



Контрацепция – основной фактор профилактики абортов

Д. м. н. Т.А. ОБОСКАЛОВА, д. м. н. О.Ю. СЕВОСТЬЯНОВА,
Ю.А. ШАБАРЧИНА

Изучена динамика абортов в Екатеринбурге – крупном областном центре России.

Материалы: официальная отчетная форма № 13 Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга за период 2000–2010 гг.

Результаты и обсуждение: отмечено, что наблюдавшееся в 90-е гг. XX века интенсивное снижение частоты абортов в первом десятилетии XXI века существенно замедлилось и стабилизировалось на показателе $31,5 \pm 1,5$ на 1000 женщин фертильного возраста. Однако изменилась структура видов прерывания беременности: сократилась частота внебольничного прерывания беременности и абортов по медицинским и социальным показаниям, уменьшилось число абортов на сроках более 13 недель. Относительно других видов прерывания беременности возрос показатель легального медицинского аборта, в практику введен медикаментозный аборт.

Дальнейшее снижение абортов возможно только при условии активизации пропаганды планирования семьи и контрацепции. Современные контрацептивы могут удовлетворить потребности женщин всех возрастных групп, имеющих различный соматический, гинекологический и социальный статус и индивидуальные репродуктивные планы.

абортов в течение последнего десятилетия сокращается, однако прерывание беременности остается одной из важных причин материнской смертности. К смерти женщин приводит не сам аборт, а его осложнения: сепсис и перитонит с развитием септического шока, ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности. Главную опасность представляет прерывание беременности, произведенное вне лечебного учреждения [1].

В Екатеринбурге, являющемся типичным городом Российской Федерации с населением 1,5 млн человек, с конца XX века в течение 10 лет уровень абортов, зарегистрированных в стационарах, и миниабортов в женских консультациях муниципальных лечебно-профилактических учреждений сократился более чем в 2 раза: с 90,7 на 1000 женщин фертильного возраста (ж. ф. в.) в 1993 г. до 38,6 в 2003 г. (рис. 1). Наиболее интенсивное снижение уровня абортов началось с 1996 г., когда показатель был 66,2 на 1000 ж. ф. в. Снижение абортов наблюдалось почти во всех их разновидностях, что явилось следствием активной работы, проведенной врачами акушерами-гинекологами по пропаганде контрацепции и профилактике незапланированной беременности. Несмотря на это, в первом десятилетии XXI века снижение частоты абортов практически прекратилось вви-

В Российской Федерации аборт по-прежнему сохраняет ведущее место в регулировании рождаемости. Это вмешательство приводит к нарушению репродуктивного здоровья и иногда является причиной смерти женщин. Уровень зарегистрированных в системе Министерства здравоохранения



ду ослабления просветительской деятельности в сфере охраны репродуктивного здоровья, отсутствия государственных и региональных программ, широкой доступности аборт в любом лечебном учреждении.

Целью данной работы явилось изучение динамики абортов в течение первого десятилетия XXI века в крупном промышленном городе и оценка применяемых в настоящее время методов контрацепции.

Материалом послужили официальные отчетные статистические формы № 13 Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга за 2000–2010 гг. Проводилось сравнение периодов 2000–2003 гг. и 2007–2010 гг., достоверность различий устанавливалась при $p < 0,05$.

В процессе анализа выявлено, что дальнейшее снижение количества абортов продолжается, но с существенным замедлением (рис. 1). Число абортов на 1000 ж. ф. в. в 2000–2003 гг. составило $34,8 \pm 2,2$, в 2007–2010 гг. – $31,5 \pm 1,5$, тенденция к снижению есть, но различия не достоверны. Кроме того, достаточно большая часть пациенток стали обращаться в частные медицинские центры, деятельность которых не включается в статистическую отчетность муниципальных органов управления здравоохранением, поэтому истинная распространенность абортов в городской популяции неизвестна. Однако важен не только факт количественной оценки, но и анализ возрастной или видовой структуры вмешательств с целью прерывания беременности, так как в жизни женщины есть периоды, когда аборт наиболее опасен, например, в подростковом возрасте. Известно, что максимальную опасность для здоровья, а в ряде случаев и для жизни женщины составляют внебольничные аборты, и наоборот, медикаментозное прерывание беременности вызывает минимальные негативные последствия в организме. Проведенный анализ показал, что произошло определенное изменение структуры абортов.



Рис. 1. Динамика всех видов прерывания беременности в Екатеринбурге за 20 лет

За изучаемый промежуток времени возрос показатель количества искусственных легальных абортов по желанию женщины с $18,9 \pm 2,0$ до $20,2 \pm 1,2$ на 1000 ж. ф. в. ($p = 0,001$), наряду с появлением такого вида прерывания беременности, как медикаментозный аборт первого триместра, который в учреждениях муниципальной службы до 2003 г. не производился. В период 2007–2010 гг. этот вид прерывания беременности составил $0,4 \pm 0,06$ на 1000 ж. ф. в. ($p = 0,002$) (рис. 2). При этом уровень вакуум-аспирации в ранние сроки (миниаборт) снизился с $10,4 \pm 0,5$ до $6,3 \pm 0,7$ на 1000 ж. ф. в. ($p = 0,01$), что следует расценивать как негативный факт.

Подавляющее число абортов произведено на сроках до 12 недель – $28,7 \pm 1,5$ на 1000 ж. ф. в. в 2000–2003 гг. и $29,6 \pm 1,5$ на 1000 ж. ф. в. в 2007–2010 гг. ($p = 0,07$), при этом несколько снизилось число абортов на сроках 13–21 неделя и 22–27 недель (рис. 2). Это обусловлено снижением числа абортов по медицинским и социальным показаниям, которые зачастую выполняются во втором триместре беременности. Аборт второго триместра чреват существенными осложнениями и относится к ряду опасных вмешательств.

Благодаря оптимизации мероприятий по планированию семьи среди женщин групп риска по соматической и генитальной

патологии наметилась тенденция к снижению частоты прерываний беременности по медицинским показаниям с $3,1 \pm 2,2$ до $1,1 \pm 0,5$ на 1000 ж. ф. в. ($p = 0,4$) (рис. 2). Введение в действие федеральных регламентирующих документов, сокративших социальные показания для абортов, привело к значительному снижению их частоты: с $0,8 \pm 0,1$ до $0,02 \pm 0,01$ на 1000 ж. ф. в. ($p = 0,001$).

Уменьшилось количество неуточненных абортов с $6,9 \pm 0,4$ на 1000 ж. ф. в. до $4,9 \pm 1,0$. Данное явление следует рассматривать как позитивное, поскольку неуточненный аборт – это аборт, начавшийся вне лечебного

Инновационным видом комбинированной гормональной контрацепции является интравагинальная рилизинг-система НоваРинг – единственный ультрамикродозированный контрацептив.

учреждения, а значит, заведомо инфицированный и грозящий серьезными осложнениями. Эти женщины формируют группу риска по развитию постабортных

Виды прерывания беременности

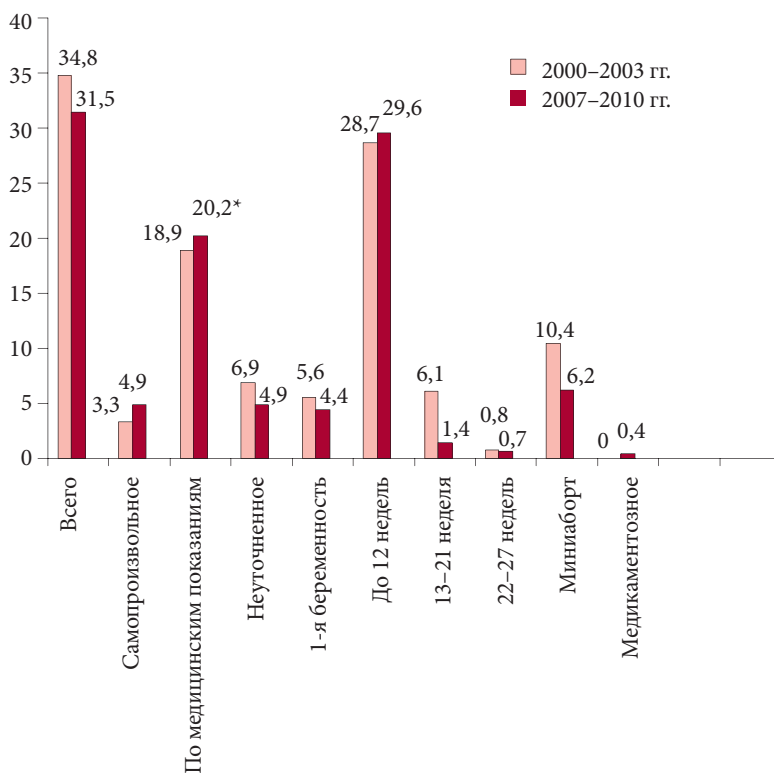


Рис. 2. Динамика отдельных видов прерывания беременности в Екатеринбурге за 10 лет

осложнений, гинекологических заболеваний, нарушений репродуктивной функции. Кроме того, эта группа менее всего поддается профилактическим мероприятиям. Отсутствие контрацепции является причиной повторных нежелательных беременностей и новых аборт. Тем не менее выявленная тенденция отражает более ответственное отношение женщин к своему здоровью, понимающих, что аборт – серьезная процедура и производится она должна в лечебном учреждении. Число женщин, решивших прервать первую беременность, в расчете на 1000 ж. ф. в. начало сокращаться с $5,6 \pm 0,4$ до $4,3 \pm 0,4$ ($p = 0,1$), что также является весьма благоприятным фактом. Аборт демонстрирует репродуктивное поведение женщины, которое зависит от многих факторов, в том числе и от возраста. Для оценки частоты прерывания беременности в различные возрастные периоды

проведен анализ аборт в 4 группах пациенток: первая – 15–19 лет, вторая – 25–29 лет, третья – 35–39 лет, четвертая – 40–44 года. Первая группа выделена потому, что подростковый возраст является наиболее уязвимым для возникновения нарушений репродуктивной функции в будущем, но представительницы этой группы недостаточно осведомлены об этом, не владеют полной информацией о средствах профилактики аборт. Ко второй группе относятся женщины, находящиеся в возрасте, оптимальном для выполнения репродуктивной функции, большинство которых состоят в брачных отношениях, имеют достаточное образование. У этих женщин уже были не только прерывание беременности и роды, но и осложнения после них, поэтому эта группа должны быть заинтересована в предотвращении нежелательной беременности.

Третья группа – пациентки позднего репродуктивного возраста, большинство которых выполнили запланированную для себя репродуктивную функцию, имеют определенный груз соматической патологии и также должны быть заинтересованы в сохранении своего здоровья.

Четвертая группа – женщины пременопаузального возраста, фертильность которых снижена в силу физиологических причин, но наступление беременности еще вполне возможно. При этом их соматический и гинекологический анамнез отягощены разнообразными болезнями, а в случае вынашивания случайной беременности имеется высокий риск генетической и хромосомной патологии плода.

В наших исследованиях прошлых лет было показано, что в период с 1998 по 2003 г. число аборт в группе женщин в возрасте 15–19 лет сократилось на 31,3%, в группе 25–29 лет – на 23,6%, в группе 35–39 лет – на 42,2%, в возрасте 40–44 года – на 35,8% [2]. По результатам настоящего исследования установлено, что частота аборт в различных возрастных группах практически не претерпела изменений. В группе 15–19 лет показатель на 1000 женщин данного возраста в период 2000–2003 гг. составлял $24,6 \pm 2,7$, в период 2007–2010 гг. – $17,5 \pm 2,9$ ($p = 0,15$), в группе 25–29 лет – $46,4 \pm 3,3$ и $46,4 \pm 1,4$ ($p = 0,98$) соответственно. В более старшей возрастной группе – 35–39 лет – в 2000–2003 гг. показатель составил $27,9 \pm 1,9$ на 1000 женщин данной возрастной группы, в 2007–2010 гг. наметилась тенденция к его возрастанию до $31,1 \pm 0,3$, но различия были недостоверны ($p = 0,16$). Только в группе 40–44 года отмечается небольшое, но достоверное снижение частоты аборт с $12,8 \pm 0,2$ до $11,9 \pm 0,2$ ($p = 0,49$).

Таким образом, в течение последних 10 лет репродуктивное поведение женщин в части предупреждения нежелательной беременности не претерпело существенных изменений, поэтому



влияние всех известных факторов риска на женское здоровье сохраняется, что нивелирует усилия по его сохранению, проводимые на государственном уровне. Профилактика аборт остается основной задачей не только акушерско-гинекологической службы, но и общественных организаций и органов управления здравоохранением.

Основным условием сокращения числа аборт является рациональная контрацепция, однако ее использование в Российской Федерации существенно отстает от развитых стран мира. Это обусловлено укоренившимися в сознании женщин и медицинских работников мифами о вреде гормональных препаратов, а также отсутствием у населения мотивации к профилактике незапланированной беременности. Сегодня уже нельзя говорить о дефиците средств контрацепции, как это было в 80–90-е гг. XX века. В настоящее время российскому потребителю доступен весь спектр гормональных и негормональных способов предотвращения нежелательной беременности. Это значит, что медицинский работник может провести индивидуальный подбор средства контрацепции в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения, а пациентка – сделать осознанный выбор, основанный на собственных контрацептивных предпочтениях.

Во всех современных комбинированных гормональных контрацептивах (КГК) эстрогенный компонент представлен этинилэстрадиолом в дозе 30, 20 или 15 мкг. В зависимости от этого КГК классифицируются на низко-, микро- и ультрамикродозированные. Кроме того, помимо препаратов для традиционного перорального приема, созданы парентеральные средства в виде инъекционных и вагинальных релизинг-систем. КГК различаются за счет прогестагенного компонента, который в современных препаратах представлен прогестагенами последнего, III поколения, обладающими рядом

положительных качеств. В частности, препараты, содержащие производное 19-нортестостерона – дезогестрел, обладают высоким сродством к рецепторам прогестерона, влияют на них избирательно, не вступая во взаимодействие с рецепторами других стероидных гормонов – эстрогенов и андрогенов (дезогестрел обладает наиболее высоким индексом селективности из всех прогестагенов – 40). Потенциальными пользователями КГК являются женщины позднего пубертатного, репродуктивного, перименопаузального возраста, рожавшие и нерожавшие, нелактирующие через 6 недель после родов, завершившие грудное вскармливание через 6 и более месяцев после родов. Комбинированные препараты показаны в раннем постабортном периоде, после перенесенной внематочной беременности. Они полезны для женщин, страдающих дисменореей, железодефицитной анемией, предменструальным синдромом [3].

Комбинированный монофазный оральная контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела – Марвелон – применяется в России почти 20 лет и зарекомендовал себя как надежное и безопасное средство. Индекс Перля (количество беременностей, наступающих во время применения контрацептива у 100 женщин в течение 1 года) составляет для Марвелона 0,05, что свидетельствует о его высокой контрацептивной эффективности. Традиционно препарат применяется циклически по схеме «21 + 7» с ежемесячной менструально-подобной реакцией. Однако, как было установлено исследованиями в последнее время, увеличившееся, вместе с продолжительностью фертильного периода и сокращением числа беременностей в XX–XXI веке, количество менструальных циклов у современной женщины по сравнению с женщинами более отдаленного прошлого является фактором риска развития рака яичников и эндометрия [3].

Беременность, роды, продолжительная лактация – это профилактические мероприятия в отношении онкологических заболеваний женской половой сферы. Гормональная контрацепция, основанная на блокаде овуляции, создает в организме женщины состояние относительного покоя, аналогичное беременности. В этом смысле особенно эффективен пролонгированный режим комбинированной гормональной контрацепции в течение 3–4 циклов приема по схеме «63 + 7» или «84 + 7». Марвелон был первым препаратом, апробированным для такой схемы применения. Преимущество пролонгированного

НоваРинг представляет собой кольцо, выделяющее в течение суток всего 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела, являющегося производным дезогестрела. НоваРинг предназначен для введения во влагалище, применяется по схеме, аналогичной КОК, – «21 + 7». Важным преимуществом перед КГК является его удобный режим использования – один на месяц.

приема КГК заключаются в том, что происходит эффективное подавление пролиферативных процессов в эндометрии и сокращение менструальной кровопотери, причем риски непрерывной схемы не превышают риски циклического режима приема КГК [4]. Способ имеет ограниченное использование, потому что данная схема пока непривычна для врачей и пациенток, требует более подробного консультирования, разъяснения причин возможных межменструальных кровянистых выделений.

Несмотря на высокую эффективность и хорошую переносимость Марвелона и подобных ему препаратов, для определенной ка-



тегории женщин 30 мкг этинилэстрадиола могут явиться дозой, способной вызвать ряд побочных реакций и осложнений, поэтому в современной контрацепции имеется тенденция использования микро- и ультрамикродозированной КГК. К числу таких препаратов относится комбинированный оральный контрацептив Мерсилон (20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела). Учитывая более низкую дозу эстрогена, препарат предпочтителен для подростков и женщин позднего репродуктивного возраста.

Но и эта минимальная доза может вызвать неприятные и даже опасные явления в организме тех женщин, которым противопоказаны эстрогены, – женщин, у которых есть факторы риска, в частности

ежесуточно, без перерывов. На фоне приема постепенно наступает аменорея, в первые месяцы использования могут быть беспорядочные или циклические кровянистые выделения из половых путей, которые либо не требуют никакой коррекции, либо останавливаются на фоне симптоматической терапии. После прекращения приема препарата Чарозетта менструальный цикл и фертильность восстанавливаются практически сразу.

Инновационным видом комбинированной гормональной контрацепции является интравагинальная рилизинг-система НоваРинг – единственный ультрамикродозированный контрацептив. НоваРинг представляет собой кольцо, выделяющее в течение суток всего 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела, являющегося производным дезогестрела [6]. НоваРинг предназначен для введения во влагалище, применяется по схеме, аналогичной КОК, – «21 + 7». Однако важным преимуществом перед КГК является его удобный режим использования – один на месяц. Введение одного кольца на три недели с последующим 7-дневным перерывом обеспечивает равномерное (в отличие от КОК, без ежедневных пиков концентрации) выделение гормонов и позволяет женщине не думать о контрацепции каждый день. Благодаря преимуществам вагинального пути введения, несмотря на малую дозу этинилэстрадиола, контроль цикла при использовании НоваРинга лучше по сравнению с КОК, то есть частота межменструальных кровотечений меньше, чем при использовании микродозированных комбинированных оральных контрацептивов.

первичного прохождения через желудочно-кишечный тракт и гепато-билиарную систему.

В публикациях последних лет появились данные о возможности пролонгированного приема НоваРинга по схемам, аналогичным КОК. Препарат, помимо контрацептивного эффекта, зарекомендовал себя как приемлемый для эффективного контроля роста миомы матки, функциональных кист яичников, профилактики гиперпластических процессов эндометрия. Учитывая ультрамалую дозу этинилэстрадиола, НоваРинг может использоваться для контрацепции и коррекции начинающихся климактерических расстройств в перименопаузальном возрасте, когда женщина еще нуждается в предохранении от беременности.

Таким образом, проблема предупреждения нежелательной беременности важна в любом возрасте женщины, пока она сохраняет фертильность. Акцент на подростках и молодежи в просветительских программах, безусловно, нужен, так как именно этот контингент составляет репродуктивный потенциал человеческой популяции. Однако женщины позднего репродуктивного и перименопаузального возраста также должны быть информированы и мотивированы к использованию контрацепции, поскольку они, как правило, уже завершили свой детородный путь, но еще могут иметь беременность, которая им уже не нужна и, скорее всего, завершится абортom. Женщины старшего возраста обычно имеют груз соматической патологии, способной вызвать серьезные, угрожающие жизни состояния, связанные как с прерыванием, так и вынашиванием беременности, поэтому рациональная контрацепция для них еще более актуальна. Имеющийся в настоящее время спектр контрацептивных препаратов позволяет сделать индивидуальный выбор в соответствии с желанием женщины и ее партнера и с учетом достижений современной медицинской науки и практики. ☺

Благодаря преимуществам вагинального пути введения, несмотря на малую дозу этинилэстрадиола, контроль цикла при использовании НоваРинга лучше по сравнению с КОК, то есть частота межменструальных кровотечений меньше, чем при использовании микродозированных комбинированных оральных контрацептивов.

тромбофилии. К этой категории пациенток относятся женщины, имеющие генетическую предрасположенность, перенесшие тромбозы в прошлом, курящие [5]. Кормящие грудью женщины также не могут использовать эстрогенсодержащие препараты, поскольку они могут стать причиной прекращения лактации. Препаратом выбора для этих женщин является оральная контрацепция, не содержащий этинилэстрадиола и состоящий только из 75 мкг дезогестрела, – Чарозетта. Чарозетта блокирует овуляцию с эффективностью, сопоставимой с КГК, но не имеет присущих КГК побочных эффектов и противопоказаний. Препарат применя-

НОВАРИНГ®

Попробовав однажды – полюбит навсегда!



НоваРинг® для Женщины:

- Один на месяц - удобство, с которым не сравнится ни одна таблетка²
- 99% эффективность³
- Простота и удобство в использовании^{2,3,5,7}
- Минимальная доза гормонов²
- Отличный контроль цикла⁴

Женщины, использующие НоваРинг®, в два раза БОЛЬШЕ удовлетворены, чем женщины, использующие КОК¹

НоваРинг® для Врача:

- Единственный ежемесячный контрацептив
- Высокий уровень соблюдения режима использования⁶
- Минимум побочных эффектов⁷
- Низкий процент отказа⁵

Реклама

НоваРинг®

Состав и действие: НоваРинг® ежедневно выделяет 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела. **Показания:** контрацепция. **Противопоказания:** тромбоз в настоящее время и в анамнезе, тяжелые заболевания печени, опухоли печени, мигрень, сопровождающаяся неврологической симптоматикой, гормонозависимые злокачественные опухоли, аллергия к любому из компонентов НоваРинга, беременность, период лактации, влагалищное кровотечение неясной этиологии, диабет с сосудистыми осложнениями. **Побочные эффекты:** в редких случаях возможны такие побочные эффекты, как тошнота, изменения массы тела, нагрубание молочных желез, изменения настроения. Эти явления могут появиться в первые месяцы приема и обычно проходят сами собой. **Режим применения:** одно кольцо рассчитано на один цикл. В течение трех недель НоваРинг® находится во влагалище, затем он удаляется и делается 7-дневный перерыв. После 7-дневного перерыва вводится следующее кольцо. **Как начать применение:** если женщина не пользовалась гормональной контрацепцией, она должна ввести НоваРинг® с 1 по 5 день менструации. При этом в течение первых 7 дней первого цикла применения НоваРинга необходимо использовать презерватив. В следующих циклах нет необходимости в дополнительной контрацепции.

Литература

1. Schäfer JE, Osborne LM, Davis AR, Westhoff C. Acceptability and satisfaction using Quick Start with the contraceptive vaginal ring versus an oral contraceptive. Contraception, 2006; 73:488-492.
2. Прилепская В.Н. и соавт. Эффективность и приемлемость применения контрацептивного кольца НоваРинг® в клинической практике. Акушерство и гинекология, №6, 2006, стр. 54-57
3. Ahrendt H-J et al. Efficacy, acceptability of the combined contraceptive ring, NuvaRing® compared with an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. Contraception, 2006; 74:451-457.
4. Milsom I et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. Human Reproduction 2006; 21(9):2304-2311
5. Lete I. et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. Contraception, 2008; 77: 276-282.
6. Bjarnadottir et al. Comparison of cycle control with the contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinylestradiol. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:389-395/
7. Novak A, de la Loge C, Abetz L, van der Meulen EA The combined contraceptive vaginal ring NuvaRing: an international study of user acceptability. Contraception 2003; 67: 187-94



ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2
тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94

Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

НОВАРИНГ®
15 мкг этинилэстрадиола/
120 мкг этоноргестрела в сутки



RU.10.NR.14



Литература

Е.Л. ПЕШКО, Н.В. ВАРТАПЕТОВА

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции: что нового?

1. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 3rd edition. Geneva: WHO, 2004. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>.
2. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th edition. Geneva: WHO, 2009. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html.
3. Mohllajee A.P., Curtis K.M., Flanagan R.G., Rinehart W., Gaffield M.L., Peterson H.B. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance // *Am. J. Prev. Med.* Vol. 28. 2005. № 5. P. 483–490.
4. Harris R.P., Helfand M., Woolf S.H., Lohr K.N., Mulrow C.D., Teutsch S.M., Atkins D. Current methods of the US Preventive Service Task Force: a review of the process // *Am. J. Prev. Med.* Vol. 20. 2001. № 3 (Suppl. 1). P. 21–35.
5. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Adapted from World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th edition. 2010. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/USMEC.htm>.
6. Stroup D.F., Berlin J.A., Morton S.C., Olkin I., Williamson G.D., Rennie D., Moher D., Becker B.J., Sipe T.A., Thacker S.B. for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting // *JAMA.* Vol. 283. 2000. № 15. P. 2008–2012.
7. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians and Gynecologist. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. London, 2005–2006.
8. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians and Gynecologist. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. London, 2009.

Т.А. ОБОСКАЛОВА, О.Ю. СЕВОСТЬЯНОВА, Ю.А. ШАБАРЧИНА

Контрацепция – основной фактор профилактики аборт

1. Газазян М.Г., Лунева И.С., Смирнов А.М., Лебедев А.С. Медико-социальные и этические аспекты незапланируемой беременности // *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2001. № 1. С. 55–57.
2. Обоскалова Т.А. Оптимизация акушерско-гинекологической помощи для предотвращения репродуктивных потерь в крупном промышленном городе: Дисс. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2005.
3. Руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 400 с.
4. Прилепская В.Н. Пролонгированная контрацепция – новый подход к решению женских проблем // *Гинекология.* 2005. Т. 7. № 4. С. 2–3.
5. Мозес В.Г. Гормональная контрацепция у женщин группы риска по развитию артериальных и венозных тромбозов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2009. Т. 8. № 2. С. 9–12.
6. Mulders T.M.T., Dieben T.O.M. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition // *Fertility and sterility.* Vol. 75. 2001. № 5. P. 865–869.
7. Timmer C.J., Mulders T.M.T. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring // *Clin. Pharmacokinet.* Vol. 39. 2000. № 3. P. 233–242.

Л.А. МАРЧЕНКО, Л.М. ИЛЬБИНА

Проблемы невынашивания беременности: многогранная роль прогестерона

1. Li T.C., Tuckerman E.M., Laird S.M. Endometrial factors in RM // *Hum. Reprod. Update.* Vol. 8. 2002. № 1. P. 43–52.
2. Schweikert A., Rau T., Berkholz A., Allera A., Daufeld S., Wildt L. Association of progesterone receptor polymorphism with recurrent abortions // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* Vol. 113. 2004. № 1. P. 67–72.
3. Kruse C., Varming K., Christiansen O.B. Prospective, serial investigations of in-vitro lymphocyte cytokine production, CD62L expression and proliferative response to microbial antigens in women with RM // *Hum. Reprod.* Vol. 18. 2003. № 11. P. 2465–2472.
4. Murakoshi H., Matsuo H., Laoag-Fernandez J.B., Samoto T., Maruo T. Expression of Fas/Fas-ligand, Bcl-2 protein and apoptosis in extravillous trophoblast along invasion to the deciduas in human term placenta // *Endocr. J.* Vol. 50. 2003. № 2. P. 199–207.
5. Lovely L.P., Fazleabas A.T., Fritz M.A., McAdams D.G., Lessey B.A. Prevention of endometrial apoptosis: randomized prospective comparison of human chorionic gonadotropin versus progesterone treatment in the luteal phase // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* Vol. 90. 2005. № 4. P. 2351–2356.
6. Liu J., Matsuo H., Laoag-Fernandez J.B., Xu Q., Maruo T. The effects of progesterone on apoptosis in the human trophoblast-derived HTR-8/SV neo cells // *Mol. Hum. Reprod.* Vol. 13. 2007. № 12. P. 869–874.
7. Czajkowski K., Sienko J., Mogilinski M., Bros M., Szczecina R., Czajkowska A. Uteroplacental circulation in early pregnancy