

© Коллектив авторов, 2016

Г.Б. ДИККЕ^{1,3}, Е.Э. ПЛОТКО², Д.М. КОЧЕВ³, А.М. КАЦАЙ⁴

ИНФОРМИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПЕРЕД МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ РЕСУРСОВ

¹ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

²ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Медицинский центр «Гармония», Екатеринбург, Россия

³ЗАО «Пенткрофт Фарма», Москва, Россия

⁴ФГБОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Улучшить качество информирования и консультирования пациенток перед прерыванием беременности и оценить удовлетворенность врачей содержанием аудио-видео-презентации по стандартным вопросам, предоставляемым перед абортom.

Материал и методы. Дизайн – многоцентровое проспективное простое когортное контролируемое исследование. Сбор информации по тестируемым вопросам осуществлялся с помощью специально разработанной анкеты для врачей, содержащей 20 вопросов. Было проанализировано 92 анкеты, из которых 62 содержали информацию о пациентках, прослушавших аудио-видео-презентацию перед прерыванием беременности (основная группа), 30 анкет – о пациентках, получивших только устную информацию от врача.

Результаты. 40% (12/30) пациенток, получивших только устную информацию от врача перед абортom, позвонили врачу между приемом мифепристона и контрольным визитом против 3,2% (2/62) – среди тех, кто прослушал аудио-видео-презентацию, что в 12 раз меньше ($p < 0,001$). Дополнительный визит (по собственной инициативе) сделали 13,3% (4/30) при отсутствии для этого показаний (осложнения, требовавшие обращения к врачу, были только у двоих из них) и 3,2% (2/62) пациенток в основной группе (в 4 раза меньше). Напротив, количество пациенток, не явившихся на контрольный визит в назначенный день, было 23,3% (7/30) и 9,7% (6/62), то есть в 2,4 раза меньше ($p < 0,005$) соответственно. Консультирование перед абортom независимо от его формы привело к высокой частоте выбора контрацепции – 96,8% (60/62) в основной группе и 86,7% (26/30) – в контрольной.

Заключение. Качество информации, предоставляемой перед абортom с помощью аудио-видео-презентации на современных гаджетах, соответствует высокой оценке врачей и позволяет им улучшить процесс консультирования, что сопровождается оптимизацией рабочего времени за счет его сокращения на предоставление информации, уменьшения количества телефонных звонков и внеплановых визитов.

Ключевые слова: нежеланная беременность, медикаментозный аборт, консультирование, информирование.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Дикке Г.Б., Плотко Е.Э., Кочев Д.М., Кацай А.М. Информирование и консультирование перед медикаментозным прерыванием беременности с использованием электронных ресурсов. *Акушерство и гинекология*. 2016; 11: <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.11>.

G.B. DIKKE^{1,3}, E.E. PLOTKO², D.M. KOCHEV³, A.M. KATZAY⁴

INFORMING AND COUNSELLING WITH THE USE OF ELECTRONIC RESOURCES PRIOR TO DRUG-INDUCED ABORTION

¹Peoples' Friendship University of Russia, Moscow 117198, Miklukho-Maklaya str. 8, Russia

²Garmoniya (Harmony) Medical Center, Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg 620028, Repina str. 3, Russia

³ZAO "Pentkroft Farma", Moscow 129110, pr. Mira 68, bld. 2, Russia

⁴I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow 119991, Trubetskaya str. 8, bld. 2, Russia

Objective. To improve the quality of informing and counselling patients before pregnancy termination and to assess physicians' satisfaction with the content of audio-video presentations on standard questions given prior to abortion.

Subjects and methods. This was a multicenter prospective simple cohort controlled study. Information on test questions was collected using specially designed 20-item questionnaires for physicians. The investigators analyzed

92 questionnaires, including 62 ones that contained information on patients who had listened to the audio-video before pregnancy termination (a study group) and 30 ones having on those who had obtained only oral information from a physician.

Results. 40% (12/30) of the patients who had obtained only a physician's oral information prior to abortion called their physician between the administration of mifepristone and the control visit versus 3.2% (2/62) of those who had listened to the audio-video did this 12 times less frequently ($p < 0.001$). An additional visit was made by 13.3% (4/30) of the patients on their own initiative without having any evidence for this (only two of them had any complications) and by 3.2% (2/62) of those in the study group (by 4 times less frequently). On the contrary, the number of patients who had not made a control visit on the scheduled day was 23.3% (7/30) and 9.7% (6/62), respectively; that was 2.4 times less frequently ($p < 0.005$). Regardless of its form, counselling prior to abortion caused a high frequency of contraception choice (96.8% (60/62) in the study group and 86.7% (26/30) in the control group).

Conclusion. The quality of pre-abortion information with the use of audio-video presentations on modern gadgets corresponds to the high assessments by physicians and allows them to improve the consultation process, which is accompanied by the optimization of working time, by reducing the latter to provide the information and decreasing the number of phone calls and unscheduled visits.

Keywords: unwanted pregnancy, drug-induced abortion, counselling, informing.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

For citations: Dikke G.B., Plotko E.E., Kochev D.M., Katzay A.M. Informing and counselling with the use of electronic resources prior to drug-induced abortion. *Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2016; (11): (in Russian) <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.11>.

Согласно положениям Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины физическое и психическое вмешательство может осуществляться только после получения на то свободного, осознанного согласия, основанного на информированности лица, подвергающегося такому вмешательству [1].

Информированное добровольное согласие (ИДС) — основное право пациента и необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. Оно представляет собой процесс получения разрешения у пациента или его законного представителя в виде добровольного принятия предложенного врачом обследования и лечения, построенный на предоставленной в доступной форме полной и достоверной информации о целях предстоящего вмешательства, его методах, вариантах процедур и условий их оказания, возможных рисках, осложнениях, последствиях и результатах [2]. Кроме того, согласно требованиям Министерства здравоохранения Российской Федерации [3], врач обязан направить женщину на консультацию к психологу, социальному работнику для оказания помощи в принятии решения при согласии женщины и ее добровольном информированном согласии.

Правовой основой ИДС является статья 22 Конституции РФ, которая гласит, что каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность, а ИДС — правомерный способ преодоления конституционного права человека на личную неприкосновенность.

В случае недостаточности информации, предоставленной пациенту врачом, говорить об обоснованном его согласии или отказе на медицинское вмешательство невозможно, и в случаях такого рода нарушается право гражданина на информацию [4].

При прерывании нежеланной беременности информирование и консультирование пациенток занимает

важное место не только в принятии решения, но и в обеспечении безопасности этой процедуры [5, 6].

Информация, которую врач должен сообщить пациентке перед абортom, включает сведения о методах прерывания беременности и обезболивании (с возможностью выбора), возможных побочных эффектах и осложнениях прерывания беременности, мерах по их профилактике, лекарственных препаратах, которые пациентка может принять самостоятельно для снижения побочных эффектов, симптомах, требующих срочного обращения к врачу, правилах поведения в послеабортном периоде. Консультирование по вопросу планирования семьи и выбор планового метода контрацепции является обязательной частью оказания качественной медицинской помощи женщине с нежеланной беременностью.

Предоставление информации врачом по достаточно большому кругу перечисленных вопросов занимает относительно продолжительный промежуток времени (не менее 30–35 мин) и составляет по отношению к общему количеству времени, отпущенному на прием одной пациентки, его основную часть.

С целью стандартизации информации, предоставляемой пациентке перед прерыванием беременности, и сокращения времени, затрачиваемого врачом на информирование, нами была разработана аудио-видео-презентация продолжительностью 18 минут. Пациентки имеют возможность прослушать ее перед первым визитом к врачу с помощью планшета или своего смартфона или в период «ожидания» перед окончательным принятием решения о прерывании беременности до приема мифепристона в домашних условиях на компьютере через интернет.

Аудио-видео-запись представляет собой презентацию, содержащую необходимую информацию в сопровождении комментариев акушера-гинеколога. Прослушав ее, женщина имеет возможность

здать вопросы своему лечащему врачу во время очередного визита.

Цель исследования: улучшить качество информирования и консультирования пациенток перед прерыванием беременности и оценить удовлетворенность врачей содержанием аудио-видео-презентации по стандартным вопросам, предоставляемым перед абортom.

Материал и методы исследования

Дизайн: многоцентровое проспективное простое когортное контролируемое исследование.

Перед проведением исследования врачи получили планшеты с аудио-видео-записью презентации и необходимые инструкции по ее использованию.

Сбор информации по тестируемым вопросам осуществлялся с помощью специально разработанной анкеты для врачей, содержащей 20 вопросов. Были проанализированы 92 анкеты, из которых 62 содержали информацию о пациентках, прослушавших аудио-видео-презентацию перед прерыванием беременности (основная группа), 30 анкет – о пациентках, получивших только устную информацию от врача (контроль).

Оцениваемые параметры: время, затраченное на информирование и консультирование пациентки перед прерыванием беременности, количество пациенток, позвонивших врачу между приемом мифепристона и контрольным визитом, пришедших на дополнительный визит, не явившихся на контрольный визит в назначенный день, количество осложнений, количество пациенток, выбравших плановый метод контрацепции и начавших его использовать сразу после аборта, удовлетворенность врачей качеством информации, предоставленной в аудио-видео-презентации.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась в стандартном приложении Microsoft Office Excel. Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ Statistica. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t). Для сравнения количественных значений использовали доверительный интервал, в который попадали 95% всех значений – выборочное среднее плюс-минус три стандартных отклонения (правило трех σ).

Результаты исследования

Средний возраст пациенток, принявших участие в исследовании, составил $28,0 \pm 0,34$ и $31,1 \pm 0,42$ года

($p < 0,001$) в основной и контрольной группах соответственно. Порядковый номер настоящей беременности и количество ранее выполненных абортom: $2,8 \pm 0,04$ и $0,95 \pm 0,06$ – в первой группе и $2,9 \pm 0,03$ ($p > 0,001$) и $1,07 \pm 0,07$ ($p > 0,001$) – во второй. Срок прерываемой беременности был $6,2 \pm 0,05$ и $6,8 \pm 0,06$ недели ($p > 0,001$) соответственно.

Время, затрачиваемое на первичный прием одной пациентки, составило $23,7 \pm 0,07$ мин в группе пациенток, прослушавших аудио-видео-презентацию, и $32,7 \pm 0,06$ мин – в контроле и было меньше на $8,7 \pm 0,03$ минут ($p > 0,001$). Среднее количество вопросов, которые пациентки задавали врачу, составило $1,2 \pm 0,03$ в обеих группах. Вопросы носили уточняющий характер.

Результаты по другим оцениваемым параметрам представлены в таблице.

Анализ таблицы показал, что значительно меньше было число телефонных звонков (в 12 раз) в основной группе по сравнению с контрольной, сделанных пациентками врачу в период между приемом мифепристона и контрольным визитом. Количество дополнительных визитов сократилось в 4 раза соответственно. Дополнительные визиты были сделаны по поводу болевого синдрома (2/62 и 2/30) и повышенного объема кровопотери (2/30). Пациенткам была проведена симптоматическая терапия. Серьезных осложнений, которые потребовали бы госпитализации и медицинского вмешательства, не было в обеих группах.

Практически все пациентки в обеих группах выбрали плановый метод контрацепции. Структура методов, которым женщины отдали предпочтения, практически не отличалась между группами: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) выбрали 77% (48/62) и 60% (18/30) женщин соответственно, внутриматочную спираль (ВМС) – 5% (3/62) и 7% (2/30), имплантат – 5% (3/62) и 7% (2/30), барьерный метод (презерватив) – 7% (4/62) и 13% (4/30), спермициды – 3% (2/62) и 0 соответственно. КОК начали принимать сразу после аборта 38% (18/48) пациенток из первой группы (в день приема мифепристона или в течение первых 4–5 дней) и 39% (7/18) – из второй. Остальные пациентки начинали принимать КОК со следующего менструального цикла. ВМС вводили во время контрольного визита (между 10–14-м днем после приема мифепристона) либо в начале следующего менструального цикла – количество таких пациенток распределилось поровну в обеих группах. Имплантат предпочитали вводить в новом цикле.

Все врачи выразили удовлетворенность качеством предоставленной в аудио-видео-презентации информации и высоко ее оценили (100%).

Таблица. Результаты информирования и консультирования перед абортom по оцениваемым параметрам

Показатель	1 (n=62), абс./%	2 (n=30), абс./%	p
Количество пациенток, позвонивших врачу между приемом мифепристона и контрольным визитом	2/3,2	12/40	<0,001
Количество пациенток, пришедших на дополнительный визит (по своей инициативе)	2/3,2	4/13,3	<0,001
Количество пациенток, не явившихся на контрольный визит в назначенный день	6/9,7%	7/23,3%	<0,005
Количество осложнений	2/3,2	2/6,6	<0,05
Количество пациенток, выбравших плановый метод контрацепции и начавших его использовать	60/96,8	26/86,7	>0,05

Обсуждение результатов

Качественно проведенное консультирование перед абортom способствует уменьшению у пациенток тревоги перед процедурой, пониманию ее сути и правильному поведению для снижения побочных эффектов и осложнений, связанных с отягощенным анамнезом, улучшению исходов [5]. Однако информирование пациенток перед прерыванием беременности законодательно регламентировано лишь объемом информации, предоставляемой с целью принятия решения, но вопросы обеспечения информацией, способствующей сознательному и активному участию пациентки в этом процессе, не регулируются ни в России, ни за рубежом [7, 8]. В то же время исследование с участием 971 пациентки, выполненное во Фландрии (Бельгия), где консультирование до аборта стандартизировано и персонализировано (адаптировано к потребностям женщины), продемонстрировало высокую удовлетворенность и ценность предоставленной информации (89%), возможность принятия самостоятельного решения в процессе прерывания беременности (81%) и использования контрацепции после него (83%) [9].

В исследовании, проведенном в США, из 718 пациенток нашли подобное консультирование полезным и очень полезным 68%, умеренно – 17%, недостаточно – 10% и совсем не полезным – 4%; при этом исследователи отмечают, что информация, регламентированная законом или предоставленная в печатном виде, имела существенно более низкие оценки [10]. Для сравнения приведем данные нашего исследования, выполненного в рамках проекта Минздрава России и ВОЗ в 2012 году, где среди прочих оценивалась удовлетворенность пациенток проведенным перед абортom консультированием. Высоко его оценили 7% респондентов, умеренно – 43%, низко – 35%, оставили без оценки – 15% [11].

Особую важность имеет консультирование перед медикаментозным абортom, поскольку процесс прерывания беременности происходит между приемом мифепристона и контрольным визитом (10–14 дней) вне поля зрения врача, когда пациентка находится дома. Поэтому она должна быть хорошо информирована об особенностях самонаблюдения и об объеме самопомощи при возникновении возможных побочных эффектов, а также симптомах, требующих срочного обращения к врачу.

В условиях недостаточной информированности пациентки нередко прибегают к телефонному общению с врачом, что с определенными оговорками можно отнести к персонализированному консультированию. Целью таких звонков является уменьшение тревожности пациента по поводу симптомов и определение необходимости в неотложной помощи или возможности отсроченного наблюдения.

Телефонный звонок – неотъемлемая часть процесса качественного медицинского сервиса, однако, как отмечают L. Barclay с соавт. [12], телефонное общение врача и пациента может приводить к увеличению числа медицинских ошибок.

В настоящем исследовании 40% (12/30) пациенток, получивших только устную информацию от

врача перед абортom, позвонили врачу между приемом мифепристона и контрольным визитом против 3,2% (2/62) – среди тех, кто прослушал аудиовидео-презентацию, что в 12 раз меньше ($p < 0,001$). Дополнительный визит (по собственной инициативе) сделали 13,3% (4/30) и 3,2% (2/62) пациенток в основной группе (в 4 раза меньше). Напротив, количество пациенток, не явившихся на контрольный визит в назначенный день, было 23,3% (7/30) и 9,7% (6/62), то есть в 2,4 раза меньше ($p < 0,001$) в группе, получивших стандартную информацию с помощью гаджета.

Невозможно переоценить необходимость консультирования женщин перед абортom по вопросу выбора контрацепции, что, по мнению экспертов ВОЗ, является неотъемлемой частью медицинской помощи женщинам с нежеланной беременностью и свидетельствует о ее качестве.

Вопросы контрацепции широко обсуждаются в отечественной литературе, однако большинство публикаций носят информационно-рекламный характер. От них отличается сообщение В.Е. Радзинского, который показал, что даже при бесплатном предоставлении КОК женщинам после аборта приверженность пациенток к ним является чрезвычайно низкой (70 пациенток, участвовавших в исследовании, прекратили прием препарата в течение 3 циклов) [13]. Других сведений об использовании контрацепции женщинами после аборта нами в русскоязычной литературе не найдено.

В настоящем исследовании консультирование перед абортom независимо от его формы привело к высокой частоте выбора контрацепции – 96,8% (60/62) в основной группе и 86,7% (26/30) – в контроле. Данные проспективного наблюдения о продолжении использования выбранного метода пока отсутствуют. Эти сведения имеются в рандомизированном исследовании S.S. Bender и соавт. [14] по изучению эффективности углубленного консультирования перед абортom по выбору контрацепции по сравнению со стандартной формой предоставления информации через 4–6 месяцев после аборта, в котором не было выявлено разницы в частоте их использования (86 и 85% соответственно), при этом частота выбора КОК, как и в нашем исследовании, была высокой (61 и 58%).

F. Bianchi-Demicheli и соавт. [15] сообщают, что 83% женщин после аборта и консультирования продолжали использовать выбранный метод контрацепции на протяжении 6 месяцев против 17% женщин, не применявших никакой метод.

Важность консультирования в выборе современных методов контрацепции и приверженности к ним подчеркивается В.Н. Прилепской с соавт. [16], G.M. Seciga с соавт. [17]. «Назначение» контрацептивного средства, а не свободный выбор самой пациенткой на основании информации, предоставленной врачом, не способствует сохранению приверженности к нему и ведет к частому отказу от приема препарата, что для когорты российских женщин составляет 68% в течение первого года от начала использования и в 2 раза выше, чем, например, в таких странах, как Франция и Германия [18]. Наоборот, женщины,

Видео-презентации снижают время на консультирование, сокращают частоту обращений пациенток и увеличивают число пациенток, выбравших плановый метод контрацепции и начавших его использование сразу после прерывания беременности.

Видео-презентация улучшает процесс консультирования перед абортом.



КОМПЛЕКТЫ для проведения медикаментозного аборта Мифепристон 200 мг №1 в сочетании с Мизопростолом 200 мкг №4



При приобретении 200 комплектов ВИДЕОБУКЛЕТ с консультациями для пациентов ВСЕГО за 1 РУБЛЬ!

При покупке любого количества комплектов для медикаментозного прерывания беременности СПИРАЛЬ SMB Cooper T 380A по цене 150 рублей

550 рублей/комплект от 500 шт.

600 рублей/комплект от 100 шт.

650 рублей/комплект от 50 шт.

750 рублей/комплект до 50 шт.

Заказать комплекты препаратов и задать интересующие Вас вопросы Вы можете у менеджеров ЗАО «Пенткрофт Фарма» по многоканальному телефону

(495) 788-77-46



а также получить предварительную информацию на сайтах:

www.ru486.ru, www.misoprostol.ru

* Доставка в стоимость не входит и будет добавлена при необходимости.
количество комплектов ограничено

которые выбирают метод в соответствии со своими потребностями и ожиданиями, становятся уверенными пользователями современных контрацептивов на протяжении длительного времени, что является залогом качества их жизни и здоровья в будущем.

Выводы

1. Получение полной информации в доступной и лаконичной форме с использованием аудио-видео-презентации на современных гаджетах позволяет снизить время, затрачиваемое на консультирование перед абортom, частоту внеплановых обращений пациенток (телефонных звонков и визитов) и увеличить количество пациенток, выбравших плановый метод контрацепции и начавших его использовать сразу после прерывания беременности.

2. Качество информации для пациенток, обратившихся для прерывания нежеланной беременности, предоставляемой с помощью аудио-видео-презентации на современных гаджетах, соответствует высокой оценке врачей и позволяет им улучшить процесс консультирования.

Литература/References

1. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 года. Available at: <https://www.coe.int/> [Convention on the protection of human rights and dignity in relation to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, April 4, 1997. Available at: <https://www.coe.int/> (in Russian)]
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Available at: <http://www.consultant.ru/> [The federal law from 21.11.2011 N 323-FZ (ed. From 07.03.2016) „On the basis of public health protection in the Russian Federation.” Available at: <http://www.consultant.ru/> (in Russian)]
3. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Available at: <http://www.consultant.ru/> [Order of the Russian Ministry of Health on November 12, 2012 № 572n „On approval of the provision of medical care on the profile of „Obstetrics and Gynecology (except for the use of assisted reproductive technologies).” Available at: <http://www.consultant.ru/> (in Russian)]
4. *Погодина Т.Г.* К вопросу о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство как неотъемлемое право пациента. Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. 2015; 2: 90-3. [Pogodina T.G. On the issue of free and informed consent to medical intervention as an inalienable right of the patient. Legal Science and Practice: Journal of the Nizhny Novgorod Academy of the MOI of Russia. 2015; 2: 90-3. (in Russian)]
5. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2012. 132p.
6. *Дикке Г.Б.* Медикаментозный аборт. Руководство для практических врачей. Радзинский В.Е., ред. М.: МЕДпресс-информ; 2015. 344с. [Dikke G.B. Medical abortion. Guidance for practitioners. Radzinsky V.E., ed. Moscow: MEDpress-inform; 2015. 344p. (in Russian)]
7. *Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В.* Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 3: 92-108. [Dikke G.B., Yarotskaya E.L., Yerofeyeva L.V. Strategic assessment of policies, programs and services in unplanned pregnancy, abortion and contraception in the Russian Federation. A joint study by Ministry of Health of the Russian Federation and WHO. Problemyi reproduksii. 2010; 3: 92-108. (in Russian)]
8. *Steinberg T.N.* Abortion counseling: to benefit maternal health. Am. J. Law Med. 1989; 15(4): 483-517.
9. *Vandamme J., Wyverkens E., Buysse A., Vrancken C., Brondeel R.* Pre-abortion counselling from women's point of view. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2013; 18(4): 309-18.
10. *Gould H., Foster D.G., Perrucci A.C., Barar R.E., Roberts S.C.* Predictors of abortion counseling receipt and helpfulness in the United States. Women's Health Issues. 2013; 23(4): e249-55.
11. *Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В.* Внедрение современных методов прерывания беременности в отечественную практику. Акушерство и гинекология. 2014; 2: 67-73. [Dikke G.B., Yarotskaya E.L., Erofeeva L.V. Introduction of current methods for pregnancy termination in Russian practice. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2014; 2: 67-73. (in Russian)]
12. *Barclay L., Lie D.* Physician-patient telephone calls may rise to medical communication errors. J. Gen. Intern. Med. 2005; 20(10): 959-63.
13. *Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А.*, ред. Ранние сроки беременности. М.: StatusPraesens; 2009. [Radzinsky V.E., Orazmuradov A.A., eds. The early stages of pregnancy. Moscow: StatusPraesens; 2009. (in Russian)]
14. *Bender S.S., Geirsson R.T.* Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. Contraception. 2004; 69(6): 481-7.
15. *Bianchi-Demicheli F., Perrin E., Bianchi P.G., Dumont P., Lüdicke F., Campana A.* Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. Contraception. 2003; 67(2): 107-13.
16. *Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Тарасова М.А., Летуновская А.Б.* Международный проект «CHOICE»: краткий обзор результатов исследования. Гинекология. 2010; 12(4): 26-8. [Prilepskaya V.N., Nazarova N.M., Tarasova M.A., Letunovskaya A.B. The international project «CHOICE»: an overview of survey results. Ginekologiya. 2010; 12(4): 26-8. (in Russian)]
17. *Secura G.M., Allsworth J.E., Madden T., Mullersman J.L., Peipert J.F.* The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 203(2): 115. e1-7.
18. *Hooper D.J.* Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. Clin. Drug Investig. 2010; 30(11): 749-63.

Поступила 26.08.2016

Принята в печать 02.09.2016

Received 26.08.2016

Accepted 02.09.2016

Сведения об авторах:

Дикке Галина Борисовна, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО РУДН. Адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru

Плотко Евгений Эдуардович, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, медицинский центр «Гармония», главный врач. Адрес: 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3. Телефон: 8 (343) 214-86-71. E-mail: plotko61@gmail.com

Кочев Дмитрий Михайлович, генеральный директор ЗАО «Пенткрофт Фарма». Адрес: 129110, Россия, Москва, пр. Мира, д. 68, стр. 2. Телефон: 8 (495) 788-77-46. E-mail: pentcroft@mail.ru

Кацай Андрей Михайлович, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения МПФ ФГБОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: Россия, Москва, 119991, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Директор ООО «Альфа-Мед». Адрес: 640000, Россия, Курган, ул. К. Маркса, 31/II.
Телефон: 8 (3522) 42-62-28. E-mail: katsai@mail.ru

About the author:

Dikke Galina B., Honoured Science and Education, MD, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine, faculty of continuing medical education, Peoples' Friendship University of Russia. 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya str. 8. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru

Plotko Eugene E., MD, professor of obstetrics and gynecology, the head physician, Garmoniya (Harmony) Medical Center, Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia. 620028, Russia, Yekaterinburg, Repina str. 3. Tel.: +73432148671. E-mail: plotko61@gmail.com

Kochev Dmitry M., CEO, ZAO "Pentkroft Farma". 129110, Russia, Moscow, pr. Mira 68, bld. 2. Tel.: +74957887746. E-mail: pentcroft@mail.ru

Katzay Andrey M., Competitor of the Department of Public Health of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia. 119991, Russia, Moscow, Trubetskaya str. 8, bld. 2. Director of "Alfa-Med". 640000, Russia, Kurgan, st. Karl Marx, 31/II.

Tel.: +7352242-62-28. E-mail: katsai@mail.ru

ООО "БИОННИКА МЕДИА"