

СУХАНОВА А.А., БОДАШЕВСЬКА К.Д.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології і репродуктології,
м. Київ

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕНЕДЖМЕНТ БЕЗПЕЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ ТА ТАКТИКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Наведено огляд літератури щодо сучасних поглядів на проблему допомоги жінкам, що вирішили перервати вагітність у ранніх термінах, щодо останніх досягнень у вивченні питання тактики ведення таких пацієнток, індивідуалізації підходів з метою збереження репродуктивного здоров'я.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні дані літератури авторів різних країн щодо визначення основних напрямків тактики ведення пацієнток, що вирішили перервати вагітність у ранніх термінах, та оцінити нові підходи до вдосконалення методик збереження репродуктивного здоров'я у цих жінок.

Висновки. Аналіз сучасних літературних даних свідчить про актуальність удосконалення програми ведення та індивідуалізації підходу до реабілітації пацієнток, що вирішили перервати небажану вагітність в ранньому терміні. Важливим питанням програми залишається постабортна контрацепція. Основним сучасним методом ведення таких пацієнтів є використання оральних контрацептивів одразу після штучного аборту, підібраних індивідуально з урахуванням анамнезу, історії хвороби пацієнтки до вагітності, додаткового необхідного обстеження, планів щодо найближчої бажаної вагітності з метою попередження можливих побічних ефектів. Подальше дослідження цієї проблеми є актуальним задля розробки та удосконалення програми ведення пацієнток після переривання вагітності в ранніх термінах.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: переривання вагітності, репродуктивне здоров'я, ранні терміни, тактика, постабортна контрацепція.

Широко в світі обговорюється питання щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок в разі необхідності переривання вагітності в першому триместрі. За два останні десятиріччя з'явилися нові технології та медичні докази їх мінімального негативного впливу на організм жінок, а також посилилося обґрунтування надання комплексних послуг з безпечного переривання вагітності з точки зору прав людини. Незважаючи на максимальний доступ до інформації відносно методів контрацепції, щороку у світі виконується близько 22 мільйонів небезпечних абортів, що призводить приблизно до 47000 випадків смертності та 5 мільйонів випадків інвалідності серед жінок [1]. Майже кожен з цих випадків смерті або інвалідності можна було попередити за допомогою статевого виховання, планування сім'ї, а також надання послуг з мінімізації ризиків легального штучного переривання вагітності, лікування та реабілітації у випадках ускладнень, викликаних абортom.

За приблизними оцінками, щороку у світі вагітніє 208 мільйонів жінок. Серед них 59% (123 мільйони) мають заплановану вагітність, яка завершується народженням дитини, викиднем або мертвонародженням. Решта 41% (85 мільйонів) вагітностей незаплановані. Завдяки поширенню використання методів контрацепції показник вагітностей в усьому світі знизився з 160 вагітностей на 1000 жінок віком від 15 до 44 років у 1995 році до 134 на 1000 жінок у 2008 році. За оцінками, абсолютна кількість небезпечних абортів становила приблизно 20 мільйонів у 2003 році та 22 мільйони у 2008 році. Майже всі небезпечні переривання вагітності мають місце у країнах, що розвиваються, де показник материнської смертності високий, а доступ до безпечного аборту обмежений [1]. Від 4,7% до 13,2% всіх материнських смертей пов'язано з небезпечними абортами, що становить від 13865 до 38940 смертей щорічно через невдачу здійснити переривання вагітності без ускладнень. Медикамен-

тозний аборт забезпечив доступ до більш якісної допомоги при перериванні вагітності у всьому світі [9].

До ускладнень небезпечного переривання вагітності відносяться кровотеча, сепсис, перитоніт, травми піхви, шийки матки і матки та органів черевної порожнини [2]. Близько 20–30% небезпечних абортів викликають інфекції статевих шляхів, а в 20–40% з них виникає інфекція верхніх статевих органів [3]. У однієї з чотирьох жінок, яким виконується небезпечний аборт, вірогідно, розвинеться тимчасова або постійна інвалідність, що потребуватиме медичної допомоги [4]. На кожну жінку, яка звертається до медичного закладу по післяабортні послуги, припадає декілька жінок, яким проведено небезпечне переривання вагітності, але які не звертаються по медичну допомогу, тому що вони вважають ускладнення, які виникли, несерйозними або тому що вони не мають необхідних коштів для їх лікування. Також жінки бояться образи, неправильного лікування, правових репресій [5,6,7].

Докази говорять про те, що жінки, які проходять процедуру небезпечного абортів, зазнають значних фізіологічних, емоційних та фінансових затрат.

Незважаючи на позитивну динаміку зниження частоти абортів в Україні, вони все ще залишаються одним із методів регуляції народжуваності. Небажана вагітність у 85–92% закінчується штучним перериванням вагітності (аборт) за рішенням жінки (рис.1). Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик, призводять до різних порушень репродуктивного здоров'я жінок, зокрема порушують фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей, пологів та завдають значних економічних збитків. Упровадження концепції безпечного абортів є пріоритетною у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня ускладнень. Використання нових науково-обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до та післяабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень дають можливість забезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я [14].



Рис. 1. Статистика переривання вагітності в Україні у 2010-2020рр.

(Дані Центру медичної статистики МОЗ України станом на 01.06.2021р.)

Актуальність проблеми пов'язана не тільки з її масштабами, але й з можливими негативними наслідками для репродуктивного здоров'я та несприятливим прогнозом для подальших вагітностей, особливо за умов неадекватного та агресивного менеджменту. Отже, необхідними умовами вибору методу штучного абортів є висока ефективність, відсутність або зведення до мінімуму ускладнень і побічних ефектів,

простота виконання і економічність. Детальне дослідження віддалених наслідків проведених абортів дозволить визначити максимально ефективний менеджмент у лікувальній та реабілітаційній тактиці для збереження репродуктивного здоров'я жінки.

Глобальна стратегія ВООЗ у сфері репродуктивного здоров'я, яка спрямована на прискорення

прогресу на шляху досягнення міжнародних цілей розвитку, пріоритетним завданням визначає ліквідацію небезпечних абортів.

Якісна допомога при абортах має бути доступною, своєчасною, наданою в умовах, де ресурси та практичні навички персоналу відповідають медичних потребам, та прийнятною, включаючи цінності та культуру окремих споживачів таких послуг. Якісна допомога при перериванні вагітності передбачає, що вона надається безпечно та мінімізує будь-які ризики та шкоду для пацієнта [8].

У 2012 році Лондонський саміт з питань планування сім'ї був проведений з метою встановлення глобальних цілей щодо покращення надання інформації та послуг щодо контрацепції та доступу до них. За останні п'ять років країни досягли значного прогресу у покращенні доступу до послуг добровільного планування сім'ї. У 2016 році 300 мільйонів жінок і дівчат у 69 країнах з найнижчим рівнем доходу використовували сучасні засоби контрацепції. В результаті цього щороку попереджається понад 82 мільйони вагітностей, 25 мільйонів небезпечних абортів і 125 000 материнських смертей [22].

За даними доповіді UNFPA (Нью-Йорк, березень 2022р.) приблизно 257 мільйонів жінок репродуктивного віку у всьому світі виявляють бажання уникнути вагітності, проте не використовують сучасні безпечні методи контрацепції [15].

У центрі планування сім'ї м. Тренто в Італії, де одним із основних завдань є постабортний check-up та видача сертифікатів пацієнткам, які приходили на повторне обстеження, було проведено ретроспективне дослідження, яке показало, що введена стратегія управління центру призвела до збільшення частки пацієнтів, які повернулися на перевірку після абортів у порівнянні з іншими центрами планування сім'ї. [11]. З цього випливає, що постабортне обстеження та індивідуальний підхід до ведення таких пацієнток важливий і вкрай необхідний. Саме за таким підходом в майбутньому дане питання потрібно вивчати та досліджувати.

Розширення та доступність до постабортної допомоги на первинному та вторинному рівнях призвело до значного збільшення добровільного використання контрацептивних засобів серед пацієнтів після переривання вагітності. Ключовими пунктами були підготовка клініцистів, видача настанов, забезпечення обладнанням та розширений доступ до методів контрацепції та залучення громадськості для поінформованості населення. [13]

Ретроспективне дослідження 2020р. показало, що відсоток жінок, яким було необхідне пов-

торне переривання вагітності протягом 24 місяців після попереднього, зростає залежно від обраного методу постабортної контрацепції, а саме: 0,8% у користувачів підшкірних контрацептивних імплантатів, 1,5% у внутрішньоматкових контрацептивних пристроїв, 2,8% у користувачів вагінального кільця та 5,8% у споживачів оральних контрацептивів ($p < 0,05$) [12]. Підхід до вибору методу постабортної контрацепції повинен бути строго індивідуальним та прийнятним для конкретної пацієнтки.

З найновіших рекомендацій Abortion care guideline executive summary 2022 року:

1. Для медикаментозного та хірургічного переривання вагітності у терміні < 12 тижнів НЕ рекомендовано введення імуноглобуліну антирезус Rho(D).
2. Знеболення при хірургічному перериванні вагітності у терміні < 14 тижнів: рекомендовано застосування парацервікального блоку; пропонується варіант комбінації парацервікального блоку та поверхневої медикаментозної седації за умови доступності останньої.
3. Менеджмент медикаментозного абортів: рекомендовано: використання комбінації режиму летрозолу плюс мізопростол (летрозол 10мг перорально щодня протягом 3-х днів, на 4-ий день продовжити мізопростол 800мг сублінгвально), як безпечно та ефективно опцію [8].

Для хірургічного переривання вагітності у терміні < 14 тижнів: рекомендована вакуумна аспірація; категорично НЕ рекомендується практика проведення дилатації та кюретажу, включаючи «контроль» кюреткою.

Таймінг постабортної контрацепції. Наступні методи контрацепції можуть бути розпочаті негайно (категорія МЕС 1 – без обмежень) після хірургічного або медикаментозного абортів у першому триместрі, а також після септичного абортів: комбіновані гормональні контрацептиви, протизаплідні засоби, що містять тільки прогестерон та бар'єрні методи (презервативи, сперміциди, діафрагми, ковпачки).

Внутрішньоматкові спіралі можна починати використовувати відразу після хірургічного або медикаментозного абортів у першому триместрі (категорія МЕС 1 – без обмежень), але не слід починати відразу після септичного абортів (категорія МЕС 4 – введення ВМС може істотно погіршити стан).

Методи, що ґрунтуються на визначенні фертильності на основі симптомів, слід починати застосовувати після абортів з «обережністю» (може знадобитися спеціальна консультація, щоб забезпечити правильне використання методу в цих обставинах). Використання календарних методів слід

відкласти, поки стан не буде оцінено, альтернатива тимчасова і ненадійна [9,27].

Дані мета-аналізу 2021 року з приводу ініціації системної гормональної контрацепції одразу після абортів свідчать про те, що ефективність проведення процедури переривання вагітності не відрізняється від такої ж, де відтермінувалося використання більшості системних контрацептивних методів після медичного аборту першого триместру, окрім використання депо медроксипрогестерону, де дослідження показало збільшення тривалості цієї вагітності порівняно з відтермінованим початком. Кров'яністі виділення при негайному використанні гормональної контрацепції були мінімальними [10].

Основним сучасним методом ведення пацієнтів після штучного аборту в ранньому терміні є використання оральних контрацептивів одразу після переривання, підібраних індивідуально з урахуванням анамнезу, історії хвороби пацієнтки до вагітності, наслідків після самої процедури, планів щодо найближчої бажаної вагітності.

Підбір здійснюється на основі керівництва ВООЗ 2015 р. про категорії, що визначають безпечність контрацептивів і допомагають у виборі оптимального способу попередження небажаної вагітності для кожної конкретної жінки: від категорії, де відсутні протипоказання до застосування методу контрацепції до категорії, де метод абсолютно протипоказаний [16,27].

Комбіновані оральні контрацептиви мають низку побічних дій та ризиків, з приводу яких потрібно консультувати пацієнтку. Однак сучасні комбінації компонентів, дозування та різні режими застосування оральних контрацептивів не тільки звели до мінімуму побічні явища, а й навпаки мають багато позитивних впливів на системи жіночого організму.

Призначення гормональної терапії завжди потребує оцінки факторів ризику тромбозів. Мета-аналіз, опублікований 2013р., підсумовує, що всі комбіновані оральні контрацептиви, включені в дослідження, асоціюються з підвищеним ризиком тромбозів. Величина впливу залежить від використання різних поколінь прогестинів та від дози етинілестріадіолу. Відносний ризик венозного тромбозу для комбінованих оральних контрацептивів з 30-35 мкг етинілестріадіолу та гестоденом, дезогестрелом, ципротерону ацетатом або дроспіреноном був однаковий, і приблизно на 50-80% вище, ніж для комбінованих оральних контрацептивів з левоноргестрелом. Величина впливу корелювала з дозою етинілестріадіолу, гестодену, дезогестрелу та левоноргестрелу; більш високі дози пов'язані з вищим ризиком тромбозу [18,23].

Сучасні комбіновані оральні контрацептиви мають ультранизькі дози етинілестріадіолу. Низькодозовані і мікродозовані контрацептиви не відрізняються за протизаплідним та терапевтичним ефектами, але можуть мати відмінності в характеристиках побічних реакцій.

Для здорових жінок особливості дії етинілестріадіолу не мають клінічного значення, проте за наявності схильності до тих чи інших порушень, можлива поява побічних реакцій, що розрізняються за частотою у жінок, які приймають оральний контрацептив з 20 чи 30мкг естрогенного компоненту.

При істинній менструальній мігрени та менструально-асоційованій мігрени прийом комбінованих оральних контрацептивів та естрогенної замісної терапії є одним із способів ефективної профілактики мігрени.

Найбільш перспективними в цьому плані є мікродозовані комбіновані оральні контрацептиви в пролонгованому режимі з додатковим прийомом низької дози етинілестріадіолу замість плацебо і чисто гестагенні гормональні контрацептиви з дезогестрелом.

Спільний аналіз чотирьох досліджень показав, що дезогестрел 75мкг/день значно зменшив кількість нападів мігрени та тривалість її у днях. Спостерігались зменшення інтенсивності та тривалості приступів, зменшення використання знеболюючих препаратів та триптану, а також покращення якості життя, пов'язаної з головним болем [17, 24].

Комбіновані оральні контрацептиви абсолютно протипоказані при мігрени з аурую, можуть провокувати ішемію головного мозку [16].

Відомо, що використання контрацептивів впливає на ризики виникнення онкологічних захворювань. Дослідження Royal College, яке тривало протягом 44 років, дані якого опубліковані у 2017 році. Вчені дійшли висновків, що постійне використання оральних контрацептивів пов'язане із достовірним зниженням ризику раку ендометрію, яєчників та прямої кишки. Ймовірно, ефект зниження ризику колоректального раку зберігається принаймні 35 років після припинення прийому оральних контрацептивів. Підвищений ризик раку молочної залози та раку шийки матки зникає протягом приблизно 5 років після припинення прийому без жодних ознак маніфестацій раку у пацієнтів з часом. Підвищений ризик раку легенів спостерігався лише у тих користувачів, які курили на мо-

мент прийому оральних контрацептивів. [19]

Окрім вибору методу контрацепції обов'язковою в індивідуальній програмі постабортної допомоги повинна бути психологічна допомога жінці. Дослідження показали, що між індукованим абортотом та психічними розладами, такими як депресія, тривожний розлад, існує позитивний зв'язок. Таку кореляцію потрібно враховувати у випадку переривання вагітності та залучати суміжних спеціалістів для запобігання чи корекції подібного стану з метою покращити ментальне здоров'я жінки [20,21]. Дані ж досліджень з приводу впливу безпосереднього використання оральних контрацептивів не виявили зв'язку з підвищеним ризиком депресивних розладів [25].

ВИСНОВКИ

Аналіз сучасних літературних даних свідчить про актуальність удосконалення програми ведення пацієнток, що вирішили перервати небажану вагітність в ранньому терміні. Дані найновіших робіт виносять на перший план питання індивідуалізації підходу до реабілітації жінок після штучних абортів. Важливим завданням з програми залишається постабортна контрацепція, ретельний вибір методу згідно з найновішими світовими рекомендаціями. Основним сучасним методом ведення таких пацієнток є використання оральних контрацептивів одразу після переривання вагітності, підібраних індивідуально з урахуванням анамнезу, історії хвороби пацієнтки до вагітності, додаткового необхідного обстеження, планів щодо найближчої бажаної вагітності з метою попередження можливих побічних ефектів. Нагальним та необхідним питанням в індивідуальній програмі також є ментальне здоров'я жінки, на яке рекомендовано звертати увагу та консультувати в даному напрямку. Подальше дослідження цієї проблеми є актуальним задля розробки та удосконалення програми ведення пацієнток після переривання вагітності в ранніх термінах.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безпечне переривання вагітності: рекомендації для систем охорони здоров'я з практичних та нормативних питань. Видання друге. Женева. ВООЗ, 2012.
2. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
3. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoulf Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
6. Ferrando D. El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
7. Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study. Islamabad, The Population Council, 2002.
8. Abortion care guideline: executive summary. Geneva, World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Caron Kim, Antoinette T Nguyen, Erin Berry-Bibee, Yokabed Ermias, Mary E Gaffield, Nathalie Kapp. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. 2021 May;103(5):291-304. doi: 10.1016/j.contraception.2021.01.017. PMID: 33548267
11. R Pertile, R Mazza, M Pedron, P Gurgone, S Piffer. Post-abortion check-ups at Trento Family Planning Centre. Characteristics of those users who attended the check-up appointments and trends between 2003 and 2017. *Ann Ig. Jan-Feb 2021*;33(1):44-54. doi: 10.7416/ai.2021.2407.
12. Diana Rodrigues-Martins, Andrea Lebre, Joana Santos, Jorge Braga. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2020. Aug;25(4):259-263. doi: 10.1080/13625187.2020.1764527.
13. Benjamin Stephens, Isihaka Jossey Mwandilima, Amani Samma, Jean Lyatuu, Kathryn Mimno, Joseph Komwihangiro. Reducing Barriers to Postabortion Contraception: The Role of Expanding Coverage of Postabortion Care in Dar es Salaam, Tanzania. *Glob Health Sci Pract*. 2019 Aug 27;7(Suppl 2):S258-S270. doi: 10.9745/GHSP-D-19-00146.
14. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 Клінічний протокол «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».
15. State of World Population 2022 report, released today by UNFPA, the United Nations sexual and reproductive health agency. Available from: <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report>
16. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva. WHO, 2015.

17. Samantha Warhurst, Christopher J Rofe, Bruce J Brew, et al. Effectiveness of the progestin-only pill for migraine treatment in women: A systematic review and meta-analysis. 2018 Apr;38(4):754-764. doi: 10.1177/0333102417710636. PMID: 28554244.
18. Bernandine H Stegeman, Marcos de Bastos, Frits R Rosendaal, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. 2013 Sep 12;347:f5298. PMID: 24030561. doi: 10.1136/bmj.f5298.
19. Lisa Iversen, PhD; Selvaraj Sivasubramaniam, MSc; Amanda J. Lee, PhD; Shona Fielding, PhD; Philip C. Hannaford, MD. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, JUNE 2017. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.002.
20. Louis Jacob, Karel Kostev, Christian Gerhard, Matthias Kalder. Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *J Psychiatr Res*. 2019 Jul;114:75-79. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.022.
21. National Collaborating Centre for Mental Health . Induced Abortion and Mental Health: A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors. Royal College of Psychiatrists; London, UK, 2011.
22. The London Summit on Family Planning, 2012. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-07-2017-countries-need-to-do-what-works-to-improve-contraceptive-access--provision-and-choice-for-women-and-girls>.
23. Monica V Dragoman, Naomi K Tepper, Rongwei Fu, Kathryn M Curtis, Roger Chou, Mary E Gaffield. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*, 2018. Jun;141(3):287-294. doi: 10.1002/ijgo.12455. PMID: 29388678.
24. Diana N Krause, Karin Warfvinge, Kristian Agmund Haanes, Lars Edvinsson. Hormonal influences in migraine - interactions of oestrogen, oxytocin and CGRP. *Nat Rev Neurol*. 2021 Oct;17(10):621-633. doi: 10.1038/s41582-021-00544-2. PMID: 34545218.
25. Sarah McKetta, Katherine M Keyes. Oral contraceptive use and depression among adolescents. *Ann Epidemiol*, 2019. Jan;29:46-51. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.10.002. PMID: 30674431.
26. Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. Geneva. WHO, 2016.
27. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

REFERENCES

1. Safe abortion: technical and policy guidance for health system, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2012.
2. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
3. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. Cross-cultural perspectives on reproductive health. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
6. Ferrando D. El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
7. Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study. Islamabad, The Population Council, 2002.
8. Abortion care guideline: executive summary. Geneva, World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
9. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Caron Kim, Antoinette T Nguyen, Erin Berry-Bibee, Yokabed Ermias, Mary E Gaffield, Nathalie Kapp. Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. 2021 May;103(5):291-304. doi: 10.1016/j.contraception.2021.01.017. PMID: 33548267
11. R Pertile, R Mazza, M Pedron, P Gurgone, S Piffer. Post-abortion check-ups at Trento Family Planning Centre. Characteristics of those users who attended the check-up appointments and trends between 2003 and 2017. *Ann Ig*. Jan-Feb 2021;33(1):44-54. doi: 10.7416/ai.2021.2407.
12. Diana Rodrigues-Martins, Andrea Lebre, Joana Santos, Jorge Braga. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2020. Aug;25(4):259-263. doi: 10.1080/13625187.2020.1764527.
13. Benjamin Stephens, Isihaka Jossey Mwandalima, Amani Samma, Jean Lyatuu, Kathryn Mimno, Joseph Komwihangiro. Reducing Barriers to Postabortion Contraception: The Role of Expanding Coverage of Postabortion Care in Dar es Salaam, Tanzania. *Glob Health Sci Pract*. 2019 Aug 27;7(Suppl 2):S258-S270. doi: 10.9745/GHSP-D-19-00146.

14. Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 Клінічний протокол «Комплексна допомога під час небажаної вагітності».
15. State of World Population 2022 report, released today by UNFPA, the United Nations sexual and reproductive health agency. Available from: <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report>.
16. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva. WHO, 2015.
17. Samantha Warhurst, Christopher J Rofe, Bruce J Brew, et al. Effectiveness of the progestin-only pill for migraine treatment in women: A systematic review and meta-analysis. 2018 Apr;38(4):754-764. doi: 10.1177/0333102417710636. PMID: 28554244.
18. Bernandine H Stegeman, Marcos de Bastos, Frits R Rosendaal, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. 2013 Sep 12;347:f5298. PMID: 24030561. doi: 10.1136/bmj.f5298.
19. Lisa Iversen, PhD; Selvaraj Sivasubramaniam, MSc; Amanda J. Lee, PhD; Shona Fielding, PhD; Philip C. Hannaford, MD. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. American Journal of Obstetrics & Gynecology, JUNE 2017. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.002.
20. Louis Jacob, Karel Kostev, Christian Gerhard, Matthias Kalder. Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. J Psychiatr Res. 2019 Jul;114:75-79. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.022.
21. National Collaborating Centre for Mental Health . Induced Abortion and Mental Health: A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors. Royal College of Psychiatrists; London, UK, 2011.
22. The London Summit on Family Planning, 2012. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-07-2017-countries-need-to-do-what-works-to-improve-contraceptive-access--provision-and-choice-for-women-and-girls>.
23. Monica V Dragoman, Naomi K Tepper, Rongwei Fu, Kathryn M Curtis, Roger Chou, Mary E Gaffield. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception Int J Gynaecol Obstet. 2018 Jun;141(3):287-294. doi: 10.1002/ijgo.12455. PMID: 29388678.
24. Diana N Krause, Karin Warfvinge, Kristian Agmund Haanes, Lars Edvinsson. Hormonal influences in migraine - interactions of oestrogen, oxytocin and CGRP. Nat Rev Neurol. 2021 Oct;17(10):621-633. doi: 10.1038/s41582-021-00544-2. PMID: 34545218.
25. Sarah McKetta, Katherine M Keyes. Oral contraceptive use and depression among adolescents. Ann Epidemiol. 2019 Jan;29:46-51. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.10.002. PMID: 30674431.
26. Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. Geneva. WHO, 2016.
27. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SUMMARY

MODERN VIEWS ON THE MANAGEMENT OF SAFE ABORTION AND TACTICS FOR MAINTAINING REPRODUCTIVE HEALTH AFTER AN EARLY ABORTION

SUKHANOVA A.A., BODASHEVSKA K.D.

The article reviews the literature on current views about problem of assistance women, who decided to end an early pregnancy, about the latest achievements in studying the tactics of care such patients, individualization of approaches in order to maintain reproductive health.

Purpose of the study. To analyze current literature of authors from different countries to determine the main directions of tactics in management patients, who decided to end an early pregnancy, and evaluate new approaches to improving methods for maintaining reproductive health in these women.

Conclusions. The analysis of modern literature data shows the relevance of improving the program of management and individualizing the approach to the rehabilitation of patients, who decided to interrupt unintended early pregnancy. Post-abortion contraception remains an important issue of the program. The main modern method of care such patients is the use of oral contraceptives immediately after artificial abortion, selected individually, taking according to the anamnesis, the medical history before pregnancy, additional necessary examination, plans for the closest intended pregnancy in order to prevent possible side effects. Further research of this problem is relevant for the development and improvement of the patient's management program after early abortion.

The authors have no known conflicts of interests to declare.

Key words: *abortion, reproductive health, tactics, post-abortion contraception.*