

Гоголь (Кернякевич) Ю.В. Правове регулювання штучного переривання вагітності: проблемні питання / Ю.В. Гоголь // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія юридична: Збірник наукових праць. – Львів: ЛьвДУВС, 2008. – Вип. 3. – С. 138-145.

Ю. В. Гоголь

УДК 347.158

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

На основі визначення моменту виникнення права на життя розглядається історія врегулювання питання штучного переривання вагітності, аналізується чинне законодавство в цій сфері і викладаються пропозиції щодо вдосконалення системи планування сім'ї.

Ключові слова: *право на життя, штучне переривання вагітності, аборт, система планування сім'ї.*

Постановка проблеми. Право на життя – це фундаментальне і невідчужуване право людини, що впливає із самого факту існування її як живої істоти. Воно закріплене на всіх законодавчих рівнях (і на міжнародному, і на регіональному, і на національному). Але момент виникнення цього права чітко ніде не виписаний. Ми підтримуємо точку зору тих науковців, які визнають початком життя 14 день після запліднення, а ембріон – дитиною. Тому право на життя виникає з 14 дня після запліднення. Ми обґрунтовуємо свою думку наступним:

1. 10 абз. преамбули Конвенції про права дитини: „дитина... потребує спеціальної охорони і піклування як до, так і після народження”;
2. ч. 2 ст. 25 Цивільного кодексу України забезпечує охорону інтересів „...зачатої, але ще не народженої дитини”;
3. рішення Ради Європи по біоетиці від 1996 р.: визнання ембріона людиною на 14 день після запліднення.

Отже, як на міжнародному, так і національному рівні ембріон визнано дитиною. А тому про аборт можна говорити не лише як про операцію штучного переривання вагітності, але і як про злочин (вбивство).

Стан дослідження. Поняття особистих немайнових прав фізичної (в тому числі право людини на життя), проблеми їх захисту досліджували такі відомі науковці як Жакенов В. А., Красавчикова Л. О., Малейна М. Н., Ромовська З. В., Суховерхий В.Л. та ін. Що стосується проблеми встановлення моменту виникнення права на життя, гарантій його забезпечення, то це питання було предметом правового аналізу у працях таких вчених як Соловйов А., Стефанчук Р. О., Ярошенко К. Б.

Виклад основних положень. Проблема штучних абортів є глобальною для всіх країн світу, оскільки понад 40% світового населення проживає на території, де законодавством офіційно дозволено штучне переривання вагітності у ранніх строках за бажанням жінки. В більшості розвинених країн світу, на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, регулювання народження цим методом практично витіснене сучасними засобами контрацепції. На жаль, цього не можна сказати про Україну. Україна посідає одне з перших місць в Європі за кількістю абортів і одне з останніх за рівнем життя. Якщо в Іспанії число абортів на 1000 жінок віком 15 – 44 роки становить 5.7, в Нідерландах – 6.5, Бельгії – 6.8, то в Україні воно дорівнює 43 (станом на 1999 рік) [1, с.27]. Щорічно офіційна статистика реєструє в Україні близько одного мільйона абортів, слід також враховувати значну кількість переривань вагітності, проведених у комерційних закладах, де ці маніпуляції погано піддаються статистичній обробці. Співвідношення кількості абортів до кількості пологів в Україні також дуже високе, як свідчить офіційна статистика, - близько 145 абортів на 100 пологів. Якщо порівнювати статистичні дані з країнами Західної Європи, то там у середньому – 10-15 абортів на 100 пологів.

Законодавча політика держави у формі правових норм, що регламентують переривання вагітності, визначається, як правило,

економічними, соціально-демографічними умовами, а також релігійними і етичними установками. Так, рання християнська і ісламська культури засуджували штучне переривання вагітності після строку, коли появлялися перші рухи плода, і не перечили аборту в ранні строки вагітності.

Відношення церкви і суспільства до абортів в XIX столітті стало більш негативним, оскільки розширилися знання про плід, коли з'явилися дискусії про статус плода, як про особистість людини.

В XX столітті виникло питання прийняття більш ліберальних законодавчих норм по відношенню до штучного переривання вагітності, тому що високий рівень материнської смертності від нелегальних абортів і народження небажаних дітей стали соціальною проблемою в суспільстві [2, с.119].

А тому, в 1920 році в СРСР був легалізований аборт, при цьому новий закон цілком виключав будь-яке покарання за проведення абортів як для лікаря, так і для жінки. Він провадився безплатно, в лікарняних умовах, дипломованим лікарем. Таким чином, в країнах, що входили в колишній Союз, уперше в світі був легалізований штучний аборт, який проводився за бажанням жінки, що мало глибокі і далеко йдучі наслідки. Населення пристосувалося до використання як легального, так і підпільного абортів, тому що вони були найбільш простими, ефективними і доступними методами контролю народжуваності, а вся система охорони здоров'я була пристосована до технології абортів, який став основою національного варіанту служби планування сім'ї. У такий спосіб у свідомості багатьох людей аборт зайняв місце контрацепції.

В 60–70-ті роки в країні було зроблено перші спроби витиснути аборт ефективною контрацепцією. В 1962 році було видано наказ «Про боротьбу з абортами». Однак в 1974 році був розісланий інструктивний лист «Про побічні ефекти й ускладнення при застосуванні оральних контрацептивів», який фактично забороняв використання гормональних таблеток з метою контрацепції.

Внаслідок частих змін в указах про аборти в Україні надзвичайно характерним став психологічний опір усього суспільства спробам перейти від практики планування сім'ї, заснованої на перериванні вагітності, до попередження небажаної вагітності. Крім того, в результаті поганої інформованості населення про контрацептиви, недостатнього забезпечення ними, слабкості служб планування сім'ї, Україна посідає одне з перших місць в світі за частотою абортів [3, с.17].

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (далі – ВООЗ) визначає аборт як переривання вагітності (мимовільне згання або вилучення ембріона/плода) в період до 22 тижнів вагітності чи до досягнення плодом ваги 500 грамів. Подальше уточнення терміну залежить від причини абортів. Самовільний аборт/викидень (*abortus spontaneus*) – настає без будь-якого втручання, всупереч бажанню жінки, штучний аборт (*abortus artificialis*) – навмисне переривання вагітності [4, с.226]. Штучний аборт включає в себе переривання вагітності, дозволене законом і не дозволене (кримінальний аборт). Термін «медичний аборт» за визначенням повинен відноситись до абортів, проведених за медичними показаннями, тоді, коли продовження вагітності загрожує життю чи здоров'ю жінки, або коли плід нежиттєздатний або має генетично-обумовлені вади розвитку. Однак на практиці цей термін часто відноситься до всіх абортів, дозволених законом.

В даний час «Основами законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., а саме статтею 50 передбачено: «операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів. Аборт при вагітності від 12 до 28 тижнів за соціальними і медичними показаннями може бути зроблено в окремих випадках і в порядку, що встановлюється Кабінетом Міністрів України» [5].

Зокрема, постановою Кабінету Міністрів України від 12.11.1993 р. № 926 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів» було передбачено перелік медичних і соціальних показань, за наявності яких

може бути проведене штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів [6]. До медичних показань штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів віднесено інфекційні хвороби (туберкульоз, сифіліс, краснуха), хвороби ендокринної системи (цукровий діабет), новоутворення, хвороби крові та кровотворних органів, психічні розлади (алкогольні, шизофренічні психози, хронічний алкоголізм, токсикоманії, розумова відсталість), хвороби нервової системи та органів чуття, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, ускладнення вагітності в пологовий та післяпологовий періоди, хвороби шкіри, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, спадкова патологія, моногенні хвороби, фізіологічний та інший стан. До соціальних показань, за наявності яких може бути проведене штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів належать:

- наявність трьох і більше дітей;
- розлучення під час вагітності;
- смерть чоловіка під час вагітності;
- вагітність внаслідок зґвалтування;
- перебування жінки або її чоловіка у місцях позбавлення волі;
- позбавлення жінки батьківських прав;
- наявність у жінки дитини – інваліда;
- тяжке захворювання або травма чоловіка, що зумовили його інвалідність під час вагітності дружини.

Вищезгадана постанова втратила чинність на підставі постанови Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 144, яка передбачає, що штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, здійснюється в акредитованих закладах охорони здоров'я на підставах, зазначених у додатку, за висновком комісії, утвореної відповідно Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласної та Севастопольської міської державних адміністрацій і Головним управлінням охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Висновок готується згідно із заявою вагітної жінки

та відповідними документами.

Також була видана Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 035-1/о "Журнал для реєстрації Висновків Комісії Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров'я Київської міських державних адміністрацій з визначення показань до штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів", затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2006 р. № 508, спрямована на реалізацію положень вищезазначеної постанови.

Водночас даною постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 покладено обов'язок на Міністерство охорони здоров'я розробити і затвердити методику штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів.

В порівнянні з постановою Кабінету Міністрів України від 12.11.1993 р. № 926 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів» нова постанова не розмежовує медичних та соціальних показань, а дає їх єдиний перелік, як підстав для переривання вагітності. Зокрема, серед таких показань є стан фізичної незрілості організму жінки, який новою постановою встановлюється до досягнення нею 15 - річного віку (в постанові, яка втратила чинність – до 18 років), а також скорочено перелік так званих соціальних показань.

В останні роки було досягнуто істотного прогресу в розробці нових методів штучного переривання вагітності в I і II триместрах вагітності. Вибір конкретного методу залежить від строку вагітності, наявності відповідної апаратури, а також спеціально підготовленого персоналу. Точне визначення строку вагітності є однією з основних умов успішного проведення операції.

В першому триместрі для переривання вагітності використовують такі методи:

- медикаментозний аборт;

- вакуум–аспірацію;
- розширення шийки матки з подальшим вискрібанням плодового яйця (дилатація і кюретаж).

При перериванні вагітності в II триместрі ризик для здоров'я жінки зростає в 3-4 рази в порівнянні з операцією, яка проводиться в першому триместрі вагітності [7, с.31].

Методика проведення медикаментозного переривання вагітності затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.05.2003 р. № 192 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення медикаментозного штучного переривання вагітності ранніх строків шляхом застосування препаратів міфепристону та мізопростолу й інших зареєстрованих в Україні препаратів аналогічної дії» [8]. Медикаментозне штучне переривання вагітності ранніх строків шляхом застосування препаратів міфепристону та мізопростолу й інших зареєстрованих в Україні препаратів аналогічної дії (надалі - медикаментозний аборт) проводиться за бажанням жінки в разі вагітності в терміні до 49 днів з першого дня останньої менструації.

На початку 80-х років XX століття французькою фірмою Roussel Uclaf був синтезований антипрогестин RU-486 (міфепристон - медикамент, що блокує дію прогестерону - гормону, який підтримує вагітність, дає змогу перервати вагітність малого строку).

Прийняття міфепристону потребує в обов'язковому порядку прийняття мізопростолу через 36-48 годин для отримання максимального ефекту (в 95% випадків).

Слід зазначити, що маткова кровотеча, яка незабаром розпочинається, не є доказом ефективності методу. Вигнання плідного яйця, яке відбувається через декілька годин після прийняття мізопростолу, може бути неповним. У зв'язку з цим жінку обов'язково повинен оглянути лікар-акушер-гінеколог через 7-10 днів після застосування мізопростолу, щоб переконатися, що вагітність перервано. У разі неповного відторгнення плоду (приблизно 5%)

перервати вагітність або видалити залишки плідного яйця можливо лише хірургічним шляхом.

Інструкція «Про порядок проведення операції штучного переривання вагітності ранніх строків методом вакуум–аспірації» затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.06.1994 р. № 111 встановлює, що операцію штучного переривання вагітності методом вакуум-аспірації в амбулаторних умовах дозволяється проводити при затримці менструації не більше 20 днів [9]. Операцію штучного переривання вагітності ранніх строків методом вакуум-аспірації дозволяється проводити у жіночих консультаціях і гінекологічних відділеннях, для чого виділяється мала операційна, кімната відпочинку з кушетками для короткочасного перебування жінок після операції.

При перериванні вагітності ранніх строків у жіночій консультації за нею закріплюється гінекологічний стаціонар для госпіталізації жінок з ускладненнями і забезпечується своєчасна доставка їх санітарним транспортом.

Сьогодні дуже «популярним» і «зручним» серед молоді вважається вищезгаданий спосіб переривання вагітності. Вакуум–аспірацію широко використовують у багатьох країнах світу. «Популярність» цього методу полягає в тому, що проводять штучне переривання вагітності в амбулаторних умовах за допомогою відносно простого медичного обладнання. Ускладнень після цього методу переривання вагітності набагато менше, аніж після традиційного абортів, але це не свідчить про можливість використання його як методу планування сім'ї [10, с.17] .

Висновки. Отже, з погляду теорії права легальне проведення абортів є узаконеним запереченням права на життя – першого й засадничого з усіх основних й невідчужуваних прав людини; звуженням гарантованого Конституцією України “права кожної людини на життя”. Тому аборт слід прирівняти до злочину людиноббивства – зі всіма наслідками у вигляді покарань, передбачених Кримінальним Кодексом, до якого слід внести

відповідні зміни. Але зважаючи на специфічний статус ембріону, існування такої можливості як штучне переривання вагітності є в деяких випадках (наприклад, зґвалтування, серйозні медичні проблеми) виправданим, а тому, ми вважаємо, що потрібно не забороняти аборт взагалі, а законодавчо передбачити вичерпний перелік випадків, коли дозволяється проведення штучне переривання вагітності.

Слід зазначити, що штучні аборти, навіть ті, які робить лікар у лікувальному закладі, негативно впливають на здоров'я жінок, особливо в разі переривання першої вагітності та при повторних абортах. Найчастішим ускладненням є запальні захворювання, які нерідко призводять до порушення дітородної функції (самовільні викидні, позаматкова вагітність, безпліддя). Підраховано, що кожен рік в світі з'являється близько 10 млн. нових неплідних шлюбних пар. Частота неплідних подружніх пар з кожним роком зростає, негативно впливаючи на генофонд нації. Неплідність продовжує залишатися однією з найбільш важливих медичних, соціальних та державних проблем [11, с.122].

Аборти водночас можуть бути причиною виникнення розладів нервової системи, а також функцій яєчників, надниркових залоз та інших залоз внутрішньої секреції. Тому дозвіл абортів не означає їх заохочення, навпаки, в нашій країні здійснюються заходи, спрямовані на зменшення кількості абортів. До них належать заходи заохочення материнства (охорона прав, інтересів і здоров'я матері і дитини, матеріальна допомога при народженні дитини, розвиток мережі дитячих закладів тощо), навчально-освітня робота та інші заходи. Зменшення кількості абортів досягається також застосуванням протизаплідних засобів.

До недавнього часу контрацепція вважалась виключно справою жінок. Однак є цілком очевидним те, що чоловік на рівні з жінкою повинен вирішувати проблеми, пов'язані з плануванням сім'ї.

Тому, згідно з Програмою дій, прийнятою на Міжнародній Каїрській конференції (1994), формування та збереження репродуктивного здоров'я

забезпечується шляхом активної діяльності системи планування сім'ї – допомоги окремим особам та подружнім парам у досягненні певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини в залежності від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї. Проблема планування сім'ї є світовою проблемою. Право на планування сім'ї та особисте відповідальне батьківство, як невід'ємне право кожного громадянина, у 1968 р. проголошено Організацією Об'єднаних Націй, а в 1974 р. визнано право кожної країни займатися плануванням сім'ї на державному рівні. [12, с.3] .

Розповсюдженість абортів та їх наслідків в Україні, що є не тільки основним чинником розладу репродуктивного здоров'я, а й економічним тягарем для держави та окремої сім'ї, обумовило високий рівень репродуктивних втрат, що свідчить про актуальність медико-соціальної та соціально-демографічної значимості удосконалення системи планування сім'ї.

Складовою системи планування сім'ї є засоби та методи контрацепції, однак, застосування їх як альтернативи абортам, в Україні залишається ще недостатнім. Також необхідна налагоджена система підготовки молоді до сімейного життя, в тому числі формування і дотримання його здорового способу, планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я. Таку систему треба забезпечити не лише за рахунок зусиль неурядових організацій, а й на державному рівні.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Іванюта Л. І. Репродуктивне здоров'я і неплідність // Мистецтво лікування. 2004, № 4. – С. 27.
2. Фролова О.Г. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). – М.: «Триада – Х», 2003. – С. 119.

3. Голота В., Макаренко Г., Усевич І. Сучасні проблеми планування сім'ї // Ліки України. 2000, № 7-8. – С. 17.
4. Бодяжина В.І., Жмаків К.М. Акушерство: Підручник для студентів медичних інститутів. – К.: «Вища школа», 1974. – С. 226.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів» 12.11.1993 р. № 926.
7. Фролова О.Г. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). – М.: «Триада – Х», 2003. – С. 31.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції про порядок проведення медикаментозного штучного переривання вагітності ранніх строків шляхом застосування препаратів міфепристону та мізопростолу й інших зареєстрованих в Україні препаратів аналогічної дії» від 05.05.2003 р. № 192.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності ранніх строків методом вакуум–аспірації» від 28.06.1994 р. № 111.
10. Голота В., Макаренко Г., Усевич І. Сучасні проблеми планування сім'ї // Ліки України. 2000, № 7-8. – С. 17.
11. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2005. – С. 122.
12. Жилка Н. Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактика порушень репродуктивного здоров'я жінок. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2005. – С. 3.