

© Г.Б. Дикке, 2014

Г.Б. ДИККЕ

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЫБОР МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки России, Москва

В обзоре представлены результаты исследований, посвященные наиболее предпочтительным методам контрацепции для женщин после прерывания нежелательной беременности и обоснование рекомендаций с учетом их доказательной базы. Анализ публикаций показал, что после аборта методами «первого выбора» являются пролонгированные обратимые методы контрацепции (LARC) – внутриматочные средства (ВМС), имплантаты, инъекционные и влагалищное кольцо. С учетом клинической и экономической эффективности, а также приемлемости методов наиболее предпочтительными являются ВМС Т-Сu 380А или имплантат. Введение LARC рекомендуется сразу после прерывания беременности, в том числе медикаментозным методом, что способствует увеличению количества пользователей и снижению числа последующих нежелательных беременностей при отсутствии повышенного риска осложнений по сравнению с отсроченным введением.

Ключевые слова: профилактика нежелательной беременности, профилактика повторного аборта, контрацепция, пролонгированная обратимая контрацепция, внутриматочные контрацептивы, ВМС Т-Сu 380А, имплантат.

G.B. DIKKE

PREVENTION OF REPEAT UNWANTED PREGNANCY, CHOICE OF A CONTRACEPTIVE METHOD

Peoples' Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Moscow

The review provides the results of investigations dealing with the most preferred birth control methods for women after termination of unwanted pregnancy, as well as a rationale for recommendations in terms of their evidence basis. Analysis of publications has shown that long-acting reversible contraception (intrauterine devices (IUD), implants, injections, and vaginal rings) is the method of first choice after abortion. Having regard to the clinical and economic effectiveness and acceptability of the methods, the IUD T-Cu 380A or implant are is most preferred. IUD insertion is recommended immediately (as compared with delayed insertion) after pregnancy termination, including that with the use of medications, which promotes an increase in the number of users and a decrease in the number of further unwanted pregnancies in the absence of increased risk for complications.

Key words: prevention of unwanted pregnancy; prevention of repeat abortion; contraception; long-acting reversible contraception; intrauterine contraceptive devices; intrauterine device T-Cu 380A, implant.

Число прерываний беременности в России неуклонно сокращается и в 2010 году был достигнут средневропейский показатель 2008 года – 28 на 1 000 женщин фертильного возраста; однако нежелательная беременность продолжает оставаться частым событием в жизни россиянок: в 2011 году было прервано по желанию женщины 735 145 беременностей (или 41,5% от числа всех зарегистрированных беременностей) [1]. Всего в том же году было прервано 56% беременностей, что определяет актуальность ее профилактики.

Подходы, рекомендуемые в русскоязычной литературе, отличаются от принятых в мире. Так, широко распространенным мнением является необходимость проведения «гормональной реабилитации» после аборта, основанием для которой служит развитие «гипоталамического стресса» – состояния «пере-

возбуждения гипоталамо-гипофизарной системы», сопровождающееся «повышенным выбросом гонадотропных гормонов» [2]. Для «гормональной реабилитации» рекомендуют применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в течение 1 месяца после медикаментозного аборта, 3 месяцев – после вакуумной аспирации и 6 месяцев – после кюретажа (в последнем случае более продолжительный период использования КОК обосновывается травмой эндометрия и необходимостью его восстановления) [3]. Подобный подход не имеет доказательной базы, не может рассматриваться как рациональный и требует пересмотра.

Целью настоящего обзора явился поиск исследований и рекомендаций, основанных на доказательствах, по наиболее оптимальному выбору контрацепции с высоким уровнем эффективности и привер-

женности и сроков ее начала после аборта, а также продолжительности использования.

Был проведен анализ ресурсов, опубликованных в базах данных Cochrane collaboration, PubMed, Medline, на сайтах Всемирной организации здравоохранения, Королевского и Американского обществ акушеров-гинекологов (RCOG, Великобритания, ACOG, США), Национальной федерации абортот (NAF, США), Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) и Института Гуттмахера (США). Уровень доказательности рекомендаций приводится в соответствии с классификацией Королевского общества акушеров и гинекологов (RCOG, 2011), которые основываются на научных исследованиях высокой степени доказательности (уровень А), надежных экспериментальных или наблюдательных исследованиях (уровень В), ограниченных данных, опирающихся на мнения специалистов и имеющих одобрение авторитетных экспертов (уровень С) или выводах, основанных на клиническом опыте многопрофильной группы специалистов (уровень D или GPP, Good Practice Point – хороший практический опыт) [4].

Среди обязательных вопросов, которые необходимо обсудить с женщиной во время консультирования перед абортот, являются вопросы выбора контрацепции и сроков начала их использования (уровень В) [5]. В основе выбора лежат: планируемая длительность применения контрацепции в зависимости от репродуктивных планов, возможность постоянного контроля со стороны пользователя (регулярность приема), медицинские критерии приемлемости (противопоказания), необходимость начальных и перманентных финансовых вложений. Начало использования выбранного метода контрацепции определяется сроками восстановления овуляции и возобновления половой жизни после аборта [4, 6].

В мировой литературе в качестве «первой линии» контрацепции для большинства женщин, в особенности после аборта, рекомендуется пролонгированная обратимая контрацепция – Long-Acting Reversible Contraception (LARC), или методы внутрисемейного контроля над рождаемостью, которые обеспечивают эффективную контрацепцию в течение длительного периода времени без вмешательства пользователя – внутриматочные средства (ВМС), имплантаты, инъекционные средства и влагалищное кольцо (уровень В) [6–14].

Среди женщин, прибегающих к прерыванию незапланируемой беременности, в России, как и во всем мире, преобладают повторнотерявшие (91,3% в 2011 г.), в том числе ранее перенесшие аборт (согласно результатам Программы CHOICE, таких женщин в исследованной когорте было 39,9%) [1, 15]. Большинство из них – это женщины замужние, в возрасте старше 25 лет, имеющие 1–2 детей, для которых является актуальным соблюдение интергенеративного интервала (3–5 лет) или которые уже реализовали свои репродуктивные планы, то есть нуждаются в длительной эффективной контрацепции при отсутствии необходимости в постоянном соблюдении правил и режима использования, что может быть обеспечено использованием LARC-методов.

Чрезвычайно тревожным является то, что доля первотерявших среди подростков, которым производится аборт, составляет лишь немногим более половины (50,6% среди 15–19-летних), а это означает, что у 49,4% девушек беременность прерывается повторно. Среди 15–17-летних повторнотерявшие составили 30,6%, и даже среди раннего подросткового контингента (до 14 лет) 7,2% (в 2008 – 5,7%) девочек прерывали уже повторную беременность. Особенно неблагоприятна ситуация в Южном федеральном округе, где доля повторнотерявших среди прерывающих беременность достигла в 2011 г. 64,3% у девушек 15–19 лет, и в Дальневосточном федеральном округе – 12,3% у 14-летних [1].

Учитывая, что разрыв между началом половой жизни у современных подростков и возрастом первых родов составляет 6–10 лет, долгосрочные методы контрацепции и для этой категории молодых женщин являются также предпочтительными [9]. Возраст сам по себе или количество предшествующих беременностей не должны ограничивать выбор противозачаточных средств, в том числе внутриматочными методами (уровень С) [4–5, 7, 9]. Имеются исследования с участием 7 486 женщин [16], показавшие, что среди участниц, которые использовали таблетки, пластырь или кольцо, те, кто был моложе 21 лет, имели риск нежелательной беременности вдвое выше, чем среди более старших участниц, так как они чаще допускали погрешности в приеме препаратов (разница между «идеальным» и «типичным» использованием). Вместе с тем, у молодых или нерожавших женщин среди тех, кто желает использовать пролонгированные методы контрацепции, необходимо сопоставить пользу и риск применения ВМС, учитывая имеющиеся данные о неудачах и осложнениях, которые могут возникнуть (прежде всего риск развития инфекций органов малого таза), что отражено в инструкциях по применению ВМС.

В исследовании, проведенном в Сент-Луисе (США) с участием 9256 пациенток, было показано, что в когорте женщин, выбравших долгосрочные методы контрацепции, частота абортов сократилась более чем в 2 раза по сравнению с региональным и национальным уровнем у женщин всех возрастов, а среди подростков показатель абортов снизился до 6,3 по сравнению с 34,3 на 1000 женщин данного возраста соответственно ($p < 0,001$; уровень А) [17].

Однако применение LARC в России низкое – для ВМС всего 12,4% с тенденцией к уменьшению в динамике за последние 15 лет (рис. 1), для имплантатов статистические данные отсутствуют, но, по-видимому, очень мало (в мире – всего 3,4%) [6].

Вместе с тем количество пользователей этими методами контрацепции могло бы быть значительно больше, учитывая их преимущества перед другими современными методами, такие как независимость от полового акта, мотивации пользователей, соблюдения ежедневного режима приема, необходимости частых посещений врача и дополнительного финансирования для приобретения; они имеют самую высокую эффективность, продолжительность использования и удовлетворенность пользователей; обратимы, с быстрым периодом восстановления фер-

тельности после удаления (уровень В) [4, 11, 18]. Должный уровень консультирования позволяет увеличить количество пользователей LARC в 4 раза [19].

Согласно медицинским критериям приемлемости Всемирной организации здравоохранения (2009) [20] и адаптированной версии для России (2012) [21] для использования LARC-методов имеется незначительное число противопоказаний, и почти все женщины имеют возможность применять имплантаты или ВМС (уровень В). При качественном консультировании женщины в 67% случаев (95% ДИ 65,3–69,0) выбирают именно эти методы [22]. Низкий уровень использования LARC обусловлен, по мнению ряда исследователей, недостаточным уровнем подготовки специалистов, оказывающих услуги по планированию семьи, ограниченной осведомленностью пациентов и высокими начальными затратами [7]. Последнее обстоятельство может служить препятствием для многих женщин из-за низкой платежеспособности (по данным института социологии РАН [23] 59% населения России относятся к категории «бедных» и еще 33% – к среднему классу; у последних среднемесячный доход составляет от 14 363 рублей в месяц (2011), то есть за контрацептив длительного действия они должны отдать половину месячного заработка, а подростки вообще не имеют самостоятельных доходов. Зарубежные исследователи называют малообеспеченность одним из основных факторов риска наступления нежелательной беременности и ее прерывания [17, 22]. По данным отчета Росстата (2011) 41% россиянок назвали высокую стоимость одним из недостатков современных контрацептивов. В связи с этим становится более актуальным вопрос о выборе наиболее приемлемого по стоимости контрацептива и его рентабельности.

Фармакоэкономические расчеты показывают, что в долгосрочной перспективе медь-содержащие ВМС оказываются более экономически выгодными, чем левоноргестрел (ЛНГ)-содержащие ВМС и имплантаты, и в особенности чем КОК и презервативы (табл. 1).

Как видно из приведенных расчетов, наиболее рентабельными являются медь-содержащие ВМС при использовании сроком от 3 до 10 лет (ВМС Т-Сu 380А), при этом начальные инвестиции являются минимальными [4]. Имплантат является экономически более эффективным, чем ЛНГ-ВМС до 3 лет использования. Специальное исследование среди почти 10 000 женщин, направленное на изу-

чение финансовых барьеров, показало, что при бесплатном предоставлении контрацептивов, 2/3 женщин выбирают именно LARC, причем 56% выбрали ВМС, а 11% – имплантат [22]. Модель ВМС Т-Сu 380А содержит максимальное количество меди и за счет этого имеет наиболее продолжительный срок использования – 10 лет. Стоимость лицензионной модели ВМС Т-Сu 380А на российском рынке делает ее самой рентабельной из всех современных методов контрацепции как за счет низкой стоимости начальных инвестиций, так и за счет последующего обслуживания.

Клиническая эффективность LARC является самой высокой из всех методов контрацепции, предлагаемых на сегодняшний день, которая сопоставима со стерилизацией (индекс Перля менее 0,5) и не зависит от пользователя (рис. 2) [24]. Из медь-содержащих ВМС Т-Сu 380А отличается наибольшей эффективностью (индекс Перля – 0,3; для сравнения: Nova-T – 3,3; TCu-200 – 2,3; Multiload Cu-375 – 1,4) [25] и сопоставима с ЛНГ-содержащей ВМС (индекс Перля – 0,2) [4, 11, 24].

Несомненно, важным обстоятельством в выборе метода контрацепции является приверженность пациентов и процент отказов от метода. Максимальная приверженность отмечается для имплантатов (84%) и ЛНГ-ВМС (80%). Для ВМС Т-Сu 380А продолжительность использования более года составляет 78% по сравнению с 67% при использовании КОК, чисто прогестиновых контрацептивов или кольца [4]. По данным американских исследователей эта разница еще более очевидна – 86% против 55% соответственно [26]. Для подростков продолжительность использования ВМС в течение года несколько ниже, но тоже достаточно высока – 72% (в возрасте до 20 лет), тогда как приверженность к КОК и пластырю составляет лишь 30% (в возрасте 15–24 лет) [9, 27]. По данным исследования В.Е. Радзинского, приверженность к КОК (при бесплатном предоставлении упаковок регулона) у женщин после аборта составляет не более 3 месяцев [28].

Овуляция является объективным критерием отсутствия нарушений функции в репродуктивной системе женщины. Она может произойти уже на 8–10-й день после искусственного аборта при отсутствии разницы между медикаментозным и хирургическим абортom. Среднее время овуляции составляет $20,6 \pm 5,1$ (диапазон 8–36) дней после

Таблица 1. Общие затраты* на использование контрацептивов на 1000 женщин, фунты стерлингов [24]

Контрацептив	Стоимость 1 дозы	Общие затраты на 3 года	Общие затраты на 5 лет	Общие затраты на 10 лет
Импланон	90,0	400 947	667 275	1 210 419
Мирена	83,16	337 207	603 534	1 119 079
ВМС Т-Сu 380А	9,56**	418 616	534 555	1 050 425
Инъекционные	5,01	482 178	760 600	1 401 818
КОК	1,37/мес	575 320	899 697	1 632 762
Презерватив	0,56/1 использование	616 644	999 769	1 830 496

*Затраты включают начальные инвестиции, вложения для приобретения последующих доз препаратов, медицинское обслуживание на протяжении всего срока использования.

**Стоимость ВМС Т-Сu 380А (производитель ЭсЭмБи Корпорейшн оф Индия) в России составляет 5,08 £ (250 руб.).

Рис. 1. Динамика использования ВМС (доля женщин в возрасте 15–49 лет, применяющих ВМС на начало года, %). По данным Министерства здравоохранения (цитируется по: Б. Денисов, В. Сакевич. 2012. <http://www.demoscope.ru>)

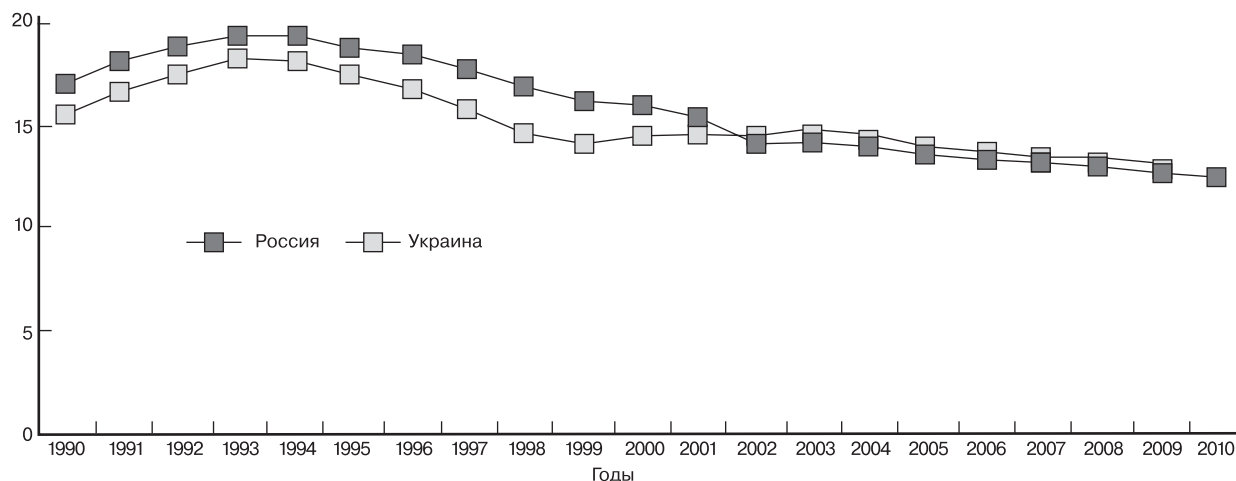
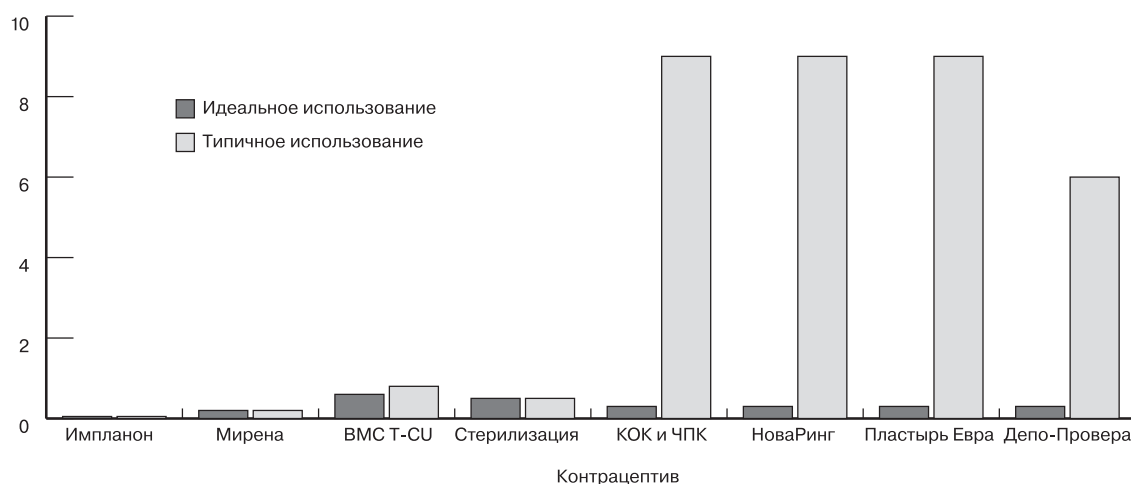


Рис. 2. Индекс Перля при «идеальном» и «типичном» использовании различных видов контрацептивов [24]



приема мифепристона. Наступление ее не зависит от возраста, срока гестации, индекса массы тела или наличия/отсутствия человеческого хорионического гонадотропина в крови [29]. 83% женщин имеют овуляцию уже в течение первого цикла после аборта [9, 11, 30–34]. Около половины женщин, перенесших прерывание беременности, возобновляют половую жизнь к концу второй недели после аборта [34]. Эти обстоятельства определяют необходимость раннего начала использования контрацепции (уровень А).

Преимущества немедленного введения ВМС сразу после окончания манипуляции при хирургическом аборте были продемонстрированы в ряде работ [6, 16, 19, 35–37] при отсутствии риска осложнений по сравнению с отсроченным введением (уровень А). 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 введения 92,3% женщин при немедленном введении против 76,6% — при отсроченном [38]. Эти 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 выполнения этой манипуляции, при этом они выбирают впоследствии менее эффективные методы (31,9% — презерватив) или не используют контрацепцию (25,2%). Математическое моделирование показало, что переход от отсроченного введения ВМС к немедленному после аборта позволит предотвратить более 70 000 нежелательных беременностей ежегодно [7].

Исследования частоты осложнений после немедленного введения ВМС после аборта [14] приводят низкие показатели: перфорация встречается редко — менее одного случая на 1000 введений; кумулятивная частота экспульсий колеблется от 1,8 до 12,6%, наступление беременности — от 0,6

до 2,1%, а показатель продолжения использования метода в течение года увеличивается с 54 до 90% по сравнению с контролем. Нетто-коэффициент прекращения использования вследствие воспалительных заболеваний органов таза был низким, в пределах от 0,0 до 0,8 на 100 женщин в год [14]. Метаанализ, опубликованный в базе Кокрейна, показал, что результаты использования ЛНГ-ВМС или ВМС Т-Сu 380А при немедленном и отсроченном введении были практически одинаковыми (ОР 1,18, 95% ДИ 1,08–1,28). Отмечается, что частота экспульсий была несколько выше при немедленном введении по сравнению с отсроченным и была выше при увеличении гестационного срока, при котором беременность прерывалась. ВМС с меньшим содержанием меди (Nova-T, Т-Сu 220С, Соррег-7) и петля Lippes показали существенно худшие результаты [11].

Если вопрос о сроках введения ВМС после хирургического прерывания беременности можно считать решенным – ее следует вводить сразу после выполнения аборта, то сроки введения ВМС после медикаментозного аборта до недавнего времени дискутировались. Однако на основании серии исследований, опубликованных в 2010–2012 гг. решение было принято также в пользу раннего введения (уровень В) [4]. Необходимость раннего введения ВМС продиктована более высоким риском повторной нежелательной беременности у женщин, выбравших отсроченное введение (во время очередной менструации), что подчеркивается многими авторами, также как и при хирургическом аборте. Так, 41% женщин в период между абортом и моментом введения ВМС имели незащищенный половой акт [34], а более 20% не явились для введения ВМС, как было запланировано. В сравнительном исследовании N. Shimon и соавт. [39] в группе 1 ВМС была введена на 7-е сутки после приема мифепристона у 97% женщин, а во второй – через 4–6 недель – только у 76% ($p < 0,001$). При этом у участниц второй группы в 4 случаях наступила беременность из числа тех, кто не вернулся для введения ВМС ($p = 0,09$) уже в первом цикле после прерывания беременности. В другом исследовании было показано, что риск повторного аборта у женщин, которым была введена ВМС сразу после аборта, в 3 раза ниже (на 1000 женщин-лет), чем в контрольной группе – 0,37 (95% ДИ, 0,26–0,52) [40]. Самый низкий риск повторного аборта также был продемонстрирован в когорте 1269 женщин Северной Европы на протяжении 49 месяцев [41]. Частота осложнений в группах не различалась, а случаев инфекций и перфораций – не было зарегистрировано [39] (табл. 2). По рекомендации экспертов ВОЗ [6] ВМС следует вводить сразу после окончания манипуляции при хирургическом аборте и в любой день в цикле прерывания беременности медикаментозным методом, если имеется уверенность, что беременность прервалась (чаще – во время контрольного визита между 9 и 14 днем после приема мифепристона). В случае выбора пациенткой гормонального средства их начинают использовать в день приема мифепристона.

Таблица 2. Сравнительная оценка результатов немедленного и отсроченного введения ВМС после медикаментозного аборта [39]

Показатели	Группа 1	Группа 2	P
Введено ВМС после аборта, %	97%	76%	<0,001
Через 6 мес продолжили использовать ВМС, %	69%	60%	0,24
Частота экспульсий, %	12%	11%	0,21
Количество дней кровотечения, абс.	20	19	0,15
Частота инфекций после введения ВМС, %	0	0	
Частота перфораций при введении ВМС, %	0	0	

Поиск информации для обоснования необходимости «гормональной реабилитации» после аборта дал следующие результаты. Рандомизированные клинические исследования, посвященные изучению состояния эндометрия и уровней гонадотропных и стероидных гормонов после аборта, отсутствуют. Имеются отдельные клинические исследования, суть которых сводится к следующему. На 2-е сутки после прерывания беременности концентрация эстрадиола и прогестерона резко снижается. Увеличение эстрадиола в плазме крови наблюдается с 7-го дня после аборта на фоне восстановления функции гипофиза (в течение 4–9 дней после аборта), о чем судили по повышению концентрации ФСГ плазмы, уровень которого соответствовал фолликулярной фазе обычного менструального цикла. В то же время наблюдалось кратковременное повышение уровня прогестерона. На этом фоне наблюдался устойчивый рост эстрадиола до среднего преовуляторного пика (257 ± 37 пг/мл) в среднем через $21,0 \pm 1,3$ дня после прерывания беременности. За пиком эстрадиола следовали пики ФСГ и ЛГ с последующей овуляцией. В середине цикла под влиянием пика ЛГ (между 16–29-ми сут.) происходило повышение концентрации прогестерона, уровень которого, однако, был немного ниже, чем в обычном цикле [30–31, 42].

В сравнительном исследовании в группах женщин после аборта без использования КОК и после приема КОК овуляция наблюдалась у 34 и 55% женщин через 3 недели после аборта или отмены КОК соответственно. В целом 85% пациенток в первом цикле после аборта имели овуляцию, аналогично в группе пациенток после отмены КОК [32]. Полное исчезновение β -субъединицы хорионического гонадотропина произошло в среднем в течение $37,5 \pm 6,4$ дня (2 мМЕ/мл). Пики ЛГ и ФСГ были отмечены, даже если в сыворотке его уровень был выше, чем 35 мМЕ/мл. На основе определения сывороточного уровня прогестерона (более 3 нг/мл) 75% пациенток имели овуляцию уже через 21 день после аборта. R.P. Marrs [43], В. Osotimehin и соавт. [33] отмечали более высокий уровень прогестерона (6 нг/мл), и у 82% пациенток в течение первых 22 дней после прерывания беременности была констатирована овуляция.

В работе A.S. Blazar [44] было показано, что концентрации гормонов у женщин после вакуумной аспирации мало отличались от обычных циклов, однако имели место краткосрочные всплески секреции прогестерона у 67% пациенток до овуляции и несколько преувеличенные уровни ФСГ во время ранней фолликулиновой фазы. А.Р. Аванесян и соавт. [45] изучали уровень гонадотропных и яичниковых гормонов в следующем после медикаментозного аборта менструальном цикле у женщин с овуляцией, наступившей в цикле прерывания (85,5%). Гормональные показатели у пациенток с овуляторным циклом исследуемой группы достоверно не отличались от аналогичных показателей пациенток контрольной группы (фертильные женщины).

Сравнительное исследование биоптатов эндометрия в трех группах J.V. Reuniak и соавт. [46] у женщин без контрацепции, у использующих КОК и ВМС в период от 1 до 36 дней после аборта, показали, что эндометрий регенерирует в обычные сроки во всех группах. Самые ранние свидетельства овуляции в первой группе были на 9-й день, а треть женщины имели овуляцию до первой менструации. Неполная децидуальная инволюция наблюдалась в первые дни после аборта в группе без контрацепции у 45% с тенденцией к полному регрессу к концу наблюдения, в отличие от женщин, получавших КОК, где таких женщин было 75%, и эти изменения сохранялись длительное время без регресса. В этой группе в нескольких случаях наблюдалось кистозное расширение желез. Ограниченная воспалительная реакция (неинфекционного характера) наблюдалась у 26 и 68% женщин соответственно. Аналогичные явления наблюдались и у женщин после введения ВМС, с несколько большей частотой реактивной воспалительной реакции на наличие инородного тела в матке (85%).

Таким образом, не было найдено достаточных данных, свидетельствующих о серьезных изменениях в репродуктивной системе после аборта, требующих дополнительных вмешательств с целью «реабилитации», и необходимость в использовании контрацепции определяется только целью предотвращения повторной нежелательной беременности и целесообразностью ее раннего применения и продолжительности на основе информированного выбора с учетом экономических возможностей пациентки.

Эксперты в области репродуктивного здоровья, в том числе представители Совета по народонаселению ООН и Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO), на встрече в г. Белладжио (Италия) в 2012 г. особо подчеркнули необходимость расширения доступа к LARC для снижения неудовлетворенных потребностей в высокоэффективных методах контрацепции и улучшения репродуктивного здоровья [8]. Они отметили: «Мы считаем, что женщины достаточно умны, чтобы сделать осознанный выбор контрацепции, который наилучшим образом отвечает их потребностям, если доступ предоставляется, правильная информация доступна, и качество медицинской помощи

обеспечивается». Больше внимание, по мнению экспертов, должно быть сосредоточено на послеабортном и послеродовом предоставлении LARC как одним из самых простых способов увеличить доступ для наиболее нуждающихся [8, 47].

Литература

1. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: МЗРФ; 2012. // *Osnovnyie pokazateli zdorovya materi i rebenka, deyatelnost sluzhby ohranyi detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii*. М.: МЗРФ; 2012.
2. Тихомиров А.Л., Батаева А.Е. Лучше поздно, чем никогда. Русский медицинский журнал. 2013; 21(1): 26–30. // *Tihomirov A.L., Bataeva A.E. Luchshe pozdno, chem nikogda*. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2013; 21(1): 26–30.
3. Серова О.Ф., Мельник Т.Н. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщины. Русский медицинский журнал. 2007; 15(17): 1266–70. // *Serova O.F., Melnik T.N. Reabilitatsiya posle meditsinskogo aborta – put k sohraneniyu reproduktivnogo zdorovya zhenschin*. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2007; 15(17): 1266–70.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. London: RCOG Press; 2005 Oct.
5. *Blumenthal P.D., Voedisch A., Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: Increasing use of long-acting reversible contraception*. *Hum. Reprod. Update*. 2010; 17(1): 121–37.
6. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Guideline Summary. 2011 Jul. NGC: 008627. Available at: <http://www.guideline.gov/>
8. Bellagio consensus recommendations for action to increase access to highly effective, long-acting, reversible contraception. Statement. 2012. Available at: <http://www.astra.org>
9. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare - Professional Association. Contraceptive choices for young people. Guideline Summary. 2010. NGC: 008192. Available at: <http://www.guideline.gov/>
10. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare - Professional Association. Progestogen-only implants. Guideline Summary. 2008. NGC: 006465. Available at: <http://www.guideline.gov/>
11. *Grimes D.A., Lopez L.M., Schulz K.F., Stanwood N.L. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices*. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2010; (6): CD001777. Available at: <http://www.cochrane.org/>
12. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2011.
13. *Sonfield A. Abortion clinics and contraceptive services: Opportunities and challenges*. *Guttmacher Policy Rev*. Spring 2011; 14(2). Available at: <http://www.guttmacher.org/>
14. *Stanwood N.L., Grimes D.A., Schulz K.F. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence*. *Br. J. Obstet. Gynaecol*. 2001; 108(11): 1168–73.
15. *Прилепская В.Н., Тарасова М.А., Назарова Н.М., Летуновская А.Б. Международный проект «CHOICE»: краткий обзор результатов исследования*. *Гинекология*. 2010; 12(4): 26–8. Available at: <http://www.consilium-medicum.com/> // *Prilepskaya V.N., Tarasova M.A., Nazarova N.M., Letunovskaya A.B. Mezhdunarodnyy proekt «CHOICE»: kratkiy obzor rezultatov issledovaniya*. *Ginekologiya*. 2010; 12(4): 26–8. Available at: <http://www.consilium-medicum.com/>

16. 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.
17. Peipert J.F., Madden T., Allsworth J.E., Secura G.M. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet. Gynecol.* 2012; 120(6): 1291–7.
18. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare - Professional Association. Postnatal sexual and reproductive health. Guideline Summary. 2009. NGC: 007644. Available at: <http://www.guideline.gov/>
19. El-Tagy A., Sakr E., Sokal D.C., Issa A.H. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception.* 2003; 67(3): 229–34.
20. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: World Health Organization, Reproductive Health and Research; 2010.
21. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. 4 изд. ВОЗ; 2009». М.: ВОЗ; 2012. 178 с. // *Natsionalnyie meditsinskie kriterii priemlemosti metodov kontratsepsii. Adaptirovannyiy dokument «Meditsinskie kriterii priemlemosti ispolzovaniya metodov kontratsepsii. 4 izd. VOZ; 2009».* М.: ВОЗ; 2012. 178 с.
22. 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.
23. Горшков М. Российское общество как оно есть (опыт социологической диагностики). М.: Новый хронограф; 2011. 672 с. // *Gorshkov M. Rossiyskoye obshchestvo kak ono est (opyit sotsiologicheskoy diagnostiki).* М.: Novyyiy hronograf; 2011. 672 с.
24. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011; 84: 397–404.
25. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции. М.: МЕДпресс-информ; 2006. 400 с. // *Prilepskaya V.N. Rukovodstvo po kontratsepsii.* М.: MEDpress-inform; 2006. 400 с.
26. Mestad R.E., Kenerson J., Peipert J.F. Reversible contraception update: the importance of long-acting reversible contraception. *Postgrad. Med.* 2009; 121(4): 18–25.
27. Rowan S.P., Someshwar J., Murray P. Contraception for primary care providers. *Adolesc. Med. State Art Rev.* 2012; 23(1): 95–110.
28. Радзинский В.Е., Оразмуратов А.А., ред. Ранние сроки беременности. 2-е изд. М.: Медиабюро Status Praesens; 2009. 480 с. // *Radzinskiy V.E., Orazmuratov A.A., red. Rannie sroki beremennosti. 2-e izd. M.: Mediabyuro Status Praesens; 2009. 480 с.*
29. Schreiber C.A., Sober S., Ratcliffe S., Creinin M. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011; 84: 230–3.
30. Lähteenmäki P., Luukkainen T. Return of ovarian function after abortion. *Clin. Endocrinol.(Oxf).* 1978; 8(2): 123–32.
31. Lähteenmäki P. The disappearance of HCG and return of pituitary function after abortion. *Clin. Endocrinol.(Oxf).* 1978; 9(2): 101–12.
32. Lähteenmäki P. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertil. Steril.* 1980; 34(3): 246.
33. Osotimehin B., Otolorin E.O., Ladipo O.A. Sequential hormone measurements after first trimester abortion in normal Nigerian women. *Adv. Contracept.* 1985; 1(1): 83–90.
34. Sääv I., Stephansson O., Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion — a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2012; 7(11): e48948.
35. Rose S.B., Lawton B.A., Brown S.A. Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. *Contraception.* 2010; 82(4): 345–53.
36. Steenland M.W., Tepper N.K., Curtis K.M., Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception.* 2011; 84(5): 447–64.
37. Stoddard A., McNicholas C., Peipert J.F. Efficacy and safety of long-acting reversible contraception. *Drugs.* 2011; 71(8): 969–80.
38. 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(23): 2208–17.
39. Shimoni N., Davis A., Ramos M., Rosario L., Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2011; 118(3): 623–8.
40. Goodman S., Hendlish S.K., Reeves M.F., Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortion insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception.* 2008; 78: 143–8.
41. Heikinheimo O., Gissler M., Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception.* 2008; 78: 149–54.
42. Maars R., Kletzky O., Mishell D. A separate mechanism of gonadotropin recovery after pregnancy termination. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1981; 52(3): 545–8.
43. Marrs R.P. Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979; 135(6): 731.
44. Blazar A.S. Differences in hormonal patterns during the first postabortion menstrual cycle after two techniques of termination of pregnancy. *Fertil. Steril.* 1980; 33(5): 493.
45. Аванесян А.Р., Бегларян Г.А. Сравнительная оценка эффективности медикаментозного и хирургического аборта в ранние сроки беременности и оценка восстановления менструальной функции в послеабортном периоде. Вопросы теоретической и клинической медицины. 2011; 2: 9–14. // *Avanesyan A.R., Beglaryan G.A. Sravnitel'naya otsenka effektivnosti medikamentoznogo i hirurgicheskogo aborta v rannie sroki beremennosti i otsenka vosstanovleniya menstrualnoy funktsii v posleabornom periode. Voprosy teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny.* 2011; 2: 9–14.
46. Reyniak J.V., Gordon M., Stone M.L., Sedlis A. Endometrial regeneration after voluntary abortion. *Obstet. Gynecol.* 1975; 45(2): 203–10.
47. 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.

Поступила 05.02.2014

Сведения об авторе:

Дикке Галина Борисовна, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ГБОУ ВПО РУДН Минобрнауки России. 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.
Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru

About the author:

Dikke Galina, Honoured Science and Education, MD, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine faculty of continuing medical education Peoples' Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of the Russian Federation. 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclaya str. 6. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru