

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

ДОСТУП ДО ПІСЛЯАБОРТНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Погляд комітету експертів Американського коледжу акушерів і гінекологів

Номер 833**Комітет з Охорони здоров'я жінок з недостатнім доступом до медичного обслуговування**

ACOG Committee Opinion No.833. American College of Obstetricians and Gynecologists.

Obstet Gynecol 2021;138:e91–95. *Адаптовано – Пахаренко Л.В.**Даний погляд експертів був розроблений Комітетом з Охорони здоров'я жінок з недостатнім доступом до медичного обслуговування та робочою групою експертів з питань рівноправ'я в галузі контрацепції Американського коледжу акушерів і гінекологів у співпраці з Sarah Horvath, MD, MSHP та членом комітету Serina Floyd, MD, MSPH.*

Усі методи контрацепції є безпечними та ефективними за умови, якщо їх застосовувати відразу після абортів та якщо, з медичної точки зору, це є доцільним для пацієнта. негайне застосування контрацепції після штучного або спонтанного абортів може допомогти досягти бажаних репродуктивних результатів та звести до мінімуму кількість візитів до лікаря. Консультування з приводу контрацепції та методи контрацепції повинні бути доступними для всіх пацієнток, які мали штучний або спонтанний аборт, але слід поважати право пацієнтки відмовитися або відкласти обговорення цього питання.

Визнавати індивідуальні перешкоди для обговорення даного питання, які можуть бути у кожного пацієнта, є важливим для надання допомоги, орієнтованої на пацієнта. Також важливо розуміти історію зловживання репродуктивними правами у Сполучених Штатах, включаючи тиск до застосування контрацепції та примусову стерилізацію. Зрештою, лікарі повинні зосередитися на наданні доступу до консультацій та, в ідеалі, на забезпеченні доступності всіх методів контрацепції, визнаючи, що кожен пацієнт є унікальним.

Рекомендації та висновки

Американський коледж акушерів і гінекологів надає наступні рекомендації та висновки для акушерів-гінекологів та інших лікарів щодо покращення доступу жінок до післяабортної контрацепції:

- Консультування з приводу контрацепції та методи контрацепції повинні бути доступними для всіх пацієнток, які мали штучний або спонтанний аборт, але слід поважати право пацієнтки відмовитися або відкласти розгляд цього питання.
- Визнавати індивідуальні перешкоди для обговорення даного питання, які можуть бути у кожного пацієнта, є важливим для надання допомоги, орієнтованої на пацієнта. Пацієнти можуть мати труднощі з доступом до послуг системи охорони здоров'я з багатьох причин, включаючи відстань до закладів охорони здоров'я, відсутність лояльності на роботі щодо робочого часу, обов'язки з догляду за іншими особами, ненадлежає страхування або його відсутність, ненадійне транспортне сполучення та мовний бар'єр. Ці обставини можуть вплинути на період встановлення або видалення зворотних контрацептивів тривалої дії (long-acting reversible contraceptive – LARC), можливість повторних візитів для введення депо медроксипрогестерону ацетату (ДМПА) та відвідування аптеки для отримання засобів контрацепції короткої дії.
- Важливо розуміти історію зловживання репродуктивними правами у Сполучених Штатах, включаючи тиск до застосування контрацепції та примусову стерилізацію. Визнання власних упереджень щодо

штучних і мимовільних абортів, відсутність знань щодо раціональних інтервалів між вагітностями та культурні стереотипи мають вирішальне значення для попередження примусової поведінки, наприклад, коли лікар примушує пацієнтку піти з медичного огляду, обравши відразу певний метод контрацепції, або тиск щодо використання конкретного методу, наприклад LARC, або висловлювання судження щодо рішення пацієнтки зробити аборт.

- Акушери-гінекологи та інші лікарі повинні бути обізнані щодо всіх методів контрацепції.
- Необхідно мінімізувати логістичні бар'єри, щоб покращити доступ пацієнтів до обраних методів контрацепції після штучного та спонтанного абортів.
- Безперервність допомоги може бути покращена, запропонувавши тактику ведення штучних або спонтанних абортів разом із наданням послуг із повним спектром методів контрацепції в рамках медичної практики або шляхом створення оптимізації направлення та подальшого спостереження за пацієнтами, які потребують такої допомоги.
- Усі методи контрацепції є безпечними та ефективними за умови, якщо їх застосовувати відразу після процедури абортів та якщо, з медичної точки зору, це є доцільним для пацієнта.

Передумови

Післяабортний період є безпечним і ефективним періодом, щоб розпочати контрацепцію для осіб, які бажають відкласти настання наступної вагітності або попередити її. У вісімдесяти трьох відсотків жінок овуляція відбудеться протягом одного місяця після штучного або

спонтанного аборт, і, як демонструють результати одного з досліджень, 51 % учасниць повідомили про статевий акт протягом двох тижнів після аборт [1–4].

Застосування контрацепції відразу після штучного або спонтанного аборт може допомогти досягнути бажаних репродуктивних наслідків та звести до мінімуму кількість візитів до лікаря. Слід запропонувати консультації щодо питань з контрацепції та за можливості негайно забезпечити доступність всіх методів контрацепції для будь-якого зацікавленого у контрацепції пацієнта.

Лікарі мають визнати, що деякі люди не бажають отримати консультації з питань контрацепції, але вони все одно можуть бажати застосовувати контрацепцію. Результати дослідження свідчать, що 70,8 % пацієнтів, які зробили штучний аборт, хотіли піти з огляду лікаря, отримавши контрацепцію; однак лише 30,8 % хотіли отримати консультацію з питань контрацепції [5]. Більше половини жінок, які не бажали отримати консультації, вказали, що причиною цього є те, що вони вже знають, яким методом контрацепції вони хочуть скористатись [5].

Пацієнтка може відмовитися від розмови з лікарем, але все одно бажати піти з медичного візиту із прийнятним для неї методом контрацепції. Надання допомоги в цьому питанні можна покращити, попередньо запитавши пацієнтку, чи має вона уподобання стосовно методу контрацепції або чи хоче обговорити застосування контрацепції. Питання, які дозволяють уподобанням пацієнтів керувати дискусією, порушують традиційний підхід у клінічній практиці. Якщо пацієнти мають на увазі вже конкретний метод, обговорення ризиків і переваг є доречним. Альтернативні моделі консультування, такі, як пропозиція отримати консультацію по телефону перед днем запису на аборт, можуть покращити враження пацієнтів [6, 7].

Визначення індивідуальних репродуктивних цілей кожного пацієнта є важливим. Не всі пацієнтки, які зробили штучний аборт, мають бажання застосувати контрацепцію, і не всі пацієнтки, у яких стався спонтанний аборт, бажують знову завагітніти найближчим часом. У сорока чотирьох відсотків жінок зі спонтанним аборт вагітність є небажаною або випадковою, що співпадає з показниками у загальній популяції вагітних [8]. Цей факт у поєднанні з відсутністю чіткого розуміння щодо оптимального інтервалу між вагітностями після невиношування вагітності, отримання допомоги у різних закладах, включаючи відділення невідкладної допомоги, та швидке повернення до фертильності підкреслюють важливість вирішення проблем контрацепції з використанням підходу, орієнтованого на пацієнта [8].

Консультування з приводу контрацепції та методи контрацепції повинні бути доступними для всіх пацієнток, які мали штучний або спонтанний аборт, але слід поважати право пацієнтки відмовитися або відкласти обговорення цього питання. Для тих жінок, які прагнуть відкласти вагітність або запобігти їй, акушерки-гінекологи повинні надати доступ до повного спектра методів контрацепції, у тому числі в умовах стаціонару під час візиту до лікаря з приводу аборт.

Невідкладна післяабортна контрацепція є безпечною та ефективною

Усі методи контрацепції, які застосовують після аборт у I триместрі, якщо аборт не ускладнений сепсисом, відносять до Категорії 1 Критеріїв медичної відповідності США (Medical Eligibility Criteria – U.S. MEC) щодо використання контрацептивів, при цьому внутрішньоматкові спіралі (ВМС) відносять до Категорії 4 [9]. Внутрішньоматкові спіралі не слід встановлювати особам із загостренням інфекційних процесів [9, 10]. Частота експульсії ВМС, встановлених відразу після аборт у II триместрі, є дещо вищою, ніж при їхньому встановленні одразу після аборт, що відбувся у I триместрі, але цей метод контрацепції належить до Категорії 2 за Критеріями U.S. MEC, і, отже, в даному випадку переваги такого методу переважають ризики [11].

П'ятсот сімдесят п'ять жінок, яким виконано вакуум-аспірацію порожнини матки у I триместрі з метою проведення штучного аборт або після спонтанного аборт, були рандомізовані на групи, першій з яких ввели ВМС одразу після аборт, а пацієнткам другої групи – під час повторного візиту через 2–6 тижнів; відсоток випадків утримання ВМС у порожнині матки через 6 місяців був значно вищий у жінок першої групи (92,3 % проти 76,6 %) [12]. Окрім частоти утримання спіралі, задоволеність методом також була високою у жінок, яким встановили ВМС одразу після аборт [13].

Відмінності у відсотку випадіння спіралі повинні бути частиною інформованого консультування, оскільки можливі труднощі з відшкодуванням страхових виплат та оплатою повторного встановлення спіралі при її випадінні (див. Посібник the LARC Quick Coding Guide на веб-сайті www.acog.org/education-and-events/publications/larc-quick-coding-guide). Однак помірно підвищена частота випадіння спіралі не повинна бути стримувальним фактором для уведення ВМС одразу після аборт.

Пацієнткам, які обирають медикаментозне переривання штучного або спонтанного аборт, можна запропонувати використання міфепристон. Швидке застосування імпланту не впливає на ефективність міфепристон, це означає, що використання імпланту можна запропонувати під час того самого відвідування, що і методи контрацепції короткої дії, включаючи екстрену контрацепцію [14]. Установлення внутрішньоматкової спіралі слід відкласти до підтвердження завершення медикаментозного аборт [10].

Результати великого дослідження демонструють, що у пацієнток, яким вводили ін'єкційно ДМПА як метод контрацепції одразу після медикаментозного аборт, та тих, хто отримав ін'єкцію препарату в день вживання міфепристон, був дещо підвищений ризик прогресування вагітності відносно жінок, які отримали ін'єкцію ДМПА пізніше, після підтвердження факту переривання вагітності. Проте загалом частота прогресування таких вагітностей була дуже низькою, і це не потребувало подальшого хірургічного втручання.

Частота повторної вагітності та використання контрацептивів через 6 місяців не відрізнялася між групами, але пацієнтки були більш задоволені швидким початком використання контрацепції в день вживання міфепристон [15]. Для визначення оптимального часу введення ДМПА для кожної пацієнтки необхідне спільне рішення.

Невідкладна післяабортна контрацепція як допомога, орієнтована на пацієнта

Визнання індивідуальних перешкод, які можуть бути у кожного пацієнта, є важливим для надання допомоги, орієнтованої на пацієнта. Пацієнти можуть мати труднощі з доступом послуг системи охорони здоров'я з багатьох причин, включаючи відстань до закладів охорони здоров'я, відсутність лояльності на роботі щодо робочого часу, обов'язки по догляду за іншими особами, неналежне страхування або його відсутність, ненадійне транспортне сполучення та мовний бар'єр [16]. Ці обставини можуть вплинути на період призначення або відміни LARC, можливість повторних візитів для уведення ДМПА та відвідування аптеки для отримання засобів контрацепції короткої дії.

Пацієнти часто задоволені зручністю отримати обраний ними метод контрацепції відразу після штучного або спонтанного абортів. Спільне надання цієї послуги зменшує кількість точок дотику із системою охорони здоров'я, що є перевагою з багатьох причин, у тому числі під час кризи громадського здоров'я. Пацієнтки з обмеженим доступом до медичної допомоги можуть отримати значні переваги від ефективного надання допомоги з контрацепції.

У дослідженні, в якому брали участь 1662 жінки, які отримували безкоштовні засоби контрацепції одразу після абортів, 64,5 % обрали метод LARC, а 35,5 % – контрацептиви короткої дії [17]. Жінки, які обрали LARC, були молодшими, з більшою ймовірністю жили на відстані більше 70 миль від клініки і частіше мешкали за межами міста, ніж ті жінки, які обрали контрацептиви короткої дії [17]. Це дослідження також засвідчило, що навіть після усунення бар'єрів стосовно вартості та доступності контрацепції 18,8 % пацієнок відмовилися від будь-якого методу контрацепції [17].

Послугу з контрацепції можна покращити, якщо надати рецепт на цілий рік на таблетки, пластир або кільце заздалегідь, коли будуть обрані ці методи, а також завчасно забезпечити засобами екстреної контрацепції. За можливості – надання безкоштовних презервативів є хорошою практикою.

Консультація з приводу післяабортної контрацепції

Акушери-гінекологи та інші лікарі повинні розуміти, що метою консультації не є просування використання засобів контрацепції або будь-якого конкретного методу, а скоріше за все, надання прийнятних для пацієнта, з медичної точки зору, варіантів, поважаючи самостійне рішення пацієнтки, вибір та права пацієнтки відмовитися від контрацепції. Фінансові фактори, лікар, якому довіряють, обмеженість у часі та емоційна складова – все це може вплинути на те, чи обере пацієнтка консультації щодо контрацепції під час абортів. Лікарі повинні використовувати спільне прийняття рішень, щоб визначити репродуктивні та контрацептивні бажання пацієнтки.

Орієнтована на пацієнта дискусія про швидке відновлення фертильності, доступ до контрацепції, ризики та переваги методів швидкого застосування та доступ до послуг для подальшого видалення імплантів та ВМС повинні відбуватись у площині поваги до

самостійно прийнятого рішення пацієнтки. Важливо визнати, що бажання пацієнтки відкласти розмову про контрацепцію не означає, що контрацепція є для неї небажаною. Також важливо розуміти історію зловживання репродуктивними правами у Сполучених Штатах, включаючи тиск до застосування контрацепції та примусову стерилізацію [18].

Визнання власних упреждень щодо штучних і мимовільних абортів, відсутність знань щодо раціональних інтервалів між вагітностями та культурні стереотипи мають вирішальне значення для попередження примусової поведінки, наприклад, коли лікар примушує пацієнтку піти з медичного огляду того самого дня, обравши певний метод контрацепції, або тиск щодо використання конкретного методу, наприклад LARC, або висловлювання судження щодо надання пацієнтки зробити аборт [19].

Деякі пацієнтки сприймають неодноразові консультації щодо контрацепції як «неявний тиск», щоб змусити їх застосувати контрацепцію [20]. Частота припинення використання контрацепції є вищою у пацієнок, які відчувають тиск стосовно рішення, щоб обрати метод контрацепції [21, 22]. Зрештою, лікарі повинні зосередитися на наданні доступу до консультації і, в ідеалі, на забезпеченні доступності до всіх методів контрацепції, визнаючи, що кожна пацієнтка унікальна. Уподобання пацієнта не повинні відповідати поглядам лікаря. Кожна розмова та її зміст повинні керуватися індивідуальною історією хвороби пацієнта та його бажанням щодо контрацепції.

Проблеми, з якими стикаються пацієнтки та лікарі, під час використання невідкладної контрацепції

Багато пацієнок після штучного або спонтанного абортів будуть звертатися по медичну допомогу до закладів, які безпосередньо не надають необхідної послуги, наприклад, до відділення невідкладної допомоги, клініки невідкладної допомоги або клініки планування сім'ї. За умов відсутності маршруту пацієнтки, які отримують подальшу допомогу щодо відкладеної контрацепції в інших установах, можуть зіткнутися з перешкодами, такими, як позитивні тести на вагітність, які викликають плутанину, затримку в доступі до візитів до лікаря або небажане розкриття інформації. Крім того, деякі пацієнтки не матимуть доступу до послуг з первинної, акушерської або гінекологічної допомоги. Це підкреслює важливість негайного забезпечення методами контрацепції, направлення на інші бажані послуги, а також оптимізованих шляхів для подальших дій.

Згідно з опитуванням клінік з надання медичної допомоги з приводу абортів, 98 % закладів пропонують принаймні один метод контрацепції, окрім LARC, а 76 % пропонують будь-який метод LARC [23]. Причини того, що клініки не пропонують усі методи, є багатофакторними і включають прогалини у навчанні, фінансовий тягар, обставини, які обмежують надання допомоги при абортах у повному об'ємі, обмеження політики та обмеження оплати і страхового покриття.

Обмеження допомоги штатів та федеральної допомоги щодо медичного обслуговування з переривання вагітності впливає на надання послуги з переривання вагітності, це

сприяє постійному пропонуванню контрацептивних послуг. Відмова у державному фінансуванні та відсутність стимуляції страхових компаній укласти контракти з лікарнями, які пропонують аборти, та введення обмежувальної політики примушує клініки закриватись [24].

Поправка Гайда, яка обмежує федеральне фінансування штучних абортів, за винятком причин згвалтування, інцесту або загрози життю, створює складні адміністративні бар'єри для надання медичної допомоги на підставі фактів, які непропорційно впливають на пацієнтів із низьким доходом і призводять до нерівного доступу до медичних послуг. Заклики до зняття поправки Гайда та інших обмежень щодо державного та приватного страхування допомоги при абортах може збільшити доступ та зменшити кількість обмежень, включивши допомогу при абортах як оплачувану послугу.

Може бути складно розв'язати проблему, враховуючи зростаючі обмеження як на приватне, так і на державне страхування, які ще більше ускладнюють надання допомоги при абортах. Залежно від страхового покриття пацієнта вартість процедур і консультацій може бути нижчою, якщо під час одного відвідування пропонується кілька послуг. Крім того, орієнтоване на пацієнта консультування вимагає часу і часто оплачується недостатньо – воно має оплачуватися за адекватною ставкою.

Акушери-гінекологи та інші клініцисти повинні бути обізнані щодо всіх методів контрацепції. Необхідно мінімізувати логістичні бар'єри, щоб покращи-

ти доступ пацієнтів до обраних методів контрацепції після штучного та спонтанного абортів. Безперервність допомоги може бути покращена, якщо запропонувати тактику ведення штучних або спонтанних абортів і повний спектр методів контрацепції в рамках практики або шляхом створення маршрутів оптимізації направлення та подальшого спостереження за пацієнтами, які потребують такої допомоги.

Висновки

Усі методи контрацепції є безпечними та ефективними за умови, якщо їх застосовувати відразу після процедури абортів та якщо, з медичної точки зору, це є доцільним для пацієнта. Існує багато перешкод для доступу та надання ефективної контрацептивної допомоги після штучного або спонтанного абортів. Існують доступні ресурси для навчання та підтримки потенціалу для акушерів-гінекологів та інших лікарів щодо покращення доступу до повного спектра методів контрацепції відразу після абортів (див. Postpartum Contraceptive Access Initiative (PCAI) на <https://pcainitiative.acog.org/>).

Крім того, Американський коледж акушерів і гінекологів закликає акушерів-гінекологів відстоювати політику, яка збільшує страхове покриття, відшкодування витрат та покращує доступ пацієнтам до повного спектра методів контрацепції під час відвідування лікаря з приводу абортів.

Список використаних джерел знаходиться в редакції.