые компании покрывают значительную часть затрат на контрацепцию для своих бенефициариев (Институт Алана Гутмачера, 2005 г., и Бенсон Голд, 1999 г.).

Правительство на различных уровнях закупает контрацептивы для уязвимых слоев населения. Например, государственный департамент здравоохранения Вашингтона платил $1.35 США за один цикл комбинированных оральных контрацептивов в 2001 г. – почти в 20 раз ниже, чем цена, по которой платят тем же изготовителям частные фармацевтические фирмы (Хэтчер, 2004 г.).

Важный пункт 12: Правительства большинства стран, как развитых, так и развивающихся поддерживают доступ к услугам по планированию семьи и контрацепции. Это связано с тем, что такой поддержкой признается их разнообразная польза для здоровья, способность сокращать число абортов, экономическая выгода для сектора здравоохранения, а также поддержка фундаментальных прав человека.

Заключение

Ситуация с планированием семьи и репродуктивным здоровьем в странах бывшего Советского Союза – достаточно уникальна, и очень стремительно меняется. Там, где когда-то аборты были основным средством в принятии решений в отношении регулирования рождаемости, сейчас современные методы контрацепции дают все больше возможностей супружеским парам, выбирать подходящее время для рождения детей, выдерживать необходимый промежуток времени между детьми, и иметь столько детей, сколько они хотят.

Несмотря на достаточно уникальную ситуацию с репродуктивным здоровьем в Регионе, польза, которую приносят инвестиции в планирование семьи для здоровья нации, - становится неоспоримым фактом в этих странах, так же как и остальном мире, - от самых бедных, сельскохозяйственных стран до самых богатых развитых стран. Каждая страна Региона, в разной степени, взяла на себя обязательства по планированию семьи как стратегию улучшения здоровья и благополучия своих граждан. Тем не менее, остаются сложности в том, чтобы предоставить гражданам большой выбор контрацептивных средств, которые будут доступны по средствам в Регионе. Данный документ предоставляет факты, свидетельствующие в пользу того, что инвестирование в планирование семьи приносит большую пользу, сокращает общие затраты на содержание сектора здравоохранения, и может значительно улучшать здоровье и благополучие населения. В этой связи, планирование семьи должно стать приоритетом для стран Региона, так же как это является приоритетом во многих других странах мира.

Приложения

Приложение 1: Распространенность контрацепции среди замужних женщин, репродуктивного возраста

Регион, страна, год	Метод контрацепции								
	Любой	**Совр.**	**Таблетки**	**ВМС**	**Презервативы**	**Жен. Стер.**	**Муж стер**	**Др совр.**	**Традиционные**
ЕС									
Австрия, 1995/96 г.	50.8	46.8	30.8	7.3	7.2	0.0	0.5	0.0	4.1
Бельгия, 1991/92 г.	78.4	74.3	46.7	5.0	4.7	10.9	7.0	0.0	4.1
Дания, 1988 г.	78.0	72.0	26.0	11.0	22.0	5.0	5.0	3.0	6.0
Франция, 2000 г.	81.8	76.5	43.8	21.9	4.7	-----5.5-----		0.6	5.3
Германия, 1992 г.	70.1	65.6	52.6	5.3	1.1	5.5	0.5	0.6	4.5
Италия, 1995/96 г.	60.2[b]	38.9	13.6	5.5	13.7	5.8	0.1	0.2	21.4
Нидерланды, 1993 г.	78.5	75.6	49.0	3.6	7.7	4.8	10.5	0.0	2.9
Норгвегия, 1988/89 г.	73.8	69.2	17.8	24.1	12.5	10.4	4.1	0.4	4.6
Испания, 1999 г.	71.7	66.0	13.1	6.6	27.0	10.1	9.0	0.2	5.7
Швейцария, 1994/95 г.	82.0	77.5	34.1	6.0	14.2	13.8	8.3	0.0	4.5
Великобритания., 2005/06 .г	82.0	82.0	26.0	7.0	25.0	14.0	20.0	9.0	8.0
Среднее арифметическое	**73.4**	**67.7**	**32.1**	**9.4**	**12.7**	**7.8**	**6.5**	**1.3**	**6.5**
Центральная/Восточная Европа									
Беларусь, 1995 г.	50.4	42.1	6.7	29.0	4.8	0.8	0.0	0.8	8.3
Болгария, 1997 г.	41.5	25.6	7.0	6.9	10.9	-----0.2-----		0.8	15.7
Чешская Республика., 1997 г.	72.0	62.6	23.1	13.9	12.7	7.2	5.1	0.7	9.5

Регион, страна, год	Метод контрацепции								
	Любой	**Совр.**	**Таблетки**	**ВМС**	**Презервативы**	**Жен. Стер.**	**Муж стер**	**Др совр.**	**Традиционные**
Венгрия, 1992/93 г.	77.4	68.4	37.7	17.4	7.8	4.8	0.0	0.6	9.0
Молдова, 2005 г.	67.8	43.8	3.6	25.2	7.4	4.7	0.0	3.0	24
Польша , 1991 г.	49.4	19.0	2.3	5.7	9.1	0.0	0.0	1.9	30.4
Румыния , 2004 г.	70.0	38.0	14.0	7.0	12.0	3.0	0.0	2.0	32.0
Российская Фед., 1999 г.	73.0	53.0	7.0	25.0	16.0	2.0	0.0	3.0	20.0
Украина, 2007 г.	66.7	47.5	4.8	17.7	23.8	0.6	0.0	0.5	19.1
Среднее арифметическое	**63.1**	**44.4**	**11.8**	**16.4**	**11.6**	**2.5**	**0.7**	**1.4**	**18.6**
Кавказ									
Армения, 2005 г.	53.1	19.5	0.8	9.4	8.1	0.6	0.0	0.6	33.6
Азербайджан, 2006 г.	51.1	14.3	1.1	9.2	2.2	0.4	0.0	1.3	36.8
Грузия, 2005 г.	47.3	26.6	3.2	11.6	8.7	2.2	0.0	0.9	20.7
Среднее арифметическое	**50.5**	**20.1**	**1.7**	**10.1**	**6.3**	**1.1**	**0.0**	**0.9**	**30.4**
Центральная Азия									
Казахстан, 1999 г.	66.1	52.7	2.4	42.0	4.5	2.8	0.0	1.0	13.5
Кыргызстан, 1997 г.	59.5	48.9	1.7	38.2	5.7	1.8	0.0	1.4	10.7
Таджикистан, 2005 г.	37.9	33.1	2.1	26.3	1.4	0.4	0.4	2.4	4.9
Туркменистан, 2000 г.	61.8	53.1	1.2	39.0	2.0	1.8	0.0	8.9	8.7
Узбекистан, 2006 г.	64.9	59.3	2.3	49.7	2.1	2.1	0.1	3.0	5.6
Среднее арифметическое	**58.0**	**49.4**	**1.9**	**39.0**	**3.1**	**1.8**	**0.1**	**3.3**	**8.7**

Регион, страна, год	Метод контрацепции								
	Любой	Совр.	Таблетки	ВМС	Презервативы	Жен. Стер.	Муж стер	Др совр.	Традиционные
Прибалтийские страны									
Эстония, 1994 г.	70.3	56.4	3.9	35.9	16.1	0.0	0.0	0.0	13.8
Латвия, 1995 г.	48.0	39.3	8.0	19.8	9.6	-----1.5-----		0.0	8.7
Литва, 1994/95 г.	46.6	30.5	3.2	13.9	13.1	0.0	0.0	0.0	16.0
Среднее арифметическое	**54.9**	**42.1**	**5.0**	**23.2**	**12.9**	**0.5**	**0.0**	**0.0**	**12.8**
ЕС	**73.4**	**67.7**	**32.1**	**9.4**	**12.7**	**7.8**	**6.5**	**1.3**	**6.5**
Страны бывшего Советского Союза	**58.7**	**41.7**	**6.8**	**22.1**	**8.9**	**1.9**	**0.1**	**1.6**	**17.1**

К общему числу нельзя прибавить все методы, поскольку женщины пользуются более чем одним методом контрацепции .

[a] Другие современные методы включают следующее вагинальные барьерные методы (диафрагмы, шеечные колпачки и спермицидные пенки, гели, крем и губки), экстренная контрацепция, женский презерватив и другие современные методы отдельно не сообщаются.

[b]Включает некоторые случаи стерилизации не по причинам контрацепции.

Источник: данные по основным странам ЕС, постсоветских и центрально/восточноевропейских стран (кроме Российской Федерации и Украины), Кавказа (кроме Азербайджана) и Центральной Азии из ООН, 2007 г. «Международное использование контрацепции». Эти данные по женщинам в возрасте 15-49 лет, состоящим в браке или союзе. ПО Балтийским странам это среднее коэффициентов для Эстонии, Латвия и Литвы.

Данные по Российской Федерации из CDC, 2003 г., и они по женщинам в возрасте 15-44 дет, которые в настоящее время замужем, из трех городских областей.

Данные по Украине: «Медико-демографическое обследование», 2007 г. Предварительный отчет (УМДО) по замужним женщинам в возрасте 15-44 лет (Центр Социальных реформ Украины, Государственный статистический комитет, Министерство здравоохранения, Показатели МДО, июнь 2008 г.).

Данные по Азербайджану «Медико-демографическое обследование по Азербайджану», 2006 г. (АМДО) по замужним женщинам в возрасте 15-44 лет.

Приложение 2. Доля беременностей, закончившихся абортом в международном контексте, 2006 г. — Основные страны ЕС и постсоветские и центрально/восточноевропейские страны

Регион и основные страны ЕС	Абортов на 1000 живорожденных		
	<20 лет	>35 лет	Любой возраст
Великобритания	841[b]	215[b]	279[b]
Франция	1883[a]	307[a]	275[a]
Германия	855	175	178
Испания	964[b]	143[b]	197[c]
Италия	1145[b]	271[b]	244[b]
Дания	2834[c]	322[c]	237[b]
Норгвегия	1843	255	241
Швеция	4165[b]	363[b]	345[c]
Австрия	---	---	---
Бельгия	---	---	141[c]
Нидерланды	1542[c]	163[c]	153[c]
Швейцария	---	---	148[c]
Центральная/Восточная Европа			
Российская Федерация	---	---	951
Чешская Республика	663	622	240
Болгария	357	1289	504
Венгрия	898	860	464
Польша	---	---	1
Румыния	598	1629	685
Украина	468	1575	499
Молдова	289	1120	419
Беларусь	698	1793	605
Кавказ			
Армения	133	1691	296
Азербайджан	48	448	140
Грузия	208	761	443
Центральная Азия			
Казахстан	284	760	433
Кыргызстан	135	163	97
Туркменистан	---	---	154
Таджикистан	23	217	54
Узбекистан	109[c]	1073[c]	85[c]

Регион и основные страны ЕС	Абортов на 1000 живорожденных		
	<20 лет	>35 лет	Любой возраст
Прибалтийские страны			
Эстония	1188	1037	631
Латвия	705	1088	530
Литва	351	714	305
Основные страны ЕС	**1786**	**246**	**222**
Страны бывшего Советского Союза	**421**	**991**	**374**

Источник: База данных ВОЗ, «Здоровье для всех»

a Данные за 2003 г.

b Данные за 2004 г.

c Данные за 2005 г.

Список литературы

Akmatov, M., R. Mikolajczyk, and A. Kramer. 2006. Determinants of neonatal and under-three mortality in Central Asian countries: Kyrgyzstan, Kazakhstan and Uzbekistan. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2 (article 8).
http://www.egms.de/pdf/journals/mibe/2006-2/mibe000027.pdf

Alan Guttmacher Institute. 1997. Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1999. Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 2001. Facts in Brief. Teenagers' Sexual and Reproductive Health: Developed Countries. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_teens.html

Alan Guttmacher Institute. 2005. Issues in Brief: Medicaid Family Planning Expansions Hit Stride. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Aliyu, MH, Jolly, PE, Ehiri, JE et al. High Parity and Adverse Birth Outcomes: Exploring the Maze. Birth. 32:1 March 2005. 45-59.

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub3.
http://www mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD004425/frame.html

Atrash HK and Hogue CJR. The effect of pregnancy termination on future reproduction. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology, 1990, 4(2):391-405.

Bateman BT, Simpson LL. Higher rate of stillbirth at the extremes of reproductive age: a large nationwide sample of deliveries in the United States. *Am J Obstet Gyneco.* 2006;194:840-5.

Benson Gold, Rachel. State Effort to Expand Medicaid-Funded Family Planning Show Promise. The Guttmaker Report on Public Policy. April 1999.

Boonstra, Heather. Promoting contraceptive use and choice: France's approach to teen pregnancy and abortion. The Guttmacher Report on Public Policy. June 2000; Vol 3, No. 3.

Botting, Beverley, Michael Rosato and Rebecca Wood. Teenage mothers and the health of their children. Population Trends. Autumn 1998 (93): 19-28.

Brind, J et al., Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis, Journal of Epidemiology and Community Health, 1996, 50 (5):481-496.

Brind, J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a critical review of recent studies based on prospective data. Journal of American Physicians and Surgeons. Volume 10, No. 4, Winter 2005.

Burkman, Ronald T, John A. Collins, Lee P. Shulman, and J. Kell Williams. 2001. Current Perspectives on Oral Contraceptive Use. Am J Obstet Gyn. Volume 185(2): S4-S12.

Busse, Reinhard and Annette Riesberg. 2004. Health Care Systems in Transition: Germany. European Observatory on Health Systems and Policies, vol. 6(9).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USAID, and Measure DHS+. 2003. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.

Center for Reproductive Rights. 1995. Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives.

Charreau I, Plu-Bureau G, Bachelot A, et al. Oral contraceptive use and risk of benign breast disease in a French case-control study of young women. Eur J Cancer Prevention 1993; 2:147-54.

Chen, LC, Melita C., Gesche, Shamsa Ahmed, AI Chowdhury, and WH Mosley. 1974. Maternal mortality in rural Bangladesh. Studies in Family Planning 5, no. 11:334-341.

Chen A et al., Mifepristone-induced early abortion and outcome of subsequent wanted pregnancy. American Journal of Epidemiology, 2004, 160(2):110-117.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet. 1996 Jun 22; 347(9017): 1713-27.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies including 83,000 women with breast cancer from 16 countries, Lancet, 2004, 363(9414):1007-1016.

Cromer, Charlotte and Judith Seltzer. Reproductive Health Strategies for Ukraine 1999-2002. Takoma Park, MD: Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project and USAID, June 1999.

Conde-Agudelo, Agustin and Jose M. Belizan (2000). Maternal Morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. BMJ; 321;1255-1259.

Davis A, Goodwin A, Lippman J, Olson W, Kafrissen M. Triphasic norgestimate-ethinyl estradiol for treating dysfunctional uterine bleeding. Obstetrics and Gynecology 2000; 96:913-20.

De Abood, M., De Castillo, Z., Guerrero, F., Espino, M., and Austin, K.L. Effect of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. Contraception, 56, No. 5. 1997 Nov. 313-6 p.

Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2000; 70: 89-97.

Dumeaux et al 2003: 96,362 Norwegian women randomly selected from a central persons registry, aged 30-70, followed prospectively for two to eight years.

Dumeaux et al 2005: 68,670 French women selected from a national health insurance scheme, aged 40-64 years, followed prospectively for up to 10 years.

Family Care International. Global Sexual and Reproductive Health: highlights. http://www familycareintl.org/en/issues/24. Accessed April 9, 2007.

Fernandez E, La Vecchia C, Franceschi S, Braga C, Talamini R, Negri E, et al. Oral contraceptive use and risk of colorectal cancer. Epidemiology 1998; 9: 295-300.

Franks A, Beral V, Cates W Jr, Hogue CJR. Contraception and ectopic pregnancy risk. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1990; 163: 1120-3.

Fraser, I.S., Weisberg, E., Minehan, E., and Johansson, E.D. A detailed analysis of menstrual blood loss in women using Norplant and Nestorone progestogen-only contraceptive implants or vaginal rings. Contraception 61(4): 241-51. Apr. 2000.

Frassinelli-Cunderson, E.P., Marcen, S., and Brown, I.R. Iron stores in users of oral contraceptive agents. American Journal of Clinical Nutrition 41(4): 703-71 2. Apr. 1985.

Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 1923-35.

Friedenreich, Christine et al. 2007. Anthropometric factors and risk of endometrial cancer: the European prospective investigation into cancer and nutrition. Cancer Causes Control. DOI 10.1007/s10552-006-0113-8.

Fuentes-Afflick, E. and N.A. Hessol. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. Obstetrics and Gynecology 95 (3): 383-390. March 2000.

Gallo, MF, K Nanda, DA Grimes, and KF Schulz. 20 mcg versus >20 mcg Estrogen combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1.

Gallo, MF, LM Lopez, DA Grimes, KF Schulz, and FM Helmerhorst. 2007b. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1.

Gardner, Maureen B. 1983. Facts about Oral Contraceptives. Office of Research Reporting, National Institutes of Child Health and Human Development (NICHD).

Gasco, Merce, Christopher Wright, Magdalena Patruleasa, and Diane Hedgecock, 2006. Romania: Scaling Up Integrated Family planning Services: A Case Study. Arlington, VA.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.

Leslie Allison Gillum; Sai Kumar Mamidipudi; S. Claiborne Johnston. Ischemic Stroke Risk With Oral Contraceptives: A Meta-analysis. *JAMA*. 2000;284(1):72-78 (doi:10.1001/jama.284.1.72). http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/284/1/72

Glasier, Anna, A Metin Gulmezoglu, George P Schmid, Claudia Garcia Moreno, Paul FA Van Look. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006 Nov 4; 368 (9547): 1595-607.

Glenngard, Anna H., Frida Hjalte, Marianne Svensson, Anders Anell, and Vaida Bankauskaite. 2005. Health Systems in Transition: Sweden.. WHO, European Observatory on Health Systems.

Gray, R.H. Reduced risk of pelvic inflammatory disease with injectable contraceptives. Lancet 1(8436): 1046. May 4, 1985.

Gribble, J.N. Birth intervals, gestational age, and low birth weight: Are the relationships confounded? Population Studies 47(1): 133-146. Mar. 1993.

Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD006134. DOI: 10.1002/14651858.CD006134.pub2. http://www mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD006134/frame.html

Guillebaud, J. 2004. Contraception: Your Questions Answered. 4th ed. Churchill Livingstone. 588 p.

Hannaford, Philip C., Sivasubramaniam Selvaraj, Alison M. Elliott, Valerie Angus, Lisa Iversen and Amanda J. Lee. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal college of General Practitioner's oral contraceptive study. BMJ published online 11 Sep 2007; doi: 10.1136/bmj.39289.6494 10.55.

Hanson, JP. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. Obstet Gynecol Surv. 1986;41:726-42.

Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia Stewart, Williard Cates, Gary Stewart, Filicia Guest, and Deborah Kowal. Contraceptive Technology. Seventeenth Revised Edition. Ardent Media, Inc. New York. 1998.

Hatcher, Robert A., James Trussell, Felicia Stewart, Anita Nelson, Williard Cates, Filicia Guest, and Deborah Kowal. Contraceptive Technology. Eighteenth Revised Edition. Ardent Media, Inc. New York.2004.

Health Policy Initiative (Constella Futures and USAID), unpublished data, 2007.

Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Stud Fam Plann* 2004;35(1):39-47.

Heaton, Tim B, Renata Forste, John P. Hoffman, and Dallan Flake. 2005. Cross-national variation in family influences on child health. Social Science and Medicine 60: 97-108.

Henriet L and Kaminski M, Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national prenatal survey, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2001, 108 (10):1036-1042.

Holmes, K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bulletin of the World Health Organization. Geneva. June 2004.

Holt VL, et al. 2003. Oral contraceptives, tubal sterilization, and functional ovarian cyst risk. Obstet Gynecol August 2003; 102:252-8.

Horga, M. Contraception and abortion in Romania: background paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy termination in Romania. 2001 (unpublished).

Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. Canadian Medical Association Journal. 2008 Jan 15;178(2):165-72.

Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: A systematic review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2002;57(2):120-128.

Hudgins, Tony and Chris Wright. 2004. Ukraine Contraceptive Availability Assessment. John Snow, Inc. and USAID.

Human Rights Watch, 2005. Opportunity for Reform: Human Rights Agenda for Ukraine. From Human Rights News.

International Conference on Population and Development. 1994. Programme of Action.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2006. Press Release: No. 2006.10.04 (Published: 2006.10.4). “United Nations General Assembly Adopts "Universal Access" Target for Reproductive Health.”

International Planned Parenthood Federation (IPPF). IMAP Statement on safe abortion. IPPF Medical Bulletin. Volume 40, Number 3, September 2006.

Jacobsson, Bo, Lars Ladfors, Ian Milsom. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2004: 104: 727-33.

John Snow, Inc. Europe and Eurasia Regional Family Planning Activity: Financial Sustainability of Contraceptives. Albania. 2008.

Johnson, Brooke R., Mihai Horga, and Peter Fajans. 2004. A Strategic Assessment of Abortion and Contraception in Romania. Reproductive Health Matters; 12(24 Supplement): 184-194.

Jones RK, Darroch JE and Henshaw SK, Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000–2001, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(5):226–235.

Jorgensen, C, Picot MC, Bologna C, Sany J. Oral Contraception, parity, breast feeding, and severity of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1996;55:94-98.

Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenstrual breast cancer: A meta-analysis. Mayo Clin Proc 2006;81:1290-1302. Level of evidence: 3a (meta analysis of case control studies).

Kaunitz, Andrew M. Oral contraceptive health benefits: perception versus reality. Contraception; 1999; Volume 59, Issue 1, Supplement 1, January 1999: 29S-33S.

Kiev International Institute of Sociology. 1999 Ukraine Reproductive Health Survey. Final Report, 2001. In collaboration with CDC and USAID.

Koniak-Griffin D, Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2001 Sep;15(2):1-17.

Kumle M, et al. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish women’s lifestyle and health cohort study. Cancer Epidemiology 2002; 11:1375-1381.

Lucas, D, and P Meyer. Beginning Population Studies. Australian National University National Centre for Development Studies. 1999. 199 p.

Lucky AW, Henderson TA, Olson WA, et al. Effectiveness of norgestimate and ethinyl estradiol in treating moderate acne vulgaris. Journal of American Academy of Dermatology 1997;37:746-54.

Lumbiganon, P., Rugpao, S., Phandhu-Fung, S., Laopaiboon, M., Vudhikamraksa, N., and Werawatakul, Y. Protective effect of depot-medroxyprogesterone acetate on surgically treated uterine leiomyomas: a multicentre case--control study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 103(9): 909-14. Sep 1996.

Martinez, ME, Grodstein F, Giovannucci E, Colditz GA, Speizer FE, Hennekens C et al. A prospective study of reproductive factors, oral contraceptives use, and risk of colorectal cancer. Cancer Epidemiological Biomarkers Prevalence 1997; 6:1-5.

Marchbanks, Polly A. McDonald, Jill A., Wilson, Hoyt G. et al. Oral contraceptives and Risk of Breast Cancer. New England Journal of Medicine, June 2002 Volume 346:2025-2032.

Martius JA et al., Risk factors associated with preterm and early term birth: univariate and multivariate analysis of 106,345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 1998, 80(2):183-189.

Marston, Cicely and Cleland, Tom. 2003. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. International Family Planning Perspectives. Volume 29(1): 6-13.

McLaughlin, John R., AR Harvey, J Lubinski, et al. 2007. Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. Lancet Oncology; 8:26-34.

Michaelsson, K., Baron, J.A., Farahmand, B.Y., Persson, I., and Ljunghall, S. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. Lancet 353(9163): 1481-4. May 1 1999.

MICS Global Team, et al. Tajikistan Multiple Indicator Cluster Survey, 2005. 266 p.

Mishell Jr, D.R. Noncontraceptive health benefits of oral steroidal contraceptives. Am J Obstet Gynecol 142 (1982), pp. 809–816.

Ministry of Health of Ukraine. National Reproductive Health Program 2001-2005, Draft, Dec. 2000.

Mishell DR. Intrauterine devices: Mechanisms of action, safety, and efficacy. *Contraception* 1998; 58 (Suppl 1)(3):45S-53S.

Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. 1999. Implementation of probabilistic decision rules improves the predictive values of algorithms in the diagnostic management of ectopic pregnancy. Hum Reprod Vol:14: 2855-62.

Moreau C et al., Previous induced abortion and the risk of very preterm delivery: results of EPIPAGE study, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2005, 112(4):430-437.

Muscato, L and R.S. Kidd. Contraception and abortion attitudes and practices of Western Ukraine women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2003; 8:80-86.

National Cancer Institute, Summary Report: early reproductive events and breast cancer workshop, 2003. http://www.cancer.gov/cancerinfo/ere-workshop-report, accessed July 25, 2006.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health (NAID), Department of Health and Human Services. Workshop summary: Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention: NIAD, NIH, 2000: 46p. http://www3 niaid.nih.gov/about/organization/dmid/PDF/condomReport.pdf

Ness RB, Randall H, Richter HE, Peipert JF, Montagno A, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *American Journal of Public Health* 2004; 94(8):1327-1329.

Nilsson L, Sölvell L. Clinical studies on oral contraceptives--a randomized, doubleblind, crossover study of 4 different preparations (Anovlar mite, Lyndiol mite, Ovulen, and Volidan). Acta Obstet Gynecol Scand. 1967;46(8):Suppl 8:1-31.

Oddens, B.J. 1993. Evaluation of the effect of contraceptive prices on demand in eight Western European Countries. Advanced Contraception. Volume 9(1):1-11.
ORC Macro, 2007. MEASURE DHS STATcompiler. Accessed online at http://www measuredhs.com on August 5 2007.

Pasner LA, Phipps WR. Type of oral contraceptive in relation to acute, initial episodes of pelvic inflammatory disease. Contraception 1991; 43:91-99.

Policy Project. 2005. Application of the Allocate Model in Ukraine. Washington, DC. Policy Project.

Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD002120. DOI: 10.1002/14651858.CD002120.
http://www mrw.interscience.wiley.com.ezp1.harvard.edu/cochrane/clsysrev/articles/CD002120/frame.html

Redmond GP, Olson WH, Lippman JS, et al. Norgestimate and ethinyl estradiol in the treatment of acne vulgaris: a randomized, placebo-controlled trial. Obstet Gynecol 1997; 89:615-22.

Rohan, TE and AB Miller. A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast cancer. International Journal of Cancer. July 1999; 82 (2): 191-196.

Royal College of General Practitioners. Oral contraceptlon and thrombo-embolic disease. Journal of the Royal College of General Practitioners 13: 267-279. 1976.

Royal College of General Practitioners. Oral contraceptlon, venous thrombosis, and varicose vein. Journal of the Royal College of General Practitioners 28(192): 393-399. July 1978.

Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Oral contraceptives and pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 1982 Nov 15;144(6):630-5.

Rutstein, Shea. Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries, September 2008. 78 p.
http://www measuredhs.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf

Salter, C., Johnson, H.B., and Hengen, N. *Care for postabortion complications: Saving women's lives. Population Reports*, Series L, No. 10. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, June 1993.

Sandier, Simone, Valerie Paris and Dominique Polton. 2004. Health Care Systems in Transition: France. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Schlesselman, JJ. Net effect of oral contraceptive use on the risk of cancer in women in the United States. Obstetrics and Gynecology. 1995; 85:793-801.

Sedgh, Gilda, Henshaw, Stanley, Singh, Susheela, Bankole, Akinrinola, and Dreshcer, Joanna. *Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends;* International Family Planning Perspectives, Volume 33, Number 3, September 2007.

Semelela, N. 2006. Women's access to modern methods of fertility regulation. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 94:292-300.

Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstetrics and Gynecology* 1991; 78:291-298.

Sivin, I. Risks and benefits, advantages and disadvantages of levonorgestrel-releasing contraceptive implants. Drug Saf 26(5): 303-35. 2003.

Skjeldestad FE. How effectively do copper intrauterine devices prevent ectopic pregnancy? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 1997;76(7):684-690.

Snider, Sharon. 1990. The Pill: 30 years of safety concerns. U.S. Food and Drug Administration.

Spector, TD, Hochberg MC. The protective effect of the oral contraceptive pill on rheumatoid arthritis: an overview of the analytic epidemiological studies using meta-analysis. Journal Clinical Epidemiology 1990;43:1221-30.

State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. 2008. Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006. Calverton, Maryland, State Statistical Committee and Macro International Inc.

Steiner, MJ, Warner, L, Stone, KM, and Cates Jr, W. Condoms and Other Barrier Method for Prevention of STD/HIV Infection and Pregnancy. In KK Holmes, Ed. Sexually Transmitted Diseases, 4th Ed. 2007. pp. 1821-1830.

Steshenko, Valentina and Tamara Irkina. Some aspects of the Demographic Situation in Ukraine: Reproductive Health and Family Planning. United Nations and Government of Ukraine. 1999.

Sullivan, TM et al. Skewed contraceptive method mix: why it happens, why it matters. Journal of Biosoc Science. Jul 2006; 38(4): 501-21.

Toulemon, Laruent and Henri Leridon. 1998. Contraceptive Practices and Trends in France. V 30(3): 114-120.

Together for Health. 2006. Report of the Focus Group Discussions (FGDs). JSI, Ukraine.

Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2001. Nov;75(2):111-21.

Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R et al., editors. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007.

Ukraine Cabinet of Ministers Decree No. 1849, December 27, 2006, “Reproductive Health of the Nation Program up to 2015.”

Ukraine State Statistics Committee, “Survey on the Willingness and Ability to Pay for Contraceptives in Ukraine, 2004,” Kiev, 2004-2005.

United Nations, 2005a. World Contraceptive Use 2005. New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, 2005.

United Nations, World Population Prospects, the 2006 Revision, Population Database, Population Division, United Nations, 2000, 2004.

United Nations, World Population Prospects, the 2006 Revision Population Database, Population Division, United Nations, 2007.

UNAIDS. Position Statement on Condoms and HIV Prevention, July 2004.

UNAIDS. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. 2008. 357 p.

UNFPA. 1997. UNFPA Annual Report 1997. Adolescent Reproductive Health.

UNFPA and University of Aberdeen. 2004. Maternal Mortality Update 2004: Delivering Into Good Hands. UNFPA. 31 p.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/381_filename_mmupdate05_eng21.pdf

UNFPA. 2005. World Summit Commits to Universal Access to Reproductive Health by 2015, Press Release. 19 September 2005.

Vercellini, P., De Giorgi, O., Oldani, S., Cortesi, I., Panazza, S., and Crosignani, P.G. Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with very-low-dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Am J Obstet Gynecol 175(2): 396-401. Aug 1996.

Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Daguati R, Crosignani PG. Endometriosis: current and future medical therapies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008 Apr;22(2):275-306.

Vessey, M and Doll, R. Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease. British Medical Journal 2(5599): 199-205. Apr 27, 1968.

Vessey M, Painter M. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004. Brit J Cancer 2006; 95:385-389.

Vrbíková J, Cibula D. Combined oral contraceptives in the treatment of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod Update. 2005 May-Jun;11(3):277-91.

Warren, MP, Miller KK, Olson WH, Grinspoon SK, and Friedman AJ. Effects of an oral contraceptive (norgestimate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in women with hypothalamic amenorrhea and osteopenia: an open-label extension of a double-blind, placebo-controlled study. Contraception. September 2005, 72(3): 206-11.

Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/ 14651858.CD003255.

Westoff CF. *The Substitution of Contraception for Abortion in Kazakhstan in the 1990s*, DHS Analytical Studies, Calverton, MD, USA: Macro International, 2000, No 1.

Westoff, Charles F. Olds, Suzanne. 2004. Abortion and Contraception in Georgia and Kazakhstan, Open Society Organization, New York.

Winkel, C.A. Evaluation and management of women with endometriosis. Obstet Gynecol 102(2): 397-408. Aug 2003.

World Bank. 1993. World Development Report, Investing in Health.

World Health Organization, 1998. Task Force For Epidemiological Research On Reproductive Health United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank Special Programme Of Research, And Development And Research Training In Human Reproduction. Effects of contraceptives on hemoglobin and ferritin. Contraception 58(5): 262-73. Nov 1998.

World Health Organization, 2000. Fact sheet N°240, June 2000. Induced abortion does not increase breast cancer risk. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs240/en/index html

World Health Organization, 2003b. Effective Contraception—more benefits than meet the eye. Progress in Reproductive Health Research, No. 62. http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/62/62.pdf

World Health Organization, 2003b. Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems. Geneva, WHO. 106 p.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

World Health Organization, 2004a. Reproductive Health Strategy.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy_small_en.pdf

World Health Organization, 2004b. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Fourth Edition.

World Health Organization, 2004c. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. Young people's health in context. Edited by Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan et al.
http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf

World Health Organization, 2004d. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index htm

World Health Organization, 2005a. Statement on hormonal contraception and risk of STI acquisition.
http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/hormonal_contraception_sti_acquisition.pdf

World Health Organization, 2005b. Hormonal Contraception and HIV: Science and Policy Africa Regional Meeting. Nairobi, 19-21 September 2005.
http://www.who.int/reproductive-health/stis/hc_hiv/nairobi_statement html

World Health Organization, 2007. Programmes and Projects: Pharmaceuticals, Italy.
http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020417_3

World Health Organization, Reproductive Health Indicators Database.
http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage htm

World Health Organization, 2007, Regional Office for Europe. European Health for All database.
http://www.euro.who.int/hfadb

Yimin C et al. 2004. Mifepristone-induced abortion and birth weight in the first subsequent pregnancy, International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 84 (3):229-235.

Zhang Z, Weng L, Jin X, Jing X, Zhang L, et al. An epidemiological study on the relationship of ectopic pregnancy and the use of contraceptives in Beijing--the incidence of ectopic pregnancy in the Beijing area. Beijing Collaborating Study Group for Ectopic Pregnancy. *Contraception* 1994;50(3):253-62.

Zhirova IA, Frolova OG, Astakhova TM, and Ketting E. Abortion-Related Maternal Mortality in the Russian Federation. Studies in Family Planning. 2004; 35[3]: 178-188.

Zhylka, N. 2005. Contraceptive Security Situation Analysis in the Ukraine. Rayevsky Scientific Publishers, Kyiv.

John Snow, Inc.
1616 N. Fort Myer Drive • Arlington, VA 22209 США
Веб: www.jsi.com • Тел.: +1 (703) 528-7474