

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ВЫБОРА ПЛАНОВОГО МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ, ИНТЕГРИРОВАННОГО С МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПРЕРЫВАНИЮ НЕЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А.М. Кацай¹, Г.Б. Дикке², Г.С. Шестаков¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

RATIONALE FOR SELECTION OF PLANNED CONTRACEPTIVE METHOD INTEGRATED WITH MEDICAL ASSISTANCE IN TERMINATING AN UNWANTED PREGNANCY

A.M. Katsay¹, G.B. Dikke², G.S. Shestakov¹

¹ FSBEI HE "First MSU n.a. I.M. Sechenov" of RMH, Moscow

² FSAEI HE "Peoples' Friendship University of Russia", Moscow

Цель исследования состояла в оценке качества оказания медицинской помощи женщинам по вопросу выбора планового метода контрацепции в связи с нежеланной беременностью и абортom в ранние сроки в амбулаторно-поликлинических условиях и определения путей оптимизации организационных мероприятий и методических подходов к его повышению. Изучены исходы 760 случаев прерывания беременности на сроках до 6 недель, выполненных в условиях одного амбулаторного учреждения г. Кургана в 2015 г. женщинам в возрасте от 20 до 45 лет, и выбор для них планового метода контрацепции. В группу вакуумной аспирации были включены 186 женщин, медикаментозного аборта – 574. В качестве планового метода контрацепции в 80,1% (149/186) и 79,9% (459/574) случаев в соответствующих группах была выбрана гормональная контрацепция, использование которой было начато сразу после выполнения вакуумной аспирации и медикаментозного аборта. Внутриматочный контрацептив был применен только в 1,1% (2/186) и 1,2% (7/574) случаев в соответствующих группах во время очередной менструации. Таким образом, преимущественным выбором планового метода контрацепции оказались комбинированные оральные контрацептивы (80%), однако выбор осуществлялся не на основе предпочтений и ожиданий женщины, а по назначению врача, что повышает риск отказов от него в долгосрочной перспективе. Частота применения внутриматочных контрацептивов после аборта представляется неоправданно низкой – всего 1%, а их введение осуществляется в отсроченные сроки после аборта, что увеличивает риск наступления нежеланной беременности в «незащищенном» периоде.

Ключевые слова: нежеланная беременность, прерывание беременности, вакуумная аспирация, медикаментозный аборт, гормональная контрацепция, внутриматочные контрацептивы

The purpose of the study was to assess the quality of health care for women regarding the choice of planned method of contraception due to unwanted pregnancy and abortion in the early stages in outpatient settings and identify ways to optimize the organizational measures and methodological approaches to its improvement. Outcomes of 760 cases of termination of pregnancy for up to 6 weeks of gestation performed in single outpatient clinic in Kurgan city in 2015 in women aged 20 to 45 years, and the choice of method of contraception for them were evaluated. The group of vacuum aspiration group consisted of 186 women; medication-induced abortion group included 574 women. Hormonal contraception, which was started immediately after vacuum aspiration and medication-induced abortion, was selected as a planned contraceptive method in 80.1% (149/186) and 79.9% (459/574) of cases in the respective groups. IUDs have been used only in 1.1% (2/186) and 1.2% (7/574) of the cases in the respective groups during the next menstrual period. Thus, the use of combined oral contraceptives was preferential (80%) planned method of contraception, but the choice was made doctor's orders, not on the basis of the preferences and expectations of women, which increases the risk of refusal over time. The frequency of use of IUDs after an abortion seems unreasonably low – only 1%, and their deployment is performed in delayed terms after abortion, which increases the risk of unwanted pregnancy in «unprotected» period.

Key words: unwanted pregnancy, abortion, vacuum aspiration, medication-induced abortion, hormonal contraception, intrauterine devices

Качественно проведенное консультирование перед абортom способствует уменьшению у пациенток тревоги перед процедурой, пониманию ее сути и правильному поведению для снижения риска побочных явлений и осложнений, связанных с отягощенным анамнезом, улучшению исходов и использованию современных методов контрацепции после аборта [1].

Однако при информировании пациенток перед прерыванием беременности (ПБ) законодательно регламентируется лишь объемом информации, предоставляемой с целью принятия решения, а вопросы обеспечения информацией, способствующей сознательному и активному участию пациентки в этом процессе и выборе контрацепции, не регулируются ни в России, ни за рубежом [2, 3]. 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 пациенток ценностью предоставленной информации (89%), возможность принятия ими самостоятельного решения в процессе ПБ (81%) и в отношении

использования контрацепции после него (83%) [4].

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 [5]. Для сравнения приведем данные исследования, выполненного в рамках проекта МЗ РФ и ВОЗ в 2012 г., в котором среди прочих вопросов оценивалась удовлетворенность пациенток проведенным перед абортom консультированием. Высоко его оценили 7% респондентов, умеренно – 43%, низко – 35%, оставили без оценки – 15% [6].

Цель исследования – дать оценку качеству оказания медицинской помощи женщинам по вопросу выбора планового метода контрацепции в связи с нежеланной беременностью и абортom в ранние сроки в амбулаторно-поликлинических условиях и определить направления оптимизации организационных мероприятий и методических подходов к его повышению.

Материал и методы исследования

Изучены исходы 760 случаев ПБ на сроках до 6 недель, выполненных в условиях одного амбулаторного учреждения г. Кургана в 2015 г. женщинам в возрасте от 20 до 45 лет.

Основным критерием включения в исследование был срок беременности до 6 недель, считая с первого дня последней менструации. Во всех случаях аборт выполнялся при наличии добровольного информированного согласия женщины.

Пациентки были распределены на две группы соответственно выбранному методу прерывания беременности: в группу вакуумной аспирации (ВА) включены 186 женщин, в группу медикаментозного аборта (МА) – 574. При статистической обработке результатов использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала.

Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивали по критерию Стьюдента (t). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий χ^2 (при необходимости применялась поправка Йетса). Значения считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$ и при величине $\chi^2 > 3,84$. В обеих клинических группах ретроспективно определялась частота встречаемости изучаемых явлений. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Пациентки обеих клинических групп были сопоставимыми по возрасту и клинко-демографическим характеристикам. Средний возраст женщин 1-й группы (ВА) составил $26,2 \pm 3,7$, 2-й (МА) – $27,6 \pm 3,5$ года. Соответственно, средний возраст менархе был $13,2 \pm 0,4$ и $13,1 \pm 0,7$ года (12–15 лет); начало половой жизни отмечено с $17,4 \pm 1,5$ и $17,2 \pm 1,7$ года (13–29 лет). Количество беременностей в анамнезе у пациенток 1-й и 2-й групп составило в среднем $2,1 \pm 0,8$ и $2,3 \pm 0,7$ ($p > 0,05$), среднее количество родов – $0,9 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,1$ ($p > 0,05$) соответственно. У пациенток сравняемых групп в анамнезе было равное количество инструментальных абортов – $1,0 \pm 0,2$, выкидышей в I триместре гестации – по $0,11 \pm 0,02$. Срок беременности в обеих клинических группах был также сопоставимым.

Эффективность прерывания беременности в группе ВА составила 98,9%, в группе МА – 98,6% ($p > 0,001$). Частота ранних осложнений в группах ВА и МА была сопоставимой: продолжающаяся беременность выявлена в 1,1% (2/186) и 1,4% (8/574) случаев соответственно ($p \chi^2 > 0,05$), неполный аборт в 0,5% (1/186) и 1,6% (9/574) случаев ($p \chi^2 > 0,05$). Кровотечение (0,17% [1/574]) имело место только в группе МА, что также соответствует общепринятым показателям. Госпитализация потребовалась только одной женщине с кровотечением (выполнена инстру-

ментальная ревизия полости матки), остальным необходимая помощь была оказана в учреждениях, где женщины наблюдались.

В качестве планового метода контрацепции для 80,1% (149/186) и 79,9% (459/574) женщин в соответствующих группах на основании рекомендаций врача была выбрана гормональная контрацепция (комбинированные оральные контрацептивы – КОК), которая была начата сразу после выполнения ВА и МА. Внутриматочный контрацептив был введен только в 1,1% (2/186) и 1,2% (7/574) случаев в группах ВА и МА соответственно во время очередной менструации. Однако эксперты в области репродуктивного здоровья относят внутриматочные средства (ВМС) к предпочтительным для плановой контрацепции у женщин после ПБ, которые рекомендуется вводить сразу после ВА или между 9-м и 14-м днями – после МА. То есть начинать использовать ВМС следует сразу после аборта, не откладывая до очередной менструации, что способствует повышению числа пользователей и характеризуется большей комплаентностью [6].

Оптимальный выбор метода и начала использования контрацепции после ПБ является существенным элементом высокого качества медицинской помощи женщинам при нежеланной беременности и абортe, являясь ее неотъемлемой частью [1].

Основная цель применения методов контрацепции после аборта – предупреждение беременности, а не реабилитация, т.к. фертильность восстанавливается через 7–10 дней, а неосложненный аборт не приводит к нарушениям репродуктивной функции.

Тем не менее женщины, прибегающие к ПБ, часто покидают медицинские учреждения после аборта, не получая консультирования по вопросам контрацепции. Например, по данным исследований, проведенных в 2008 г. в Кемеровской области, 68% женщин, обратившихся за помощью в связи с медицинским абортom, не получают адекватного консультирования по вопросам планирования семьи, что в 2/3 случаев служит причиной повторного обращения для ПБ [7]. В других исследованиях показано, что

не менее 40% женщин, выполнивших аборт, прибегают к нему и во второй раз [8].

Поэтому качественное консультирование по вопросу выбора контрацепции и раннее начало использования выбранного метода позволяют сокращать количество аборт по крайней мере в 2 раза.

Проведено несколько исследований, свидетельствующих об эффективности такого подхода. Так, крупномасштабное исследование с участием 319 385 женщин, выполненное в 2326 медицинских учреждениях государственного сектора в 8 развивающихся странах с 2011 по 2013 г. показало, что интеграция услуг по выбору контрацепции в медицинскую помощь при аборте позволило увеличить число пользователей современных эффективных методов предупреждения беременности до 73% [9].

Вопросы контрацепции после аборта широко обсуждаются и в отечественной литературе, однако большинство публикаций носят информационно-рекламный характер. От них выгодно отличается сообщение В.Е. Радзинского, который показал, что даже при бесплатном предоставлении КОК женщинам после аборта приверженность пациенток к ним чрезвычайно низка (70 пациенток, участвовавших в исследовании, прекратили прием препарата в течение трех циклов) [10]. Других сведений об использовании контрацепции женщинами после аборта нами в русскоязычной литературе не найдено.

Важность консультирования при выборе современных методов контрацепции для повышения их комплаентности подчеркивается В.Н. Прилепской и соавт. [11], G.M. Seciga и соавт. [12]. «Назначение» контрацептивного средства врачом, а не свободный выбор самой пациенткой на основании предоставленной информации не способствует сохранению приверженности к нему. Это ведет к частому отказу от приема препарата (даже при бесплатном его предоставлении), частота которого для когорты российских женщин составляет 68% в течение первого года от начала использования, что в 2 раза выше, чем в таких странах, как Франция и Германия

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

Так, исследование Г.Б. Дикке и соавт. показало, что консультирование перед абортом способствует высокой частоте применения контрацепции после ПБ – 96,8% [14]. Данные проспективного наблюдения о частоте продолжения использования выбранного метода через 4–6 месяцев после аборта приведены в рандомизированном исследовании S.S. Bender и соавт., в котором она составила 86% [15]. Аналогичная частота указывается в исследовании F. Bianchi-Demicheli и соавт. – 83% женщин после аборта и консультирования продолжали использовать выбранный метод контрацепции на протяжении 6 месяцев [16].

Эти данные свидетельствуют о высокой мотивации женщин в отношении контрацепции после завершения нежеланной беременности при достаточном выборе средств (метод «микс») и их наличии в аптечной сети, а также о необходимости постоянного мониторинга за качеством оказываемых услуг в лечебных учреждениях.

К важным элементам консультирования, имеющим доказательную базу, относятся следующие положения [1, 17–19]:

- Обсуждение и выбор будущего метода контрацепции еще до начала процедуры ПБ (уровень В).
- После неосложненного аборта может быть использован любой метод контрацепции, отвечающий потребностям и ожиданиям женщины, по ее выбору (уровень А).
- Предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор женщины (уровень А).
- «Первая» линия контрацепции после аборта – пролонгированные обратимые методы: ВМС, имплантат, инъекция (уровень А), и они должны быть предложены женщине в первую очередь.
- Введение ВМС после аборта остается лучшим обратимым методом

контрацепции для предупреждения повторной нежеланной беременности (уровень А).

- Выбранный метод контрацепции следует начать использовать сразу после выполнения аборта: после завершения ВА (уровень А), или в день приема мифепристона (гормональные методы), или между 9-м и 15-м днями после приема мифепристона (ВМС) – при МА (уровень В).
- Раннее начало использования контрацепции после аборта не влияет на течение, частоту осложнений и исходы аборт (уровень А).

В России, как и во всем мире, среди обращающихся за абортом преобладают повторно беременные женщины (91,3%) [11]. Большинство из них – замужние женщины в возрасте старше 25 лет, имеющие 1–2 детей, для которых актуально соблюдение интергенеративного интервала (3–6 лет), или уже реализовавшие свои репродуктивные планы, т.е. нуждаются в длительной эффективной контрацепции в отсутствие необходимости в постоянном соблюдении правил и режима ее использования, что может быть обеспечено применением методов пролонгированного действия.

Поскольку разрыв между началом половой жизни современных подростков и возрастом первых родов составляет 6–10 лет, долгосрочные методы контрацепции остаются предпочтительными и для этой категории молодых женщин [20]. Возраст сам по себе или количество предшествовавших беременностей не должны ограничивать выбор противозачаточных средств, в т.ч. внутриматочных методов (уровень С) [19, 20]. Проведено исследование с участием 7486 женщин [21], показавшее, что среди его участниц, использовавших противозачаточные таблетки, пластырь или кольцо, девушки моложе 21 года имели вдвое больший риск нежеланной беременности, чем женщины более старшего возраста, т.к. чаще допускали погрешности при применении контрацептивов (разница между «идеальным» и «типичным» использованием).

В исследовании, проведенном в Сент-Луисе (США) с участием 9256 пациенток, было показано, что в когор-

те женщин, выбравших долгосрочные методы контрацепции, частота аборт сократилась более чем в 2 раза по сравнению с региональным и национальным его уровнями среди женщин всех возрастов, а среди подростков показатель аборт снизился до 6,3 против 34,3 на 1000 женщин данного возраста ($p < 0,001$; уровень А) [22].

Однако применение пролонгированных обратимых методов контрацепции в России остается низким: для ВМС всего 12,4% с тенденцией к уменьшению за последние 15 лет, для имплантатов – статистические данные отсутствуют, но, по-видимому, они используются очень редко (в мире – всего 3,4%) [1].

Вместе с тем число пользователей этих методов контрацепции могло бы быть значительно больше с учетом их преимуществ перед другими современными методами, такими как независимость от полового акта, отсутствие необходимости в соблюдении ежедневного режима применения и частых посещений врача, постоянных расходов на приобретение. Они харак-

теризуются самыми высокими эффективностью, продолжительностью использования и удовлетворенностью пользователей, быстрым периодом восстановления фертильности после удаления (уровень В) [23]. Должный уровень консультирования позволяет увеличивать число пользователей пролонгированных обратимых методов контрацепции в 4 раза [22], и в 67% случаев женщины выбирают именно их [12].

Низкий уровень использования ВМС и имплантатов обусловлен, по мнению ряда исследователей, недостаточным уровнем подготовки специалистов, оказывающих услуги по планированию семьи, ограниченной осведомленностью женщин и высокими начальными затратами [24]. В связи с этим становится актуальным вопрос о выборе наиболее приемлемого по стоимости контрацептива и его рентабельности.

Фармакоэкономические расчеты показывают, что в долгосрочной перспективе медьсодержащие ВМС оказываются более экономически выгод-

ными, чем левоноргестрелсодержащие ВМС и имплантаты, а тем более чем КОК и презервативы. Наиболее рентабельны медьсодержащие ВМС, предназначенные для использования сроком от 5 до 10 лет (ВМС Т-Сu 380А), при этом и начальные инвестиции достаточно невелики [19].

Стоимость лицензионной модели ВМС Т-Сu 380А в России делает ее самой рентабельной из всех современных методов контрацепции за счет как низкой стоимости самого средства, так и дешевизны его последующего обслуживания.

Среди медьсодержащих ВМС модель Т-Сu 380А характеризуется наибольшей эффективностью (индекс Перля – 0,3). Для сравнения индекс Перля для Nova-T составляет 3,3; Т-Сu-200 – 2,3; Multiload Cu-375 – 1,4 [25]. Индекс Перля для Т-Сu 380А сопоставим с таковым левоноргестрелсодержащих ВМС (0,2) и стерилизации (0,5) [18].

Несомненно, важное значение при выборе метода контрацепции имеет приверженность пациентов и частота отказов от метода. Для ВМС Т-Сu



380А частота использования более года составляет 86 против 55% при применении КОК, прогестинных контрацептивов или кольца [25]. Среди подростков продолжительность использования ВМС в течение года несколько ниже, но тоже достаточно высока – 72% (в возрасте до 20 лет), тогда как при применении КОК и пластыря этот показатель составляет лишь 30% (в возрасте 15–24 лет) [26].

Преимущества немедленного введения ВМС сразу после аборта в отсутствие риска осложнений по сравнению с отсроченным введением (уровень А) были продемонстрированы в ряде работ. Так, Р.Н. Bednarek и соавт. показали, что частота использования ВМС при отсроченном введении была на 28,7% ниже из-за неявки женщин, а продолжали пользоваться этим методом через 6 месяцев после немедленного введения 92,3% женщин против 76,6% – после отсроченного [27]. Те же авторы подчеркивают, что, согласно ранее опубликованным данным, от 25 до 68% женщин, заявивших о желании ввести ВМС после аборта, при отсроченной процедуре не возвращаются для ее выполне-

ния и впоследствии выбирают менее эффективные методы (31,9% – презерватив) или вообще не используют контрацепцию (25,2%). Математическое моделирование показало, что переход от отсроченного введения ВМС после ПБ к немедленному позволит предотвратить более 70 тыс. нежеланных беременностей ежегодно [24].

Эксперты в области репродуктивного здоровья, в т.ч. представители Совета по народонаселению ООН и Международной Федерации акушеров и гинекологов (FIGO), на встрече в г. Белладжии (Италия, 2012) особо подчеркнули необходимость расширения доступа к пролонгированным обратимым методам предупреждения беременности для снижения неудовлетворенных потребностей в высокоэффективных методах контрацепции и улучшения репродуктивного здоровья [28].

Выводы

1. В структуре методов прерывания НБ в учреждении амбулаторного типа г. Кургана преобладает МА (75,5%), что считается наиболее оптималь-

ным и соответствует практике развитых стран.

2. Преимущественным выбором планового метода контрацепции являются КОК (80%), однако такой выбор осуществляется не на основе предпочтений и ожиданий женщины, а по назначению врача, что повышает риск отказов от него в долгосрочной перспективе.

3. Применение ВМС после аборта неоправданно низкое – всего 1%, причем их введение после аборта обычно бывает отсроченным, что увеличивает риск наступления нежеланной беременности в «защищенный» период.

4. Для увеличения эффективности, приемлемости и комплаентности планового метода контрацепции после аборта необходимо изменить подходы к его выбору на основе индивидуального консультирования до выполнения процедуры ПБ в соответствии с потребностями и ожиданиями женщины с приоритетом в пользу пролонгированных методов (в частности, ВМС) и ранним началом их использования (сразу после аборта).

ЛИТЕРАТУРА

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012. 132 p.
2. 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.
3. Steinberg T.N. Abortion counseling: to benefit maternal health. Am. J. Law Med. 1989; 15(4):483–517.
4. 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.
5. Gould H., Foster D.G., Perrucci A.C., Barar R.E., Roberts S.C.M. Predictors of Abortion Counseling Receipt and Helpfulness in the United States. Jacobs Institute of Women's Health. 2013;23(4):249–55.
6. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Внедрение современных методов прерывания беременности в отечественную практику. Акушерство и гинекология. 2014;2:67–73.
7. Артымук Н.В., Дикке Г.Б., Марочко Т.Ю., Зеленина Е.М., Рыбников С.В., Черняева В.И. Консультирование перед медицинским абортom: методические рекомендации. Кемерово, 2015. 35 с.
8. Сакевич В.И. Планирование семьи в России. Демоскоп Weekly № 465-6, 14 марта 2010. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru>
9. Benson J., Andersen K., Brahm D., Healy J., Mark A., Ajode A., Griffin R. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. Global Public Health. 2016 May 18:1–16.
10. Ранние сроки беременности Под ред. Радзинского В.Е., Оразмурадова А.А. М., 2009.
11. Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Тарасова М.А., Летуновская А.Б. Международный проект «CHOICE»: краткий обзор результатов исследования. Гинекология. 2010;4:26–8.
12. 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.
13. 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.
14. Дикке Г.Б., Плотно Е.Э., Кочев Д.М., Кацай А.М. Информирование и консультирование перед медикаментозным прерыванием беременности с использованием электронных ресурсов. Акушерство и гинекология. 2016;11.
15. Benders S.S., Geirsson R.T. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. Contraception. 2004;69(6):481–87.
16. 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.
17. Thompson K.M., Speidel J.J., Saporta V., Waxman N.J., Harper C.C. Contraceptive policies affect post-abortion provision of long-acting reversible contraception. Contraception. 2011;83(1):41–7.
18. Trussel J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R.A., Trussel J., Stewart F., Nelson A., Gates W., Guest F., Kowal D. Contraceptive Technology. Eighteenth Revised Edition. New York, NY, Ardent Media, 2007:747–826.

19. Long-acting reversible contraception the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG, 2013. <http://www.acog.org/>
20. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare – Professional Association. Contraceptive choices for young people. Guideline Summary. 2010. NGC:008192. <http://www.guideline.gov/>
21. Winner B., Peipert J.F., Zhao Q., Buckel C., Madden T., Allsworth J.E., Secura G.M. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. N Engl. J. Med. 2012;366(21):1998–2007.
22. Peipert J.F., Madden T., Allsworth J.E., Secura G.M. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. Obstet. Gynecol. 2012;120(6):1291–97.
23. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare - Professional Association. Postnatal sexual and reproductive health. Guideline Summary. 2009. NGC:007644. <http://www.guideline.gov/>
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Guideline Summary. 2011 Jul. NGC:008627. <http://www.guideline.gov/>
25. Mestad R., Kenerson J., Peipert J. Reversible Contraception Update: The Importance of Long-Acting Reversible Contraception. Postgrad. Med. 2009;121(4):18–25.
26. Rowan S.P., Someshwar J., Murray P. Contraception for primary care providers. Adolesc. Med. State Art. Rev. 2012;23(1):95–110.
27. Bednarek P.H., Creinin M.D., Reeves M.F., Cwiak C., Espey E., Jensen J.T.; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. N. Engl. J. Med. 2011;364:2208–17.
28. Bellagio consensus recommendations for action to increase access to highly effective, long-acting, reversible contraception. Statement. 2012. www.astra.org

Поступила / Received: 28.11.2016
Принята в печать / Accepted: 09.01.2017

Автор для связи: Г.Б. Дикке – заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва; тел. 8 (495) 434-53-00, e-mail: galadikke@yandex.ru

Corresponding author: G.B. Dikke – Honored Worker of Science and Education, Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine of the Faculty of Advanced Training of Medical Practitioners FSAEI HE «Peoples' Friendship University of Russia», Moscow; tel. 8 (495) 434-53-00, e-mail: galadikke@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов. Для цитирования: Кацай А.М., Дикке Г.Б., Шестаков Г.С. Обоснование необходимости выбора планового метода контрацепции, интегрированного с медицинской помощью по прерыванию нежеланной беременности. Фарматека. 2017;3.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests. For citations: Katsay A.M., Dikke G.B., Shestakov G.S. Rationale for selection of planned contraceptive method integrated with medical assistance in terminating an unwanted pregnancy. Farmateka. 2017;3 (in Russian)

© А.М. Кацай, Г.Б. Дикке, Г.С. Шестаков, 2017