

Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции

Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 4 издание, 2009»

Москва

2012

Содержание

| | |
|--|-----|
| Междисциплинарный экспертный совет | 3 |
| От авторов | 7 |
| Ведение | 8 |
| Глава 1. Аборты и контрацепция в России | 11 |
| Глава 2. Принципы, положенные в основу создания документа | 15 |
| Глава 3. Использование документа в клинической практике | 16 |
| Глава 4. Методы контрацепции | |
| А. Выбор метода контрацепции | 20 |
| Б. Эффективность метода контрацепции | 20 |
| В. Восстановление фертильности | 22 |
| Г. Пациенты группы риска | 22 |
| Д. ИППП и контрацепция – двойная защита | 23 |
| Е. Рекомендации по использованию методов контрацепции у пациентов с особыми потребностями | 23 |
| Глава 5. Методы контрацепции (таблицы) | |
| Комбинированные гормональные контрацептивы (таблетки, пластырь, вагинальное кольцо) | 25 |
| Прогестиновые контрацептивы (таблетки, инъекции, импланты) | 66 |
| Внутриматочные средства (медьсодержащие ВМС, левоноргестрелсодержащие ВМС) | 94 |
| Средства неотложной контрацепции (прогестагенсодержащие таблетки и медьсодержащие ВМС) | 114 |
| Барьерные методы контрацепции (мужской и женский презерватив, спермициды, диафрагмы, шеечные колпачки) | 123 |
| Методы отслеживания фертильности | 137 |
| Метод лактационной аменореи | 142 |
| Прерванный половой акт | 144 |
| Хирургическая стерилизация мужская и женская | 146 |
| Приложение 1. Значение некоторых процедур для безопасного и эффективного применения методов контрацепции | 165 |
| Приложение 2. Форма скрининга для пациенток, желающих применять комбинированные оральные контрацептивы | 167 |
| Приложение 3. Диагностика мигренозных болей и ауры | 170 |
| Приложение 4. Форма скрининга для пациенток, желающих применять прогестиновые контрацептивы | 172 |
| Приложение 5. Форма скрининга для пациенток, желающих применять внутриматочные средства контрацепции | 176 |

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Руководители экспертного совета

| | |
|-------------------------------|---|
| Сухих Геннадий Тихонович | Директор по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, академик РАМН, д.м.н., профессор |
| Прилепская Вера Николаевна | Заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, председатель Российского общества по контрацепции, Ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии, д.м.н., профессор |
| Вартапетова Наталья Вадимовна | Руководитель проекта «Мать и дитя», Генеральный директор Института Здоровья Семьи, д.м.н. |

Члены экспертного совета

| | |
|----------------------------------|--|
| Артымук Наталья Владимировна | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, руководитель акушерско-гинекологической клиники, д.м.н., профессор |
| Башмакова Надежда Васильевна | Заместитель директора ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздравсоцразвития России, главный внештатный акушер-гинеколог Уральского Федерального округа, д.м.н., профессор |
| Богатова Ирина Константиновна | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Григорьева Елена Евгеньевна | Главный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по делам здравоохранения Администрации г.Барнаула, д.м.н., профессор |
| Голиусов Александр Александрович | Специалист по мониторингу и оценке Института здоровья семьи, к.м.н. |
| Евтушенко Ирина Дмитриевна | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Карпушкина Анна Викторовна | Заместитель директора Института здоровья семьи, д.м.н. |
| Карахалис Людмила Юрьевна | Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Качалина Татьяна Симоновна | университет», д.м.н. Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Кузнецова Ирина Всеволодовна | Профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «Российская Медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |
| Межевитинова Елена Анатольевна | Ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |
| Мычка Виктория Борисовна | Ведущий научный сотрудник отделения артериальной гипертонии Института клинической кардиологии ФГУ «Российский кардиологический научно- производственный комплекс» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |
| Назарова Нисо Мирзоевна | Старший научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |
| Николаева Елена Борисовна | Главный врач ГБУЗ «Свердловский областной клинико- диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» |
| Павлович Станислав Владиславович | Ученый секретарь ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, к.м.н. |
| Подзолкова Наталия Михайловна | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «Российская Медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Протопопова Наталья Владимировна | Руководитель областного перинатального центра, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, главный внештатный акушер-гинеколог Иркутской области, д.м.н., профессор |
| Радзинский Виктор Евсеевич | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», д.м.н., действительный член международной академии высшей школы, профессор |
| Сафронова Елена Ивановна | Специалист по клиническим вопросам Института здоровья семьи |
| Савельева Ирина Сергеевна | Профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», д.м.н. |
| Серова Ольга Федоровна | Главный врач ГУЗ «Московский областной перинатальный Центра, д.м.н., профессор |
| Тапильская Наталья | Профессор кафедры акушерства и гинекологии, |

| | |
|----------------------------------|--|
| Игоревна | профессор кафедры онкологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова», д.м.н. |
| Тарасова Марина Анатольевна | Заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУ «Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН», д.м.н., профессор |
| Ткаченко Людмила Владимировна | Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор |
| Уварова Елена Витальевна | Руководитель отделения гинекологии детского и юношеского возраста ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Ульрих Елена Александровна | Профессор кафедры детской гинекологии и репродуктологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова», д.м.н. |
| Успенская Юлия Борисовна | Научный сотрудник сектора консервативной колопроктологии Научно-исследовательского центра при при Первом МГМУ им. И.М.Сеченова, к.м.н. |
| Фаткуллин Ильдар Фаридович | Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор |
| Хамошина Марина Борисовна | Профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», д.м.н. |
| Швабский Олег Рудольфович | Главный специалист по клиническим вопросам Института здоровья семьи |
| Шешко Елена Леонидовна | Специалист по репродуктивному здоровью Института здоровья семьи, к.м.н., доцент |

В работе принимали участие

| | |
|-------------------------------------|---|
| Баранов Игорь Иванович | Заведующий организационно-методическим отделом службы научно-организационного обеспечения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор |
| Божедомов Владимир Александрович | Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ПМГМУ им. И.М.Сеченова, д.м.н. |
| Долгушина Наталья Витальевна | Руководитель службы научно-организационного обеспечения, заведующий отделом научного планирования и аудита ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |
| Куземин Андрей | Клинический сотрудник научно-поликлинического |

| | |
|-----------------------------|--|
| Александрович | отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, к.м.н. |
| Стеняева Наталья Николаевна | Старший научный сотрудник ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, к.м.н, доцент кафедры психотерапии психолого-социального факультета РГМУ |
| Холин Алексей Михайлович | Заведующий отделом информационных ресурсов и телемедицины службы научно-организационного обеспечения, заведующий отделом научного планирования и аудита ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России |
| Яглов Владимир Викторович | ГБУЗ г.Москвы «Городская поликлиника №78» Департамента здравоохранения г.Москвы, врач акушер-гинеколог, ФГБУ Минздравсоцразвития РФ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения», старший научный сотрудник, к.м.н. |
| Яроцкая Екатерина Львовна | Заведующая отделом международных научных программ службы научно-организационного обеспечения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, д.м.н. |

ОТ АВТОРОВ

Начиная с 90-х гг. прошлого века в мире достигнуто широкое понимание необходимости государственной поддержки и поощрения права отдельных лиц и пар регулировать свою репродуктивную жизнь и иметь доступ к планированию семьи, соответствующей информации и услугам. Международные соглашения, в том числе декларация Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире в 1994 г. и стратегия Всемирной организации здравоохранения в области репродуктивного здоровья от 2004 г., сделали и репродуктивное здоровье, и планирование семьи важными международными приоритетами. Лидеры разных стран на Всемирном саммите 2005 г. договорились о том, чтобы к 2015 г. сделать стремление к всеобщему репродуктивному здоровью национальной стратегией для достижения Целей развития тысячелетия ООН, где заявлено, что «прогресс для женщин есть прогресс для всех».

Для улучшения качества медицинских услуг по репродуктивному выбору ВОЗ на основе доказательной медицины разработала комплекс признанных на международном уровне критериев приемлемости методов контрацепции для мужчин и женщин с учетом медицинских противопоказаний. Согласно плану ВОЗ, эти критерии должны использоваться отдельными странами для усовершенствования и разработки собственных руководств в соответствии с политикой, нуждами, приоритетами и возможностями национальных программ здравоохранения. США и Великобритания — пример стран, которые первыми адаптировали Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ для применения своими медицинскими специалистами.

Настоящий документ является итогом работы междисциплинарной группы экспертов. Представители федеральных и региональных учреждений здравоохранения, медицинских ВУЗов страны, международных организаций в ходе встреч и работы над документом достигли соглашения относительно рекомендаций по использованию контрацепции.

Мы хотели бы засвидетельствовать свою искреннюю признательность всем специалистам, предоставившим свои знания и опыт и оказавшим всемерное содействие в достижении консенсуса по практике применения средств контрацепции.

ВВЕДЕНИЕ

Репродуктивные права включают в себе определенные права человека, которые на сегодняшний день уже признаны национальными законодательствами и другими документами, разработанными на основе консенсуса. Репродуктивные права признают фундаментальное право всех супружеских пар и отдельных лиц свободно и ответственно определять число детей, которых они решили иметь, промежуток между их рождением и время рождения ребенка, а также право на доступ к информации и средствам для реализации такого выбора. Кроме того, признается право на самый высокий уровень сексуального и репродуктивного здоровья (согласно параграфу 95 Пекинской платформы действий, 1995 г.).

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья, включающая помощь в планировании семьи с предоставлением необходимой информации, не только признается ключевым шагом в укреплении здоровья мужчин, женщин и детей, но и относится к основным правам человека. Каждый человек имеет право на доступ к помощи по охране репродуктивного здоровья, выбор метода контрацепции и возможность пользоваться достижениями научного прогресса в этой области. Соблюдение прав человека в области репродуктивного выбора предполагает комплексный характер работы с пациентами, который должен учитывать состояние их сексуального и репродуктивного здоровья и все соответствующие критерии, позволяющие остановиться на том или ином методе контрацепции.

За последние 35 лет достигнуты значительные успехи в разработке новых контрацептивных средств: содержание гормонов в комбинированных пероральных контрацептивах значительно снизилось, а на смену инертным внутриматочным контрацептивам пришли контрацептивы, содержащие медь и левоноргестрел. Появились комбинированные гормональные контрацептивы в виде инъекций, пластырей и влагалищных колец, прогестагеновые имплантационные и инъекционные контрацептивы.

Большинству людей, применяющих контрацептивные средства, состояние здоровья позволяет делать это без вреда для себя. Однако теоретически контрацепция может влиять на течение и лечение ряда заболеваний и состояний, тем самым представляя угрозу здоровью. В свою очередь, некоторые заболевания и средства, применяемые для их лечения, могут снижать эффективность контрацептивов. Так, например, прием комбинированных пероральных контрацептивов при сахарном диабете повышает риск сердечно-сосудистых осложнений; при взаимодействии с некоторыми противосудорожными средствами эффективность контрацептивов может снижаться. Отсутствие научно обоснованных данных о безопасности и эффективности тех или иных контрацептивов может вызвать у специалистов затруднения при консультировании пациентов, тем самым ограничив доступ мужчин и женщин к современным методам репродуктивного выбора.

Одним из аспектов работы по улучшению качества медицинской помощи в области охраны репродуктивного здоровья является разработка международных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции и практических рекомендаций по их использованию при различных медицинских состояниях у клиентов.

Первый международный документ по планированию семьи, основанный на данных доказательной медицины «*Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции*» был опубликован в 1996 г. Он представлял собой руководство по безопасному использованию контрацептивных средств женщинами и мужчинами с теми или иными особенностями и медицинскими

состояниями. Публикации предшествовала серьезная работа многочисленных правительственных агентств и неправительственных организаций, объединивших усилия по сбору и анализу эпидемиологических и клинических данных, относящихся к этой теме. Рабочая группа сравнивала критерии приемлемости методов контрацепции, опубликованные в различных странах, готовила обзоры клинических и эпидемиологических статей, а также разрабатывала предварительные классификации для анализа, которые затем усовершенствовались экспертами.

В дальнейшем, в 2000 и 2003 г., рабочие группы, состоявшие из экспертов международного уровня по планированию семьи, на основе анализа новых публикаций разработали и приняли *вторую и третью* редакции документа [1].

Последняя, *четвертая* редакция документа основана на рекомендациях конференции рабочей группы, которая состоялась в штаб-квартире ВОЗ 1—4 апреля 2008 г. [2]. В ней приняли участие 43 специалиста из 23 стран, в том числе представители 9 международных организаций в области здравоохранения. Рабочая группа состояла из специалистов международного уровня в области планирования семьи и включала клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения, руководителей медицинских программ, экспертов по поиску и систематизации данных, фармакологов, а также будущих пользователей руководства.

Используя систему непрерывного выявления исследовательских данных (CIRE, Continuous Identification of Research Evidence), ВОЗ выделила те рекомендации из *третьей редакции* «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции», для которых появились новые данные [3]. Чтобы оценить всю совокупность имеющихся данных для этих рекомендаций, были выполнены систематизированные обзоры. При этом эксперты ставили перед собой задачу найти прямые доказательства приемлемости того или иного метода контрацепции для женщин с определенным состоянием. Если поиск непосредственных доказательных фактов оказывался безуспешным, использовали косвенные данные или теоретические предпосылки. Работы, необходимые для написания систематизированных обзоров, находили с помощью системы CIRE или поиском в базе данных PubMed и Кокрановской библиотеке, от момента их создания до января 2008 г. Кроме того, поиск включал обзор литературы, цитируемой в статьях, обнаруженных при поиске публикаций по необходимой тематике, а также непосредственные контакты со специалистами в этой области. Уровень доказательности научных данных определяли в соответствии с градациями, предложенными United States Preventive Task Force system [4].

Совокупность доказательных фактов, рассмотренных экспертной рабочей группой, включала:

- данные, полученные в исследованиях или при наблюдении за женщинами (или мужчинами) с определенным состоянием, которые использовали тот или иной метод контрацепции;
- данные об эффективности метода контрацепции, используемого здоровыми женщинами (или мужчинами);
- косвенные данные или теоретические предпосылки, основанные на результатах исследований у животных, на данных лабораторных исследований у человека или на аналогичных клинических ситуациях.

Большинство рекомендаций, отражающих использование какого-либо метода контрацепции при определенном состоянии или совокупности состояний, разработаны по результатам небольшого числа исследований. Нехватка данных особенно ощущалась при рассмотрении новых или редко применяемых контрацептивных средств. Все опубликованные рекомендации носят согласительный характер.

Для *четвертой редакции* «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (WHO MEC) экспертная рабочая группа

разработала 86 новых рекомендаций и пересмотрела 165 из существующих. В результате дискуссий, проведенных экспертами рабочей группы, в *четвертую редакцию* руководства включено новое заболевание — системная красная волчанка (СКВ), а к медицинским состояниям, имеющимся в *третьей редакции*, добавлено 12 новых подгрупп состояний: ожирение в возрасте до 18 лет; тромбоз глубоких вен и тромбоз легочной артерии (ТГВ/ТЭЛА) на фоне лечения антикоагулянтами; острый гепатит или обострение хронического гепатита; очаговая узловая гиперплазия печени; лечение антиретровирусными средствами (нуклеозидными и нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы, ингибиторами протеаз в комбинации с ритонавиром); прием противосудорожного препарата ламотригина; антимикробная терапия (антибиотики широкого спектра действия, противогрибковые и антипаразитарные средства, а также рифабутин и рифампицин).

Хотя руководство ВОЗ уже доступно в России, его переработка с учетом особенностей отечественного здравоохранения создает условия для его дальнейшего распространения и широкого применения медицинскими работниками. В целом руководство, принятое в России, не отличается от изданного ВОЗ и охватывает примерно 60 характеристик и медицинских состояний. Однако некоторые изменения в него все же внесены. Они включают адаптацию некоторых рекомендаций ВОЗ и положения по использованию контрацептивов при медицинских состояниях, которых не было в предыдущих изданиях. Удалены рекомендации, касающиеся контрацептивных средств, которые в России не используются.

Данный документ содержит рекомендации по безопасному использованию различных методов контрацепции и женщинами, и мужчинами с теми или иными особенностями и медицинскими состояниями. Его цель — облегчить задачу медицинским работникам, помогающим женщинам, мужчинам и супружеским парам в выборе метода контрацепции. Содержащиеся в нем рекомендации представляют собой лишь общее руководство — при каждом обращении в медицинские учреждения решение принимается индивидуально, с учетом особенностей пациента.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

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 AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: A new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28:483—490.
4. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et al. Current methods of the US Preventive Service Task Force: A review of the process. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20:21—35.

ГЛАВА 1

Аборты и контрацепция в России

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — одна из приоритетных задач современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед мировым сообществом в целом и каждой отдельной страной.

Россия на протяжении многих лет занимает одно из ведущих мест по числу аборт, пагубные последствия которых грозят материнской смертностью и нарушением репродуктивного здоровья женщины, которое является залогом рождения здорового потомства. Неоценимую роль в сохранении репродуктивного здоровья играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежеланной беременности, а следовательно, и аборт трудно переоценить.

По данным статистики, в мире ежегодно производится 45 млн аборт, что составляет 37—40 аборт на 1000 женщин фертильного возраста. От осложнений, связанных с незапланированной беременностью, умирает 500 000 женщин. Следует обратить внимание на то, что более трети всех аборт являются осложненными. Значительного снижения числа аборт и материнской смертности можно добиться при охвате контрацепцией 30—50% супружеских пар. В России же на сегодня современными методами контрацепции пользуются всего лишь 23,3% наших сограждан [ВОЗ, 2006]. В Российской Федерации в настоящее время аборт является самым распространенным методом регуляции рождаемости (30 аборт на 1000 женщин фертильного возраста в год). Это один из самых высоких показателей в мире. Однако следует подчеркнуть наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению числа аборт.

Таблица 1.

Динамика аборт в России (данные Минздравсоцразвития РФ)

| Годы | Количество, млн |
|------|-----------------|
| 1990 | 3,9 |
| 2005 | 1,50 |
| 2006 | 1,41 |
| 2007 | 1,30 |
| 2008 | 1,24 |
| 2009 | 1,16 |
| 2010 | 1,05 |

В ФГБУ НЦ АГиП им. В. И. Кулакова был проведен анализ динамики и структуры аборт, а также их профилактики по стране в целом и отдельным регионам на основании показателей на 1000 женщин фертильного возраста и 100 детей, родившихся живыми и мертвыми, который позволил выявить региональные особенности ситуации с абортами в сравнении с родами в Российской Федерации. Значения показателей аборт в 2009 г. были выше общероссийских в Дальневосточном, Сибирском, Уральском, Приволжском, Северо-Западном федеральных округах. В исходах всех беременностей в 2009 г. роды составили 58,7%, аборт — 39,6%, в остальных случаях имела место внематочная беременность.

По данным Минздравсоцразвития РФ, 95,2% всех зарегистрированных аборт в нашей стране производится при сроке беременности до 12 недель; на каждую женщину в среднем приходится 1,3 аборта в течение жизни. По данным Минздравсоцразвития РФ, по сравнению с 2009 г. выросла частота гинекологических заболеваний: эндометриоз — 376,5 на 100 000 женщин (368,8 в 2008 г.), бесплодие — 524,9 (516,7 в 2008г.), нарушения менструального цикла — 2077,6 (2036 — в 2008 г.), что во многом связано с все еще высокой частотой абортов.

Как известно, аборт пагубным образом влияет на физическое и психическое здоровье женщины, способствуя возникновению ряда гинекологических заболеваний, таких как эндометриоз, миома матки, бесплодие, нарушения менструального цикла, невынашивание беременности, осложнения в родах и послеродовом периоде. Более широкое использование контрацепции способствует снижению числа нежеланных беременностей и сохранению репродуктивного здоровья; кроме того, контрацепция является методом профилактики заболеваний репродуктивной системы и в связи с этим имеет не только медицинское, но и социальное значение [МЗиСР России, 2009]. Таким образом, эффективная и безопасная контрацепция является реальной альтернативой аборт, поскольку не только предотвращает нежеланную беременность, но и обладает рядом профилактических и терапевтических свойств, способствующих сохранению репродуктивного здоровья женщины. Благодаря применению гормональной контрацепции, в мире ежегодно предотвращается 30 тысяч случаев злокачественных опухолей органов репродуктивной системы [B03, 2001]. Наиболее яркие примеры снижения числа абортов, связанные с ростом частоты использования эффективных методов контрацепции, относятся к странам бывшего СССР, Восточной и Центральной Европы, где за последнее 10-летие уровень абортов снизился на 20—50%.

В нашей стране только 9% женщин считают себя полностью информированными о методах контрацепции. Гормональную контрацепцию используют лишь 13,4% женщин фертильного возраста; в 71% случаев женщины применяют методы контрацепции неправильно. Отсутствие информированности приводит к частым нарушениям режима приема гормональных контрацептивов и к возникновению нежеланной беременности, а также к частой смене различных методов контрацепции [МЗиСР России, 2009; Cogent Market Research data, 2009]. Консультирование увеличивает продолжительность использования метода. В 2009 г. в Российской Федерации число женщин, применявших современные контрацептивы, составило 9,02 млн. (24% от всех женщин фертильного возраста), в том числе применявших внутриматочные средства (ВМС) — 4,82 млн., гормональные контрацептивы (ГК) — 4,2 млн. Операция стерилизации произведена у 13 938 женщин.

Таблица 2

Использование современной контрацепции в России (в % к числу женщин фертильного возраста)

| Виды контрацепции | 1992 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Гормональная контрацепция | 2,1 | 7,6 | 8,4 | 8,8 | 9,3 | 9,8 | 13,4 | 10,5 | 11,0 | 12,4 |
| Внутриматочная контрацепция | 15,0 | 14,6 | 14,3 | 14,0 | 13,6 | 13,3 | 14,3 | 12,8 | 12,6 | 12,6 |

В России современные методы контрацепции в настоящее время используются недостаточно широко. Это связано со все еще существующими мифами о вреде контрацепции: прибавка в весе, риск рака молочной железы, риск бесплодия. Эти мифы распространены не только среди женского населения, но и среди врачей, так как данные о вреде гормональной контрацепции в СССР распространялись на официальном уровне. Существенную роль в этом играет и недостаточное образование

врачей в области контрацепции, а также отсутствие адекватного и правильного консультирования пациенток. В настоящее время чрезвычайно актуальным является внедрение образовательных программ в области репродуктивного здоровья, в том числе и среди женского населения.

В России подведены итоги первой научно-образовательной программы «CHOICE» (Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience) «Здоровая контрацепция», в которой наша страна принимала участие наряду с 10 европейскими государствами. Программа «CHOICE» стартовала в мае 2009 г., и ее результаты должны были определить, как влияет врачебное консультирование на выбор метода контрацепции. Результаты программы позволили изучить и оценить мотивационные факторы, которыми руководствуются современные женщины при выборе или смене метода контрацепции, и роль врачебного консультирования в этом процессе. Проект был реализован ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздравсоцразвития России при поддержке Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью и Российского общества по контрацепции. Данная программа была призвана содействовать информированию женщин, обращающихся к врачу за консультацией, о трех методах комбинированной гормональной контрацепции с разными режимами приема (комбинированные оральные контрацептивы — КОК, влагалищное кольцо и трансдермальный пластырь).

Как показали результаты исследования, консультирование явилось определяющим фактором в выборе пациенткой метода контрацепции. Более 90% пациенток сочли информацию, полученную от врача во время консультирования, полной и полезной. Подавляющее большинство (75%) женщин, использовавших до консультирования негормональную контрацепцию, изменили свое отношение к ней и сделали выбор в пользу гормональной контрацепции. Подробное консультирование изменяет окончательное решение пациентки и увеличивает приемлемость контрацепции.

Требования женщин к контрацепции сегодня высоки. В представлениях современной женщины идеальный контрацептив должен быть прост и удобен в применении, не должен быть связан с coitus, должен обладать высокой эффективностью, при этом без побочных эффектов, но с положительными неконтрацептивными возможностями, быть недорогим, а также предоставлять возможность выбора и самостоятельного принятия решения.

Существующие на сегодняшний день методы контрацепции крайне разнообразны — пероральные (комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестиновые оральные контрацептивы), трансдермальные, вагинальные, хирургические и барьерные. Каждый обладает своими преимуществами и недостатками. Какой метод и режим оптимальнее? Залог выбора идеального контрацептива — правильное консультирование.

Гормональные контрацептивы — наиболее часто используемый в мире метод контрацепции и гормонотерапии [Материалы Европейского конгресса по контрацепции, Прага 2008]. В большинстве стран растет количество женщин, принимающих КОК, и параллельно снижается количество прерываний беременности. Выявляются все новые позитивные свойства КОК: снижение риска рака яичников, эндометрия, толстой кишки, снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и эктопической беременности, снижение риска мастопатии и другие профилактические свойства. Сегодня гормональная контрацепция сохраняет жизни: применение женщиной гормональных контрацептивов в течение 3 лет снижает материнскую смертность на 25—30%, а детскую смертность на 40%. В целом для пациенток главным является увеличение безопасности и хорошей переносимости КОК.

Современная стратегия развития гормональной контрацепции сегодня включает в себя снижение дозы компонентов в препаратах для их лучшей переносимости, синтез

прогестагенов с высокой селективностью в отношении рецепторов прогестерона, новые пути введения препаратов и изменение режима их применения. Расширение возможностей и объема использования контрацепции наряду с ее дальнейшим совершенствованием — один из реальных шагов на пути не только снижения числа абортов и их осложнений, но и улучшения репродуктивного здоровья женщины. Безусловно, контрацепция должна являться частью политики репродуктивного здоровья.

Так как это проблема национальная, то решаться она должна на государственном уровне, путем создания новых центров здоровья, работы с молодежью, совершенствования системы консультирования женщин и улучшения образования врачей в области контрацепции и репродуктивного здоровья.

ГЛАВА 2

Принципы, положенные в основу создания документа

Адаптация руководства «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» ВОЗ для России проходила в шесть стадий: 1) совещание экспертов, на котором было определено, какие изменения необходимо внести в руководство, и как именно это следует делать; 2) поиск и анализ новых систематизированных обзоров данных, необходимых для адаптации, и их оценка экспертами; 3) второе совещание экспертов, посвященное обсуждению подготовленного документа; 4) проведение секционного заседания в рамках Всероссийского Конгресса по амбулаторно-поликлинической помощи; 5) обсуждение рекомендаций на сайте Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова и Института здоровья семьи; 6) утверждение рекомендаций экспертным советом.

В ноябре 2011 г. Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова совместно с Институтом здоровья семьи провел двухдневное совещание с участием 30 ведущих специалистов и экспертов в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Цель совещания — определить, как именно адаптировать рекомендации ВОЗ к условиям Российской Федерации. Руководство «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ» широко применяется во всем мире и содержит около 1800 отдельных рекомендаций.

Для каждой рекомендации, подлежащей изменению, и состояния, которое требовалось внести в руководство, был выполнен поиск новых научных данных. Для большинства рекомендаций в этом документе количество найденных публикаций об использовании того или иного метода контрацепции женщинами при различных состояниях было невелико. Таким образом, в обоих руководствах — международном и российском — основанием для принятия большинства решений о медицинских критериях приемлемости противозачаточных средств служили: 1) экстраполяция результатов исследований, в которых участвовали здоровые женщины; 2) теоретические предпосылки о достоинствах различных методов контрацепции и риске, связанным с их применением; 3) мнение специалистов. Особенно ощущался недостаток данных о применении новых методов контрацепции.

В дальнейшем документ обсуждался на совещаниях экспертов, конференциях медицинских специалистов, профессиональных сайтах, после чего был утвержден экспертным советом.

В основу национального документа положены принципы медицины, основанной на доказательствах; при подготовке использованы в первую очередь наиболее качественные исследования и убедительные рекомендации; учтены принятые на сегодняшний день в Российской Федерации регламентирующие документы по охране репродуктивного здоровья, а также опыт зарубежных профессиональных сообществ по адаптации данного документа ВОЗ. В целом в рекомендациях ВОЗ и их варианте, принятом в России, использована одна и та же доказательная база. Экспертный совет решил, что международное руководство ВОЗ приемлемо и для России, за исключением тех ситуаций, когда имеется аргументированная причина для внесения изменений.

ГЛАВА 3 Использование документа в клинической практике

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, представленные в международном документе, разработаны с учетом состояний, которые определяются как та или иная индивидуальная особенность (например, возраст, наличие беременности в анамнезе) или установленное патологическое состояние, на фоне которого применяется тот или иной метод контрацепции (например, сахарный диабет, артериальная гипертензия). Предполагается, что как в национальных программах, так и в планах работы медицинских учреждений и служб по планированию семьи определены наиболее совершенные методы выявления этих состояний в соответствии с их значимостью для системы здравоохранения. Чаще всего самые надежные сведения получают при сборе анамнеза. Иногда специалисту по планированию семьи приходится консультироваться с врачами других специальностей.

Состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырех категорий (табл. 3).

Таблица 3.

Категории приемлемости методов контрацепции ВОЗ

| Категория | С учетом клинических данных | При недостатке клинических данных |
|-----------|--|--------------------------------------|
| 1 | Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции Метод можно использовать при любых обстоятельствах | ДА Метод можно использовать |
| 2 | Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск В большинстве случаев метод можно использовать | |
| 3 | Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные способы контрацепции | НЕТ Метод не следует использовать |
| 4 | Состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции Метод не рекомендуется к применению | |

Медицинские работники могут руководствоваться этими категориями для оценки безопасности метода контрацепции у женщин и мужчин с теми или иными состояниями и особенностями. *Категория 1* означает отсутствие каких-либо ограничений к использованию метода. *Категория 2* указывает, что метод в большинстве случаев применим, но при этом требуется более тщательное наблюдение. Если случай относят к *категории 3*, метод, как правило, не рекомендуют к применению при наличии других доступных и приемлемых для пациента способов контрацепции. Следует принять во внимание тяжесть заболевания, доступность, практичность и приемлемость альтернативных методов контрацепции, а также необходимость тщательного наблюдения. Следовательно, назначая метод контрацепции женщине, состояние которой относится к *категории 3*, необходимо тщательно взвесить все «за» и «против» и убедиться, что при необходимости ей будет оказана необходимая помощь. *Категория 4* включает состояния, при которых применение метода сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья. Например, курящей женщине моложе 35 лет можно пользоваться комбинированными оральными контрацептивами (*категория 2*). Если женщине 35 лет или больше и она выкуривает < 15 сигарет в день, эти препараты ей обычно не рекомендуют, если существуют другие, доступные и приемлемые для нее методы контрацепции (*категория 3*), а ее ровесница, выкуривающая более 15 сигарет в день, не должна пользоваться комбинированными

оральными контрацептивами, поскольку это опасно для ее здоровья, главным образом за счет риска инфаркта миокарда и инсульта (*категория 4*). Программное применение этих категорий в разных медицинских организациях или службах планирования семьи может отличаться (например, в некоторых учреждениях *категория 3* означает необходимость консультации узкого специалиста).

Если по месту жительства отсутствует возможность провести обследование в объеме, достаточном для принятия решения о назначении определенных контрацептивов, классификацию можно упростить до двух категорий (табл. 1). Тогда, согласно упрощенной классификации, *категория 3* означает, что тот или иной метод контрацепции для женщины неприемлем.

В рекомендациях отражены медицинские критерии приемлемости начала и продолжения использования всех рассматриваемых методов контрацепции. Вопрос о критериях, по которым определяют, можно ли продолжать использовать контрацептивное средство, вполне уместен с клинической точки зрения в тех ситуациях, когда у женщины, применяющей его, развивается то или иное заболевание или состояние. Если категории для начала и продолжения использования контрацептивного средств отличаются, различия указывают в колонках *Начало (Н)* и *Продолжение (П)*. Если в этих колонках ничего не указано, это означает, что критерии начала и продолжения использования совпадают.

Основанные на этой классификационной системе критерии приемлемости для начала и продолжения использования методов контрацепции представлены в виде таблиц. В первой колонке таблицы указывается состояние. Ряд состояний разделен на несколько степеней проявления или тяжести. Во второй колонке состояние относят к одной из четырех категорий, описанных ниже, с учетом того, к началу или продолжению применения метода это относится. При необходимости в третьей колонке размещают уточнения или данные, касающиеся классификации, как описано выше (табл. 3). Классификационная система (*категории 1—4*) относится ко всем методам гормональной, внутриматочной (с использованием меди или левоноргестрела), экстренной и барьерной контрацепции.

Ритмические методы контрацепции (табл. 4), а также стерилизация мужчин и женщин (табл. 5) классифицируются иначе. Учитываются приемлемость метода (А), необходимость соблюдения особых мер предосторожности, предварительной подготовки или консультаций (С) и возможность отложить использование данного вида контрацепции до тех пор, пока не изменятся обстоятельства, например, пока женщина не прекратит кормить грудью (D). Для стерилизации вводится четвертая категория (S), указывающая на необходимость проведения специальной подготовки к операции.

Таблица 4.

| Категории использования методов контрацепции, основанных на контроле фертильности | | |
|---|--|---|
| Категории | | Примечания |
| A | Метод приемлем (A от англ. accept) | В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного ритмического метода не существует |
| C | Метод следует применять с осторожностью (C от англ. caution) | Метод используется в обычном порядке, но с дополнительной подготовкой и мерами предосторожности. В ряде случаев может потребоваться консультация специалиста, чтобы обеспечить правильное использование метода в данных обстоятельствах |
| D | Рекомендуется отсрочка (D от англ. delay) | Применение метода рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или принятия соответствующих мер по устранению патологического состояния. Женщине следует предложить временно перейти на другие методы контрацепции |

Таблица 5.

Категории для добровольной стерилизации мужчин и женщин

| Категории | | Примечания |
|-----------|---|---|
| A | Операция возможна | Нет никаких причин медицинского характера, заставляющих отказать в стерилизации |
| C | Операцию можно провести, но с осторожностью | Операцию выполняют в плановом порядке, но с более тщательной подготовкой, принятием определенных мер предосторожности и проведением консультаций |
| D | Операцию следует отложить | Операцию откладывают до тех пор, пока не будет уточнен диагноз, проведено лечение, или пока состояние больного не изменится. На некоторое время можно предложить другой метод контрацепции |
| S | Необходимы особые условия (S от англ. special) | Операция возможна только при достаточном опыте хирурга и прочего персонала и хорошей оснащенности медицинского учреждения (в том числе наличии оборудования для общей анестезии). Следует определиться с наиболее подходящими для пациента методикой операции и методом обезболивания. Если пациенту необходимы дополнительные консультации, или операция откладывается по иным причинам, на некоторое время можно предложить другой метод контрацепции |

ГЛАВА 5 состоит из подразделов, посвященных категориям приемлемости различных методов контрацепции: комбинированных гормональных контрацептивов (комбинированные пероральные контрацептивы, пластыри, влагалищные кольца), прогестагеновых контрацептивов (мини-пили, инъекционные и имплантационные контрацептивы), внутриматочных контрацептивов (содержащих медь или левоноргестрел), стерилизации мужчин и женщин, экстренной контрацепции (прогестагеновые контрацептивы, медьсодержащие внутриматочные контрацептивы), барьерных методов (мужские и женские презервативы, диафрагмы, шейные колпачки), ритмических методов (оценка состояния шейной слизи и диагностические наборы, оценивающие уровни гормонов).

В таблицах в первой колонке перечислены различные **Состояния**. К ним относят не только заболевания (например сахарный диабет или артериальную гипертензию), но и другие особенности человека (скажем, возраст или наличие беременностей в анамнезе). Некоторые состояния делят на несколько разновидностей (например мигрень с аурой или без нее). Во второй колонке для каждого состояния указана **Категория** (от 1 до 4 или A, C, D и S).

Для некоторых состояний таблицу дополняют третьей колонкой, в которой размещают **Пояснения** или **Научные доказательства** (табл. 6).

В конце каждого раздела, посвященного тому или иному методу контрацепции, можно найти список литературы.

Таблица 6.

Образец таблицы медицинских критериев приемлемости

| Название метода контрацепции | | |
|------------------------------|--|--|
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ Н = начало или П = продолжение | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| Например, сахарный диабет | Категория 1, 2, 3 или 4 Категория A, C, D или S НП (не применимо к данному случаю), то есть данное состояние невозможно классифицировать по вышеприведенным категориям; в этом случае даются необходимые разъяснения | Пояснения и доказательства, касающиеся классификации |

В конце данного документа приведена сводная таблица с перечнем наиболее часто используемых обратимых методов контрацепции и категорий их применения. Этот перечень можно использовать во время приема пациентов как краткий справочник.

Критерии приемлемости методов контрацепции должны использоваться только при выборе средства **предупреждения нежеланной беременности** и не годятся для других ситуаций, например при определении тактики лечения аномальных маточных кровотечений, так как соотношение риска и пользы в первом и втором случаях может быть разным.

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции следует использовать как руководство для безопасного применения контрацептивов, но этот документ отнюдь не отменяет необходимости клинического мышления и проведения тщательного обследования в отдельных случаях.

ГЛАВА 4 Методы контрацепции. Общие сведения

А. Выбор метода контрацепции

Женщинам, мужчинам и супружеским парам, выбирающим наиболее подходящий метод контрацепции, на любом этапе жизни приходится учитывать многие факторы, в том числе безопасность, эффективность, доступность (наличие в продаже и цена), а также приемлемость. Рекомендации ВОЗ уделяют основное внимание безопасности метода контрацепции для лиц с определенными особенностями или состояниями. Например, классификационная категория 1 означает, что в данном случае тот или иной метод контрацепции с точки зрения безопасности не имеет ограничений к применению, однако это еще не значит, что он представляет собой наилучший выбор для пациента. Решающую роль могут играть совсем другие факторы, например эффективность, доступность и возможность приобретения какого-либо средства. Добровольный и осознанный выбор метода контрацепции — неотъемлемый принцип данного Руководства, и консультация по противозачаточным средствам может стать важным фактором, определяющим успешное применение того или иного метода.

При выборе метода контрацепции необходимо учитывать риск инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ-инфекции. Так, гормональные и внутриматочные контрацептивы эффективно предупреждают беременность, однако не защищают от ИППП. Регулярное и правильное использование мужчинами латексных презервативов снижает риск ИППП.

Б. Эффективность метода контрацепции

Выбор метода контрацепции частично определяется тем, насколько успешно он предотвращает незапланированную беременность. Для некоторых методов важным условием эффективности является их правильное и постоянное применение. В табл. 7 приведены данные по частоте незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года абсолютно правильного и постоянного применения контрацептивных методов по сравнению с куда чаще наблюдаемым типичным применением, при котором возможны различные отклонения от методики использования метода (например, ошибки при надевании презерватива, периодический пропуск приема таблеток и т. д.). Систематичность и правильность применения методов контрацепции в значительной мере зависят от возраста, уровня доходов и воспитания человека и от того, насколько сильно он хочет предупредить или отсрочить беременность. По мере того, как накапливается опыт использования какого-либо метода (и женщинами, и мужчинами), эффективность его возрастает. Однако программные аспекты также оказывают глубокое влияние на результативность метода, который совсем недавно выбрал потребитель.

Таблица 7.

Частота незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года при абсолютно правильном и типичном применении различных методов контрацепции, и доля женщин, продолжавших применять метод к концу первого года

| Метод | Частота незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года использования метода, % | | Доля женщин, продолжавших использовать метод к концу первого года, % ³ |
|---|---|--|---|
| | Типичное применение ¹ | Абсолютно правильное применение ² | |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| Контрацептивы не применяли ⁴ | 85 | 85 | |
| Спермицидные средства ⁵ | 29 | 18 | 42 |
| Прерванный половой акт | 27 | 4 | 43 |
| Ритмические методы | 25 | | 51 |
| Метод стандартных дней ⁶ | | 5 | |
| Двухдневный метод ⁶ | | 4 | |
| Овуляционный метод ⁶ | | 3 | |
| Влагалищные губки | | | |
| Рожавшие женщины | 32 | 20 | 46 |
| Нерожавшие женщины | 16 | 9 | 57 |
| Влагалищные диафрагмы ⁷ | 16 | 6 | 57 |
| Презервативы ⁸ | | | |
| Женские | 21 | 5 | 49 |
| Мужские | 15 | 2 | 53 |
| Комбинированные пероральные контрацептивы и мини-пили | 8 | 0,3 | 68 |
| Гормональный пластырь (Evra) | 8 | 0,3 | 68 |
| Влагалищное кольцо (NuvaRing) | 8 | 0,3 | 68 |
| Медроксипрогестерона ацетат (Депо-Провера) | 3 | 0,3 | 56 |
| Комбинированные инъекционные контрацептивы (Lunelle) ⁹ | 3 | 0,05 | 56 |
| Внутриматочные контрацептивы (ВМК) | | | |
| ParaGard (Т-образный ВМК, содержащий медь) | 0,8 | 0,6 | 78 |
| Mirena (ВМК с левоноргестрелом) | 0,2 | 0,2 | 80 |
| Имплантаты с норгестрелом (Norplant, Norplant-2/Jadelle) | 0,05 | 0,05 | 84 |
| Женская стерилизация | 0,5 | 0,5 | 100 |
| Мужская стерилизация | 0,15 | 0,10 | 100 |

Таблетки для экстренной контрацепции: прием в течение 72 час после полового акта уменьшает вероятность наступления беременности по крайней мере на 75%.¹⁰

Метод лактационной аменореи представляет собой высокоэффективный временный способ предупреждения беременности.¹¹

Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2007.

Примечания

1. Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции (не обязательно впервые) типичным образом и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности, при условии, что они не прекратили пользоваться этим способом предохранения по какой-либо другой причине. Показатели частоты наступления беременности в течение первого года типичного применения спермицидных средств, прерванного полового акта, ритмических методов, влагалищных диафрагм, мужских презервативов, пероральных контрацептивов и инъекций медроксипрогестерона ацетата взяты из National Survey of Family Growth (1995) с поправкой на количество неучтенных аборт; происхождение показателей для других методов поясняется в тексте.

2. Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции (не обязательно впервые) систематически, полностью соблюдая все рекомендации, и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности, при условии, что они не прекратили пользоваться этим способом предохранения по какой-либо другой причине.

3. Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции в течение 1 года.

4. Доля женщин, у которых наступила беременность (столбцы 2 и 3), вычислена на основании данных, касающихся тех категорий населения, которые не пользуются контрацептивами, и тех женщин, которые прекратили ими пользоваться, желая забеременеть. В этих группах беременность в течение 1 года наступает в 89% случаев. Этот показатель был несколько скорректирован в сторону уменьшения (до 85%) с учетом женщин, у которых беременность наступит в течение 1 года после отмены обратимой контрацепции.
5. Пены, кремы, гели, влагалитические суппозитории и пленки.
6. Овуляционный и двухдневный метод основаны на исследовании слизи из шейки матки. Метод стандартных дней предполагает воздержание от половых актов с 8-го по 19-й день менструального цикла.
7. В сочетании со спермицидным кремом или гелем.
8. Без использования спермицидных средств.
9. Источник: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition*. New York, NY: Ardent Media, 2004.
10. Схема применения: первая доза левоноргестрела (0,75 мг) не позднее чем через 120 час после полового акта, вторая — через 12 ч после первой. Можно также принять обе дозы одновременно.
11. Для эффективной защиты от беременности необходимо использовать другой метод контрацепции сразу после возобновления менструаций, уменьшения частоты и продолжительности кормлений, перехода на искусственное вскармливание или по достижении ребенком 6-месячного возраста.

В. Восстановление фертильности

Все методы контрацепции, кроме мужской и женской стерилизации, обратимы. Фертильность после отказа от них, как правило, восстанавливается довольно быстро. Исключение составляют инъекции медроксипрогестерона ацетата длительного действия. Восстановление фертильности в этом случае, вне зависимости от продолжительности применения метода, более чем в половине случаев происходит в среднем через 10 месяцев после получения последней инъекции. Мужская и женская стерилизация приводят к стойкой потере фертильности. Об этом необходимо проинформировать всех лиц и супружеские пары, решившиеся на использование данного метода.

Г. Пациенты из групп риска

Женщинам с состояниями, при которых незапланированная беременность представляет угрозу здоровью, следует объяснить, что им нельзя ограничиваться барьерными и ритмическими методами или прерванным половым актом из-за их низкой эффективности (особенно если ими пользоваться недостаточно аккуратно). Эти состояния приведены в табл. 8.

Таблица 8.

Состояния, при которых незапланированная беременность угрожает здоровью женщины

| |
|---|
| Рак молочной железы |
| Осложненные приобретенные пороки сердца |
| Диабет: инсулинозависимый; с нейропатией, микрососудистыми или макрососудистыми осложнениями, а также при длительности заболевания > 20 лет |
| Рак тела матки или яичников |
| Эпилепсия |
| Артериальная гипертензия (систолическое АД >160 мм рт. ст. или диастолическое АД >100 мм рт. ст) |
| ВИЧ-инфекция и СПИД ¹ |
| Ишемическая болезнь сердца |
| Злокачественная трофобластическая болезнь |
| Злокачественные опухоли печени (гепатома и гепатоцеллюлярная карцинома печени) |
| Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени |
| Серповидноклеточная анемия |
| ИППП ¹ |
| Инсульт |
| Системная красная волчанка |
| Тромбогенные мутации |
| Туберкулез |

Примечания:

1. При наличии риска ВИЧ-инфекции и других ИППП требуется двойная защита – против инфекций и нежелательной беременности, что достигается постоянным и правильным применением презервативов или их сочетанием с другими методами контрацепции.

Д. ИППП и контрацепция — двойная защита

Разработка международных норм применения контрацептивных средств — важное условие для обеспечения качества медицинской помощи, однако при этом нельзя забывать о социальных, культурных и поведенческих особенностях каждого пациента. В этом плане проблема профилактики ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, заслуживает особого внимания, поскольку она не менее важна, чем проблема предупреждения нежеланной беременности. При высоком риске ВИЧ-инфекции и других ИППП медицинские работники должны рекомендовать двойную защиту — сочетание презервативов с иными методами контрацепции, либо постоянное и правильное использование только презервативов. И женщинам, и мужчинам, обращающимся за помощью в выборе метода контрацепции, следует всегда напоминать о важности барьерного метода в профилактике ВИЧ-инфекции и других ИППП, а также рекомендовать использовать этот метод при необходимости. Мужские латексные презервативы высокоэффективны в профилактике ВИЧ-инфекции и других ИППП при условии их постоянного и правильного использования.

Е. Клиенты с особыми потребностями

Подростки

В принципе, подростки могут использовать любой метод контрацепции и должны иметь достаточно большую свободу выбора. С медицинской точки зрения возраст сам по себе не может служить причиной для того, чтобы лишить подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. Некоторые специалисты высказывали возражения против применения подростками определенных методов контрацепции (например, инъекций прогестагенов до 18 лет). Однако эти сомнения должны сопоставляться с положительным эффектом от предупреждения нежеланной беременности в этом возрасте. Очевидно, что многие критерии приемлемости методов контрацепции, разработанные для людей зрелого возраста, применимы и для подростков. Однако некоторые состояния, например болезни сердца и сосудов, которые могут ограничить использование определенных методов у женщин зрелого возраста, не влияют на состояние здоровья молодых людей, так как крайне редко встречаются в этой возрастной группе.

Важную роль в выборе подростками методов контрацепции играют социальные и поведенческие факторы. Например, в определенной среде несовершеннолетние подвержены более высокому риску ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции. Подростки, как состоящие, так и не состоящие в браке, хуже переносят побочные эффекты контрацептивных средств и из-за этого часто прекращают ими пользоваться. На выбор подростками метода контрацепции могут влиять такие факторы, как нерегулярный характер половой жизни, а также необходимость скрывать наличие сексуальных отношений и применение контрацептивов. Например, потребности в контрацептивах у сексуально активных незамужних девушек и неженатых юношей существенно отличаются от потребностей несовершеннолетних супружеских пар, которые хотят отсрочить первую беременность, установить определенный промежуток между родами и ограничить число беременностей. Расширение арсенала противозачаточных средств способствует удовлетворенности потребителей, увеличивает их число и популяризирует применение различных методов контрацепции. Разъяснительная работа, консультация врача не только при выборе метода контрацепции, но и на предварительном этапе помогает подросткам справиться с характерными для этой возрастной группы проблемами и дать им возможность свободного выбора в условиях достаточной информированности. Поэтому важно каждое усилие, направленное на то,

чтобы стоимость консультаций и контрацептивных средств не влияли на свободу выбора подростком наиболее оптимального метода предупреждения беременности.

Люди с ограниченными физическими возможностями

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции разработаны для людей с определенными состояниями. Особого внимания заслуживает предоставление контрацептивных средств людям с ограниченными физическими возможностями (инвалидам). Принимая решение о приемлемости противозачаточного средства, следует учитывать причину инвалидности, метод контрацепции и механизм его действия, а также пожелания пациента. Например, некоторые барьерные методы неудобно использовать людям с нарушениями движений рук. Комбинированные оральные контрацептивы не подходят женщинам с нарушениями кровообращения или обездвиженными конечностями даже в отсутствие тромбофилии, что обусловлено высоким риском тромбоза глубоких вен; ряд методов предпочтителен для лиц с психическими заболеваниями или нарушениями интеллекта, которые могут забывать о необходимости ежедневно принимать препарат. У женщин, которым трудно соблюдать правила гигиены во время менструаций, следует учитывать влияние метода на менструальный цикл. Решения должны быть основаны на осознанном выборе пациента, осведомленного о проблемах охраны сексуального здоровья. В ситуациях, когда характер заболевания не позволяет пациенту сделать независимый осознанный выбор относительно метода контрацепции, решение может быть принято только при участии пациента, а также лиц, оказывающих ему поддержку, лиц, представляющих его права, или опекунов. Любое решение должно защищать репродуктивные права индивидуума. Особенно важно быть уверенным, что решения о стерилизации людей с ограниченными физическими возможностями выполнены с соблюдением этических норм.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

К комбинированным гормональным контрацептивам относятся таблетки, пластырь и вагинальное кольцо.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

КОК представляют собой таблетки, содержащие малые дозы двух гормонов – эстрогена и прогестина, являющихся искусственными аналогами естественных гормонов эстрогена и прогестерона.

Основной механизм действия КОК заключается в подавлении овуляции, сгущении цервикальной слизи и изменении эндометрия. Эффективность зависит от пользователя: риск наступления беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина нарушает режим приема таблеток. При типичном характере применения на 100 женщин, применяющих КОК в течение первого года, приходится около 8 случаев незапланированной беременности. При неукоснительном соблюдении схемы приема таблеток, на 100 женщин, применяющих КОК в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (3 случая на 1 тыс. женщин).

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит немедленно.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие идентичный натуральному эстроген (КОКЕ2)

КОКЕ2 содержат натуральный эстроген, который характеризуется менее продолжительным эффектом и быстрее метаболизируется по сравнению с синтетическими эстрогенами, используемыми в других комбинированных контрацептивных средствах. Эти различия подразумевают, что тип и выраженность связанных с эстрогеном побочных эффектов при использовании КОКЕ2 могут отличаться от таковых у пользователей КОК, Пл, К. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие идентичный натуральному эстроген, являются новыми контрацептивными средствами, и на сегодняшнее время отсутствуют убедительные эпидемиологические исследования касающиеся долговременных эффектов КОКЕ2.

В ожидании новых доказательств, Экспертная группа пришла к заключению, что данные, доступные для КОК, относятся и к КОКЕ2. Поэтому у КОКЕ2 должны быть те же самые категории, что и у КОК. Представленные категории должны считаться предварительными; наилучшим суждением на данный момент времени, которое может быть переоценено, как только новые данные станут доступными.

Комбинированный контрацептивный пластырь (Пл) и комбинированное контрацептивное кольцо (К)

Комбинированный контрацептивный пластырь представляет собой тонкий кусочек гибкого пластика в форме квадрата, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь два гормона – прогестин и эстроген, являющиеся искусственными аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Замена пластыря производится еженедельно в течение 3 недель с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение.

Основной механизм действия заключается в блокировании овуляции. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина запаздывает с заменой пластыря.

Поскольку комбинированный пластырь относится к группе новых средств контрацепции, его фактическая эффективность пока остается малоизученной. *Восстановление фертильности* после отмены метода: происходит немедленно. *Профилактика инфекций, передаваемых половым путем*: не обеспечивается.

Комбинированное вагинальное кольцо – гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Из внутренней части кольца непрерывно высвобождаются два гормона – прогестин и эстроген, являющиеся аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрогена. Высвобождаемые гормоны всасываются через стенки влагалища и попадают в кровоток. Кольцо помещается во влагалище сроком на 3 недели с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальное кровотечение.

Основной механизм действия заключается в блокировании овуляции. Эффективность зависит от пользователя: риск наступления беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина опаздывает с заменой пластыря. Поскольку комбинированное вагинальное кольцо относится к группе новых средств контрацепции, его фактическая эффективность пока остается малоизученной.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит немедленно. *Профилактика инфекций, передаваемых половым путем*: не обеспечивается.

Комбинированный контрацептивный пластырь и комбинированное контрацептивное кольцо являются относительно новыми контрацептивными методами. Ввиду этого, эпидемиологические данные, касающиеся эффектов длительного использования указанных средств, отсутствуют.

Согласно имеющимся доказательствам комбинированный контрацептивный пластырь обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетику с КОК, в состав которых входят сходные гормональные вещества (9-26). Сообщения о преходящем, кратковременном дискомфорте со стороны молочных желез и кожных реакций возникали чаще среди пользователей пластыря; однако они отмечались менее чем у 25% пользователей (11; 15; 16; 22-24; 27). Ограниченные данные свидетельствуют о том, что эффективность пластыря снижается у женщин с весом ≥ 90 кг (24; 26).

Согласно имеющимся доказательствам, комбинированное контрацептивное кольцо обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетику и имеет сходное воздействие на функцию яичников, что и КОК, включающие подобные гормональные вещества (27-41). Доказательные данные, касающиеся женщин, страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30), показали, что увеличение веса среди женщин этой категории не отличалось у пользователей влагалищного кольца по сравнению с пользователями КОК (42). Имеющиеся ограниченные данные, касающиеся использования влагалищного кольца женщинами после медикаментозного и хирургического аборта, не выявили серьезных неблагоприятных событий и отсутствие какой либо связи с инфекцией в течение трех циклов лечения (43). Имеются ограниченные данные, свидетельствующие о том, что у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями на ранних стадиях использование влагалищного кольца не ухудшало течение заболевания (30).

В ожидании новых доказательств, Рабочая группа пришла к заключению, что данные, доступные для КОК, относятся и к комбинированному контрацептивному пластырю и влагалищному кольцу. Поэтому у пластыря и кольца должны быть те же самые категории, что и у КОК. Представленные категории должны считаться предварительными; наилучшим суждением на данный момент времени, которое может быть переоценено, как только новые данные станут доступными.

**Комбинированные гормональные методы контрацепции
(комбинированные оральные контрацептивы, в том числе с натуральными эстрогенами, пластырь, кольцо)**

| Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | |
|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | НП | НП= не применимо Пояснение: Использование КОК, Пл или К не требуется. Нет данных о каком либо известном вредном влиянии на течение беременности или плод, если КОК, Пл или К случайно использовались в этот период. |
| ВОЗРАСТ 1) От менархе до < 40 лет 2) ≥ 40 лет | 1 2 | Пояснение: риск развития сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается с возрастом и может повышаться при использовании комбинированных гормональных контрацептивов. В отсутствие других неблагоприятных клинических состояний, комбинированные гормональные контрацептивы могут применяться до наступления менопаузы и в течение 1 года после нее. |
| ПАРИТЕТ 1) рожавшие 2) нерожавшие | 1 1 | |
| КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ* 1) < 6 недель после родов 2) ≥ 6 недель после родов < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание) 3) ≥ 6 месяцев после родов | 4 3 2 | Научные доказательства: Клинические исследования демонстрируют противоречивые результаты относительно эффектов КОК на количество молока у женщин во время грудного вскармливания; нет данных об их воздействии на вес новорожденного (133-142). Неблагоприятные последствия для здоровья или какие-либо проявления эффектов экзогенных эстрогенов на новорожденных, подвергнутых воздействию комбинированных гормональных контрацептивов через грудное молоко, не были продемонстрированы. В целом, эти исследования имеют низкое качество, в них отсутствуют стандарты определения грудного вскармливания или оценки исходов, и они не включали недоношенных или больных младенцев. Теоретическая озабоченность по поводу последствий применения комбинированных гормональных контрацептивов на продукцию грудного молока больше в течение первых недель после родов, когда устанавливается лактация. Экспертная группа рекомендует кормить младенцев исключительно грудью первые 6 месяцев после родов. В идеале, грудное вскармливание должно продолжаться в течение первого года жизни. |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------|-------------|---|--|
| | Н | П | Д | |
| | | | | Использование исключительного грудного вскармливания новорожденного в течение первых 6 месяцев после родов при отсутствии менструации у женщины может быть эффективным методом контрацепции (метод лактационной аменореи – см. далее в таблицах)(550). |
| ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (у некормлящих женщин) 1) < 21 дня 2) ≥ 21 дня | | 3 1 | | Пояснение: Это относится к любым родам с 22 недель беременности, в том числе при мертворожденности. Есть теоретические опасения, касающиеся возможной взаимосвязи между использованием комбинированных гормональных контрацептивных средств до 3 недель после родов и риском тромбоза у матери. Известно, что факторы коагуляции и фибринолиза нормализуются только к концу 3 недели после родов. |
| ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД 1) Первый триместр 2) Второй триместр 3) Сразу после септического аборта | | 1 1 1 | | Пояснение: Прием КОК, Пл или К может быть начат сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности. Научные доказательства: У женщин, которые начали получать КОК сразу после медикаментозного или хирургического аборта, произведенного в первом триместре беременности, не отмечено большего числа побочных эффектов, влагалищных кровотечений или клинически значимых изменений параметров коагуляции по сравнению с женщинами, которые использовали плацебо, ВМС, негормональные контрацептивные методы или в случае отсроченного начала приема КОК (143-150). Имеются ограниченные данные по использованию кольца женщинами сразу после медикаментозного или хирургического аборта, произведенного в первом триместре беременности, которые не продемонстрировали каких-либо серьезных неблагоприятных событий и инфекции, имевших отношение к применению комбинированного влагалищного контрацептивного кольца в течение трех циклов после аборта (43). |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | | 1 | | Пояснение: для женщин, имеющих внематочную беременность в анамнезе, риск эктопической беременности в последующем увеличивается. Комбинированные гормональные контрацептивы защищают от наступления беременности в целом, в том числе и внематочной беременности. |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|--|---|--|--|
| | | | | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ | | 1 | | |
| КУРЕНИЕ | | | | Научные доказательства: для курящих пользователей КОК характерно повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно инфаркта миокарда, по сравнению с некурящими пользователями. Исследования показали также повышение риска инфаркта миокарда в прямой зависимости от увеличения числа выкуриваемых в день сигарет (151-162). Отмечено, что в возрасте старше 35 лет, зарегистрировано статистически значимое повышение смертности, связанной с курением. Пользователи комбинированных оральных контрацептивов, которые выкуривают более 15 сигарет в день (так называемые заядлые курильщики) имеют наибольшее увеличение риска развития инфаркта миокарда (551-553). Смертность от всех причин (в том числе рака) уменьшается до уровня некурящего человека в течение 20 лет после отказа от курения. Риск сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с курением, уменьшается в течение от одного года до пяти лет после отказа от курения (553-555). |
| 1) Возраст < 35 лет | | 2 | | |
| 2) Возраст ≥ 35 лет | | 3 | | |
| а) < 15 сигарет/день | | | | |
| б) ≥ 15 сигарет/день | | 4 | | |
| в) прекратила курение <1 года назад | | 3 | | |
| г) прекратила курение ≥ 1 год и более | | 2 | | |
| ОЖИРЕНИЕ | | | | Научные доказательства: У страдающих ожирением женщин, которые используют КОК, с большей вероятностью может возникнуть венозная тромбоземболия, чем у страдающих ожирением женщин, не использующих КОК. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что у страдающих ожирением женщин, использующих КОК, отсутствует более высокий риск острого инфаркта миокарда или инсульта, чем у страдающих ожирением лиц, не использующих эти средства (156; 162-168). Имеются ограниченные данные относительно изменения эффективности КОК в зависимости от массы тела или ИМТ (169-174). У женщин во всех категориях ИМТ было получено сходное увеличение веса в течение трех месяцев применения КОК и влагалищного кольца (175). Эффективность пластыря снижалась у женщин, которые весили > 90 кг; однако, не было обнаружено никакой корреляции между риском наступления беременности и величиной ИМТ (26). |
| 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ² | | 2 | | |
| 2) От менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ² | | 2 | | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ § | | | | Научные доказательства: ограниченные |
| 1) Рестриктивные процедуры: | | 1 | | |

| <p>Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</p> | | |
|---|------------------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| * дополнительные комментарии в конце таблицы | Н = начало, П = продолжение | |
| <p>операции, уменьшающие объем желудка</p> <p>2)Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника</p> | <p>КОК – 3 Пл, К - 1</p> | <p>данные не продемонстрировали существенное снижение эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которым были выполнены операции, уменьшающие объем желудка (бандажирование желудка) (556). Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали существенное снижение эффективности оральных контрацептивов у женщин, которые подверглись билиопанкреатическому шунтированию (557), однако, данные фармакокинетических исследований показали противоречивые результаты эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись тоще-подвздошному шунтированию (558,559). Пояснения: При проведении бариатрических хирургических процедур, связанных с мальабсорбтивным компонентом, возможно снижение эффективности оральной контрацепции, вследствие послеоперационных осложнений, таких как длительная диарея и / или рвота.</p> |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | |
| <p>ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)</p> | <p>3/4</p> | <p>Пояснение: Если женщина имеет сочетание нескольких факторов повышенного риска, каждый из которых по отдельности может существенно увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний, использование КОК, Пл или К может повысить их риск до неприемлемого уровня. Однако простое суммирование категорий в случае множественных факторов риска не является оправданным.</p> |
| <p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование.</p> | | |
| | | <p>Пояснение: Оценка причины и определение уровня артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше. Научные доказательства: Женщины, которые начинали использовать КОК без предварительного измерения артериального давления, подвергались повышенному риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта (176-180).</p> |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------|---|-----------------|--|
| | Н | = | П = продолжение | |
| 1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД<140/90 мм.рт.ст.) | | | 3 | <p>Пояснение: У женщин, получающих адекватное лечение артериальной гипертензии, снижается риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению со случаями, когда такого лечения не проводится. Хотя данные отсутствуют, пользователи КОК, Пл или К, у которых осуществляется адекватный контроль артериальной гипертензии должны иметь более низкий риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению пользователями комбинированными гормональными контрацептивами, не получающими соответствующего лечения.</p> |
| 2) Повышенный уровень артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § | | | 3 | <p>Научные доказательства: Исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертензией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболевания периферических артерий, в сравнении с женщинами, не пользующимися данными контрацептивами (151; 153; 160-162; 164; 176-191). Прекращение приема КОК у женщин с артериальной гипертензией может способствовать снижению артериального давления (192).</p> |
| 3) Заболевания сосудов | | | 4 | <p>Пояснение: Решение о начале или дальнейшем использовании комбинированной гормональной контрацепции у пациенток с повышенным уровнем артериального давления должно быть принято при более низких уровнях АД, при этом женщине должны быть предложены другие приемлемые методы контрацепции.</p> <p>Пояснение: Заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.</p> |
| <p>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)</p> | | | 2 | <p>Научные доказательства: Женщины, использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергались повышенному риску развития инфаркта миокарда и венозного тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления. Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе оставался низким (162; 178-180; 182; 193-198).</p> |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|---|
| ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется | 4 | Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА. |
| 2) Острый ТГВ/ТЭЛА | 4 | Пояснение: Женщины на антикоагулянтной терапии подвержены риску гинекологических осложнений, таких как апоплексия яичников и тяжелая меноррагия. Гормональные методы контрацепции могут быть полезны для предотвращения или лечения этих осложнений. Когда метод контрацепции используется в качестве терапии, а не только для предотвращения беременности, соотношения риск / польза, может отличаться, и должен рассматриваться в каждом конкретном случае на индивидуальной основе. |
| 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев | 4 | Пояснение: некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ТЭЛА, являются наследственными (607). |
| 4) Семейный анамнез (у ближайших родственников) | 2 | Пояснение: некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ТЭЛА, являются наследственными (607). |
| 5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией | 4 | Пояснение: Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью > 30 минут. К ним относят общую, ортопедическую хирургию, травматологию и нейрохиргию (561). |
| (б) без длительной иммобилизации | 2 | Использование комбинированных гормональных контрацептивов должно быть прекращено, по крайней мере, за 4 недели до плановой операции. При этом необходимо проконсультировать женщину по другим приемлемым методам контрацепции. |
| 6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации | 1 | Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся менее 30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии (561). |
| 7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле | 3 | Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|-----------------------------|--------|--|---|
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | | | | венозных тромбозомболических осложнений. Продолжение использования комбинированных гормональных контрацептивов должно быть пересмотрено, рекомендовано применение альтернативных методов контрацепции до восстановления подвижности. |
| ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ § (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина) | | 4 | | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. Научные доказательства: Среди женщин с тромбогенными мутациями риск возникновения тромбоза у пользователей КОК был в 2-20 раз выше, чем у женщин, не использующих данный контрацептив (168; 199-221). |
| ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей | | 1 | | Пояснение: Варикозное расширение поверхностных вен не является фактором риска развития ТГВ / ТЭЛА. |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ § | | 4 | | Пояснение: В том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование. |
| ИНСУЛЬТ § (в том числе в анамнезе) | | 4 | | |
| УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ | | 2/3 | | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. В то же время некоторые типы гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, поэтому категории приемлемости контрацепции должны быть оценены в зависимости от типа и степени тяжести этих нарушений, а также от наличия других сердечно-сосудистых факторов риска. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип) распространена в популяции с частотой примерно 1 из 500. Женщины с этим заболеванием имеют четырехкратное увеличение риска ишемической болезни в молодом возрасте (562). |
| КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА 1) Без осложнений 2) Осложненные § (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе) | | 2 4 | | Пояснение: Среди женщин с клапанными пороками сердца, использование комбинированных гормональных контрацептивных средств дополнительно увеличивает риск артериального тромбоза; женщины с осложненными пороками сердца характеризуются самым высоким риском (563, 564). Хирургическая коррекция (протезирование |

| Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | |
|---|--|--------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | клапана) и продолжающиеся проблемы с сердцем должны быть приняты во внимание при рассмотрении использования противозачаточных средств. |
| БОЛЕЗНЬ РЕЙНО 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом | 1 2 4 | | Пояснение: первичная болезнь Рейно не является противопоказанием к использованию комбинированных гормональных контрацептивов. Вторичная болезнь Рейно обусловлена такими заболеваниями как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. При наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови (565-570). |
| РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | |
| СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ) § 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен) 2) Тяжелая тромбоцитопения 3) Иммуносупрессивная терапия 4) Ничего из вышеперечисленного | 4 2 2 2 | | Пояснение: Лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбоэмболии. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (222-240, 571-573). Научные доказательства: наличие антифосфолипидных антител связано с более высоким риском развития как артериального, так и венозного тромбоза (241-243). |
| РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ 1) Прием иммунодепрессантов 2) В отсутствие приема иммунодепрессантов | 2 2 | | Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали улучшения или ухудшения течения ревматоидного артрита у пациентов, использующих оральные контрацептивы (574-576), прогестерон (577), или эстрогены (578). |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ | | | |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) | Н 1 | П 2 | Пояснение: Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой (579). Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии). |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|-------------|--|
| | | | |
| 2) Мигрени а) без ауры • Возраст < 35 лет • Возраст ≥ 35 лет б) с аурой, в любом возрасте | 2 3 4 | 3 4 4 | Любое появление новых головных болей или заметных изменений характера головных болей должны быть оценены. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска развития инсульта. Риск инсульта увеличивается с возрастом, при наличии артериальной гипертензии и курения. Научные доказательства: Среди женщин с мигренью при наличии ауры риск инсульта выше, чем у тех, у кого нет ауры (244-246). У женщин с мигренями в анамнезе, которые используют КОК приблизительно в 2 - 4 раза более вероятен риск ишемического инсульта по сравнению с лицами, не использующими КОК и мигренями в анамнезе (151; 166; 187; 188; 245-250). Абсолютный риск инсульта среди пользователей комбинированными гормональными контрацептивами остается очень низким. |
| ЭПИЛЕПСИЯ § | | 1 | Пояснение: Если женщина получает противосудорожные препараты, назначать КОК следует с учетом рекомендаций, содержащихся в главе о лекарственных взаимодействиях. Определенные противосудорожные препараты снижают эффективность КОК. Данных о снижении эффективности Пл или К при одновременном использовании с противосудорожными препаратами недостаточно. |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | 1 | Разъяснение: Классификация основывается на фактических данных, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по маниакально-депрессивному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Возможно лекарственное взаимодействие между определенными антидепрессантами и гормональными контрацептивными средствами. Научные доказательства: Использование КОК не усугубляет депрессивные симптомы у женщин с депрессией по сравнению с исходным уровнем или по сравнению с женщинами с депрессией, не использующими КОК (251-260). |
| ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | | |
| ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИИ 1) Нерегулярные без больших кровопотерь 2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер) | | 1 1 | Пояснение: Нерегулярные менструальные кровотечения достаточно распространены среди здоровых женщин (580-583). Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания. Научные доказательства: В Обзоре Cochrane Collaboration идентифицировано одно |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | исследование случай-контроль, касающееся оценки эффективности использования КОК по сравнению с напроксеном и даназолом для лечения женщин с меноррагией. Женщины с меноррагией не сообщили об ухудшении их состояния или любых неблагоприятных событиях, связанных с использованием КОК (261). |
| ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины | | 2 | | Пояснение: Если существует предположение о беременности или скрытом заболевании (как например, злокачественной опухоли органов малого таза), необходимо провести диагностическое исследование и уточнить категорию после установления диагноза. Нет никаких заболеваний, вызвавших влагалищное кровотечение, которые ухудшались бы в ближайшей перспективе при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств. |
| ЭНДОМЕТРИОЗ | | 1 | | Научные доказательства: В обзоре Cochrane Collaboration идентифицировано одно исследование случай-контроль, касающееся оценки эффективности использования КОК по сравнению с аналогом ГнРГ при лечении симптомов эндометриоза. Женщины с эндометриозом не сообщили об ухудшении течения заболевания или о любых неблагоприятных событиях, которые могли иметь отношение к КОК (262). |
| ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты) | | 1 | | |
| ДИСМНОРЕЯ | | 1 | | Научные доказательства: Не было отмечено повышения риска побочных эффектов среди женщин с дисменореей, использующих КОК, по сравнению с женщинами, не использующими КОК. У некоторых пользователей КОК отмечено снижение боли и выраженности кровотечения (263; 264). |
| ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-чХГ 2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание) | | 1 1 | | Научные доказательства: Имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что при использовании КОК после удаления пузырного заноса не повышается риск трофобластической опухоли, а у некоторых пользователей КОК отмечается более быстрое снижение уровня β-чХГ по сравнению с лицами, не использующими КОК (265-272). Имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют о том, что использование КОК во время химиотерапии не оказывает значительного влияния на регресс или лечение трофобластической болезни по сравнению с женщинами, которые использовали негормональные контрацептивные методы или |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|---|--|---|
| | | | |
| | | | ДМПА во время химиотерапевтического лечения (273). |
| ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН | 1 | | Пояснение: Цервикальный эктропион не является фактором риска рака шейки матки, и нет никакой необходимости в ограничении использования комбинированных гормональных контрацептивных средств. |
| ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN) | 2 | | Научные доказательства: Длительное использование КОК (более 5 лет) на фоне хронической папилломавирусной инфекции (ВПЧ) может увеличивать риск развития преинвазивного (внутриэпителиального) рака и инвазивной карциномы (30; 274). Имеются ограниченные данные, что у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями на ранней стадии использование влагалищного кольца не ухудшало течение заболевания (30). |
| РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии) | 2 | | Пояснение: Существуют некоторое теоретическое беспокойство, что использование комбинированных гормональных контрацептивных средств может оказать влияние на прогноз существующего заболевания. В период ожидания лечения женщины могут использовать комбинированные гормональные контрацептивные средства. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 1) Недиагностированное образование 2) Доброкачественные заболевания молочных желез 3) Семейный анамнез рака 4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) | Н 3 1 1 2/3 | П 2 | Пояснение: Необходимо незамедлительное обследование. Пояснение: Большинство женщин с семейной историей рака молочных желез не имеют генетических мутаций. Научные доказательства: Женщины с наличием генов, предрасполагающих к развитию рака молочной железы (таких как, BRCA1 и BRCA2), имеют более высокий исходный риск рака молочной железы, чем женщины без этих генов. Начальный риск рака молочной железы также выше среди женщин с неблагоприятным семейным анамнезом рака, по сравнению с теми, кто не имеет такой наследственности. Однако имеющиеся к настоящему времени данные остаются противоречивыми в отношении риска рака молочной железы среди женщин с неблагоприятной наследственностью по раку молочной железы или имеющих генотип, предрасполагающий к развитию этого |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------------------------|--|--|--|
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| 5) Рак молочной железы § (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения | 4 | | | заболевания, в случае использования комбинированных оральных контрацептивов (275-293, 590). Пояснение: Рак молочной железы является гормонально- чувствительной опухолью, и прогноз у женщин с этим заболеванием на данный момент времени или в анамнезе может ухудшиться при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств (584-589). |
| РАК ЭНДОМЕТРИЯ § | 1 | | | Пояснение: КОК снижают риск развития рака эндометрия. Имеются ли такие положительные эффекты в отношении Пл и К не известно. В ожидании лечения, женщины могут использовать КОК, Пл и К. |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ | 1 | | | |
| РАК ЯИЧНИКОВ § | 1 | | | Пояснение: КОК снижают риск развития рака яичников. Имеются ли такие положительные эффекты в отношении Пл и К не известно. В ожидании лечения, женщины могут использовать КОК, Пл и К. |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | 1 1 | | | Пояснение: КОК, по-видимому, не вызывают рост миомы матки, Пл или К, как полагают, также. |
| ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент а) с последующей беременностью б) без последующей беременности 2) ВЗОМТ в настоящий момент | 1 1 1 | | | Пояснение: КОК могут уменьшить риск ВЗОМТ среди женщин с ИППП, но не служат защитой от ВИЧ или ИППП нижних отделов полового тракта. Снижают ли Пл или К риск ВЗОМТ среди женщин с ИППП неизвестно, они также не защищают женщин от ВИЧ или ИППП нижних отделов полового тракта. |
| ИППП 1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время 2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) 3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) 4) Повышенный риск ИППП | 1 1 1 1 | | | Научные доказательства: Имеющиеся данные позволяют предположить, что пользователи КОК, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться повышенному риску развития хламидийного цервицита. Что касается других ИППП, то здесь либо имеются доказательные факты, свидетельствующие об отсутствии связи между использованием КОК и вероятностью заражения ИППП, либо имеется слишком ограниченный объем данных, не позволяющий сделать какое-либо достоверное заключение (294-374). |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------|-----|-------------|--|
| | Н | П | продолжение | |
| ВИЧ/СПИД | | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ | 1 | | | Научные доказательства: Совокупность имеющихся данных не позволяет сделать вывод о наличии связи между использованием оральных контрацептивов и развитием ВИЧ, хотя исследования, проведенные среди лиц высокого риска, выявили противоречивые результаты (375-413). Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ § 1) не получающие антиретровирусную терапию 2) получающие антиретровирусную терапию | 1 | 1-3 | | Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию. Научные доказательства: Большинство исследований, посвященных оценке изменения количества CD4 клеток, вирусной нагрузки или выживания, не выявили повышения риска прогрессирования ВИЧ при использовании гормональных контрацептивных средств. Исследования риска заражения ИППП среди ВИЧ-инфицированных женщин, использующих КОК, показали результаты, в целом сопоставимые с уровнем заболеваемости среди женщин, не инфицированных ВИЧ. Одно прямое исследование не выявило связи между использованием гормональных контрацептивных средств и повышением риска передачи ВИЧ неинфицированным партнерам; Результаты нескольких непрямых исследований были противоречивы в отношении выявления ассоциации между гормональной контрацепцией и повышением риска выделения ДНК ВИЧ 1 или РНК из половых путей (414-431). Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| СПИД § | 1-3 | | | Пояснение: Поскольку может быть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивными средствами и антиретровирусными средствами (ARV), следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ | | | | |
| ТУБЕРКУЛЕЗ § 1) Не тазовый 2) Установленный тазовый | 1 | 1 | | Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Рифампицин, вероятно, снижает эффективность КОК. Остается неясным влияние рифампицина на эффективность комбинированного гормонального Пл или К. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|--|--------|--|---|
| | | | | |
| МАЛЯРИЯ | | 1 | | Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию. |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ | | | | |
| 1) Гестационный диабет в анамнезе | | 1 | | Научные доказательства: Использование КОК у женщин с гестационным диабетом в анамнезе не повышает риск развития инсулинонезависимого сахарного диабета в последующем (439-446). Аналогично, уровни липидов, вероятно, не меняются при использовании КОК (447-449). |
| 2) Без поражения сосудов (а) инсулинонезависимый (б) инсулинозависимый § | | 2 2 | | Научные доказательства: Среди женщин с инсулинонезависимым или инсулинозависимым диабетом использование КОК имело ограниченное влияние на величину ежедневно требуемой дозы инсулина и никакого эффекта на контроль диабета в долгосрочной перспективе (например, на уровни HbA1c) или прогрессирование ретинопатии. Изменения профиля липидов и гемостатических маркеров были незначительными и в большинстве случаев параметры оставались в пределах нормальных значений (450-459). |
| 3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) § | | 3/4 | | Пояснение: Категория должна быть определена с учетом тяжести состояния. |
| 4) Длительность диабета > 20 лет § | | 3/4 | | Пояснение: Категория должна быть определена с учетом тяжести состояния. |
| БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | | | | |
| 1) Простой зоб (эутиреоз) | | 1 | | |
| 2) Гипертиреоз | | 1 | | |
| 3) Гипотиреоз | | 1 | | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА | | | | |
| ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) | | 2/3 | | Пояснения: У пациенток с ремиссией хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК) в отсутствие других факторов риска тромботических осложнений преимущества использования КОК/Пл/К превосходят возможные риски (Категория 2). Однако у женщин с ХВЗК с повышенным риском тромбозов (активное заболевание, хирургическое вмешательство, длительная иммобилизация, применение глюкокортикоидов, витаминдефицит, потеря жидкости) риски применения КОК/Пл/К превосходят возможные преимущества (Категория 3). Научные доказательства: Риск возникновения обострения ХВЗК у женщин, принимающих контрацептивы, существенно не превышает риска у пациенток, не получающих контрацептивную терапию (591-595). |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------|---|-------------------------------------|--|
| | Н | = | П | |
| | | | | <p>У женщин с легким течением ХВЗК и с нерезецированной или ограниченно резецированной подвздошной кишкой степень абсорбции КОК не отличается от абсорбции у здоровых женщин (596,597).</p> <p>Эти данные не могут быть применимы у женщин с болезнью Крона или более обширной резекцией тонкой кишки.</p> <p>При возникновении обострения ХВЗК, необходимости хирургического лечения или длительной иммобилизации использование гормональных контрацептивов следует прекратить и предложить женщине альтернативные методы контрацепции. Вопрос о возможности возобновления приема комбинированных гормональных контрацептивов должен решаться при достижении ремиссии заболевания.</p> <p>Не существует данных, которые оценивали бы риск развития венозной тромбоэмболии у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника при использовании КОК / Пл / К. Тем не менее, женщины с воспалительными заболеваниями кишечника подвергаются более высокому риску венозной тромбоэмболии, чем здоровые женщины (468, 598).</p> <p>Пояснение: Категория должна быть определена с учетом активности заболевания и наличия факторов риска тромбозов и тромбоемболий.</p> |
| <p>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</p> <p>1) С клиническими симптомами</p> <p>а) после холецистэктомии</p> <p>б) после медикаментозного лечения</p> <p>в) в настоящее время</p> <p>2) Бессимптомные</p> | | | <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> | <p>Пояснение: КОК, Пл или К могут вызывать незначительное увеличение риска заболеваний желчного пузыря. Есть также опасения, что КОК, Пл или К могут ухудшить течение уже существующего заболевания желчного пузыря.</p> |
| <p>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ</p> <p>1) Связанный с беременностью</p> <p>2) Связанный с приемом КОК</p> | | | <p>2</p> <p>3</p> | <p>Пояснение: Связанный с беременностью холестаз может быть предиктором увеличения риска развития этого нарушения при приеме КОК.</p> <p>Пояснение: Связанный с использованием КОК ранее холестаз может быть предиктором увеличения риска развития холестаза, связанного с приемом КОК, в последующем.</p> |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--------|--|
| | | | |
| ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ 1) Острый или обострение хронического 2) Носительство 3) Хронический | Н 3/4 | П 2 | Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния. КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени. Научные доказательства: Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что у женщин с хроническим гепатитом использование КОК не повышает частоту и тяжесть фиброза печени, обусловленного циррозом, и не увеличивает риск гепатоцеллюлярного рака (460; 461). Для женщин, которые являются носителями, использование КОК, вероятно, не вызывает недостаточности печени или тяжелой дисфункции (462-464). Относительно использования КОК во время активного гепатита данные ограничены (465;466). |
| ЦИРРОЗ 1) Легкий (компенсированный без осложнений) 2) Тяжелый (декомпенсированный) [§] | 1 4 | | Пояснение: КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени. Пояснение: Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения) (599). |
| ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ 1) Доброкачественные а) очаговая узловая гиперплазия б) гепатоцеллюлярная аденома [§] 2) Злокачественная (гепатома) [§] | 2 4 4 | | Пояснение: КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени. Научные доказательства: Имеются прямые доказательства того, что использование гормональных контрацептивных средств не влияет ни -на прогрессирование, ни - на регресс поражений печени у женщин с очаговой узловой гиперплазией, однако данные этих исследований ограничены (467-469). Не было найдено никаких доказательств в отношении использования комбинированных гормональных контрацептивов у пациентов со злокачественными заболеваниями печени (600, 601). Предположительно, использование КОК у здоровых женщин может провоцировать развитие и рост гепатоцеллюлярных аденом. |
| ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ , осложненный циррозом печени | 4 | | |
| АНЕМИИ | | | |
| ТАЛАССЕМИЯ | 1 | | Пояснение: Существует неподтвержденная информация, полученная в странах, где талассемия распространена, что использование КОК не ухудшает течения заболевания. |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--|--|--|
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТочная АНЕМИЯ § | 2 | | | |
| ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ | 1 | | | Пояснение: Использование комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшить менструальную кровопотерю. |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ | | | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ § 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца 2) Неосложненные случаи | 4 2 | | | Научные доказательства: Ограниченные данные об использовании КОК и Пл не выявили никаких изменений в биохимических показателях. Тем не менее, в одном исследовании сообщалось о прекращении использования КОК у 2 (8%) из 26 женщин в результате серьезных медицинских осложнений, а в одном случае у женщины развился холестаз, связанный с высокой дозой КОК (602-605). Пояснение: Женщины с синдромом Бадда-Киари не должны использовать КОК / Пл / К из-за повышенного риска развития тромбоза. |
| ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ Этот раздел имеет отношение к БЕЗОПАСНОСТИ применения контрацептивного метода у женщин, применяющих данный вид лекарств. При одновременном использовании с другими лекарственными средствами ЭФФЕКТИВНОСТЬ метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время. | | | | |
| АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ 1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) 3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы | 1 2 3 | | | Пояснения: Антиретровирусные препараты имеют способность либо увеличивать, либо уменьшать биодоступность стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Ограниченные данные (обобщенные в Приложении 1) свидетельствуют о возможности взаимодействия между многими антиретровирусными препаратами (особенно некоторыми ненуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и усиленными ритонавиром ингибиторами протеазы) и гормональными контрацептивами. Данные взаимодействия могут влиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и антиретровирусных препаратов. Таким образом, если женщины, получающие антиретровирусную терапию, решают начать или продолжить прием гормональных контрацептивов, рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов. Это делается с целью как предотвращения передачи ВИЧ-инфекции, так и для компенсации возможного уменьшения эффективности гормональных контрацептивов. |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--|
| | | Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола. |
| <p>ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ</p> <p>1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)</p> <p>2) Ламотригин</p> | <p>3</p> <p>3</p> | <p>Пояснение: Хотя взаимодействие некоторых противосудорожных средств с КОК, Пл или К не имеет неблагоприятных последствий для женщины, оно, вероятно, снижает эффективность комбинированных гормональных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют эти противосудорожные средства, рекомендуют использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола.</p> <p>Научные доказательства: Использование некоторых противосудорожных средств может уменьшить эффективность КОК (470-473).</p> <p>Пояснение: Рекомендации по использованию гормональных контрацептивов во время приема ламотригина применимы только в случае монотерапии этим препаратом. Схемы противосудорожной терапии, в которых ламотригин комбинирует с противосудорожными средствами, не индуцирующими микросомальные ферменты печени (например, вальпроатом натрия), не проявляют лекарственных взаимодействий с КОК.</p> <p>Научные доказательства: Фармакокинетические исследования показали, что уровни ламотригина значительно уменьшаются во время использования КОК (474-478). В одном испытании некоторые женщины, которые использовали одновременно КОК и ламотригин, указали на увеличение числа приступов (474).</p> |
| <p>АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ</p> <p>1) Антибиотики широкого спектра действия</p> <p>2) Противогрибковые средства</p> <p>3) Антипаразитарные средства</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Научные доказательства: Большинство антибиотиков широкого спектра действия не оказывают влияния на контрацептивную эффективность КОК (479-515), Пл (516) или К (517).</p> <p>Научные доказательства: Проведение исследований противогрибковых средств не выявило клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК (518-527) или К (528).</p> <p>Научные доказательства: Исследования антипаразитарных средств не показали клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК (432; 529-533).</p> |

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|---|
| 4) Терапия рифампицином или рифабутином | 3 | <p>Пояснение: Хотя взаимодействие рифампицина и рифабутина с КОК, Пл или К не имеет неблагоприятных последствий для женщины, оно, вероятно, уменьшает эффективность комбинированных гормональных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют рифампицин или рифабутин, рекомендуют использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола. Для снижения риска незапланированной беременности рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов.</p> <p>Научные доказательства: Соотношение имеющихся доказательств говорит в пользу того, что рифампицин уменьшает эффективность КОК (534-549). Данные о влиянии рифабутина на эффективность КОК ограничены, однако доказано, что воздействие рифабутина на метаболизм КОК выражено в меньшей степени, чем у рифампицина, и небольшие исследования не привели доказательств наступления овуляции (536; 543).</p> |
| <p>Сокращения: ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; Пл - пластырь; К - кольцо; ВМС – внутриматочные средства; ВТЭ – венозная тромбоэмболия; ИМТ – индекс массы тела; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; СКВ – системная красная волчанка; hГЧ человеческий хорионический гонадотропин; ДМПА – депо медроксипрогестерон ацетат; ВПЧ – вирус папилломы человека; ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ – антиретровирусная терапия; ХВЗК- хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ – нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.</p> | | |
| <p>§ Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.</p> | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Кормление грудью. *Исключительно грудное вскармливание* означает, что ребенок питается исключительно грудным молоком (т.е. помимо грудного молока в рацион ребенка не вводятся какие-либо другие жидкости, включая воду или прикорм)(550).

Артериальная гипертензия. *К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений* относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ + 3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение $OT > 88\text{см}$); $AD \geq 180/110$ мм.рт.ст., включая

отсутствие факторов риска. При всех этих состояниях назначение комбинированных гормональных контрацептивов противопоказано (категория 4).

Головные боли. Мигренозные головные боли: Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов. При движении интенсивность болей может возрасти. Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету. **Аура:** Аура – специфический центральный неврологический симптом, предваряющий приступ мигрени и представляющий расстройство нервной системы, при котором нарушается функция зрения, иногда совместно с функцией осязания и речи. В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями. Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением функции речи. Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур. Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт (приложение 3).

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО КОМБИНИРОВАННЫМ КОНТРАЦЕПТИВНЫМ СРЕДСТВАМ

- (1) Aedo AR, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.
- (2) Fotherby K, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-272.
- (3) Garza-Flores J, et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depo-Provera. *Contraception*, 1987, 36:441-457.
- (4) Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-359.
- (5) Said S, et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:455-466.
- (6) Haiba NA, et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-632.
- (7) Kesseru EV, et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-598.
- (8) Meng Y-X, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 37:1-20.
- (9) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-294.
- (10) Audet M-C, Moreau M, Koltun WD et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2347-2354.
- (11) Boonyarangkul A, Taneepanichskul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2007, 90:1715-1719.
- (12) Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
- (13) Cole JA, Norman H, Doherty M et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 109:339-346.
- (14) Devineni D, Skee D, Vaccaro N et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2007, 47:497-509.
- (15) Dittrich R, Parker L, Rosen JB et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:15-20.
- (16) Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2000, 70:78.
- (17) Jick S, Kaye J, Li L et al. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 ug of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2007, 76:4-7.
- (18) Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*, 2006, 74:290-292.
- (19) Jick SS, Kaye J, Russmaann S et al. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2006, 73:223-228.
- (20) Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischaemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*, 2007, 27:218-220.
- (21) Pierson RA, Archer DF, Moreau M et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
- (22) Radowicki S, Skorzejska K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekologia Polska*, 2005, 76:884-889.
- (23) Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:799-805.
- (24) Urdl W, Apter D, Alperstein A et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005, 121:202-210.
- (25) White T, Ozel B, Jain JK et al. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*, 2006, 74:293-296.
- (26) Ziemann M, Guillebaud JG, Weisberg E et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s13-s18.
- (27) van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM et al. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:168-174.
- (28) Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*, 2006, 74:451-457.
- (29) Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:389-395.
- (30) Dieben T, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal

ring. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:585-593.

- (31) Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A et al. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2004, 9:131-140.
- (32) Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH et al. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Human Reproduction*, 2004, 19:2668-2673.
- (33) Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B et al. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception*, 2007, 76:348-356.
- (34) Magnúsdóttir EM, Bjarnadóttir RI, Onundarson PT et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:461-467.
- (35) Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density in healthy premenopausal women. *Human Reproduction*, 2005, 20:2764-2768.
- (36) Milsom I, Lete I, Bjertnaes A et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction*, 2006, 21:2304-2311.
- (37) Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*, 2005, 71:176-182.
- (38) Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:220-223.
- (39) Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-242.
- (40) Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:389-394.
- (41) Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104:555-563.
- (42) O'Connell KJ, Osborne LM, Westhoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (43) Fine PM, Tryggstad J, Meyers NJ et al. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 2007, 75:367-371.
- (44) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (45) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (46) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (47) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (48) Lloyd T, Taylor DS, Lin HM et al. Oral contraceptive use by teenage women does not affect peak bone mass: a longitudinal study. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:734-738.
- (49) Lloyd T, Petit MA, Lin HM et al. Lifestyle factors and the development of bone mass and bone strength in young women. *The Journal of Pediatrics*, 2004, 144:776-782.
- (50) Polatti F, Perotti F, Filippa N et al. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception*, 1995, 51:221-224.
- (51) Wallace LS, Ballard JE. Lifetime physical activity and calcium intake related to bone density in young women. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 2002, 11:389-398.
- (52) Afghani A, Abbott AV, Wiswell RA et al. Bone mineral density in Hispanic women: Role of aerobic capacity, fat-free mass, and adiposity. *International Journal of Sports Medicine*, 2004, 25:384-390.
- (53) Bahamondes L, Juliato CT, Villarreal M et al. Bone mineral density in users of two kinds of once-a-month combined injectable contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:259-263.
- (54) Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ et al. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:576-582.
- (55) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.
- (56) Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18-31 years of age. *Bone*, 2000, 27:855-863.
- (57) Castelo-Branco C, Martinez de Osaba MJ, Pons F et al. Effects on bone mass of two oral contraceptives containing ethinylestradiol and cyproterone acetate or desogestrel: results of a 2-year follow-up. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1998, 3:79-84.
- (58) Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S et al. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. Coronary Risk Development in Young Adults. *Osteoporosis International*, 2002, 13:893-900.
- (59) Collins C, Thomas K, Harding A et al. The effect of oral contraceptives on lumbar bone density in premenopausal women. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, 1988, 140:35-39.
- (60) de Papp AE, Bone HG, Caulfield MP et al. A cross-sectional study of bone turnover markers in healthy premenopausal women. *Bone*, 2007, 40:1222-1230.
- (61) Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodelling in young women: a 2-year study. *Contraception*, 2003, 67:439-447.
- (62) Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a two year study. *Gynecological Endocrinology*, 2004, 19:169-177.

- (63) Endrikat J, Mih E, Dusterberg B et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of two oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception*, 2004, 69:179-187.
- (64) Fortney JA, Feldblum PJ, Talmage RV et al. Bone mineral density and history of oral contraceptive use. *Journal of Reproductive Medicine*, 1994, 39:105-109.
- (65) Garnero P, Sornay-Rendu E, Delmas PD. Decreased bone turnover in oral contraceptive users. *Bone*, 1995, 16:499-503.
- (66) Goldsmith N, Johnston J. Bone mineral: effects of oral contraceptives, pregnancy, and lactation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1975, 57-A:657-668.
- (67) Hall ML, Heavens J, Cullum ID et al. The range of bone density in normal British women. *The British Journal of Radiology*, 1990, 63:266-269.
- (68) Hansen M, Overgaard K, Riis B et al. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis—examined over a 12-year period. *Osteoporosis International*, 1991, 1:95-102.
- (69) Hartard M, Bottermann P, Bartenstein P et al. Effects on bone mineral density of low-dosed oral contraceptives compared to and combined with physical activity. *Contraception*, 1997, 55:87-90.
- (70) Hartard M, Kleinmond C, Wiseman M et al. Detrimental effect of oral contraceptives on parameters of bone mass and geometry in a cohort of 248 young women. *Bone*, 2007, 40:444-450.
- (71) Hawker GA, Forsmo S, Cadarette SM et al. Correlates of forearm bone mineral density in young Norwegian women: The Nord-Trondelag health study. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:418-427.
- (72) Hreshchyshyn MM, Hopkins A, Zylstra S et al. Associations of parity, breast-feeding, and birth control pills with lumbar spine and femoral neck bone densities. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1988, 159:318-322.
- (73) Kanders B, Lindsay R, Dempster D. Determinants of bone mass in young healthy women. In: Christiansen C, Arnaud C, Nordin B, Parfitt A, Peck W, Riggs B, eds. Proceedings of the Copenhagen international symposium on osteoporosis. Copenhagen, 1984: 337-339.
- (74) Kleerekoper M, Brienza RS, Schultz LR et al. Oral contraceptive use may protect against low bone mass. Henry Ford Hospital Osteoporosis Cooperative Research Group. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:1971-1976.
- (75) Kritiz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Bone mineral density in postmenopausal women as determined by prior oral contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:100-102.
- (76) Laitinen K, Valimaki M, Keto P. Bone mineral density measured by dual-energy X-ray absorptiometry in healthy Finnish women. *Calcified Tissue International*, 1991, 48:224-231.
- (77) Lau EM, Lynn H, Woo J et al. Areal and volumetric bone density in Hong Kong Chinese: A comparison with Caucasians living in the United States. *Osteoporosis International*, 2003, 14:583-588.
- (78) Lindsay R, Tohme J, Kanders B. The effect of oral contraceptive use on vertebral bone mass in pre- and postmenopausal women. *Contraception*, 1986, 34:333-340.
- (79) Lloyd T, Buchanan JR, Ursino GR et al. Long-term oral contraceptive use does not affect trabecular bone density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:402-404.
- (80) MacDougall J, Davies MC, Overton CE et al. Bone density in a population of long term oral contraceptive pill users does not differ from that in menstruating women. *The British Journal of Family Planning*, 1999, 25:96-100.
- (81) Mais V, Fruzzetti F, Ajossa S et al. Bone metabolism in young women taking a monophasic pill containing 20 mcg ethinylestradiol: a prospective study. *Contraception*, 1993, 48:445-452.
- (82) Masaryk P, Lunt M, Benevolenskaya L et al. Effects of menstrual history and use of medications on bone mineral density: the EVOS Study. *Calcified Tissue International*, 1998, 63:271-276.
- (83) Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 53:132-142.
- (84) Melton III LJ, Bryant SC, Wahner HW et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis International*, 1993, 3:76-83.
- (85) Murphy S, Khaw KT, Compston JE. Lack of relationship between hip and spine bone mineral density and oral contraceptive use. *European Journal of Clinical Investigation*, 1993, 23:108-111.
- (86) Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception*, 2003, 67:355-359.
- (87) Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E et al. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:53-60.
- (88) Nelson M, Mayer AB, Rutherford O et al. Calcium intake, physical activity and bone mass in pre-menopausal women. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 1991, 4.
- (89) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (90) Paoletti AM, Orru M, Lello S et al. Short-term variations in bone remodelling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception*, 2004, 70:293-298.
- (91) Pasco JA, Kotowicz MA, Henry MJ et al. Oral contraceptives and bone mineral density: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 182:265-269.
- (92) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (93) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.
- (94) Picard D, Ste-Marie LG, Coutu D et al. Premenopausal bone mineral content relates to height, weight and calcium intake during early adulthood. *Bone and Mineral*, 1988, 4:299-309.

- (95) Prior JC, Kirkland SA, Joseph L et al. Oral contraceptive use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 165:1023-1029.
- (96) Recker RR, Davies KM, Hinders SM et al. Bone gain in young adult women. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:2403-2408.
- (97) Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ et al. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception*, 2003, 68:177-182.
- (98) Rodin A, Chapman M, Fogelman I. Bone density in users of combined oral contraception. Preliminary reports of a pilot study. *British Journal of Family Planning*, 1991, 16.
- (99) Shoepe HA, Snow CM. Oral contraceptive use in young women is associated with lower bone mineral density than that of controls. *Osteoporosis International*, 2005, 16:1538-1544.
- (100) Stevenson JC, Lees B, Devenport M et al. Determinants of bone density in normal women: Risk factors for future osteoporosis? *British Medical Journal*, 1989, 298:924-928.
- (101) Beksinska M, Smit J, Kleinschmidt I et al. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2005, 71:170-175.
- (102) Berning B, van KC, Schutte HE et al. Determinants of lumbar bone mineral density in normal weight, non-smoking women soon after menopause. A study using clinical data and quantitative computed tomography. *Bone and Mineral*, 1993, 21:129-139.
- (103) Forsmo S, Schei B, Langhammer A et al. How do reproductive and lifestyle factors influence bone density in distal and ultradistal radius of early postmenopausal women? The Nord-Trondelag Health Survey, Norway. *Osteoporosis International*, 2001, 12:222-229.
- (104) Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:392-396.
- (105) Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: Effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas*, 1994, 19:125-131.
- (106) Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M et al. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause*, 1999, 6:43-48.
- (107) Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis International*, 2000, 11:544-548.
- (108) Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas*, 2006, 54:176-180.
- (109) Grainge MJ, Coupland CA, Cliffe SJ et al. Reproductive, menstrual and menopausal factors: Which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women? *Osteoporosis International*, 2001, 12:777-787.
- (110) Johnell O, Nilsson BE. Life-style and bone mineral mass in perimenopausal women. *Calcified Tissue International*, 1984, 36:354-356.
- (111) Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 2006, 40:11-24.
- (112) Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk of low bone density in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 2002, 42:105-111.
- (113) Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: A three-year prospective study. *International Journal of Fertility*, 1985, 30:18-20.
- (114) Sowers MF, Wallace RB, Lemke JH. Correlates of forearm bone mass among women during maximal bone mineralization. *Preventive Medicine*, 1985, 14.
- (115) Sultana S, Choudhury S, Choudhury SA. Effect of combined oral contraceptives on bone mineral density in pre and postmenopausal women. *Mymensingh Medical Journal*, 2002, 11:12-14.
- (116) Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T et al. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:87-94.
- (117) Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K et al. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84 Suppl 2:S586-S592.
- (118) Tavani A, La VC, Franceschi S. Oral contraceptives and bone mineral density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 184:249-250.
- (119) Tuppurainen M, Kroger H, Saarikoski S et al. The effect of previous oral contraceptive use on bone mineral density in perimenopausal women. *Osteoporosis International*, 1994, 4:93-98.
- (120) Volpe A, Amram A, Cagnacci A et al. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1997, 2:123-126.
- (121) Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J et al. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertil Steril*, 2005, 84:374-383.
- (122) Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M et al. The effect of oral contraceptives on bone mass and stress fractures in female runners. *Medicine in Science and Sports Exercise*, 2007, 39:1464-1473.
- (123) Cooper C, Hannaford P, Croft P et al. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone*, 1993, 14:41-45.
- (124) Johansson C, Mellstrom D. An earlier fracture as a risk factor for new fracture and its association with smoking and menopausal age in women. *Maturitas*, 1996, 24:97-106.
- (125) La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet*, 1999, 354:335-336.

- (126) Mallmin H, Ljunghall S, Persson I et al. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis International*, 1994, 4:298-304.
- (127) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet*, 1999, 353:1481-1484.
- (128) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:1166-1172.
- (129) O'Neill TW, Marsden D, Adams JE et al. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1996, 50:288-292.
- (130) O'Neill TW, Silman AJ, Naves DM et al. Influence of hormonal and reproductive factors on the risk of vertebral deformity in European women. European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Osteoporosis International*, 1997, 7:72-78.
- (131) Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception*, 1998, 57:231-235.
- (132) Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception*, 2006, 73:571-576.
- (133) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility Regulation in Nursing Women .4. Long-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Initiated at Day 30 Postpartum Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:13-25.
- (134) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women .3. Short-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:1-11.
- (135) Gambrell RD. Immediate Postpartum Oral Contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 36:101-106.
- (136) Guiloff E, Ibarra A, Zanartu J et al. Effect of Contraception on Lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (137) Kaern T. Effect of An Oral Contraceptive Immediately Post Partum on Initiation of Lactation. *British Medical Journal*, 1967, 3:644-645.
- (138) Miller GH, Hughes LR. Lactation and Genital Involution Effects of A New Low-Dose Oral Contraceptive on Breast-Feeding Mothers and Their Infants. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 35:44-50.
- (139) Nilsson S, Melbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by women using oral contraceptives. *Contraception*, 1986, 34:443-453.
- (140) Peralta O, Diaz S, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women .5. Long-Term Influence of A Low-Dose Combined Oral-Contraceptive Initiated at Day 90 Postpartum Upon Lactation and Infant Growth. *Contraception*, 1983, 27:27-38.
- (141) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (142) World Health Organization Task Force on Oral Contraceptives Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Breast Milk Composition and Infant Growth. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:361-369.
- (143) Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1978, 76:1-38.
- (144) Lahteenmaki P, et al. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, 141:175-179.
- (145) Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998, 58:99-103.
- (146) Niswonger JWH, et al. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstetrics and Gynecology*, 1968, 32:325-327.
- (147) Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1974, 44:853-857.
- (148) Tang OS, et al. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1999, 14:722-725.
- (149) Tang OS, et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99-102.
- (150) Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, 2009; 80:355-362
- (151) Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-78.
- (152) Jick SS, et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-621.
- (153) Khader YS, et al. Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-17.
- (154) Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-730.
- (155) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
- (156) Nightingale AL, et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-274.
- (157) Petitti D, et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-1154.
- (158) Rosenberg L, et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-1070.
- (159) Straneva P, et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
- (160) Tanis BC, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001,

345:1787-1793.

- (161) Van den Bosch MA, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-444.
- (162) WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 1995, 346:1575-1582.
- (163) Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-498.
- (164) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:187-196.
- (165) Pomp ER, le CS, Rosendaal FR et al. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *British Journal of Haematology*, 2007, 139:289-296.
- (166) Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-2284.
- (167) Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*, 1998, 98:1058-1063.
- (168) Sidney S, Petitti DB, Soff GA et al. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception*, 2004, 70:3-10.
- (169) Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD et al. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16:637-643.
- (170) Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166:1306-1311.
- (171) Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of Epidemiology*, 2005, 15:492-499.
- (172) Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-827.
- (173) Holt VL, Scholes D, Wicklund KG et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:46-52.
- (174) Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:90-91.
- (175) O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (176) Heinemann LA, et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
- (177) Lewis MA, et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-140.
- (178) WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-510.
- (179) WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
- (180) WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-1209.
- (181) Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-722.
- (182) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-168.
- (183) D'Avanzo B, et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-328.
- (184) Dunn NR, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-583.
- (185) Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-942.
- (186) Kemmeren JM, et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischaemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-1208.
- (187) Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-963.
- (188) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-159.
- (189) Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
- (190) Narkiewicz K, et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-253.
- (191) Siritho S, et al. Risk of ischaemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-1580.
- (192) Lubianca JN, Moreira LB, Gus M et al. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 2005, 19:451-455.

- (193) Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
- (194) Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-376.
- (195) Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-531.
- (196) Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-739.
- (197) Sibai BM, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-509.
- (198) Sibai BM, et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-129.
- (199) Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
- (200) Aznar J, Mira Y, Vaya A et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischaemic stroke. *Thrombosis & Haemostasis*, 2004, 91:1031-1034.
- (201) Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *Journal of Internal Medicine*, 1998, 244:27-32.
- (202) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen [comment]. *Lancet*, 1995, 346:1593-1596.
- (203) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
- (204) de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. *BMJ*, 1998, 316:589-592.
- (205) Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism -- pooled analysis of 8 casecontrol studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-816.
- (206) Gadelha T, Andre C, Juca AA et al. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovascular Diseases*, 2005, 19:49-52.
- (207) Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G et al. Venous thromboembolism in young women: role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-990.
- (208) Martinelli I, Sacchi E, Landi G et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-1797.
- (209) Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-703.
- (210) Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P et al. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*, 2004, 110:566-570.
- (211) Martinelli I, Battaglia C, Burgo I et al. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischaemic stroke. *Haematologica*, 2006, 91:844-847.
- (212) Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-327.
- (213) Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thrombosis & Haemostasis*, 1994, 71:548-552.
- (214) Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2007, 78:271-276.
- (215) Santamaria A, Mateo J, Oliver A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-971.
- (216) Slioter AJ, Rosendaal FR, Tanis BC et al. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischaemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3:1213-1217.
- (217) Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-112.
- (218) van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briet E et al. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood*, 1999, 94:2590-2594.
- (219) van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ et al. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:282-289.
- (220) Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet*, 1994, 344:1453-1457.
- (221) Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-457.
- (222) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (223) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with

- systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (224) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (225) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (226) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (227) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (228) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (229) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (230) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (231) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (232) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (233) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (234) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (235) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (236) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (237) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (238) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (239) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (240) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (241) Choojitrom K, Veraseritnyom O, Totemchokchayakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (242) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (243) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systematic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (244) Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-1506.
- (245) Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-18.
- (246) Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-833.
- (247) Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-722.
- (248) Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*, 2005, 330:63.
- (249) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
- (250) Nightingale AL, Farmer RD. Ischaemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*, 2004, 35:1574-1578.
- (251) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (252) Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46 :359-367.
- (253) Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception*, 2007, 75:27-31.
- (254) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (255) Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
- (256) Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 187:551-555.
- (257) O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*, 2007, 75:299-304.

- (258) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo- Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (259) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (260) Young EA, Kornstein SG, Harvey AT et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2007, 32:843-853.
- (261) Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. [Review] [1 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000,CD000154.
- (262) Davis L, Kennedy SS, Moore J et al. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007,CD001019.
- (263) Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-399.
- (264) Proctor ML, Roberts H, Farquhar C. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
- (265) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.
- (266) Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR et al. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-477.
- (267) Curry SL, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-809.
- (268) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.
- (269) Goldberg GL, Cloete K, Bloch B et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 94:22- 25.
- (270) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.
- (271) Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-914.
- (272) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*, 2009; 80:363-371.
- (273) Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-740.
- (274) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (275) Black MM, Barclay THC, Polednak A et al. Family history, oral contraceptive usage, and breast cancer. *Cancer*, 1983, 51:2147-2151.
- (276) Brinton LA, Hoover R, Szklo M et al. Oral contraceptives and breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 1982, 11:316-322.
- (277) Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: A report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *Journal of Clinical Oncology*, 2007, 25 :3831-3836.
- (278) Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2003, 81:129-136.
- (279) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet*, 2001, 358:1389-1399.
- (280) Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1791-1798.
- (281) Gronwald J, Byrski T, Huzarski T et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2006, 95:105-109.
- (282) Haile RW, Thomas DC, McGuire V et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006, 15:1863-1870.
- (283) Harris NV, Weiss NS, Francis AM et al. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *American Journal of Epidemiology*, 1982, 116:643-651.
- (284) Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1984, 72:39-42.
- (285) Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT et al. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *European Journal of Cancer*, 2005, 41:2312-2320.
- (286) Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-2032.
- (287) Milne RL, Knight JA, John EM et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005, 14 :350-356.
- (288) Narod S, Dube MP, Klijn J et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773- 1779.
- (289) Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
- (290) Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:1059-1063.

- (291) Ursin G, Henderson BE, Haile RW et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-3681.
- (292) Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J et al. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1998, 50:175-184.
- (293) Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception*, 2009; 80:372-380
- (294) Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. The Italian MEGIC Group. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-125.
- (295) Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with T. vaginalis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-323.
- (296) Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo dIP. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in lowincome rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-288.
- (297) Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-256.
- (298) Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-124.
- (299) Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-2824.
- (300) Avonts D, Sercu M, Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-29.
- (301) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (302) Barbone F, Austin H, Louv WC et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-514.
- (303) Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-780.
- (304) Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-309.
- (305) Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-24.
- (306) Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-239.
- (307) Bontis J, Vavilis D, Panidis D et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-315.
- (308) Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit Trichomonas vaginalis? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-263.
- (309) Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138- 143.
- (310) Burns DC, Darougar S, Thin RN et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314- 318.
- (311) Ceruti M, Canestrelli M, Conde mi V et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-123.
- (312) Chacko M, Lovchik J. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-840.
- (313) Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-216.
- (314) Crowley T, Horner P, Hughes A et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
- (315) Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-335.
- (316) Evans BA, Kell PD, Bond RA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-36.
- (317) Evans DL, Demetriou E, Shalaby H et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-228.
- (318) Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
- (319) Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-143.
- (320) Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-336.
- (321) Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
- (322) Green J, de Gonzalez AB, Smith JS et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer*, 2003, 88:1713-1720.
- (323) Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
- (324) Han Y, Morse DL, Lawrence CE et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
- (325) Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection

- in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-1734.
- (326) Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanoli M et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-1271.
- (327) Harrison HR, Costin M, Meder JB et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-251.
- (328) Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-220.
- (329) Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-26.
- (330) Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-107.
- (331) Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
- (332) Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-258.
- (333) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (334) Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-404.
- (335) Jick H, Hannan MT, Stergachis A et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982, 248:1619-1621.
- (336) Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-177.
- (337) Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-19.
- (338) Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-190.
- (339) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (340) Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-113.
- (341) Louv WC, Austin H, Perlman J et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
- (342) Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-626.
- (343) Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G et al. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
- (344) Macaulay ME, Riordan T, James JM et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
- (345) Magder LS, Harrison HR, Ehret JM et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
- (346) Magder LS, Klontz KC, Bush LH et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-784.
- (347) Masse R, Laperriere H, Rousseau H et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-961.
- (348) McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-1294.
- (349) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.
- (350) Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-398.
- (351) Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-381.
- (352) Oriol JD, Powis PA, Reeve P et al. Chlamydial infections of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:11-16.
- (353) Oriol JD, Johnson AL, Barlow D et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-451.
- (354) Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
- (355) Park BJ, Stergachis A, Scholes D et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-778.
- (356) Pereira LH, Embil JA, Haase DA et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-692.
- (357) Rahm VA, Odland V, Pettersson R. Chlamydia trachomatis in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourinary Medicine*, 1991, 67:317-321.
- (358) Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-680.

- (359) Ripa KT, Svensson L, Mardh PA et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
- (360) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (361) Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-379.
- (362) Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-425.
- (363) Sessa R, Latino MA, Magliano EM et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-172.
- (364) Shafer MA, Beck A, Blain B et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-146.
- (365) Smith JS, Herrero R, Munoz N et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-194.
- (366) Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-57.
- (367) Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-262.
- (368) Tait IA, Rees E, Hobson D et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
- (369) Vaccarella S, Herrero R, Dai M et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15:2148-2153.
- (370) Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-343.
- (371) Winer RL, Lee SK, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-226.
- (372) Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30- 36.
- (373) Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-242.
- (374) Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-95.
- (375) Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (376) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (377) Allen S, Seruflira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (378) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (379) Chao A, Bulterys M, Musanganire F et al. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-380.
- (380) Cohen CR, Duerr A, Pruthithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.
- (381) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (382) de Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-346.
- (383) Ellerbrock TV, Lieb S, Harrington PE et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-1709.
- (384) Gray JA, Dore GJ, Li Y et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
- (385) Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C et al. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-547.
- (386) Hira SK, Kamanga J, Macuacua R et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-448.
- (387) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (388) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (389) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.

- (390) Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-1083.
- (391) Laga M, Manoka A, Kivuvu M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study.[comment]. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
- (392) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (393) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (394) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053- 1059.
- (395) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (396) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (397) Moss GB, Clemetson D, D'Costa L et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-591.
- (398) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (399) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (400) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (401) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (402) Pineda JA, Aguado I, Rivero A et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365- 1369.
- (403) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (404) Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-239.
- (405) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (406) Saracco A, Musicco M, Nicolosi A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
- (407) Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-144.
- (408) Sinei SK, Fortney JA, Kigonda CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (409) Siraprapasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (410) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (411) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (412) Temmerman M, Chomba EN, Ndinya-Achola J et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
- (413) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology* 1998,18:192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (414) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (415) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIVinfected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (416) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (417) Clark RA, Thrall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (418) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-2864.
- (419) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (420) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (421) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (422) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001,

358:1593-1601.

- (423) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (424) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (425) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (426) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (427) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (428) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (429) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (430) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (431) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (432) el Raghy I, et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-377.
- (433) Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-310.
- (434) Gad-el-Mawla N, et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-147.
- (435) Shaaban MM, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
- (436) Shaaban MM, et al. Effective of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-115.
- (437) Sy FS, et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-294.
- (438) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (439) Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during post-partum oral contraceptive steroid treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1969, 29:807-818.
- (440) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA*, 1998, 280:533-538.
- (441) Kung AW, Ma JT, Wong VC et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception*, 1987, 35:257-269.
- (442) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1982, 13:17-29.
- (443) Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstetrics & Gynecology*, 1982, 59:325-328.
- (444) Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:802-807.
- (445) Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N et al. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:519-523.
- (446) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (447) Kjos SL, Shoupe D, Douyan S et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:1822-1827.
- (448) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1982, 101:134-139.
- (449) Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L et al. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:495-500.
- (450) Beck P, Arnett DM, Alsever RN et al. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism*, 1976, 25:23-31.
- (451) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (452) Garg SK, Chase P, Marshall G et al. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *JAMA*, 1994, 271:1099-1102.
- (453) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.

- (454) Margolis KL, Adami H-O, Luo J et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertility & Sterility*, 2007, 88:310-316.
- (455) Petersen KR, Skouby SO, Sidemann J et al. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism*, 1994, 43:1379-1383.
- (456) Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Fertility*, 1995, 40:105-111.
- (457) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (458) Skouby SO, Jensen BM, Kuhl C et al. Hormonal contraception in diabetic women: acceptability and influence on diabetes control and ovarian function of a nonalkylated estrogen/progestogen compound. *Contraception*, 1985, 32:23-31.
- (459) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (460) Di Martino V, Lebray P, Myers RP et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004, 40:1426-1433.
- (461) Libbrecht L, Craninx M, Nevens F et al. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001, 39:66-73.
- (462) Eisalo A, Kontinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *BMJ*, 1971, 3:561-562.
- (463) Peishan Wang, Zemin Lai, Jinlan Tang et al. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000, 9:245-246.
- (464) Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982, 26:65-74.
- (465) Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM et al. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *JAMA*, 1975, 233:979-980.
- (466) Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 3812-386.
- (467) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2001, 25:1008-1010.
- (468) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- (469) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (470) Back DJ, Bates M, Bowden A et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
- (471) Doose DR, Wang S, Padmanabhan M et al. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*, 2003, 44:540-549.
- (472) Fattore C, Cipolla G, Gatti G et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-787.
- (473) Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-323.
- (474) Christensen J, Petreanaite V, Atterman J et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007, 48:484-489.
- (475) Contin M, Albani F, Ambrosetto G et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47:1573-1575.
- (476) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
- (477) Sabers A, Buchholt JM, Uldall P et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-154.
- (478) Sabers A, Ohman I, Christensen J et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003, 61:570-571.
- (479) Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-48.
- (480) Back DJ, Grimmer SF, Orme ML et al. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-532.
- (481) Back DJ, Tjia J, Martin C et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-323.
- (482) Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
- (483) Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 1986, 61:453-455.
- (484) Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-929.
- (485) Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-557.
- (486) Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-125.
- (487) Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive

- (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101- 109.
- (488) de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-1229.
- (489) DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-854.
- (490) Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-396.
- (491) Friedman CI, Huneke AL, Kim MH et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-37.
- (492) Grimmer SF, Allen WL, Back DJ et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-59.
- (493) Helms SE, Bredle DL, Zajic J et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-710.
- (494) Hempel E, Bohm W, Carol W et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1973, 95:1451-1457.
- (495) Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924- 926.
- (496) Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition)*, 1989, 37:86-89.
- (497) Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-718.
- (498) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-652.
- (499) Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-44.
- (500) Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-35.
- (501) Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-551.
- (502) Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. [French]. *Louvain Medical*, 1980, 99:413-414.
- (503) London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-393.
- (504) Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451- 454.
- (505) Murphy AA, Zacur HA, Charache P et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, 164:28-33.
- (506) Neely JL, Abate M, Swinker M et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, noretindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-420.
- (507) Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
- (508) Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-3268.
- (509) Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-289.
- (510) Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-105.
- (511) Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-577.
- (512) Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion - fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-388.
- (513) van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British medical journal (Clinical research ed)*, 1984, 288:1125-1126.
- (514) Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
- (515) Young LK, Farquhar CM, McCowan LM et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-192.
- (516) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s3-s12.
- (517) Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clinical Pharmacokinetics*, 2005, 44:429-438.
- (518) Devenport MH, Crook D, Wynn V et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-859.
- (519) Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-223.
- (520) Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, anteovin). *Therapia Hungarica (English edition)*, 1986, 34:167-170.

- (521) Lunell NO, Pschera H, Zador G et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-97.
- (522) McDaniel PA, Cladrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
- (523) Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
- (524) Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new tirazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-374.
- (525) Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-304.
- (526) van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-149.
- (527) van Puijenbroek EP, Egberts AC, Meyboom RH et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-693.
- (528) Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM et al. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic comedication. *Contraception*, 2004, 69:129-132.
- (529) Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-295.
- (530) Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002, 2:6.
- (531) Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ et al. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:763-767.
- (532) McGready R, Stepniewska K, Seaton E et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003, 59:553-557.
- (533) Wanwimolruk S, Kaewvichit S, Tanthayaphinant O et al. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 31:179-181.
- (534) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-197.
- (535) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethynylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-143.
- (536) Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-438.
- (537) Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylestradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1977, 85:189-197.
- (538) Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1981, 15:23.
- (539) Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1973, 2:2957.
- (540) Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desirées chez trois malades. *Revue française des maladies respiratoires*, 1975, 2:174-182.
- (541) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with antitubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-629.
- (542) Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-272.
- (543) LeBel M, Masson E, Guilbert E et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-1050.
- (544) Meyer B, Muller F, Wessels P et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-674.
- (545) Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-1523.
- (546) Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1975, 4:115-116.
- (547) Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-262.
- (548) Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
- (549) Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:s31-s38.
- (550) «Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007
- (551) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women - evidence from RCGP Oral Contraceptive Study. *British Medical Journal*. 1989;298:165-168.
- (552) Dunn N, Faragher B, Thorogood M, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal*. 1999;318:1579-1584.
- (553) Rosenberg R, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *The New England Journal of Medicine*. 1990;322:213-217.
- (554) McElduff P, Dobson A, Beaglehole R, Jackson R. Rapid reduction in coronary risk for those who quit cigarette smoking. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998;22:787-791.
- (555) Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *Journal of the Medical Association*. 2008;7(299):2037-2047.

- (556) Weiss HG, Nehoda H, Labeck B, et al. Pregnancies after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001;11:303–6.
- (557) Gerrits EG, Ceulemans R, van HR, Hendrickx L, Totte E. Contraceptive treatment after biliopancreatic diversion needs consensus. *Obes Surg* 2003;13:378–82.
- (558) Victor A, Odland V, Kral JG. Oral contraceptive absorption and sex hormone binding globulins in obese women: effects of jejunioileal bypass. *Gastroenterol Clin North Am* 1987;16:483–91.
- (559) Andersen AN, Lebeck PE, Sorensen TI, Borggaard B. Sex hormone levels and intestinal absorption of estradiol and D-norgestrel in women following bypass
- (560) Williams B, Poulter N, Brown MJ, Davies M, McInnes GT, Potter et al. The BHS Guidelines working Party Guidelines for Management of Hypertension: Report of the Fourth Working Party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension*. 2004;18:139-185.
- (561) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
- (562) NHS Clinical Knowledge Summaries. Lipid modification. Lipid modification - primary and secondary CVD prevention. http://cks.library.nhs.uk/lipid_modification_cvd_prevention/management/detailed_answers/secondary_prevention/when_to_refer#-336938.
- (563) British Heart Foundation. What is valvular heart disease? 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=478>.
- (564) British Heart Foundation. Living with congenital heart disease. 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=362>.
- (565) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Contraception for women aged over 40 years. *Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare*. 2005;31:51-64.
- (566) Department of Health. Prodigy Guidance – Raynauds phenomenon. 2002. <http://www.prodigy.nhs.uk/raynaud's-phenomenon>.
- (567) Eastcott HH. Raynaud's disease and the oral contraceptive pill [Letter] *British Medical Journal*. 1976;2:477.
- (568) Altura BM. Sex and oestrogens and responsiveness of terminal arterioles to neurohypophysial hormones and catecholamines. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1975;193:403-412.
- (569) Greenstein D, Jeffcote N, Isley D, Kester RC. The menstrual cycle and Raynauds phenomenon. *Angiology*. 1996;47:427-436.
- (570) Bartelink ML, Wollersheim H, Vemer H, Thomas CM, de Boo T, Thien T. The effects of single oral doses of 17 beta-oestradiol and progesterone on finger circulation in healthy women and in women with primary Raynaud's phenomenon. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 1994;46:557-560.
- Системная красная волчанка**
- (571) Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossmann J, Sammaritano LR, Lockshin MM, et al. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort. *Arthritis Care Research*. 1995;8:137-145.
- (572) Ramsey-Goldman R, Dunn JE, Huang CF, Dunlop D, Rarie JE, Fitzgerald S, et al. Frequency of fractures in women with systemic lupus erythematosus: comparison with United States population data. *Arthritis and Rheumatism*. 1999;42:882-890.
- (573) Cosetenbader KH, Feskanich D, Stampfer MJ, Karlson EW. Reproductive and menopausal factors and risk of systemic lupus erythematosus in women. *Arthritis and Rheumatism*. 2007;56:1251-1262.
- (574) Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, Van ZD, Breedveld FC, Hazes JM. Pregnancy and oral contraceptive use do not significantly influence outcome in long term rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61:405-8.
- (575) Hazes JM, Dijkmans BA, Vandenbroucke JP, Cats A. Oral contraceptive treatment for rheumatoid arthritis: an open study in 10 female patients. *Br J Rheumatol* 1989;28 Suppl 1:28–30.
- (576) Ostensen M, Aune B, Husby G. Effect of pregnancy and hormonal changes on the activity of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1983;12:69–72.
- (577) Vignos PJ, Dorfman RI. Effect of large doses of progesterone in rheumatoid arthritis. *Am J Med Sci* 1951;222:29–34.
- (578) Bijlisma JW, Huber-Bruning O, Thijssen JH. Effect of oestrogen treatment on clinical and laboratory manifestations of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1987;46:777–9.
- (579) The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives and hormone replacement therapy. Recommendations on the risk of ischemic stroke associated with the use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. *Cephalagia*. 2000;20:155-156.
- (580) National Institute of Clinical Excellence. Heavy Menstrual Bleeding. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
- (581) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Unscheduled bleeding in women using hormonal contraception. 2009. [In Press]
- (582) Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002;66:393-399.
- (583) Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001.
- (584) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996;347:1713-1727.
- (585) Brinton LA, Gammond MD, Malone KE, Schonenberg JB, Dalling JR, Coates RJ. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*. 1997;55:197-203.
- (586) Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 1996;88:365-371.
- (587) Egan KM, Rosner BA, Speizer FE. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 1998;7:359-364.

- (588) Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*. 1990;19:240-246.
- (589) Jick SS, Walker AM, Stergachis A, Jick H. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*. 1989;59:618-621.
- (590) Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*. 2002;26:23-27.
- (591) Bitton A, Peppercorn MA, Antonioli DA, et al. Clinical, biological, and histologic parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2001;120:13-20.
- (592) Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beaugerie L, Gendre JP. Oral contraceptive use and the clinical course of Crohn's disease: a prospective cohort study. *Gut* 1999;45:218-22.
- (593) Sutherland LR, Ramcharan S, Bryant H, Fick G. Effect of oral contraceptive use on reoperation following surgery for Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 1992;37:1377-82.
- (594) Timmer A, Sutherland LR, Martin F. Oral contraceptive use and smoking are risk factors for relapse in Crohn's disease. The Canadian Mesalamine for Remission of Crohn's Disease Study Group. *Gastroenterology* 1998;114:1143-50.
- (595) Wright JP. Factors influencing first relapse in patients with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:12-6.
- (596) Grimmer SF, Back DJ, Orme ML, et al. The bioavailability of ethinyloestradiol and levonorgestrel in patients with an ileostomy. *Contraception* 1986;33:51-9.
- (597) Nilsson LO, Victor A, Kral JG, Johansson ED, Kock NG. Absorption of an oral contraceptive gestagen in ulcerative colitis before and after proctocolectomy and construction of a continent ileostomy. *Contraception* 1985;31:195-204.
- (598) Bernstein CN, Blanchard JF, Houston DS, Wajda A. The incidence of deep venous thrombosis and pulmonary embolism among patients with inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Thromb Haemost* 2001;85:430-4.
- (599) Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1987;7(1):122-128.
- (600) Lam CM, Yong JL, Chan AO, Ng KK, Poon RT, Liu CL. Better survival in female patients with hepatocellular carcinoma: oral contraceptive pills related? *Journal Clinical Gastroenterology*. 2005;39:533-539.
- (601) Margolis KL, Adami HO, Luo J, Weimin Ye, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertility & Sterility*. 2007;88:310-316.
- (602) Pietrzak B, Bobrowska K, Jabiry-Zieniewicz Z, et al. Oral and transdermal hormonal contraception in women after kidney transplantation. *Transplant Proc* 2007;39:2759-62.
- (603) Pietrzak B, Kaminski P, Wielgos M, Bobrowska K, Durlak M. Combined oral contraception in women after renal transplantation. *Neuro Endocrinol Lett* 2006;27:679-82.
- (604) Jabiry-Zieniewicz Z, Bobrowska K, Kaminski P, et al. Low-dose hormonal contraception after liver transplantation. *Transplant Proc* 2007;39:1530-2.
- (605) Fedorkow DM, Corenblum B, Shaffer EA. Cholestasis induced by oestrogen after liver transplantation. *BMJ* 1989;299:1080-1.
- (606) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. First Prescription of the Combined Oral Contraceptive Pill. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/FirstPrescCombOralContJan06.pdf>
- (607) Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIBD09.pdf>

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, СОДЕРЖАЩИЕ ТОЛЬКО ПРОГЕСТИНЫ (ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ)

Методы, содержащие только прогестины, включают в себя таблетки, инъекции и импланты.

Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК) – таблетки, содержащие малые дозы прогестина, искусственного аналога естественного гормона женщины прогестерона. В упаковке, обычно, содержится 28 или 35 активных таблеток, которые принимаются ежедневно в одно и то же время. Прогестиновые таблетки не содержат эстрогена, что обеспечивает возможность их применения кормящими матерями, а также женщинами, для которых эстрогены противопоказаны.

Основной механизм действия ПОК заключается в сгущении цервикальной слизи (что препятствует продвижению сперматозоидов к яйцеклетке), изменении эндометрия, блокировании овуляции. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина нарушает режим приема таблеток. Кормящие матери: при типичном характере применения метода, на 100 женщин, принимающих ПОК в течение первого года, обычно приходится 1 случай незапланированной беременности. При ежедневном приеме таблеток, на 1000 женщин, применяющих ПОК в течение первого года, приходится 3 случая незапланированной беременности. Эффективность ПОК снижается, если женщина не кормит грудью: при типичном характере применения метода на 100 женщин, принимающих ПОК в течение первого года, обычно приходится от 3 до 10 случаев незапланированной беременности. При ежедневном приеме таблеток в одно и то же время, на 100 женщин, применяющих ПОК в первый год, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (9 случаев на 1000).

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит немедленно.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Прогестиновые инъекционные контрацептивы (ПИК), содержат прогестин, являющийся искусственным аналогом естественного гормона прогестерона. Не содержат эстрогена, что позволяет применять их на протяжении всего периода грудного вскармливания, а также при противопоказаниях для использования эстроген-содержащих средств контрацепции. Вводятся путем внутримышечной инъекции один раз в 3 месяца, после чего гормон начинает медленно высвобождаться в кровь. *Основной механизм действия* заключается в блокировании овуляции. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина опаздывает с введением очередной дозы контрацептива. При типичном характере применения метода, на 100 женщин, пользующихся ПИК в течение первого года, обычно приходится 3 случая незапланированной беременности. При своевременном получении инъекций, на 100 женщин, применяющих ПИК в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (3 случая на 1 тыс. женщин).

Восстановление фертильности: в среднем, период восстановления фертильности после отмены ПИК длится на 4-6 месяцев дольше по сравнению с другими методами контрацепции.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Импланты - небольшие пластиковые стержни или капсулы размером со спичку, высвобождающие в кровь прогестин - искусственный аналог естественного гормона прогестерона. Вживление импланта осуществляется прошедшим специальную подготовку медицинским работником посредством выполнения небольшой

хирургической операции, в результате которой имплант помещается под кожу верхней трети плеча. Не содержат эстрогена и, соответственно, могут применяться кормящими матерями, а также женщинами, не переносящими эстроген-содержащие контрацептивы. Эффективность: один из наиболее эффективных и продолжительных по своему контрацептивному эффекту методов: менее 1 случая незапланированной беременности на каждые 100 женщин, применяющих метод в течение первого года (5 случаев на 10 000 женщин).

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит практически сразу.
Защита от инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

**Методы контрацепции, содержащие только прогестины
(прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК), инъекции депо-
медроксипрогестерон ацетата (ДМПА), импланты)**

| <p><i>Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i></p> | | | | |
|--|--|-------------|-------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | НП | НП | НП | НП = не применимо Пояснение: Прогестиновые контрацептивы (ПК) не применяются. В литературе отсутствуют какие-либо данные об отрицательном влиянии ПК на здоровье женщины, течение беременности и развитие плода в случаях, когда ПК применялись ошибочно во время беременности. Характер влияния ДМПА на здоровье плода остается неясным. |
| ВОЗРАСТ 1) С менархе до < 18 лет 2) от 18 до 45 лет 3) > 45 лет | 1 1 1 | 2 1 2 | 1 1 1 | Научные доказательства: Большинство исследований обнаружили, что во время приема ДМПА минеральная плотность костей у женщин снижается, но восстанавливается после отмены ДМПА. Неизвестно, влияет ли прием ДМПА в подростковом возрасте на уровень пиковой плотности костной ткани, а также могут ли взрослые женщины, длительно принимавшие ДМПА, восстановить исходную плотность костей до наступления менопаузы. Неизвестно, влияет ли уменьшение минеральной плотности костей, вызванное приемом ДМПА в течение репродуктивного периода, на возрастание риска переломов в будущем (1-41). Исследования не обнаруживают или не предоставляют достаточных доказательств влияния других ПК, отличных от ДМПА, на минеральную плотность костей (42-54). Пояснение: Экспертная группа считает, что при консультировании по методу ДМПА женщина должна быть проинформирована об особенностях влияния ДМПА на минеральную плотность костной ткани. При длительном использовании ДМПА рекомендуется проводить оценку конкретной ситуации у женщины каждые 2 года (218-220). У подростков до 18 лет ДМПА может быть использован после рассмотрения других более приемлемых методов контрацепции (218). В отсутствие других неблагоприятных клинических условий, прогестиновые гормональные контрацептивы могут применяться до наступления менопаузы. |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|--|------|----------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| ПАРИТЕТ | | | | |
| 1) рожавшие | 1 | 1 | 1 | |
| 2) нерожавшие | 1 | 1 | 1 | |
| КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ* | | | | |
| 1) < 6 недель после родов | 2 | 3 | 3 | Пояснение: Существуют определенные опасения, что стероидные гормоны могут наносить вред новорожденным детям в течение первых шести недель жизни. Тем не менее, во многих случаях риск заболеваемости и смертности во время беременности может быть высок, в то время, как доступ к медицинской помощи ограничен. В таких условиях ПК могут быть одним из широкодоступных и приемлемых методов контрацепции для женщин в период кормления грудью немедленно после родов. Научные доказательства: Прямые свидетельства клинических исследований демонстрируют отсутствие эффекта ПК на показатели лактации (55-90), и в целом говорят об отсутствии вредного влияния прогестинов через грудное молоко на здоровье новорожденных детей младше 6 недель. Тем не менее, метод проведения этих исследований не позволял точно определить, существуют ли какие-либо долгосрочные последствия большей или меньшей степени для ребенка (55-59;67;69;71;73;80;83;84). Экспертная группа считает возможным использовать прогестиновые оральные контрацептивы начиная с 4 недели после родов (221,222). Женщины, которые кормят ребенка исключительно грудью, с послеродовой аменореей и <6 месяцев после родов может рассчитывать на метод лактационной аменореи (МЛА) для контрацепции (см. далее в таблице по методу). |
| 2) ≥ 6 недель после родов < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание) | 1 | 1 | 1 | |
| 3) ≥ 6 месяцев после родов | 1 | 1 | 1 | |
| ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД (у некормлящих женщин) | | | | |
| 1) < 21 дня | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Это относится к любым родам с 22 недель беременности, в том числе при мертворожденности. |
| 2) ≥ 21 дня | 1 | 1 | 1 | |
| ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД | | | | |
| 1) Первый триместр | 1 | 1 | 1 | Пояснение: ЧПК могут назначаться сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности. Научные доказательства: Ограниченные данные свидетельствуют об отсутствии побочных эффектов при назначении имплантатов сразу после аборта в первом триместре беременности (96-99). |
| 2) Второй триместр | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Сразу после септического аборта | 1 | 1 | 1 | |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Все прогестиновые методы контрацепции снижают риск беременности |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|--|
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| | | | | (маточной и внутриматочной). Методы, ингибирующие овуляцию, могут быть предпочтительнее у женщин с эктопической беременностью в анамнезе. |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | 1 | |
| КУРЕНИЕ 1) Возраст < 35 лет 2) Возраст ≥ 35 лет а) < 15 сигарет/день б) ≥ 15 сигарет/день в) прекратила курение <1 года назад г) прекратила курение ≥ 1 год и более | 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 | Пояснение: Чисто прогестиновые методы контрацепции, вероятнее всего, не увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний даже у курящих (109, 223-225). В возрасте старше 35 лет, зарегистрировано статистически значимое повышение смертности, связанной с курением (226). Смертность от всех причин (в том числе рака) уменьшается до уровня некурящего человека в течение 20 лет после отказа от курения. Риск сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с курением, уменьшается в течение от одного года до пяти лет после отказа от курения (225-228). |
| ОЖИРЕНИЕ 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ² 2) От менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ² | 1 1 | 1 2 | 1 1 | Пояснение: Исследования показали противоречивые данные относительно того, имеют ли женщины, использующие ДМПА, риск прибавки веса, а также действительно ли женщины с ожирением подвергаются повышенному риску увеличения веса по отношению к пользователям ДМПА с нормальным весом (100-109, 229, 230). Научные доказательства: Подростки страдающие ожирением, принимавшие ДМПА, набирали вес больше, чем те, которые не получали контрацепции или получающие комбинированные оральные контрацептивы, а также те, кто не страдали ожирением и получали ДМПА. Одно небольшое исследование не выявило увеличения веса по сравнению с исходными данными среди подростков, получавшими Норплант, вне зависимости от массы тела в начале применения препарата (100-108). |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ § 1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка | 1 | 1 | 1 | Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали существенное снижение эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которым были выполнены операции, уменьшающие объем желудка (бандажирование желудка) (231). |

| <p>Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</p> | | | | |
|--|---|------|----------|--|
| <p>СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы</p> | <p>КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение</p> | | | <p>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</p> |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| <p>2)Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника</p> | 3 | 1 | 1 | <p>Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали существенное снижение эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись билиопанкреатическому шунтированию (232), однако, данные фармакокинетических исследований показали противоречивые результаты эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись тоще-подвздошному шунтированию (233, 234). Пояснение: При проведении бариатрических хирургических процедур, связанных с мальабсорбтивным компонентом, возможно снижение эффективности оральной контрацепции, вследствие послеоперационных осложнений, таких как долгосрочная диарея и / или рвота.</p> |
| <p>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> | | | | |
| <p>ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)</p> | 2 | 3 | 2 | <p>Пояснение: В случаях наличия множественных факторов риска вероятность развития коронарной болезни сердца может существенно возрастать. Некоторые ПК могут увеличить риск развития тромбозов, однако он существенно ниже, чем для КОК. Эффекты ДМПА могут наблюдаться в течение некоторого времени после прекращения их приема.</p> |
| <p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ * Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование.</p> | | | | |
| <p>1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД<140/90 мм.рт.ст.)</p> | 1 | 2 | 1 | <p>Пояснение: Оценка причины и определение уровня артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше. Пояснение: У женщин, получающих адекватное лечение артериальной гипертензии, снижается риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению со случаями, когда такого лечения не проводится. Хотя данные отсутствуют, пользователи ПК, у которых осуществляется адекватный контроль артериальной гипертензии, должны иметь более низкий риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению пользователями чисто прогестогеновыми контрацептивами, не получающими соответствующего лечения.</p> |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------|------------|--|
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| 2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § | 1 2 | 2 3 | 2 2 | Научные доказательства: Ограниченные исследования свидетельствуют о том, что у женщин с артериальной гипертензией, использующих прогестиновые оральные контрацептивы или инъекции, было небольшое повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, чем у женщин, которые не использовали эти методы (109). Пояснение: Заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки. Существуют опасения относительно гипозэстрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, особенно среди лиц, получающих ДМПА. Тем не менее, такого рода опасность незначительна в случае приема ПОК и имплантов. Эффекты ДМПА могут сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их приема. |
| 3) Заболевания сосудов | 2 | 3 | 2 | |
| В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным) | 1 | 1 | 1 | |
| ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется | 2 | 2 | 2 | Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА. |
| 2) Острый ТГВ/ТЭЛА | 3 | 3 | 3 | Научные доказательства: Нет прямых доказательств по использованию ПК у женщин с острым ТГВ/ТЭЛА (110-113). Хотя данные относительно повышения риска |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------|----------|--|
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев | 2 | 2 | 2 | развития тромбоза вен в результате приема ПК здоровыми женщинами противоречивы, любое небольшое повышение риска существенно ниже, чем в случае приема КОК. Научные доказательства: Прямые данные по применению ЧПК женщинами с ТГВ/ТЭЛА, получающими антикоагулянтную терапию неизвестны. Хотя данные относительно повышения риска развития тромбоза вен в результате приема ЧПК здоровыми женщинами противоречивы, любое небольшое повышение риска существенно ниже, чем в случае приема КОК (109, 110, 234). Ограниченные данные указывают на то, что внутримышечные инъекции ДМПА женщинам, получающим постоянную антикоагулянтную терапию, не представляют существенной опасности в отношении развития гематомы на месте инъекции или увеличения риска обильных или нерегулярных кровотечений из половых путей (111;113). Пояснение: Прием ДМПА может быть благоприятен для женщин, получающих антикоагулянтную терапию с анамнезом апоплексии яичников. |
| 4) Семейный анамнез (у ближайших родственников) | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью > 30 минут. К процедурам с высоким риском развития венозной тромбоземболии относятся общехирургические, ортопедические, травматологические и нейрохирургические операции (235). Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся менее 30 минут. Хирургия варикозных вен сопровождается низким риском венозной тромбоземболии. Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоземболических осложнений. |
| 5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией | 2 | 2 | 2 | |
| (б) без длительной иммобилизации | 1 | 1 | 1 | |
| 6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации | 1 | 1 | 1 | |
| 7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле | 1 | 1 | 1 | |
| ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ § (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина) | 2 | 2 | 2 | Пояснения: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. |
| ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей | 1 | 1 | 1 | |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--------|----------|--|
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей | 1 | 1 | 1 | |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ § | 3 | 3 | 3 | Пояснение: В том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование. Есть опасение относительно гипозрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, особенно среди лиц, получающих ДМПА. Тем не менее, такого рода опасность незначительна в случае прогестиновых оральных контрацептивов и имплантов. Эффекты ДМПА могут сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их приема. |
| ИНСУЛЬТ § (в том числе в анамнезе) | 3 | 3 | 3 | Пояснение: Есть опасение относительно гипозрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, особенно среди лиц, получающих ДМПА. Тем не менее, такого рода опасность незначительна в случае прогестиновых оральных контрацептивов и имплантов. Эффекты ДМПА могут сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их приема. |
| УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ | 2 | 2 | 2 | Пояснения: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. В то же время некоторые типы гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, поэтому категории приемлемости контрацепции должны быть оценены в зависимости от типа и степени тяжести этих нарушений, а также от наличия других сердечно-сосудистых факторов риска. Один только уровень липидов не является достоверными предиктором риска развития ишемической болезни сердца. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип) распространена в популяции с частотой примерно 1 из 500. Женщины с этим заболеванием имеют четырехкратное увеличение риска ишемической болезни в молодом возрасте (63). |
| КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА 1) Без осложнений 2) Осложненные § (легочная гипертензия, риск фибрилляции) | 1 1 | 1 1 | 1 1 | Пояснение: Хирургическая коррекция (протезирование клапана) и продолжающиеся проблемы с сердцем должны быть приняты во внимание при рассмотрении использования противозачаточных средств (64, 65). |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|--|-----------------|-----------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе) | | | | |
| БОЛЕЗНЬ РЕЙНО 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом | 1 1 2 | 1 1 2 | 1 1 2 | Пояснение: Вторичная болезнь Рейно обусловлена такими заболеваниями как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. Прогестерон оказывает незначительное влияние, но исследования не подтвердили взаимосвязи между болезнью Рейно и применением прогестагенов (239, 242). |
| РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | |
| СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ) § 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен) | 3 | 3 | 3 | Пояснение: Лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбоэмболии. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (114-132). Научные доказательства: Наличие антифосфолипидных антител связано с повышением риска как артериального, так и венозного тромбоза (133-135). |
| 2) Тяжелая тромбоцитопения | 2 | 3 | 2 | Пояснение: Тяжелая тромбоцитопения усиливает риск кровотечения. Прием ПК может быть полезен при лечении меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией. Тем не менее, так как в начале приема ДМПА может наблюдаться более сильное или беспорядочное кровотечение, при условии, что действие препарата продолжается в течение 11-13 недель после его введения, назначение этих контрацептивов женщинам с тяжелой тромбоцитопенией должно осуществляться с осторожностью. |
| 3) Иммуносупрессивная терапия | 2 | 2 | 2 | |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | | | |
|--|---|------|----------|---|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | | | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | | | | |
| 4) Ничего из вышеперечисленного | 2 | 2 | 2 | | | | |
| РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ | | | | | | | |
| 1) Прием иммунодепрессантов | 1 | 3 | 1 | Пояснение: Применение ДМПА у пациенток принимающих длительно кортикостероиды, а также при наличии факторов риска нетравматических переломов относится к категории 3. | | | |
| 2) В отсутствие приема иммунодепрессантов | 1 | 2 | 1 | В отсутствие приема иммунодепрессантов использование ДМПА для женщин с ревматоидным артритом относится к категории 2. Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали улучшения или ухудшения течения ревматоидного артрита у пациентов, использующих оральные контрацептивы (243-245), прогестерон, или эстрогены (246). | | | |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ | | | | | | | |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* | | | | | | | |
| 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии). Любое появление новых головных болей или заметных изменений характера головных болей должны быть оценены. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска развития инсульта. Риск инсульта возрастает с возрастом, при наличии гипертензии и курении. |
| 2) Мигрени | | | | | | | |
| а) без ауры | | | | | | | |
| • Возраст < 35 лет | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Научные доказательства: В нескольких исследованиях была специально проведена оценка мигрени при использовании прогестиновых методов контрацепции. Поскольку не существует плацебоконтролируемых исследований, истинный эффект прогестиновых контрацептивов на мигрени не ясен. Тем не менее, нет никаких доказательств того, что применение ПК связано с повышенным риском развития ишемического инсульта (247). |
| • Возраст ≥ 35 лет | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| б) с аурой, в любом возрасте | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | Пояснение: Есть опасение, что тяжелые головные боли могут усиливаться в случае применения ДМПА. Эффекты ДМПА могут наблюдаться в течение некоторого времени после прекращения их приема. |
| ЭПИЛЕПСИЯ⁹ | | | | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | | | | Пояснение: Если женщина получает противосудорожные препараты, назначать ПК следует с учетом рекомендаций, содержащихся в главе о лекарственных взаимодействиях. Определенные противосудорожные препараты снижают эффективность прогестиновых контрацептивов. |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | | | | | | |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|--|------|----------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | 1 | 1 | 1 | Пояснения: Классификация основана на данных, полученных для некоторых депрессивных состояний. Не имеется данных в отношении маниакально-депрессивного психоза и послеродовой депрессии. Существует вероятность взаимодействия между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами. Научные доказательства: Прием ЧПК не усиливает симптомы депрессии по сравнению с исходными данными (136-139). |
| ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | | | |
| ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ 1) Нерегулярные без больших кровопотерь | 2 | 2 | 2 | Пояснения: Нерегулярные менструальные кровотечения достаточно распространены среди здоровых женщин. Прогестиновые контрацептивы часто являются причиной нерегулярности менструальных кровотечений (249). Импланты могут вызывать нерегулярность менструаций, особенно в первые 3-6 месяцев, но возможно и дольше. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания (248, 249). |
| 2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер) | 2 | 2 | 2 | |
| ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины | 2 | 3 | 3 | Пояснения: Прогестиновые контрацептивы могут вызывать нерегулярные кровотечения, что может скрадывать симптомы скрытой патологии. Эффекты ДМПА могут наблюдаться в течение некоторого времени после прекращения их приема. Если существует предположение о беременности или скрытом заболевании (как например, злокачественной опухоли органов малого таза), необходимо провести диагностическое исследование и уточнить категорию после установления диагноза (249). |
| ЭНДОМЕТРИОЗ | 1 | 1 | 1 | |
| ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты) | 1 | 1 | 1 | |
| ДИСМЕНОРЕЯ | 1 | 1 | 1 | |
| ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-чХГ | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание) | 1 | 1 | 1 | |
| ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН | 1 | 1 | 1 | |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN) | 1 | 2 | 2 | Научные доказательства: Длительный прием ДМПА женщинами с ВИЧ-инфекцией (≥5 лет) может увеличить риск карциномы <i>in situ</i> , а также инвазивной карциномы (140). |
| РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии) | 1 | 2 | 2 | Пояснение: Есть некоторые теоретические опасения, что прогестиновые контрацептивы могут ухудшать прогноз существующего заболевания. В период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 1) Недиагностированное образование 2) Доброкачественные заболевания молочных желез 3) Семейный анамнез рака 4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) 5) Рак молочной железы § (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения | 2 1 1 1/2 4 3 | 2 1 1 1/2 4 3 | 2 1 1 1/2 4 3 | Пояснения: Установление диагноза должно произойти как можно скорее. Рак молочной железы является гормонально чувствительной опухолью. В связи с этим, прогноз текущего или недавнего заболевания может ухудшаться на фоне приема ПК. |
| РАК ЭНДОМЕТРИЯ § | 1 | 1 | 1 | Пояснение: В период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК. |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ | 1 | 1 | 1 | |
| РАК ЯИЧНИКОВ § | 1 | 1 | 1 | Пояснение: В период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК. |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | 1 1 | 1 1 | 1 1 | Пояснение: Нет доказательств, что ПК влияют на рост миомы матки. |
| ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент а) с последующей беременностью б) без последующей беременности 2) ВЗОМТ в настоящий момент | 1 1 1 | 1 1 1 | 1 1 1 | Пояснение: Неизвестно, способны ли прогестиновые контрацептивы также, как и КОК, уменьшать риск ВЗОМТ при ИППП, но они не защищают от инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ. |
| ИППП 1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время 2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) 3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) 4) Повышенный риск ИППП | 1 1 1 1 | 1 1 1 1 | 1 1 1 1 | Научные доказательства: Имеющиеся данные |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|-----------------------------|----------|----------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| | | | | позволяют предположить, что пользователи ДМПА, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться повышенному риску развития хламидиозного цервицита. Для других ИППП отсутствуют данные по влиянию ДМПА на повышение заболеваемости, или данные слишком ограничены для того, чтобы делать какие либо выводы. Нет данных для других ПК (141-148). |
| ВИЧ/СПИД | | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ | 1 | 1 | 1 | Научные доказательства: Соотношение данных свидетельствует об отсутствии связи между приемом ПК и заболеваемостью ВИЧ, однако результаты исследований ДМПА, проведенные в популяции высокого риска по ВИЧ, были противоречивы (149-173). Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ § 1) не получающие антиретровирусную терапию 2) получающие антиретровирусную терапию | 1 1-3 | 1 1-2 | 1 1-2 | Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию. Научные доказательства: Большинство исследований, посвященных оценке изменения количества CD4 клеток, вирусной нагрузки или выживания, не выявили повышения риска прогрессирования ВИЧ при использовании гормональных контрацептивных средств. Исследования риска заражения ИППП среди ВИЧ-инфицированных женщин, использующих ПК, показали результаты, в целом сопоставимые с уровнем заболеваемости среди женщин, не инфицированных ВИЧ. Одно прямое исследование не выявило какой либо связи между гормональной контрацепцией и повышением риска передачи ВИЧ неинфицированным лицам. Результаты нескольких не прямых исследований были противоречивы в отношении выявления ассоциации между гормональной контрацепцией и повышением риска выделения ДНК ВИЧ 1 или РНК из половых путей (174-191). Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| СПИД § | 1-3 | 1-2 | 1-2 | Пояснения: Поскольку может быть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивными средствами и антиретровирусными средствами (ARV), следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. |
| ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ | | | | |
| ТУБЕРКУЛЕЗ § | | | | Пояснения: Если женщина принимает |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | |
|--|--|--------|----------|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | | |
| 1) Не тазовый 2) Установленный тазовый | 1 1 | 1 1 | 1 1 | рифампицин, следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Рифампицин может уменьшать эффективность некоторых ПК. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции. | |
| МАЛЯРИЯ | 1 | 1 | 1 | | |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ | | | | | |
| 1) Гестационный диабет в анамнезе | 1 | 1 | 1 | <p>Научные доказательства: В двух небольших исследованиях установлено, что ПК не оказывали влияния на уровень липидов в плазме крови у пациенток с гестационным сахарным диабетом в анамнезе (193;194). Не существует убедительных доказательных данных в отношении развития инсулин-независимого сахарного диабета у лиц с анамнезом гестационного диабета, принимавших ПК (195-198).</p> <p>Научные доказательства: Ограниченные данные о приеме прогестиновых контрацептивов (ПОК, ДМПА, ЛНГ-имплантов) лицами с инсулинозависимым, а также инсулинонезависимым сахарным диабетом, свидетельствуют, что эти методы оказывают минимальное влияние на краткосрочный и долгосрочный контроль заболевания (например, на уровень HbA1c), маркеры гемостаза или липидный профиль (199-202).</p> <p>Есть опасение относительно гипоэстрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, особенно среди лиц, получающих ДМПА. Эффекты ДМПА могут наблюдаться в течение некоторого времени после прекращения приема. Некоторые ЧПК могут усилить риск развития тромбозов, однако он существенно ниже, чем для КОК.</p> | |
| 2) Без поражения сосудов (а) инсулинонезависимый (б) инсулинозависимый [§] | 2 2 | 2 2 | 2 2 | | |
| 3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§] | 2 | 3 | 2 | | |
| 4) Длительность диабета > 20 лет [§] | 2 | 2 | 2 | | |
| БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | | | | | |
| 1) Простой зоб (эутиреоз) | 1 | 1 | 1 | | |
| 2) Гипертиреоз | 1 | 1 | 1 | | |
| 3) Гипотиреоз | 1 | 1 | 1 | | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА | | | | | |
| ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) | 2 | 2 | 1 | <p>Пояснение: В случае наличия болезни Крона, выбор метода контрацепции зависит от степени нарушения всасываемости лекарств в кишечнике, необходимости операции для лечения болезни, риска тромбоза, остеопороза и других заболеваний. Оральные контрацептивы могут быть неэффективными во время очередного обострения болезни или если в прошлом из-за болезни у женщины была</p> | |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------------|------------------|---|
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| | | | | удалена часть тонкого кишечника, или если у женщины начался сильный понос или рвота, которые продолжаются больше 24 часов. Женщины с воспалительными заболеваниями кишечника имеют более высокую распространенность остеопороза и остеопении, чем в популяции в целом. Использование ДМПА может быть ограничено в виду повышения риска развития и прогрессирования остеопороза. Научные доказательства: Риск рецидива заболевания у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника использующих пероральные контрацептивы не увеличивался значительно по сравнению с женщинами, не применяющими их (250-254). |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ 1) С клиническими симптомами а) после холецистэктомии б) после медикаментозного лечения в) в настоящее время 2) Бессимптомные | | | | |
| ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ 1) Связанный с беременностью 2) Связанный с приемом КОК | 2 2 2 2 | 2 2 2 2 | 2 2 2 2 | Пояснение: Теоретически, связанный с использованием КОК ранее холестаз может предполагать в дальнейшем развитие холестаза на фоне приема ПК. Тем не менее, это не получило документального подтверждения. |
| ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ 1) Острый или обострение хронического 2) Носительство 3) Хронический | 1 1 1 | 1 1 1 | 1 1 1 | Пояснение: Прогестиновые оральные контрацептивы метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени, однако это в значительной степени меньше, чем при использовании КОК. |
| ЦИРРОЗ 1) Легкий (компенсированный без осложнений) 2) Тяжелый (декомпенсированный) § | 1 3 | 1 3 | 1 3 | Пояснение: ПК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени, однако это в значительной степени меньше, чем при использовании КОК. Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения) (255). |
| ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ 1) Доброкачественные а) очаговая узловая гиперплазия | 2 | 2 | 2 | Научные доказательства: Имеются прямые свидетельства, подтверждающие отсутствие связи между гормональной контрацепцией и прогрессией или регрессией фокальной узловой гиперплазии печени, однако данные этих исследований ограничены (203-205). |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | |
|--|-----------------------------|--------|----------|--|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | |
| | Н = начало, П = продолжение | | | | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | | |
| б) гепатоцеллюлярная аденома [§] 2) Злокачественная (гепатома) [§] | 3 3 | 3 3 | 3 3 | Пояснение: Прогестиновые контрацептивы метаболизируются в печени и использование может отрицательно сказаться у женщин с нарушенной функцией печени. Нет данных по использованию гормональных контрацептивов на фоне гепатоцеллюлярной аденомы. Прием КОК ассоциирован с развитием и ростом гепатоцеллюлярной аденомы, однако неизвестно, обладают ли другие гормональные контрацептивы подобным эффектом. | |
| ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ , осложненный циррозом печени | 3 | 3 | 3 | | |
| АНЕМИИ | | | | | |
| ТАЛАССЕМИЯ | 1 | 1 | 1 | | |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТЧНАЯ АНЕМИЯ[§] | 1 | 1 | 1 | Научные доказательства: ЧПК не влияли на гематологические параметры при серповидно-клеточной анемии. Некоторые исследования выявили благоприятное действие ЧПК в отношении клинических симптомов данного заболевания (206-213). | |
| ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Изменения в характере менструальных кровотечений, связанные с ПК, оказывают незначительный эффект на уровень гемоглобина в крови. | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ | | | | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ[§] | | | | | |
| 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца | 3 | 3 | 3 | | |
| 2) Неосложненные случаи | 2 | 2 | 2 | | |
| ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ | | | | | |
| Этот раздел имеет отношение к БЕЗОПАСНОСТИ применения контрацептивного метода у женщин, применяющих данный вид лекарств. При одновременном использовании с другими лекарственными средствами ЭФФЕКТИВНОСТЬ метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время. | | | | | |
| АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | | |
| 1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) | 1 | 1 | 1 | Пояснения: Антиретровирусные препараты имеют способность либо увеличивать, либо уменьшать биодоступность стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Ограниченные данные (обобщенные в Приложении 1) свидетельствуют о возможности взаимодействия между многими антиретровирусными препаратами (особенно некоторыми нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и усиленными | |
| 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) | 2 | 1 | 2 | | |
| 3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы | 3 | 1 | 2 | | |

| Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|--|------------------|------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| | | | | ритонавиром ингибиторами протеазы) и гормональными контрацептивами. Данные взаимодействия могут влиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и антиретровирусных препаратов. Таким образом, если женщины, получающие антиретровирусную терапию, решают начать или продолжить прием гормональных контрацептивов, рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов. Это делается с целью как предотвращения передачи ВИЧ- инфекции, так и для компенсации возможного уменьшения эффективности гормональных контрацептивов. |
| ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ 1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия) 2) Ламотригин | 3 1 | 1 1 | 2 1 | Пояснения: Хотя взаимодействие определенных противосудорожных средств с прогестиновыми таблетками и имплантами не наносит вреда здоровью женщин, тем не менее, они могут уменьшить эффективность контрацептивов. Можно ли разрешить данную проблему путем увеличения дозы гормонов в ПК, остается неясным. Женщинам, длительно принимающим любой из этих препаратов, должны быть предложены другие виды контрацепции, или рекомендовано дополнительно постоянное и правильное использование презервативов. ДМПА относится к категории 1, потому что эффективность этих инъекций не уменьшается при сочетанном приеме с противосудорожными препаратами. Научные доказательства: Прием некоторых противосудорожных препаратов может уменьшить эффективность ЧПК (214-216). Научные доказательства: Не было получено никаких данных в отношении взаимодействия ламотригина и ПК при сочетанном приеме пациентками с эпилепсией (217). |
| АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ 1) Антибиотики широкого спектра действия 2) Противогрибковые средства 3) Антипаразитарные средства 4) Терапия рифампицином или рифабутином | 1 1 1 3 | 1 1 1 1 | 1 1 1 2 | Пояснения: Хотя взаимодействие рифампицина и рифамбутина с прогестиновыми таблетками и имплантами не наносит вреда здоровью женщин, тем не менее, они могут уменьшить эффективность контрацептивов. Женщинам, длительно принимающим любой из этих препаратов, должны быть предложены другие виды контрацепции, или рекомендовано |

Прогестиновые контрацептивы не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|-----------------------------|------|----------|---|
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | ПОК | ДМПА | Импланты | |
| | | | | дополнительно постоянное и правильное использование презервативов. ДМПА относится к категории 1, потому что эффективность этих инъекций не уменьшается при сочетанном приеме с рифампицином и рифамбутином. Можно ли разрешить данную проблему путем увеличения дозы гормонов в ПК, остается неясным. |
| <p>Сокращения: ПК – прогестиновые контрацептивы; ЛВП – липопротеиды высокой плотности; ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; Пл - пластырь; К - кольцо; ЭЭ – этинил эстрадиол; ВМС – внутриматочные средства; ВТЭ – венозная тромбоземболия; ИМТ – индекс массы тела; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЭЛА – тромбоз легочной артерии; СКВ – системная красная волчанка; МКП – медицинские критерии приемлемости; hГЧ человеческий хорионический гонадотропин; ДМПА – депо медроксипрогестерон ацетат; ВПЧ – вирус папилломы человека; ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ – антиретровирусная терапия; ХВЗК – хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ – нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.</p> <p>§ Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.</p> | | | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Кормление грудью. Исключительно грудное вскармливание означает, что ребенок питается исключительно грудным молоком (т.е. помимо грудного молока в рацион ребенка не вводятся какие-либо другие жидкости, включая воду или прикорм).

Артериальная гипертензия. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ + 3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88см); АД_≥180/110 мм.рт.ст., включая отсутствие факторов риска.

Головные боли. Мигренозные головные боли: Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов. При движении интенсивность болей может возрастать. Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету. **Аура:** Аура – специфический центральный неврологический симптом, предвещающий приступ мигрени и представляющий расстройство нервной системы, при котором нарушается функция зрения, иногда совместно с функцией осязания и речи. В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями. Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением

функции речи. Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур. Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт (приложение 3).

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ПРОГЕСТИНОВЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ

- (1) Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 2006, 73:577-583.
- (2) Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *BJOG British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-1221.
- (3) Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Farley TMM, Mbatha F. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception* 71, 170-175. 2005.
- (4) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (5) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol*, 2004, 103:899-906.
- (6) Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-259.
- (7) Clark MK, Sowers M, Levy B et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2006, 86:1466-1474.
- (8) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (9) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (10) Cromer BA, Lazebnik R, Rome E et al. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Am J Obstet Gynecol*, 2005, 192:42-47.
- (11) Cromer BA, Bonny AE, Stager M et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertility & Sterility*, 2008, 90:2060-2067.
- (12) Cundy T, Cornish J, Evans MC et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-248.
- (13) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-573.
- (14) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-983.
- (15) Cundy T, Ames R, Horne A et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *J Clin Endocrinol Metab*, 2003, 88:78-81.
- (16) Gbolade B, Ellis S, Murby B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-794.
- (17) Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM et al. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*, 2006, 74:90-99.
- (18) Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*, 2008, 77:67-76.
- (19) Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
- (20) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatrics & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (21) Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, CD006033.
- (22) McGough P, Bigrigg A. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone density in a Scottish industrial city. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2007, 12:253-259.
- (23) Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception*, 2003, 67:79-86.
- (24) Orr-Walker BJ, Evans MC, Ames RW et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-61
- (25) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (26) Paiva LC, Pinto-Neto AM, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception*, 1998, 58:351-355.
- (27) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (28) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.
- (29) Rosenberg L, Zhang Y, Constant D et al. Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. *Contraception*, 2007, 76:425-431.
- (30) Scholes D, LaCroix AZ, Ott SM et al. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:233-238.
- (31) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*, 2002, 13:581-587.

- (32) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. The association between depot medroxyprogesterone acetate contraception and bone mineral density in adolescent women. *Contraception*, 2004, 69:99-104.
- (33) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:139-144.
- (34) Shaarawy M, El-Mallah SY, Seoudi S et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception*, 2006, 74:297-302.
- (35) Tang OS, Tang G, Yip P et al. Long-term depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception*, 1999, 59:25-29.
- (36) Tang OS, Tang G, Yip PS et al. Further evaluation on longterm depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-164.
- (37) Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-103.
- (38) Virutamasen P, Wangsuphachart S, Reinprayoon D et al. Trabecular bone in long-term depot-medroxyprogesterone acetate users. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1994, 20:269-274.
- (39) Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone density and bone metabolism before and after peak bone mass: A case-control study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93:1317-1323.
- (40) Wanichsetakul P, Kamudhamas A, Watanaruangkavit P et al. Bone mineral density at various anatomic bone sites in women receiving combined oral contraceptives and depotmedroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*, 2002, 65:407-410.
- (41) Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ et al. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporosis International*, 2008, 19:519-527.
- (42) Bahamondes L, Perrotti M, Castro S et al. Forearm bone density in users of Depo-Provera as a contraceptive method. *Fertility & Sterility*, 1999, 71:849-852.
- (43) Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Human Reproduction*, 2006, 21:466-470.
- (44) Bahamondes L, Espejo-Arce X, Hidalgo MM et al. A crosssectional study of the forearm bone density of long-term users of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Human Reproduction*, 2006, 21:1316-1319.
- (45) Beerthuizen R, van Beek A, Massai R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-122.
- (46) Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ et al. Oral progestogen- only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 1994, 41:739-745.
- (47) Di X, Li Y, Zhang C et al. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception*, 1999, 60:161-166.
- (48) Diaz S, Reyes MV, Zepeda A et al. Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human Reproduction*, 1999, 14:2499-2505.
- (49) Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Theppisai U et al. Bone density in women receiving Norplant implants for contraception. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1997, 80:738-741.
- (50) Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF et al. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reproductive Health*, 2007, 4:11.
- (51) Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*, 1995, 52:35-39.
- (52) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density during long-term treatment with Norplant implants and depot medroxyprogesterone acetate. A cross-sectional study of Thai women. *Contraception*, 1997, 56:153-155.
- (53) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density in long-term depot medroxyprogesterone acetate acceptors. *Contraception*, 1997, 56:1-3.
- (54) Vanderjagt DJ, Sagay AS, Imade GE et al. Effect of Norplant contraceptive on the bones of Nigerian women as assessed by quantitative ultrasound and serum markers of bone turnover. *Contraception*, 2005, 72:212-216.
- (55) Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-266.
- (56) bdel-Aleem H, bol-Oyoun e, Shaaban MM et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-286.
- (57) Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG*, 2001, 108:1174-1180.
- (58) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-208.
- (59) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-325.
- (60) Diaz S, Herreros C, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:53-74.
- (61) Diaz S, Zepeda A, Maturana X et al. Fertility regulation in nursing women : IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant(R) implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*, 1997, 56:223-232.
- (62) Giner VJ, Cortes G, V, Sotelo LA et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation

- and on the composition of milk]. *Ginecologна Obstétrica de México*, 1976, 40:31-39.
- (63) Guiloff E, Ibarra A, Zanartu J et al. Effect of Contraception on Lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (64) Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-1256.
- (65) Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-496.
- (66) Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception*, 1982, 25:279-292.
- (67) Jimenez J, Ochoa M, Soler MP et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-533.
- (68) Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-658.
- (69) Karim M, Ammar R, El-mahgoub S et al. Injected progestogen and lactation. *BMJ*, 1971, 1:200-203.
- (70) Massai MR, Diaz S, Quinteros E et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception*, 2001, 64:369-376.
- (71) Massai R, Miranda P, Valdes P et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.
- (72) Massai R, Quinteros E, Reyes MV et al. Extended use of a progesterone-releasing vaginal ring in nursing women: a phase II clinical trial. *Contraception*, 2005, 72:352-357.
- (73) McCann MF, Moggia AV, Higgins JE et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-648.
- (74) McEwan JA, Joyce DN, Tothill AU et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-350.
- (75) Melis GB, Strigini F, Fruzzetti F et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
- (76) Narducci U, Piatti N. [Use of Depo Provera as a contraceptive in the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 25:107-111.
- (77) Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon(R)) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-246.
- (78) Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A et al. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*, 2002, 66:57-65.
- (79) Seth U, Yadava HS, Agarwal N et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-398.
- (80) Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-635.
- (81) Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-710.
- (82) Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena(R) versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*, 2005, 72:346-351.
- (83) Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breastfed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-412.
- (84) Sivin I, Diaz S, Croxatto HB et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*, 1997, 55:225-232.
- (85) Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P et al. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breastfed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.
- (86) West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-569.
- (87) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (88) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Progestogenonly contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*, 1994, 50:55-68.
- (89) Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR et al. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*, 1986, 33:203-213.
- (90) Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-318.
- (91) Hull EM, Franz JR, Snyder AM et al. Perinatal progesterone and learning, social and reproductive behavior in rats. *Physiology & Behavior*, 1980, 24:251-256.
- (92) Hull EM. Effects of neonatal exposure to progesterone in sexual behavior of male and female rats. *Physiology & Behavior*, 1981, 26:401-405.
- (93) Lonstein JS, Quadroons PS, Wagner CK. Effects of neonatal RU486 on adult sexual, parental, and fearful behaviors in rats. *Behavioral Neuroscience*, 2001, 115:58-70.
- (94) Snyder AM, Hull EM. Perinatal progesterone affects learning in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 1980, 5:113-119.

- (95) van der SP, Baumgarten R. Effects of treatment of male and female rats in infancy with mifepristone on reproductive function in adulthood. *Journal of Reproduction & Fertility*, 1990, 90:255-266.
- (96) Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-482.
- (97) Kurunmaki H, et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-442.
- (98) Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-562.
- (99) Ortayli N, et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-314.
- (100) Bonny AE, Ziegler J, Harvey R et al. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, 160:40-45.
- (101) Clark MK, Dillon JS, Sowers M et al. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:1252-1258.
- (102) Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004, 70:269-275.
- (103) Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A et al. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 16:373-378.
- (104) Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
- (105) Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
- (106) Risser WL, Geffter LR, Barratt MS et al. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 24:433-436.
- (107) Westhoff C, Jain JK, Milsom I et al. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007, 75:261-267.
- (108) Curtis KM, Ravi A, Gaffield ME. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception*, 2009; 80:346-354.
- (109) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (110) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen- only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.
- (111) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.
- (112) Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B et al. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005, 10:9-14.
- (113) Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80:337- 345.
- (114) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (115) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (116) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688
- (117) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (118) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (119) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (120) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (121) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (122) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (123) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (124) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (125) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (126) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (127) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.

- (128) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (129) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (130) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (131) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (132) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (133) Choojitrom K, Veraseritniyom O, Totemchokchayakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (134) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (135) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systematic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (136) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (137) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (138) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (139) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (140) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (141) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (142) Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-1136.
- (143) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (144) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (145) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.
- (146) Moscicki AB, Hills N, Shiboski S et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
- (147) Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-367.
- (148) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (149) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (150) Allen S, Serufilira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (151) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (152) Bulterys M, Chao A, Habimana P et al. Incident HIV-1 infection in a cohort of young women in Butare, Rwanda. *AIDS*, 1994, 8:1585-1591.
- (153) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (154) Cohen CR, Duerr A, Pruithithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.
- (155) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (156) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (157) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (158) Kiddugavu M, Makumbi F, Wawer MJ et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-240.
- (159) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.
- (160) Kleinschmidt I, Rees H, Delany S et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception*, 2007, 75:461-467.

- (161) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (162) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (163) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (164) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (165) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (166) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (167) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (168) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (169) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (170) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (171) Siraprapasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (172) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (173) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (174) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (175) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (176) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (177) Clark RA, Theall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (178) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-2864.
- (179) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (180) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (181) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (182) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (183) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (184) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (185) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (186) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (187) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (188) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (189) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (190) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (191) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (192) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot

- Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (193) Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Annales Chirurgiae Gynaecologiae*, 1979, 68:69-74.
- (194) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica*, 1982, 101:134-139.
- (195) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA*, 1998, 280:533-538.
- (196) Nelson AL, Le MH, Musherraf Z et al. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 198:699.e1-699.e8.
- (197) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (198) Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA et al. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2007, 30:1952-1958.
- (199) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (200) Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabetic Medicine*, 1995, 13:525-530.
- (201) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (202) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (203) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterology Clinical Biology*, 2001, 25:1008-1010.
- (204) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- (205) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (206) Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on suckling. *American Journal of Medical Sciences*, 1973, 265:367-370.
- (207) Barbosa IC, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing nomegestrol acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-265.
- (208) de Abood M, et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*, 1997, 56:313-316.
- (209) De Ceulaer K, et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-231.
- (210) Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-1737.
- (211) Ladipo OA, et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1993, 41:85-87.
- (212) Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Nomegestrol acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-438.
- (213) Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-870.
- (214) Odland V, Olsson S-E. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-261.
- (215) Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 273:255-256.
- (216) Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during Phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-1364.
- (217) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
- (218) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive choices for women aged over 40 years. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2005;31(1):51-64
- (219) National Institute for Health and Clinical Excellence. Long acting-reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. 2005.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG030fullguideline.pdf>
- (220) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare. Statement on MHRA Guidance on Depo-Provera. 2004. <http://www.ffprhc.org.uk/>
- (221) FPRHC Guidance (July 2004) Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004;30(3):181-18933. Knight J, Pyper C. Postnatal contraception: what are the choices? *Nursing in Practice* 2002; May:23-25
- (222) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and reproductive Health (September 2009):30.www.fsrh.org.uk
- (223) Dunn N, Faragher B, Thorogood M, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal*. 1999;318:1579-1584
- (224) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women - evidence from RCGP Oral

- Contraceptive Study. *British Medical Journal*. 1989;298:1651-168.
- (225) Rosenberg R, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *The New England Journal of Medicine* 1990;322:213-217.
- (226) Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive and cigarette smoking. *Lancet*. 2003;362:185-191.
- (227) McElduff P, Dobson A, Beaglehole R, Jackson R. Rapid reduction on coronary risk for those who quit cigarette smoking. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998;22:787-791
- (228) Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA. Smoking and smoking Cessation in relation to mortality in women. *Journal of the American Medical Association*. 2008;7(299):2037-2047.
- (229) Berenson AB, Odom SD, Breitkopf CR, Rahman M. Physiologic and psychologic symptoms associated with use of injectable contraception and 20µg oral contraceptive pills. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;199:351.
- (230) Connor PD, Tavernier LA, Thomas SM, Gates D, Lytton SM. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2002;15:7-10.
- (231) Weiss HG, Nehoda H, Labeck B, et al. Pregnancies after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001;11:303-6.
- (232) Gerrits EG, Ceulemans R, van HR, Hendrickx L, Totte E. Contraceptive treatment after biliopancreatic diversion needs consensus. *Obes Surg* 2003;13:378-82.
- (233) Victor A, Odland V, Kral JG. Oral contraceptive absorption and sex hormone binding globulins in obese women: effects of jejunoileal bypass. *Gastroenterol Clin North Am* 1987;16:483-91.
- (234) Andersen AN, Lebeck PE, Sorensen TI, Borggaard B. Sex hormone levels and intestinal absorption of estradiol and D-norgestrel in women following bypass surgery for morbid obesity. *Int J Obes* 1982;6:91-6.
- (235) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
- (236) Wu O, Robertson L, Twaddle S, Lowe GDO, Clark P, Walker I, et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: a meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *British Journal of Haematology*. 2005;131(1):80-90.
- (237) Middledrop S, van Hylckama Vlieg A. Does thrombophilia testing help in the clinical management of patients? *British Journal of Haematology*. 2008;143(3):321-335.
- (238) Blickstein D, Blickstein I. Oral contraception and thrombophilia. *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*. 2007;19(4):370-376.
- (239) NHS Clinical Knowledge Summary – Raynaud’s-phenomenon. 2006. http://cks.library.nhs.uk/raynauds_phenomenon#-223261.
- (240) Eastcroft HH. Raynauds disease and the oral contraceptive pill [Letter]. *British Medical Journal*. 1976;477.
- (241) Altura BM. Sex and oestrogens and responsiveness of terminal arterioles to neurohypophyseal hormones and catecholamines. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1975;193:403-412.
- (242) Greenstein D, Jeffcoate N, Ilesley D, Lester RC. The menstrual cycle and Raynaud’s phenomenon. *Angiology* 1996;47:427-436.
- (243) Drossaers-Bakker KW, Zwinderman AH, Van ZD, Breedveld FC, Hazes JM. Pregnancy and oral contraceptive use do not significantly influence outcome in long term rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61:405-8.
- (244) Hazes JM, Dijkmans BA, Vandenbroucke JP, Cats A. Oral contraceptive treatment for rheumatoid arthritis: an open study in 10 female patients. *Br J Rheumatol* 1989;28 Suppl 1:28-30.
- (245) Ostensen M, Aune B, Husby G. Effect of pregnancy and hormonal changes on the activity of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1983;12:69-72.
- (246) Bijlsma JW, Huber-Bruning O, Thijssen JH. Effect of oestrogen treatment on clinical and laboratory manifestations of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1987;46:777-9.
- (247) McGregor A. Migraine and use of combined hormonal contraceptive: a clinical review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2007;33(3):15-169.
- (248) National Institute of Clinical Excellence. Heavy Menstrual Bleeding. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
- (249) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Management of Unscheduled bleeding in women using hormonal contraception. Clinical Effectiveness Unit: may 2009.
- (250) Bitton A, Peppercorn MA, Antonioli DA, et al. Clinical, biological, and histologic parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2001;120:13-20.
- (251) Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beaugier L, Gendre JP. Oral contraceptive use and the clinical course of Crohn’s disease: a prospective cohort study. *Gut* 1999;45:218-22.
- (252) Sutherland LR, Ramcharan S, Bryant H, Fick G. Effect of oral contraceptive use on reoperation following surgery for Crohn’s disease. *Dig Dis Sci* 1992;37:1377-82.
- (253) Timmer A, Sutherland LR, Martin F. Oral contraceptive use and smoking are risk factors for relapse in Crohn’s disease. The Canadian Mesalamine for Remission of Crohn’s Disease Study Group. *Gastroenterology* 1998;114:1143-50.
- (254) Wright JP. Factors influencing first relapse in patients with Crohn’s disease. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:12-6.
- (255) Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A et al. Compensated cirrhosis: natural history of prognostic factors. *Hepatology* 1987;7(1):122-128.
- (256) Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIBD09.pdf>

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

Внутриматочные средства контрацепции – контрацептивные средства длительного действия (5-10 лет). Вводятся в матку специалистом, владеющим соответствующей техникой. Могут содержать металлы (медь, серебро) и гормоны (левоноргестрел). В настоящее время инертные внутриматочные средства не используются.

Медьсодержащее внутриматочное средство контрацепции представляет собой небольшую гибкую рамку из пластика с медными гильзами или обмоткой из медной проволоки. Владеющий соответствующей техникой специалист вводит ВМС в полость матки, проходя через влагалище и шейку матки. Почти все типы ВМС имеют одну или две нити, свисающие во влагалище.

Основной механизм действия состоит в иницировании химических изменений, инактивирующих сперматозоиды и яйцеклетку до момента их возможного слияния, а также снижением возможности имплантации. Внутриматочные средства не обладают abortивным действием и не прерывают существующую беременность. ВМС входят в группу наиболее эффективных и долгосрочных методов контрацепции: на 100 женщин, пользующихся методом в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (от 6 до 8 случаев на 1000 пользователей). Незначительный риск наступления незапланированной беременности продолжает сохраняться и по истечении первого года после введения ВМС. Такой риск существует на протяжении всего периода ношения ВМС: в течение 10 лет использования около 2 случаев на 100 женщин.

Восстановление фертильности после удаления ВМС: происходит практически сразу.

Защита от инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Левоноргестрел-содержащее внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) состоит из белой или почти белой гормонально-эластомерной сердцевинки, помещенной на Т-образном корпусе и покрытой непрозрачной мембраной, регулирующей постоянное высвобождение небольшого количества гормона левоноргестрела в полость матки женщины.

Основной механизм действия заключается в уплотнении шейной слизи, подавлении подвижности и активности сперматозоидов в полости матки и в маточных трубах, и подавлении пролиферации эндометрия. Установленная продолжительность контрацептивного эффекта ЛНГ-ВМС – 5 лет. ЛНГ-ВМС являются одним из наиболее надежных методов контрацепции: на 100 женщин, применяющих метод в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (2 случая на 1000 пользователей). Незначительный риск наступления незапланированной беременности продолжает сохраняться и по истечении первого года после введения ЛНГ-ВМС. Такой риск существует на протяжении всего периода использования ЛНГ-ВМС: в течение 5 лет менее 1 случая на 100 женщин (от 5 до 8 случаев на 1000 женщин).

Восстановление фертильности после удаления ЛНГ-ВМС: происходит практически сразу.

Защита от инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

**Внутриматочные средства контрацепции, включая медьсодержащие
внутриматочные средства (Cu-ВМС) и
гормонсодержащие внутриматочные средства (Lng-ВМС)**

| <i>Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|--|---|---------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | 4 | 4 | Пояснение: ВМС во время беременности не должна применяться в связи с риском серьезных инфекций малого таза и септического самопроизвольного аборта. В большинстве случаев при возникновении беременности на фоне ВМС диагностируется маточная беременность, однако, необходимо исключить внематочную беременность. Женщины, которые забеременели во время как использования внутриматочной контрацепции, должны быть проинформированы о повышенном риске септического выкидыша во втором триместре, преждевременных родов и инфекции, если внутриматочное устройство остается в матке. Женщины, желающие сохранять беременность, должны быть проинформированы о том, что при наличии условий для удаления ВМС, эта процедура снизит возможные риски неблагоприятного течения беременности. Тем не менее, удаление ВМС само по себе несет небольшой риск выкидыша. Так или иначе, удаляется внутриматочное устройство или нет, беременным женщинам следует рекомендовать обратиться за медицинской помощью в случае кровотечения, спазмирующей боли, патологических выделений из влагалища или повышения температуры (124-128). |
| ВОЗРАСТ 1) С менархе до < 20 лет 2) ≥ 20 лет | 2 1 | 2 1 | Пояснение: От менархе до < 20 лет: Не исключен риск выпадения ВМС у нерожавших, а также риск ИППП вследствие особенностей сексуального поведения молодежи. |
| ПАРИТЕТ 1) нерожавшие 2) рожавшие | 2 1 | 2 1 | Научные доказательства: Данные относительной взаимосвязи применения ВМС у нерожавших женщин с бесплодием противоречивы, однако хорошо контролируемые исследования свидетельствуют об отсутствии риска (1-9). |
| ПОСЛЕ РОДОВ* (кормящие и не кормящие грудью женщины, включая родоразрешение путем операции кесарева сечения) 1) от ≥ 48 часов до < 4 недель | 3 | 3 | Пояснение: Это относится к любым родам с 22 недель беременности, в том числе при мертворожденности (10-24). от 48 часов до < 4 недель: Вероятность того, что при использовании ЛНГ-ВМС новорожденный может подвергаться риску воздействия стероидных гормонов в течение первых 6 недель после родов, такая же, как и при применении других прогестиновых |

| <i>Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|--|---|---------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| 2) > 4 недели | 1 | 1 | контрацептивов. Нет никаких доказательств влияния ЛНГ-ВМС на лактацию и развитие ребенка (129, 130). В связи с высоким риском перфорации матки введение ВМС должно быть отложено до 4 недель после родов. Риск экспульсии при установке ВМС сразу после родов превышает таковой при интервальном введении (11, 20). |
| 3) Послеродовой сепсис | 4 | 4 | Послеродовой сепсис: Введение ВМС может значительно ухудшить состояние. |
| ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД | | | Пояснение: ВМС можно вводить сразу же после аборта в первом триместре, самопроизвольного или искусственного, в том числе завершившегося медикаментозного (124-128, 25-37, 131). Научные доказательства: Уровень риска развития осложнений не зависит от момента введения ВМС – сразу после аборта или по истечении некоторого времени. Частота экспульсий была выше при установке ВМС после аборта во втором триместре по сравнению с абортом в первом триместре. Различий в безопасности или в частоте экспульсий при установке ЛНГ-ВМС или Cu-ВМС выявлено не было (25-37, 131). |
| 3) Сразу после септического аборта | 4 | 4 | Введение ВМС сразу после септического аборта может значительно ухудшить состояние. |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | Пояснение: Абсолютный риск внематочной беременности крайне низкий в связи с высокой эффективностью ВМС. |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | |
| КУРЕНИЕ | | | |
| 1) Возраст < 35 лет | 1 | 1 | |
| 2) Возраст ≥ 35 лет | | | |
| а) < 15 сигарет/день | 1 | 1 | |
| б) ≥ 15 сигарет/день | 1 | 1 | |
| в) прекратила курение <1 года назад | 1 | 1 | |
| г) прекратила курение ≥ 1 год и более | 1 | 1 | |
| ОЖИРЕНИЕ | | | |
| 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ² | 1 | 1 | |
| 2) от менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ² | 2 | 2 | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ § | | | |
| 1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем | 1 | 1 | |

| <i>Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|---|---|-----------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| желудка 2) Малабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника | 1 | 1 | |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение) | 1 | 2 | |
| АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование. | | | |
| 1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД < 140/90 мм.рт.ст.) 2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § 3) Заболевания сосудов § | 1 1 1 1 | 1 1 2 | Пояснение: Заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки. |
| В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным) | 1 | 1 | |

Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|---------|---|
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется | 1 | 2 | Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА. Пояснение: Системная абсорбция левоноргестрела из ЛНГ-ВМС невелика и вряд ли будет связана с увеличением риска развития венозной тромбоэмболии. Научные доказательства: Хотя доказательства повышения риска венозных тромбозов при использовании прогестиновых оральных контрацептивов неоднозначны, любое небольшое повышение риска значительно меньше по сравнению с КОК (38-40). |
| 2) Острый ТГВ/ТЭЛА | 2 | 3 | Пояснение: Женщины, которые имеют острую венозную тромбоэмболию могут рассмотреть вопрос об использовании ЛНГ-ВМС или Cu-ВМС, но, возможно, следует рассмотреть введение внутриматочных средств после прекращения антикоагулянтной терапии, в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры введения. Научные доказательства: Хотя доказательства повышения риска венозных тромбозов при использовании ОК, содержащих только гестагены, неоднозначны, любое небольшое повышение риска значительно меньше по сравнению с КОК (38-40). Ограниченные научные доказательства свидетельствуют о том, что установка ЛНГ-ВМС не сопровождается риском тяжелых кровотечений у женщин, получающих длительную антикоагулянтную терапию (41-43). |
| 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев | 2 | 2 | Научные доказательства: Хотя доказательства повышения риска венозных тромбозов при использовании ОК, содержащих только гестагены, неоднозначны, любое небольшое повышение риска значительно меньше по сравнению с КОК (38-40). Ограниченные научные доказательства свидетельствуют о том, что установка ЛНГ-ВМС не сопровождается риском тяжелых кровотечений у женщин, получающих длительную антикоагулянтную терапию (41-43). |
| 4) Семейный анамнез (у ближайших родственников) 5) Большое хирургическое вмешательство | 1 | 1 | Пояснение: Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции > 30 минут продолжительности. К процедурам с |

Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------|---|
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| (а) с длительной иммобилизацией (б) без длительной иммобилизации 6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации 7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле | 1 | 2 | высоким риском ВТЭ относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию (132). Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, хирургическая стерилизация). Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии. Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений. |
| ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ § (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина С и антитромбина) | 1 | 2 | |
| ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей | 1 1 | 1 1 | |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ § | 1 | Н П 2 3 | |
| ИНСУЛЬТ § (в том числе в анамнезе) | 1 | Н П 2 3 | Пояснение: В том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование. |
| УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ | 1 | 1 | |
| КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА 1) Без осложнений | 1 | 1 | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. В то же время некоторые типы гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, поэтому категории приемлемости контрацепции должны быть оценены в зависимости от типа и степени тяжести этих нарушений, а также от наличия других сердечно-сосудистых факторов риска. Один только уровень липидов не является достоверными предиктором риска развития ишемической болезни сердца. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип) распространена в популяции с частотой примерно 1 из 500. Женщины с этим заболеванием имеют четырехкратное увеличение риска ишемической болезни в молодом возрасте (133). |

| Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | |
|---|-----------------------------|---------|---|---|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | | |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | | | |
| 2) Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе) | 2 | 2 | | | |
| БОЛЕЗНЬ РЕЙНО | | | | | Пояснение: Вторичная болезнь Рейно обусловлена такими заболеваниями как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. При наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови (134, 135) |
| 1) Первичная | 1 | 1 | | | |
| 2) Вторичная | | | | | |
| а) Без волчаночного антикоагулянта | 1 | 1 | | | |
| б) С волчаночным антикоагулянтом | 1 | 2 | | | |
| РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | | |
| СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ) § | Н | П | | | Пояснение: Лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбоземболии. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (44-62). Научные доказательства: Наличие антифосфолипидных антител связано с повышенным риском развития как артериального, так и венозного тромбоза (63, 64). Пояснение: тяжелая тромбоцитопения повышает риск кровотечений. Категорию необходимо оценивать с учетом тяжести тромбоцитопении и ее клинических проявлений. У женщин с очень тяжелой тромбоцитопенией, относящихся к группе риска спонтанных кровотечений, может потребоваться консультация со специалистом или проведение предварительного лечения. Научные доказательства: ЛНГ-ВМС может быть эффективным методом лечения меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией (43). |
| 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен) | 1 | 1 | 3 | | |
| 2) Тяжелая тромбоцитопения | 3 | 2 | 2 | | |
| 3) Иммуносупрессивная терапия | 2 | 1 | 2 | | |
| 4) Ничего из вышеперечисленного | 1 | 1 | 2 | | |
| РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ | Н | П | Н | П | |
| 1) Прием иммунодепрессантов | 2 | 1 | 2 | 1 | |

| Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | | |
|---|---|---------|--------|---|--|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | | | | |
| 2) В отсутствие приема иммунодепрессантов | 1 | 1 | | | | |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ | | | | | | |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* | | | | | | |
| 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) | 1 | Н 1 | П 1 | Пояснение: Необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей. Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой (136, 137). Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии). | | |
| 2) Мигрени | | | | | | |
| а) без ауры | | | | | | |
| •Возраст < 35 лет | 1 | 2 | 2 | | | |
| •Возраст ≥ 35 лет | 1 | 2 | 2 | | | |
| б) с аурой, в любом возрасте | 1 | 2 | 3 | | | |
| ЭПИЛЕПСИЯ[§] | 1 | 1 | | | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | | | | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | 1 | 1 | | | Пояснение: Классификация основана на данных для женщин с некоторыми депрессивными расстройствами. Данные по маниакально-депрессивному психозу и послеродовой депрессии отсутствуют. Существует возможность лекарственных взаимодействий между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами. | |
| ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | | | | | |
| ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИИ | | | | | | |
| 1) Нерегулярные без больших кровопотерь | 1 | Н 1 | П 1 | Пояснение: Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания. Научные доказательства: Научные доказательства, полученные в исследованиях по изучению лечебных эффектов ЛНГ-ВМС у женщин с обильными или длительными кровотечениями, свидетельствуют об отсутствии увеличения частоты нежелательных эффектов. Было показано, что ЛНГ-ВМС может оказывать благоприятные эффекты при лечении меноррагии (65-72). | | |
| 2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер) | 2 | 1 | 2 | | | |
| ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ | | | | | | |
| (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины | | Н 4 | П 2 | Н 4 | П 2 | Пояснение: Если существует предположение о беременности или скрытом заболевании (как например, злокачественной опухоли органов малого таза), необходимо провести диагностическое исследование и уточнить категорию после установления диагноза. До проведения оценки необходимости в удалении ВМС нет. |
| ЭНДОМЕТРИОЗ | | | | | | |
| | 2 | 1 | | | Научные доказательства: Применение ЛНГ-ВМС у женщин с эндометриозом уменьшает дисменорею, тазовую боль и диспареунию (73-77). | |
| ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты) | | | | | | |
| | 1 | 1 | | | | |
| ДИСМЕНОРЕЯ | | | | | | |
| | 2 | 1 | | | Пояснение: При использовании медь- | |

| <p><i>Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i></p> | | | | | |
|---|---|--------|---------|--------|--|
| <p>СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы</p> | <p>КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение</p> | | | | <p>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</p> |
| | Cu-ВМС | | Lng-ВМС | | |
| | | | | | содержащей ВМС возможно усиление дисменореи. Использование ЛНГ-ВМС сопровождается уменьшением дисменореи. |
| <p>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</p> <p>1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-чХГ</p> <p>2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)</p> | 3 | 3 | | | <p>Научные доказательства: Существуют некоторые данные о том, что у женщин, использующих ВМС, после эвакуации пузырного заноса, не наблюдается повышение риска развития трофобластической болезни по сравнению с женщинами, использующими другие методы контрацепции (78-81).</p> |
| | 4 | 4 | | | |
| ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН | 1 | 1 | | | |
| ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN) | 1 | 2 | | | |
| <p>РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии)</p> | Н 4 | П 2 | Н 4 | П 2 | <p>Пояснение: Существует обеспокоенность относительно увеличения риска инфекций и кровотечения при введении ВМС. ВМС, вероятно, придется удалить перед лечением, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.</p> |
| | | | | | |
| <p>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <p>1) Недиагностированное образование</p> <p>2) Доброкачественные заболевания молочных желез</p> <p>3) Семейный анамнез рака</p> <p>4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)</p> <p>5) Рак молочной железы § (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения</p> | 1 | 2 | | | <p>Пояснение: Необходимо незамедлительное обследование.</p> <p>Пояснение: Рак молочной железы – это гормонально-чувствительная опухоль. С применением ЛНГ-ВМС связана меньшая обеспокоенность о прогрессировании заболевания, чем при использовании КОК или высокодозированных ЧПК, содержащих только гестагены.</p> |
| | 1 | 1 | | | |
| | 1 | 1 | | | |
| | 1 | 1 | | | |
| | 1 | 4 | 3 | | |
| <p>РАК ЭНДОМЕТРИЯ §</p> | Н 4 | П 2 | Н 4 | П 2 | <p>Пояснение: Существует обеспокоенность о повышенном риске инфекции, перфорации и кровотечения при установке ВМС. ВМС вероятнее всего потребует удаления перед началом лечения, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.</p> |
| | | | | | |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ | 1 | 1 | | | <p>Научные доказательства: Среди женщин с гиперплазией эндометрия не было отрицательного влияния на здоровье при</p> |

Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|---------------------------------------|--------|---------|--------|--|
| | Н = начало, П = продолжение Cu-ВМС | | Lng-ВМС | | |
| | | | | | использовании ЛНГ-ВМС; в большинстве случаев имел место регресс заболевания (138-146). |
| РАК ЯИЧНИКОВ § | Н 3 | П 2 | Н 3 | П 2 | Пояснение: ВМС вероятнее всего потребуется удалить перед началом лечения, но с этого времени женщина подвержена риску беременности. |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | 1 4 | 1 4 | 1 4 | 1 4 | Научные доказательства: У женщин с миомой матки не наблюдалось проблем со здоровьем, связанным с применением ЛНГ-ВМС, у некоторых пациенток отмечалось уменьшение симптомов и размеров миомы матки (82-88). Применение ЛНГ-ВМС у пациенток с миомой матки сопровождалось нормализацией уровня гемоглобина, гематокрита, ферритина в сыворотке крови (83, 84, 147, 149-153) и уменьшения объема менструальной кровопотери (83, 84, 147-154). Частота экспульсии ЛНГ-ВМС у женщин с миомой матки была выше (11%), чем у пациенток без миомы (0-3%), эти данные не были статистически значимыми, или оценка статистической значимости не проводилась (148, 154). Частота экспульсии ВМС по данным неконтролируемых исследований была в диапазоне от 0% до 20% (83, 84, 149, 151-153). Пояснение: Женщинам с обильными или длительными кровотечениями (без деформации полости матки) необходимо присвоить категорию в связи с данным состоянием. Имеющаяся миома, которая деформирует полость матки, может мешать установке и правильному расположению ВМС. |
| АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ 1) Деформация полости матки (любые врожденные или приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации полости матки, не совместимые с установкой ВМС) 2) Другие аномалии (включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов), не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМС | 4 2 | 4 2 | 4 2 | 4 2 | Пояснение: При наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, правильная установка ВМС может быть невозможной. |
| ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент) а) с последующей | Н 1 | П 1 | Н 1 | П 1 | Пояснение: ВМС не обеспечивает защиту против ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. У женщин с низким риском ИППП установка ВМС сопровождается низким риском ВЗОМТ. Важными обстоятельствами является риск ИППП на текущий момент и желание в последующем иметь беременность. |

| Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------|--------|--------|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | |
| | Н = начало, П = продолжение | | | | | |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | Н | П | | |
| беременностью б) без последующей беременности 2) ВЗОМТ в настоящий момент | 2 | 2 | 2 | 2 | <p>Разъяснение для продолжения использования: Необходимо лечение ВЗОМТ с использованием соответствующих антибиотиков. Обычно нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать использовать этот метод контрацепции (см. Избранные практические рекомендации по использованию контрацепции ВОЗ; Женева, 2005).</p> <p>Научные доказательства: Различий в клиническом течении ВЗОМТ при удалении и отказе от удаления ВМС выявлено не было (89-91).</p> | |
| ИППП 1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время | Н 4 | П 2 | Н 4 | П 2 | <p>Разъяснение для продолжения использования: Необходимо лечение ИППП с использованием соответствующих антибиотиков. Обычно нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать использовать этот метод контрацепции.</p> <p>Научные доказательства: Нет данных в отношении того, насколько введение ВМС женщинам с ИППП увеличивает риск ВЗОМТ, по сравнению с теми, которые ими не пользуются. Среди женщин, которым были введены ВМС, абсолютный риск последующего развития ВЗОМТ у женщин с ИППП на момент введения ВМС был невысоким, но выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения(92-98).</p> | |
| 2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) | 2 | 2 | 2 | 2 | | |
| 3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) | 2 | 2 | 2 | 2 | | |
| 4)Повышенный риск ИППП | 2/3 | 2 | 2/3 | 2 | <p>Пояснение: Если у женщины имеется очень высокий индивидуальный риск заболеть гонореей или хламидийной инфекцией, это состояние относится к категории 3.</p> <p>Научные доказательства: При использовании алгоритма классификации риска ИППП у женщин, использующих ВМС, в одном исследовании сообщалось о том, что осложнения, связанные с ВМС, развились у 11% пациенток из группы высокого риска ИППП по сравнению с 5% женщин, которые не были отнесены к группе высокого риска (99).</p> | |
| ВИЧ/СПИД | | | | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ | 2 | 2 | | | | <p>Научные доказательства: Среди женщин из группы повышенного риска ВИЧ</p> |

Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--------------|---------------------------|-------------|---|
| | Cu-ВМС | | Lng-ВМС | | |
| | | | | | медьсодержащая ВМС не увеличивает риск заболеть ВИЧ (100-110). |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ[§] 1) получающие антиретровирусную терапию 2) не получающие антиретровирусную терапию | 2/3 2 | 2/3 2 | | | Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию. Научные доказательства: Ограниченные научные данные свидетельствуют об отсутствии повышения риска любых осложнений, в том числе инфекционных, при использовании ВМС у ВИЧ-инфицированных по сравнению с неинфицированными женщинами. Использование ВМС не оказывает неблагоприятного влияния на прогрессирование ВИЧ по сравнению с гормональной контрацепцией у ВИЧ-инфицированных женщин. Более того, не существует доказательств, что использование ВМС у ВИЧ-инфицированных женщин связано с повышением риска передачи вируса половым партнерам (111-119). |
| СПИД (на фоне антиретровирусной терапии) [§] | Н 3 | П 2 | Н 3 | П 2 | Разъяснение для продолжения Женщины, больные СПИДом, при использовании ВМС должны быть полностью обследованы на наличие инфекционных заболеваний органов малого таза. |
| ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ | | | | | |
| ТУБЕРКУЛЕЗ[§] 1) Не тазовый 2) Установленный тазовый | Н 1 4 | П 1 3 | Н 1 4 | П 1 3 | См. раздел по лекарственному взаимодействию Пояснение: Введение ВМС при наличии туберкулеза тазовой локализации может значительно ухудшить состояние. |
| МАЛЯРИЯ | 1 | | 1 | | |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1) Гестационный диабет в анамнезе 2) Без поражения сосудов (а) инсулинонезависимый (б) инсулинозависимый [§] 3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§] 4) Длительность диабета > 20 лет [§] | 1 1 1 1 1 | | 1 2 2 2 2 | | Научные доказательства: Ограниченные доказательства по использованию ЛНГ-ВМС у женщин с инсулинозависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом свидетельствует о том, что этот метод оказывает незначительное влияние на краткосрочный и долгосрочный контроль сахарного диабета (например, уровни HbA1c), маркеры гемостаза или липидный профиль (120; 121). |
| БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1) Простой зоб (эутиреоз) 2) Гипертиреоз 3) Гипотиреоз | 1 1 1 | | 1 1 1 | | |

| Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | |
|---|-----------------------------|---------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА | | | |
| ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) | 1 | 1 | Научные доказательства: В двух сообщениях описаны случаи возникновения обострения ХВЗК у трех женщин спустя 5 дней-25 мес. после введения ЛНГ-ВМС (155, 156). Однако сравнительных исследований безопасности ВМС у женщин с ХВЗК до настоящего времени не проводилось. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ* | | | |
| 1) С клиническими симптомами | | | |
| а) после холецистэктомии | 1 | 2 | |
| б) после медикаментозного лечения | 1 | 2 | |
| в) в настоящее время | 1 | 2 | |
| 2) Бессимптомные | 1 | 2 | |
| ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ* | | | |
| 1) Связанный с беременностью | 1 | 1 | Пояснение: Существует беспокойство что холестаза, связанный с применением КОК, в анамнезе может быть фактором риска развития холестаза в будущем при применении ЛНГ. Остается неизвестным, имеется ли повышенный риск при использовании ЛНГ-ВМС. |
| 2) Связанный с приемом КОК | 1 | 2 | |
| ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ | | | |
| 1) Острый или обострение хронического | 1 | 1 | |
| 2) Носительство | 1 | 1 | |
| 3) Хронический | 1 | 1 | |
| ЦИРРОЗ | | | |
| 1) Легкий (компенсированный без осложнений) | 1 | 1 | Пояснение: Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения) (157). |
| 2) Тяжелый (декомпенсированный) § | 2 | 3 | |
| ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ | | | |
| 1) Доброкачественные | | | Пояснение: Научные доказательства по применению гормональной контрацепции у женщин с гепатоцеллюлярной карциномой отсутствуют. Учитывая, что использование КОК ассоциируется с развитием и ростом гепатоцеллюлярной аденомы у здоровых женщин, неизвестно, обладают ли другие гормональные контрацептивы сходными эффектами. |
| а) очаговая узловая гиперплазия | 1 | 2 | |
| б) гепатоцеллюлярная аденома § | 1 | 3 | |
| 2) Злокачественная (гепатома) § | 1 | 3 | |
| ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ , осложненный циррозом печени | 1 | 3 | |
| АНЕМИИ | | | |
| ТАЛАССЕМИЯ | 2 | 1 | Пояснение: Существует беспокойство о повышенном риске кровопотери при применении медь-содержащих ВМС. |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ § | 2 | 1 | Пояснение: Существует беспокойство о повышенном риске кровопотери при применении медь-содержащих ВМС. |

| Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | | |
|--|------------------------------------|---------|-----|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | | |
| | Cu-ВМС | Lng-ВМС | Н | П | |
| ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ | 2 | 1 | | | Пояснение: Существует беспокойство о повышенном риске кровопотери при применении медь-содержащих ВМС. |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ | | | | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ § | Н | П | Н | П | Научные доказательства: Нет сравнительных исследований использования ВМС у пациентов после трансплантации внутренних органов. Описано 4 случая использования ВМС после трансплантации внутренних органов, при этом получены противоречивые результаты, включая благоприятные эффекты и контрацептивные неудачи (159-162). |
| 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца | 3 | 2 | 3 | 2 | |
| 2) Неосложненные случаи | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ | | | | | |
| Этот раздел имеет отношение к БЕЗОПАСНОСТИ применения контрацептивного метода у женщин, применяющих данный вид лекарств. При одновременном использовании с другими лекарственными средствами ЭФФЕКТИВНОСТЬ метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время. | | | | | |
| АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ | Н | П | Н | П | Пояснение: Взаимодействия между антиретровирусными препаратами и применением ВМС отсутствуют. Однако СПИД является состоянием, которое отнесено к категории 3 для установки ВМС, за исключением клинической стабилизации на фоне антиретровирусной терапии, когда как установку ВМС, так и продолжение использования ВМС относят к категории 2 (см. ВИЧ /СПИД). |
| 1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) | 2/3 | 2 | 2/3 | 2 | |
| 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) | 2/3 | 2 | 2/3 | 2 | |
| 3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы | 2/3 | 2 | 2/3 | 2 | |
| ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | | Научные доказательства: Ограниченные научные доказательства свидетельствуют о том, что использование ряда противосудорожных препаратов не оказывает влияния на контрацептивную эффективность ЛНГ-ВМС (122). |
| 1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия) | 1 | | 1 | | |
| 2) Ламотригин | 1 | | 1 | | Научные доказательства: О лекарственных взаимодействиях при одновременном применении ЛНГ-ВМС и ламотригина у женщин с эпилепсией не сообщалось (123). |
| АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | | Научные доказательства: В одном перекрестном исследовании было показано, что рифабутин не оказывает влияния на эффективность ЛНГ-ВМС (122). |
| 1) Антибиотики широкого спектра действия | 1 | | 1 | | |
| 2) Противогрибковые средства | 1 | | 1 | | |
| 3) Антипаразитарные средства | 1 | | 1 | | |
| 4) Терапия рифампицином или рифабутином | 1 | | 1 | | |

Сокращения: ЛНГ-ВМС – левоноргестрелсодержащее внутриматочное средство; Cu-ВМС – медьсодержащее внутриматочное

Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|-----------------------------|---------|--------------------------------------|
| | Н = начало, П = продолжение | | |
| | Cu-ВМС | Лнг-ВМС | |
| <p>средство; ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; ВТЭ – венозная тромбоэмболия; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЛА – тромбоз легочной артерии; СКВ – системная красная волчанка; МКП – медицинские критерии приемлемости; hГЧ – человеческий хорионический гонадотропин; ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ – антиретровирусная терапия; ХВЗК- хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.</p> <p>§Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.</p> | | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Кормление грудью. Исключительно грудное вскармливание означает, что ребенок питается исключительно грудным молоком (т.е. помимо грудного молока в рацион ребенка не вводятся какие-либо другие жидкости, включая воду или прикорм)(550).

Артериальная гипертензия. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ + 3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88см); АД \geq 180/110 мм.рт.ст., включая отсутствие факторов риска.

Головные боли. Мигренозные головные боли: Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов. При движении интенсивность боли может возрасти. Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету. **Аура:** Аура – специфический центральный неврологический симптом, предвещающий приступ мигрени и представляющий расстройство нервной системы, при котором нарушается функция зрения, иногда совместно с функцией осязания и речи. В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями. Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением функции речи. Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур. Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт (приложение 3).

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ВНУТРИМАТОЧНЫМ КОНТРАЦЕПТИВНЫМ СРЕДСТВАМ

- (1) Cramer DW, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-947.
- (2) Daling JR, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-941.
- (3) Daling JR, et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-204.
- (4) Delborge W, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
- (5) Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-314.
- (6) Hubacher D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-567.
- (7) Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-145.
- (8) Urbach DR, et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-571.
- (9) Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-396.
- (10) Bonilla Rosales F., Aguilar Zamudio ME., Cazares Montero Mde L. et al. Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 2005, 43:5-10.
- (11) Brenner PF. A Clinical-Trial of the Delta-T Intrauterine-Device - Immediate Postpartum Insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-147.
- (12) Celen S, Moroy P, Sucak A et al. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004, 69:279-282.
- (13) Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-134.
- (14) El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO et al. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: Three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 26:253-262.
- (15) Eroglu K, Akkuzu G, Vural G et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/ early postpartum period with interval period: 1 year followup. *Contraception*, 2006, 74:376-381.
- (16) Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1989, 57:23-27.
- (17) Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 143:29-35.
- (18) Morrison C, Waszak C, Katz K et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
- (19) Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005, 72:192-195.
- (20) Thiery M, Vanderpas H, Delbeke L et al. Comparative Performance of 2 Copper-Wired IUDs (MI-Cu-250 and T-Cu-200) - Immediate Postpartum and Interval Insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
- (21) Thiery M, Van Kets H, Van der PH et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-53.
- (22) Welkovic S, Costa LO, Faundes A et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001, 63:155-158.
- (23) Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital--a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1991, 35:157-164.
- (24) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*, 2009, 80:327-336.
- (25) El Tagy A, et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-234.
- (26) Gillett PG, et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-124.
- (27) Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID:10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
- (28) Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-739.
- (29) Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-317.
- (30) Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-34.
- (31) Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-1173.
- (32) Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-208.

- (33) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-114.
- (34) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
- (35) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCU220C and multiload 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-128.
- (36) Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-160.
- (37) Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-571.
- (38) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen- only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.
- (39) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.
- (40) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (41) Kingman CE, Kadir RA, Lee CA et al. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2004, 111:1425-1428.
- (42) Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA et al. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006, 15:877-880.
- (43) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel- releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (44) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (45) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (46) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (47) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (48) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427- 433.
- (49) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (50) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (51) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (52) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (53) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (54) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (55) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (56) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (57) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (58) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (59) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609- 612.
- (60) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel- releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361- 1363.
- (61) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (62) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (63) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (64) Wahl DG, Guillemain F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic

lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.

(65) Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-74.

(66) Gupta B, Mittal S, Misra R et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2006, 95:261-266.

(67) Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial.[see comment]. *Lancet*, 2001, 357:273- 277.

(68) Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-309.

(69) Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the haemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2007, 5:133-138.

(70) Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000,CD002126.

(71) Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*, 2007, 75:193- 198.

(72) Stewart A, Cummins C, Gold L et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: A systematic review. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.

(73) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G et al. Use of a levonorgestrel- releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-488.

(74) Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2002, 77 Suppl 1:S24.

(75) Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human Reproduction*, 2005, 20:1993-1998.

(76) Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.

(77) Vercellini P, Frontino G, De GO et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:305-309.

(78) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.

(79) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.

(80) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.

(81) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception* 2009; 80:363-371.

(82) Fedele L, et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-429.

(83) Grigorieva V, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-1198.

(84) Mercoria F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-280.

(85) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-198.

(86) Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-79.

(87) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.

(88) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-245.

(89) Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-149.

(90) Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1981, 24:137-143.

(91) Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.

(92) Faundes A, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-109.

(93) Ferraz do Lago R, et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-109.

(94) Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.

- (95) Pap-Akeson M, et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-679.
- (96) Sinei SK, et al. Preventing IUDC-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-419.
- (97) Skjeldestad FE, et al. IUD users in Norway are at low risk of for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-212.
- (98) Walsh TL, et al. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-327.
- (99) Morrison CS, Sekadde-Kigonda C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
- (100) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (101) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (102) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (103) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (104) Mann JM, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1998, 2:249-254.
- (105) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053- 1059.
- (106) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (107) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (108) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (109) Sinei SK, Fortney JA, Kigonda CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attendees. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (110) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (111) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-813.
- (112) Heikinheimo O, et al. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women--effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006, 21:2857-2861.
- (113) Kovacs A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (114) Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIVinfected women. *Contraception*, 2007, 75:37-39.
- (115) Morrison CS, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784- 790.
- (116) Mostad SB, et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922- 927.
- (117) Richardson BA, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-2097.
- (118) Sinei SK, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-1241.
- (119) Stringer EM, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (120) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
- (121) Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:811-815.
- (122) Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.
- (123) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
- (124) Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Intrauterine Contraception. Update 2007 (www.fsrh.org).
- (125) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. The levonorgestrel- releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *Journal of Family Planning and Reproductive Health* 2004;(30)2:99-109
- (126) World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use [Second Edition]. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/2004>
- (127) United Kingdom Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. <http://www.ffprhc.org.uk/>
- (128) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare Guidance. The Copper Intra-uterine Device as Long-term Contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare*, 2004;30(4);29-42
- (129) Faculty of Family Planning and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2004;30(3):181–189.

- (130) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health (September 2009):30.ww.fsrh.org
- (131) Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*. 1986;2: 387-92.
- (132) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 62, 1-47, 2003 <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
- (133) Department of Health. Prodigy Guidance – Hyperlipidaemia. 2004. <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance/hyperlipidaemia>
- (134) NHS Clinical Knowledge Summary – Raynaud’s phenomenon. 2005. http://cks.library.nhs.uk/raynauds_phenomenon#-223261.
- (135) Greenstein D, Jeffcoate N, Ilsley D, Kester RC. The menstrual cycle and Raynaud’s phenomenon. *Angiology* 1996;47:427-436.
- (136) McGregor A. Migraine and use of combined hormonal contraceptive: a clinical review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2007;33(3):15-169.
- (137) The International Headache Society and Task Force on Combined Oral Contraceptives and Hormone replacement therapy. Recommendations on the risk of ischemic stroke associated with use of oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. *Cephalgia*. 2000;20:155-156
- (138) Haimovich S, Checa MA, Mancebo G, Fuste P, Carreras R. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmeno- pausal women with a levonorgestrel intrauterine device. *Menopause* 2008;15:1002–7.
- (139) Varma R, Soneja H, Bhatia K The effectiveness of a levonorgestrel- releasing intrauterine system (LNG-IUS) in the treatment of endometrial hyperplasia—a long-term follow-up study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;139:169–75.
- (140) Wheeler DT, Bristow RE, Kurman RJ. Histologic alterations in endometrial hyperplasia and well-differentiated carcinoma treated with progestins. *Am J Surg Pathol* 2007;31:988–98.
- (141) Wildemeersch D, Janssens D, Pyllyser K, et al. Management of patients with non-atypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system: long-term follow-up. *Maturitas* 2007;57:210–3.
- (142) Clark TJ, Neelakantan D, Gupta JK. The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;125:259–64.
- (143) Vereide AB, Arnes M, Straume B, Maltau JM, Orbo A. Nuclear morphometric changes and therapy monitoring in patients with endometrial hyperplasia: a study comparing effects of intrauterine levonorgestrel and systemic medroxyprogesterone. *Gynecol Oncol* 2003;91:526–33.
- (144) Perino A, Quartararo P, Catinella E, Genova G, Cittadini E. Treatment of endometrial hyperplasia with levonorgestrel releasing intrauterine devices. *Acta Eur Fertil* 1987;18:137–40.
- (145) Scarselli G, Mencaglia L, Tantini C, Colafranceschi M, Taddei G. Hysteroscopic evaluation of intrauterine progesterone contraceptive system as a treatment for abnormal uterine bleeding. *Acta Eur Fertil* 1984;15:279–82.
- (146) Orbo A, Arnes M, Hancke C, et al. Treatment results of endometrial hyperplasia after prospective D-score classification: a follow-up study comparing effect of LNG-IUD and oral progestins versus observation only. *Gynecol Oncol* 2008;111:68–73.
- (147) Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the hemostatic, fibrinolytic/ inhibitor systems in women with menorrhagia. *J Thromb Haemost* 2007;5:133–8.
- (148) Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception* 2007;75:193–8.
- (149) Jindabanjerd K, Taneepanichskul S. The use of levonorgestrel–IUD in the treatment of uterine myoma in Thai women. *J Med Assoc Thai* 2006;89 Suppl 4:S147–51.
- (150) Tasci Y, Caglar GS, Kaykicioglu F, Cengiz H, Yagci B, Gunes M. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel releasing intrauterine system: effects on ovarian function and uterus. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:39–42
- (151) Rosa E Silva JC, de Sa Rosa e Silva AC, Candido dos Reis FJ, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device for the symptomatic treatment of uterine myomas. *J Reprod Med* 2005;50:613–7.
- (152) Starczewski A, Iwanicki M. Intrauterine therapy with levonorgestrel releasing IUD of women with hypermenorrhea secondary to uterine fibroids [in Polish]. *Ginekol Pol* 2000;71:1221-5.
- (153) Soysal S, Soysal ME. The efficacy of levonorgestrel-releasing intrauterine device in selected cases of myoma-related menorrhagia: a prospective controlled trial. *Gynecol Obstet Invest* 2005;59:29–35.
- (154) Ikomi A, Mansell E, Spence-Jones C, Singer A. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system: can we learn from our failures? *J Obstet Gynaecol* 2000;20:630–1.
- (155) Cox M, Tripp J, Blacksell S. Clinical performance of the levonorgestrel intrauterine system in routine use by the UK Family Planning and Reproductive Health Research Network: 5-year report. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2002;28:73–7.
- (156) Wakeman J. Exacerbation of Crohn’s disease after insertion of a levonorgestrel intrauterine system: a case report. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29:154.
- (157) Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1987;7(1):122-128.
- (158) Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIBD09.pdf>
- (159) Fong YF, Singh K. Effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on uterine myomas in a renal transplant patient. *Contraception* 1999;60:51–3.
- (160) Zerner J, Doil KL, Drewry J, Leeber DA. Intrauterine contraceptive device failures in renal transplant patients. *J Reprod Med* 1981;26:99–102.
- (161) Lessan-Pezeshki M, Ghazizadeh S, Khatami MR, et al. Fertility and contraceptive issues after kidney transplantation in women. *Transplant Proc* 2004;36:1405–6.
- (162) O’Donnell D. Contraception in the female transplant recipient. *Dialysis & Transplantation* 1986;15:610,612.

СРЕДСТВА НЕОТЛОЖНОЙ (ЭКСТРЕННОЙ) КОНТРАЦЕПЦИИ

Неотложная (экстренная) контрацепция – это метод контрацепции, применяемый женщинами в течение нескольких часов или дней после незащищенного полового акта с целью предотвратить беременность, прежде чем она наступит. Иногда эту контрацепцию называют – посткоитальной. В качестве средств экстренной контрацепции (ЭК) допускается применять гормональные таблетки или медьсодержащие внутриматочные средства. Эти методы не являются абортивными.

Гормональные таблетки могут быть предназначены специально для этой цели – чистопрогестиновые (содержащие 1,5 мг левоноргестрела в одной или двух дозах), или могут применяться комбинированные оральные контрацептивы (метод Юзпе). Исследования показали, что таблетки на основе только левоноргестрела вызывают меньше побочных эффектов и являются более эффективными, чем комбинированные таблетки. Таблетки для неотложной контрацепции не имеют противопоказаний для применения.

Основной механизм действия заключается в блокировании или задержке выхода яйцеклеток из яичника (овуляции). Эффективность: на 100 женщин, воспользовавшихся прогестиновыми таблетками экстренной контрацепции (ТЭК) прогестинового ряда, приходится 1 незапланированная беременность. Обеспечивают надежное предохранение от беременности только в тех случаях, когда они принимаются в течение 5 дней (120 часов) после незащищенного полового контакта. Чем раньше женщина начинает принимать таблетки после незащищенного полового контакта, тем выше эффективность данного средства контрацепции. Не нарушают течения существующей беременности.

Восстановление фертильности после приема ТЭК: происходит сразу. Женщина может забеременеть непосредственно после приема ТЭК. ТЭК обладают противозачаточным эффектом только по отношению к половым контактам, имевшим место в течение 5 дней до приема таблетки. Противозачаточный эффект не распространяется на половые акты, имевшие место после приема ТЭК – даже в том случае, когда «опасный» половой контакт происходит на следующий день после приема таблетки. Для предупреждения незапланированной беременности женщине рекомендуется приступить к применению другого метода контрацепции без каких-либо промежуточных пауз.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается

Медьсодержащие ВМС могут быть использованы в течение пяти дней (120 часов) после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной (экстренной) контрацепции. Однако, в случае, когда можно рассчитать время овуляции, медьсодержащие ВМС могут быть, при необходимости, введены по истечении пяти дней после полового контакта, но не более чем через пять дней после овуляции (до 19 дня при 28-дневном менструальном цикле), таким образом, избегая установки после возможной имплантации (1).

Неотложные (экстренные) средства контрацепции (прогестиновые таблетки экстренной контрацепции, медьсодержащие внутриматочные средства)

| Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | |
|--|--|------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства | | | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | НП | НП | НП = не применимо Пояснение: Эти методы не являются абортными. Методы экстренной контрацепции не предназначены для женщин с известной или предполагаемой беременностью, ошибочное применение ЭК не влияет на здоровье женщины, на течение беременности и на состояние плода. |
| ПОСЛЕ РОДОВ (кормящие и не кормящие грудью женщины) 1) < 21 дня (3 недели) 2) ≥ 21 дня (3 недели) 3) ≥ 4 недель | НП 1 1 | НП 4 1 | Пояснение: Экстренная контрацепция не потребуется, если незащищенный секс или неудача барьерного метода контрацепции происходит <21 дней после родов (3 недели), так как самая ранняя овуляция после родов возможна на 21 день. Риски введения Си-ВМС до 28 дней (4 недели) послеродового периода перевешивают пользу. ТЭК можно применять между 21-м и 27-м днями после родов, или ВМС, после 28-го дня (≥ 4 недель). Использование исключительно грудного вскармливания новорожденного в течение первых 6 месяцев после родов при отсутствии менструации у женщины может быть эффективным методом контрацепции (метод лактационной аменореи). Экстренная контрацепция может потребоваться женщине в том случае, если частота грудного вскармливания уменьшается или у нее возобновляются менструации. При этом она может использовать как ТЭК после 21 дня, так и Си-ВМС после 28 дня (2). |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | Пояснение: Женщины, использующие контрацепцию, имеют меньший риск внематочной беременности, чем те женщины, которые не применяют контрацепцию. Применение ТЭК или ВМС в качестве экстренной контрацепции не увеличивают риска эктопической беременности. |
| КУРЕНИЕ 1) Возраст < 35 лет 2) Возраст ≥ 35 лет а) < 15 сигарет/день | 1 1 | 1 1 | |

| <i>Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|--|---|--------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| <i>ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства</i> | | | |
| б) ≥ 15 сигарет/день | 1 | 1 | |
| в) прекратила курение <1 года назад | 1 | 1 | |
| г) прекратила курение ≥ 1 год и более | 1 | 1 | |
| АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование. | | | |
| 1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД<140/90 мм.рт.ст.) | 1 | 1 | |
| 2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) | | | |
| (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 | 1 | 1 | |
| (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § | 1 | 1 | |
| 3) Заболевания сосудов § | 1 | 1 | |
| ТЯЖЕЛЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ § (ишемическая болезнь сердца, инсульт, другие тромбозмболические состояния) | 1 | 1 | Пояснение: Нет доказательств, что таблетки чистопрогестиновые таблетки неотложной контрацепции повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. |
| СТЕНОКАРДИЯ | 1 | 1 | Пояснение: Нет доказательств, что прогестиновые таблетки экстренной контрацепции повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. |

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--------|---|
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| <i>ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства</i> | | | |
| ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется | 1 | 1 | Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА. |
| 2) Острый ТГВ/ТЭЛА | 2 | 2 | Пояснение: Острая венозная тромбоэмболия относится к заболеваниям, при которых используются антикоагулянты. Доказательства повышения риска ВТЭ среди пользователей чистопрогестинных оральных контрацептивов ограничены, однако имеющиеся данные обнадеживают (6). |
| 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев | 1 | 1 | Пояснение: Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью > 30 минут. К процедурам с высоким риском развития венозной тромбоэмболии относятся общехирургические, ортопедические, травматологические и нейрохирургические операции (7). Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии. Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений. |
| 4) Семейный анамнез (у ближайших родственников) | 1 | 1 | |
| 5) Большое хирургическое вмешательство | 1 | 1 | |
| (а) с длительной иммобилизацией | 1 | 1 | |
| (б) без длительной иммобилизации | 1 | 1 | |
| 6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации | 1 | 1 | |
| 7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле | 1 | 1 | |

| <i>Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| <i>ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства</i> | | | |
| УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ | 1 | 1 | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) 2) Мигрени а) без ауры • Возраст < 35 лет • Возраст ≥ 35 лет б) с аурой, в любом возрасте | 1 1 1 1 | 1 1 1 1 | Пояснение: Необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей. Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии) (8, 9). Пояснение: Применение прогестиновых ТЭК безопасно для пациенток, в анамнезе которых мигрени с аурой. |
| ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-чХГ 2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание) | 1 1 | 1 4 | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 1) Недиагностированное образование 2) Доброкачественные заболевания молочных желез 3) Семейный анамнез рака 4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) 5) Рак молочной железы § (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения | 1 1 1 1 2 2 | 1 1 1 1 1 1 | |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | 1 1 | 1 4 | Пояснение: Имеющаяся миома, которая деформирует полость матки, может мешать установке и правильному расположению ВМС. |
| АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ 1) Деформация полости матки (любые врожденные или | 1 | 4 | Пояснение: При наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, |

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------|--|
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| <i>ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства</i> | | | |
| приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации полости матки, не совместимые с установкой ВМС) 2) Другие аномалии (включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов), не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМС | 1 | 2 | правильная установка ВМС может быть невозможной. |
| ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) | 2 | 1 | Пояснение: Эффективность метода может быть снижена у пациенток с выраженной мальабсорбцией или с резекцией тонкой кишки. Абсорбция препаратов экстренной контрацепции у пациенток, перенесших колэктомиию, не нарушена. |
| ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (включая желтуху) § | 1 | 1 | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ § 1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка 2) Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника | 1 1 | 1 1 | Примечание: Бариатрическая хирургия с мальабсорбтивным компонентом снижает эффективность оральной контрацепции, которая впоследствии, вероятно, снижается в связи с послеоперационными осложнениями, например, длительной диареей и/или рвотой. В связи с таким нарушением всасывания вместо ТЭК, может быть показана ВМС. |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ § 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца 2) Неосложненные случаи | 1 1 | 3 2 | |
| ПОВТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТАБЛЕТОК ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ | 1 | НП | Пояснение: Повторное применение ТЭК является указанием на то, что женщина нуждается в консультации по другим методам контрацепции. ТЭК могут быть использованы несколько раз в цикле, если это необходимо (11). Кроме того, может быть введена Си-ВМС, если повторный незащищенный секс был в течение 5 дней после первого незащищенного полового контакта. Частое многократное применение ТЭК может нанести вред при состояниях, классифицированных как 3 или 4 для приема прогестиновых оральных контрацептивов. |

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|------------|---|
| | ТЭК | Си-ВМС | |
| <i>ТЭК – таблетки экстренной контрацепции, содержащие левоноргестрел; Си-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства</i> | | | |
| ИЗНАСИЛОВАНИЕ а) Высокий риск ИППП б) Низкий риск ИППП | 1 1 | 3 1 | Пояснение: отсутствуют ограничения к использованию ТЭК в случае изнасилования. ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. У женщин с хламидийной инфекцией или гонореей во избежание повышенного риска ВЗОМТ следует избегать введения ВМС. Для других ИППП данная проблема менее существенна. |
| Сокращения: ИППП = инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ = вирус иммунодефицита человека; ЭКТ = экстренная контрацепция в таблетках; ВМС = внутриматочная спираль; КОК = ТСП = таблетка, содержащая исключительно прогестин; КГК = комбинированная гормональная контрацепция; КСП = контрацептив, содержащий исключительно прогестин; ЧПК = чисто прогестиновый контрацептив. | | | |
| §Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности. | | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Согласно результатам рандомизированного исследования ВОЗ ТЭК на основе левоноргестрела являются эффективным методом предотвращения беременности в период до 5 дней (120 часов) после незащищенного полового акта (13). Предпочтительно использовать левоноргестрел в дозировке 1,5 мг однократно. Однако результаты исследования ВОЗ продемонстрировали выраженную тенденцию к понижению эффективности препарата при удлинении срока между незащищенным половым актом и приемом ТЭК. В настоящее время производитель регламентирует прием препарата в течение 72 часов после незащищенного полового акта.

Повторное использование ТЭК: Медицинские исследования и изучение поведения женщин, проводившиеся до сих пор, не дают оснований для ограничения количества применения женщинами ТЭК на протяжении месяца или года. При наблюдении за пациентами, использующими неоднократно ТЭК, показали, что применение ТЭК не способствуют распространению рискованных моделей сексуального поведения, а хорошие знания об экстренной контрацепции укрепляют привычку использовать регулярно средства плановой контрацепции, а не многократно таблетки экстренной контрацепции. В любом случае ТЭК безопаснее для здоровья, чем незапланированная беременность и последующий за ней аборт. Женщины должны пользоваться ТЭК так часто, как это необходимо. Факт многократного применения ТЭК может указывать на необходимость консультации женщины по применению постоянных методов предупреждения нежелательной беременности.

Высокий риск ИППП: Женщинам, подверженным более высокому риску ИППП (в возрасте <25 лет, или в любом возрасте меняющих сексуальных партнеров, имеющих двух и более партнеров за последний год) должно быть предложено тестирование на ИППП. Си-ВМС может быть вставлена в качестве экстренной контрацепции, в ожидании результатов исследования. При этом можно назначить антибиотики с профилактической целью (например, азитромицин и доксициклин) для защиты от хламидиоза во время введения Си-ВМС (1).

Взаимодействие с лекарственными средствами: Женщинам, принимающим фермент-индуцирующие препараты, в качестве экстренной контрацепции подходит только Су-ВМС, поскольку это единственный метод, на который данные препараты не оказывают влияние (12). Если применяются таблетки экстренной контрацепции, то их следует использовать как можно скорее в течение 72 часов после незащищенного полового акта. Женщинам, принимающим фермент-индуцирующие препараты, в том числе профилактику ВИЧ после сексуального контакта, отказавшимся от Су-ВМС или которым не подходит данный вид экстренной контрацепции, следует принять однократно 3 мг ЛНГ (две таблетки левоноргестрела по 1,5 мг) как можно скорее в течение 120 часов. Эффективность ТЭК не снижается при использовании антибиотиков.

Особенности консультирования по ТЭК

1. При консультировании особое внимание уделить информированию женщин о том, что пероральная экстренная контрацепция не обеспечивает контрацепцию при последующих незащищенных половых контактах, и им потребуется подбор постоянного метода контрацепции или воздержание от половых контактов во избежание риска незапланированной беременности.
2. Чтобы метод был максимально эффективен, женщин необходимо информировать о необходимости приема ТЭК как можно скорее после незащищенного полового акта.
3. Расскажите пациентке о возможных побочных эффектах при применении ТЭК: тошнота/рвота, боли внизу живота, головные боли, болезненность молочных желез, головокружение, быстрая утомляемость.
4. В случае возникновения рвоты в течение 2 часов с момента приема ТЭК возможен повторный прием этого же препарата (в том числе таблетка 1,5 мг ЛНГ во влагалище) или введение Су-ВМС.
5. Объясните пациентке, что возможно нарушение менструального цикла после применения пероральной экстренной контрацепции. Менструальные кровотечения могут начинаться раньше или позже обычного срока. Если очередное менструальное кровотечение задерживается больше, чем на неделю, следует обратиться к врачу для обследования на предмет возможной беременности.
6. Расскажите о существующих методах постоянной контрацепции для информированного выбора женщиной.
7. Женщинам, обратившимся к врачу для назначения экстренной контрацепции, при наличии высокого риска инфекции, передаваемой половым путем, следует рекомендовать сдать анализы на ИППП (гонорея, хламидиоз), в том числе ВИЧ.
8. Медицинские сотрудники должны информировать пациенток о доступности экстренной контрацепции и возможности ее использования.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО СРЕДСТВАМ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

- (1) Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Intrauterine Contraception. Update 2007 (www.fsrh.org).
- (2) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive Choices for Breastfeeding Women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004;**30**:181-9.
- (3) Knight J, Pyper C. Postnatal contraception: what are the choices? *Nursing in Practice* 2002;May:23-5.
- (4) Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet* 2003;**362**:185-91.
- (5) McElduff P, Dobson A, Beaglehole R, Jackson R. Rapid reduction in coronary risk for those who quit cigarette smoking. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998;**22**:787-91.
- (6) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestagen only contraceptives and combine injectable contraceptives. Results of an international, multicentre, case control study. *Contraception* 1998;**57**:315-24.
- (7) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 62, 1-47. 2003.
- (8) American Council for Headache Education. How headaches differ. 2004. <http://www.achenet.org/understanding/differ.php>
- (9) The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives and Hormone replacement Therapy. Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. *Cephalalgia* 2000;**20**:155-6.
- (10) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. 2004.
- (11) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Emergency Contraception. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003;**29**:9-16.
- (12) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Emergency Contraception update (August 2011) *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2011; **32** (2):
- (13) Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. "Low dose mifepristone and two regimen of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial." *Lancet* 2002; 360 (9348): 1803-1810
- (14) Rogrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Gynecol* 2001; 184 (4): 531-537
- (15) Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). WHO. 2010; 1-3.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

К барьерным методам контрацепции относятся мужские и женские презервативы, диафрагмы/шеечные колпачки и спермициды.

Мужской презерватив — тонкий чехол, изготовленный чаще всего из латекса или винила; может быть обработан спермицидом для дополнительной защиты.

Механизм действия: контрацептивный эффект обеспечивается за счет создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Помимо этого, презервативы препятствуют передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище, здоровому партнеру. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности или заражения ИППП наиболее высок в тех случаях, когда презервативы используются не при каждом половом акте, либо используются неправильно. При типичном характере применения мужских презервативов частота незапланированной беременности составляет около 15 случаев на 100 женщин в год. При систематическом и правильном применении презервативов частота незапланированной беременности составляет около 2 случаев на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены: происходит сразу.

Профилактика ВИЧ-инфекции и других ИППП: эффективная. При постоянном и правильном применении мужские презервативы в 80—95% случаев предотвращают возможное заражение ВИЧ, а также обеспечивают надежную профилактику ИППП, передающихся через выделения половых органов (гонорея, хламидиоз, сифилис и трихомониаз), и частично защищают от инфекций, передаваемых при контакте с пораженной кожей (герпес, вирус папилломы человека).

Женский презерватив представляет собой чехол, изготовленный из тонкой, мягкой прозрачной пластмассовой пленки. В рабочем положении свободно выстилает стенки влагалища. На обоих концах женского презерватива находятся гибкие кольца. Кольцо на слепом конце презерватива облегчает его введение во влагалище. Кольцо на открытом конце удерживает часть презерватива снаружи влагалища. На внутреннюю и наружную поверхность презерватива нанесена смазка на силиконовой основе.

Механизм действия: контрацептивный эффект обеспечивается за счет создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Женский презерватив препятствует также передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище, здоровому партнеру. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности или заражения ИППП наиболее высок в тех случаях, когда презервативы не используются при каждом половом акте. Неправильное использование, соскальзывание или разрыв презерватива могут привести к незапланированной беременности или заражению ИППП. При типичном характере применения частота незапланированной беременности составляет 21 случай на 100 женщин в год. При постоянном и правильном применении женского презерватива частота незапланированной беременности составляет 5 случаев на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика ВИЧ-инфекции и других ИППП: при постоянном и правильном применении женские презервативы снижают риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Спермициды — вещества, уничтожающие сперматозоиды, которые вводятся глубоко во влагалище (близко к шейке матки) перед половым актом. В качестве спермицидов широко используются ноноксинол-9, бензалкониум хлорид, хлоргексидин, менфегол,

октоксинол-9 и докузат натрия. Спермициды выпускаются в виде пенообразующих таблеток, плавящихся или пенообразующих суппозиториях, пены под давлением (в специальных баллонах), плавящейся пленки, геля и кремов. Гели, кремы и пена под давлением могут использоваться самостоятельно либо в сочетании с диафрагмами или презервативами. Пленки, суппозитории, пенообразующие таблетки и пенообразующие суппозитории могут использоваться самостоятельно либо в сочетании с презервативами.

Механизм действия спермицидов состоит в нарушении целостности мембраны сперматозоидов, что вызывает их гибель или нарушает способность к передвижению, в результате чего им не удается достичь яйцеклетки. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда спермициды не используются при каждом половом акте. Это один из наименее эффективных методов контрацепции. При типичном характере применения метода частота незапланированной беременности составляет около 29 случаев на 100 женщин в год. При систематическом и правильном применении частота незапланированной беременности составляет около 18 случаев на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается. Частое использование ноноксинола-9 может увеличивать риск заражения ВИЧ.

Диафрагма представляет собой мягкий латексный колпачок, закрывающий шейку матки. Существуют также пластиковые диафрагмы. По краю диафрагмы проходит прочная гибкая пружина, удерживающая ее на месте. В целях усиления контрацептивного эффекта диафрагма может использоваться в сочетании со спермицидным кремом, гелем или пеной.

Диафрагмы различаются по размеру, поэтому они должны индивидуально подбираться медицинским специалистом.

Механизм действия диафрагмы заключается в том, что она создает механическое препятствие для проникновения сперматозоидов в шейку матки; под воздействием спермицидов сперматозоиды гибнут или теряют способность двигаться. Как диафрагма, так и спермициды препятствуют контакту сперматозоида и яйцеклетки. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда диафрагма не используется при каждом половом акте. При типичном характере применения диафрагмы в сочетании со спермицидами частота незапланированной беременности составляет около 16 случаев на 100 женщин в течение первого года. При систематическом и правильном применении метода частота незапланированной беременности составляет около 6 случаев на 100 женщин в течение первого года.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: диафрагма может в определенной степени защищать от ряда ИППП, однако не должна рассматриваться как средство профилактики ИППП.

Шеечный колпачок — мягкий, глубокий колпачок из латекса или резинопластмассы, плотно охватывающий шейку матки. Колпачки бывают разных размеров, поэтому они должны индивидуально подбираться медицинским специалистом.

Механизм действия заключается в создании механического препятствия для проникновения сперматозоидов в шейку матки; под воздействием спермицидов сперматозоиды гибнут или теряют способность двигаться. Как колпачки, так и спермициды препятствуют контакту сперматозоида и яйцеклетки. Эффективность зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности

наиболее высок в тех случаях, когда шейный колпачок (в сочетании со спермицидами) не используется при каждом половом акте. У рожавших женщин при типичном характере применения шейный колпачок представляет собой один из наименее эффективных методов контрацепции; частота незапланированной беременности составляет 32 случая на каждые 100 женщин в течение первого года применения метода. При постоянном и правильном применении частота незапланированной беременности составляет 20 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года. Контрацептивный эффект выше у нерожавших женщин: при типичном характере применения частота незапланированной беременности составляет около 16 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года применения метода. При постоянном и правильном применении частота незапланированной беременности составляет около 9 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Барьерные методы контрацепции (мужские и женские презервативы, спермициды, диафрагмы/шеечные колпачки)

| <i>Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | П | С | Д | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом нежеланных беременностей при несоблюдении правил их применения. | | | | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | НП | НП | НП | НП = не применимо Пояснение: Ни один из этих методов не показан в качестве средства контрацепции в период беременности. Однако для женщин, которые продолжают быть подвержены высокому риску заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и регулярное использование презервативов во время беременности. |
| ВОЗРАСТ 1) С менархе до < 40 лет 2) > 40 лет | 1 1 | 1 1 | 1 1 | |
| ПАРИТЕТ 1) рожавшие 2) нерожавшие | 1 1 | 1 1 | 1 2 | Пояснение: У рожавших женщин существует более высокая вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших. |
| ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД 1) < 6 недель после родов 2) >6 недель после родов | 1 1 | 1 1 | НП 1 | Пояснение: Это относится к любым родам, начиная с 22-й недели беременности, в том числе при мертворожденности. Диафрагма и колпачок не показаны (НП) в первые 6 недель после родов, до завершения процесса инволюции матки. |
| ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД 1) Первый триместр 2) Второй триместр 3) Сразу после септического аборта | 1 1 1 | 1 1 1 | 1 НП НП | Пояснение: включая индуцированные и спонтанные абортс до 22 недель беременности. Диафрагма и колпачок не показаны (НП) в течение 6 недель после аборта во втором триместре беременности и сразу после септического аборта. |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | 1 | |
| ХИРУГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | 1 | |
| КУРЕНИЕ 1) Возраст < 35 лет 2) Возраст ≥ 35 лет а) < 15 сигарет/день б) ≥ 15 сигарет/день в) прекратила курение <1 года назад г) прекратила курение ≥ 1 год и более | 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 | Научные доказательства: Инфаркт миокарда редко встречается у женщин репродуктивного возраста. Курение является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Общая смертность напрямую зависит от курения; у заядлых курильщиков с 35 лет отмечен рост смертности [1]. Уровень риска инфаркта миокарда напрямую зависит от |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | П | С | Д | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| ОЖИРЕНИЕ 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ² 2) от менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ² | 1 | 1 | 1 | количества выкуриваемых в день сигарет [2—4]. Пояснение: При сильном ожирении введение диафрагмы или колпачка может быть затруднено. При увеличении или уменьшении веса больше чем на 3 кг необходимо обратиться к консультанту для подбора наиболее оптимального размера диафрагмы. |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ § 1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка 2) Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника | 1 | 1 | 1 | |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение) | 1 | 1 | 1 | |
| АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации выявлено повышение артериального давления, его следует еще раз измерить в конце приема. При сохранении высоких показателей следует предложить женщине пройти дополнительное обследование. | | | | |
| 1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД < 140/90 мм.рт.ст.) 2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § 3) Заболевания сосудов | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Оценка причин и выявление артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше. Пояснение: Заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки. |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|---|--|---|---|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | П | С | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным) | 1 | 1 | 1 | |
| ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется 2) Острый ТГВ/ТЭЛА 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев | 1 | 1 | 1 | <p>Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.</p> <p>Пояснение: Семейный анамнез венозной тромбоэмболии (ВТЭ) может предупредить врачей относительно женщин, имеющих повышенный риск таких же осложнений. Тем не менее, семейный анамнез тромбоэмболии сам по себе не может быть достоверным предиктором ТГВ/ТЭЛА. Более того, даже при генетической тромбофилии не у каждой пациентки будет такое заболевание.</p> <p>Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции > 30 минут продолжительности. Процедуры с высоким риском ВТЭ включают общую, ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию (7).</p> <p>Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, лапароскопическая стерилизация), или такие процедуры, как артроскопия коленного сустава.</p> <p>Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений.</p> |
| 4) Семейный анамнез (у ближайших родственников) | 1 | 1 | 1 | |
| 5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией | 1 | 1 | 1 | |
| (б) без длительной иммобилизации | 1 | 1 | 1 | |
| 6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации | 1 | 1 | 1 | |
| 7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле | 1 | 1 | 1 | |

| <i>Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА | |
| | | П | С | | Д |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С=спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | | |
| ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ § (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина С и антитромбина) | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. | |
| ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей | 1 | 1 | 1 | | |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ § | 1 | 1 | 1 | Пояснение: В том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование. | |
| ИНСУЛЬТ § (в том числе в анамнезе) | 1 | 1 | 1 | | |
| УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Рутинный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости скрининга [8]. Один только уровень липидов не является достоверным прогностическим фактором риска ишемической болезни сердца. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип наследования) распространена в популяции с частотой примерно 1:500. У женщин, страдающих этим заболеванием, в 4 раза повышен риск ишемической болезни в молодом возрасте [5]. | |
| КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА 1) Без осложнений 2) Осложненные § (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе) | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Опасность инфицирования мочевыводящих путей при использовании диафрагмы может быть сопряжена с повышенным риском для женщины, страдающей подострым бактериальным эндокардитом. | |
| БОЛЕЗНЬ РЕЙНО 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом | 1 | 1 | 1 | | |
| РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | | |
| СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ) § 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен) 2) Тяжелая тромбоцитопения | 1 | 1 | 1 | Пояснение: У лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца и венозной тромбоэмболии. Если у женщины, больной СКВ, имеются эти заболевания, категория приемлемости должна быть соотнесена с указанной в разделе таблицы «Сердечно- | |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|---|--|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | П | С | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| 3) Иммуносупрессивная терапия 4) Ничего из вышеперечисленного | 1 | 1 | 1 | сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщины нет. Если такие факторы риска есть, данные классификации должны быть модифицированы. |
| РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ 1) Прием иммунодепрессантов 2) В отсутствие приема иммунодепрессантов | 1 | 1 | 1 | |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ | | | | |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) 2) Мигрени а) без ауры • Возраст < 35 лет • Возраст ≥ 35 лет б) с аурой, в любом возрасте | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Классификация для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой, зависит от точности диагноза. Аура — специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии). При появлении головных болей или любом заметном изменении характера имеющихся головных болей необходима оценка специалиста. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска инсульта. Риск инсульта увеличивается с возрастом, при наличии артериальной гипертензии и при курении. |
| ЭПИЛЕПСИЯ[§] | 1 | 1 | 1 | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | 1 | 1 | 1 | |
| ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | | | |
| ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ 1) Нерегулярные без больших кровопотерь 2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер) | 1 | 1 | 1 | |
| ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Если есть подозрение на беременность или невыявленное заболевание (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза. |
| ЭНДОМЕТРИОЗ | 1 | 1 | 1 | |
| ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты) | 1 | 1 | 1 | |
| ДИСМНОРЕЯ | 1 | 1 | 1 | |
| ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1) Снижающийся или неопределяемый уровень | 1 | 1 | 1 | |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | П | С | Д | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| хорионического бета гонадотропина β-чХГ 2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание) | 1 | 1 | 1 | |
| ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН | 1 | 1 | 1 | |
| ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN) | 1 | 1 | 1/4 | Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет. |
| РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии) | 1 | 2 | 1/4 | Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет. Множественное применение ноноксинола-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать раздражение влагалища и шейки матки или их абразию. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 1) Недиагностированное образование 2) Доброкачественные заболевания молочных желез 3) Семейный анамнез рака 4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) 5) Рак молочной железы § (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения | 1 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 1 | |
| РАК ЭНДОМЕТРИЯ § | 1 | 1 | 1 | |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ | 1 | 1 | 1 | |
| РАК ЯИЧНИКОВ § | 1 | 1 | 1 | |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | 1 1 | 1 1 | 1 1 | |
| АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ | 1 | 1 | НП | Пояснение: Диафрагму нельзя использовать в некоторых случаях при выпадении матки Применение колпачка не показано для женщин с выраженными анатомическими изменениями шейки матки. |
| ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент а) с последующей беременностью | 1 1 | 1 1 | 1 1 | |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|---|--|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | П | С | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| б) без последующей беременности | 1 | 1 | 1 | |
| 2) ВЗОМТ в настоящий момент | 1 | 1 | 1 | |
| ИППП | | | | |
| 1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) | 1 | 1 | 1 | |
| 4) Повышенный риск ИППП | 1 | 1 | 1 | |
| ВИЧ/СПИД | | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ | 1 | 4 | 4 | Научные доказательства: Многократное применение спермицида ноноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией (13). Пояснение: Категория 4 для применения диафрагмы установлена из-за возможных проблем, связанных со спермицидами, а не с самой диафрагмой. |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ[§] | | | | |
| 1) получающие антиретровирусную терапию | 1 | 3 | 3 | Научные доказательства: Многократное применение спермицида ноноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией (13). Пояснение: Использование спермицидов и/или диафрагмы (со спермицидами) негативно воздействует на состояние слизистой оболочки влагалища, вследствие чего наблюдается увеличение вирусной нагрузки и повышение риска передачи вируса партнеру при половом контакте. |
| 2) не получающие антиретровирусную терапию | 1 | 3 | 3 | |
| СПИД[§] (на фоне антиретровирусной терапии) | 1 | 3 | 3 | Пояснение: Использование спермицидов и/или диафрагмы (со спермицидами) негативно воздействует на состояние слизистой оболочки влагалища, вследствие чего наблюдается увеличение вирусной нагрузки и повышение риска передачи вируса партнеру при половом контакте. |
| ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ | | | | |
| ТУБЕРКУЛЕЗ[§] | | | | |
| 1) Не тазовый | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Установленный тазовый | 1 | 1 | 1 | |
| МАЛЯРИЯ | 1 | 1 | 1 | |
| СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ | 1 | 1 | 3 | Научные доказательства: Синдром токсического шока был отмечен после применения противозачаточной губки и диафрагмы (14,15). |

| <i>Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</i> | | | | |
|--|---|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | П | С | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ | 1 | 2 | 2 | Пояснение: Применение диафрагмы и спермицидов может повлечь за собой повышение риска инфекций мочевыводящих путей. |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ | | | | |
| 1) Гестационный диабет в анамнезе | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Без поражения сосудов | | | | |
| (а) инсулинонезависимый | 1 | 1 | 1 | |
| (б) инсулинозависимый [§] | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Нефропатия/ретинопатия/нейропатия | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§] | 1 | 1 | 1 | |
| 4) Длительность диабета > 20 лет [§] | 1 | 1 | 1 | |
| БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | | | | |
| 1) Простой зоб (эутиреоз) | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Гипертиреоз | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Гипотиреоз | 1 | 1 | 1 | |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА | | | | |
| ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Пациенткам, принимающим тератогенные препараты (например, метотрексат) рекомендовано использовать помимо барьерных методов дополнительные эффективные методы контрацепции. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ | | | | |
| 1) С клиническими симптомами | | | | |
| а) после холецистэктомии | 1 | 1 | 1 | |
| б) после медикаментозного лечения | 1 | 1 | 1 | |
| в) в настоящее время | | | | |
| 2) Бессимптомные | 1 | 1 | 1 | |
| ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ | | | | |
| 1) Связанный с беременностью | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Связанный с приемом КОК | 1 | 1 | 1 | |
| ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ | | | | |
| 1) Острый или обострение хронического | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Носительство | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Хронический | 1 | 1 | 1 | |
| ЦИРРОЗ | | | | |
| 1) Легкий (компенсированный без осложнений) | 1 | 1 | 1 | Пояснение: Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения) (15). |
| 2) Тяжелый (декомпенсированный) [§] | 1 | 1 | 1 | |
| ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ | | | | |
| 1) Доброкачественные | | | | |
| а) очаговая узловая | 1 | 1 | 1 | |

| Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | Н = начало, П = продолжение | | | |
| | П | С | Д | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| гиперплазия | | | | |
| б) гепатоцеллюлярная аденома [§] | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Злокачественная (гепатома) [§] | 1 | 1 | 1 | |
| ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ , осложненный циррозом печени | 1 | 1 | 1 | |
| АНЕМИИ | | | | |
| ТАЛАССЕМИЯ | 1 | 1 | 1 | |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ [§] | 1 | 1 | 1 | |
| ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ | 1 | 1 | 1 | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ | | | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ [§] | | | | |
| 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Неосложненные случаи | 1 | 1 | 1 | |
| ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ | | | | |
| Этот раздел имеет отношение к БЕЗОПАСНОСТИ применения контрацептивного метода у женщин, применяющих данный вид лекарств. При одновременном использовании с другими лекарственными средствами ЭФФЕКТИВНОСТЬ метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время. | | | | |
| АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | Пояснения: Установленного взаимодействия между АРВ-терапией и использованием барьерных методов контрацепции не существует. Однако использование диафрагм и спермицидов у ВИЧ-инфицированных имеет категорию приемлемости 3 (см. раздел ВИЧ/СПИД). |
| 1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) | 1 | 3 | 3 | |
| 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) | 1 | 3 | 3 | |
| 3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы | 1 | 3 | 3 | |
| ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | |
| 1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия) | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Ламотригин | 1 | 1 | 1 | |
| АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ | | | | |
| 1) Антибиотики широкого спектра действия | 1 | 1 | 1 | |
| 2) Противогрибковые средства | 1 | 1 | 1 | |
| 3) Антипаразитарные средства | 1 | 1 | 1 | |
| 4) Терапия рифампицином или рифабутином | 1 | 1 | 1 | |

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов, в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|---|---|---|
| | | П | С | |
| П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок | | | | |
| АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС | 3 | 1 | 3 | Пояснение: Это не относится к пластиковым презервативам и диафрагмам (17-31). |
| АЛЛЕРГИЯ НА СПЕРМИЦИДЫ | 1 | 3 | 3 | |
| Сокращения: ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; ВТЭ – венозная тромбоэмболия; ИМТ – индекс массы тела; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; СКВ – системная красная волчанка; МКП – медицинские критерии приемлемости; hГЧ – человеческий хорионический гонадотропин; ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ – антиретровирусная терапия; ХВЗК- хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ – ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. | | | | |
| §Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности. | | | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Артериальная гипертензия. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ + 3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение $OT > 88\text{см}$); $AD \geq 180/110$ мм.рт.ст., включая отсутствие факторов риска.

Головные боли. Мигренозные головные боли: Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов. При движении интенсивность болей может возрастать. Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету. **Аура:** Аура – специфический центральный неврологический симптом, предвещающий приступ мигрени и представляющий расстройство нервной системы, при котором нарушается функция зрения, иногда совместно с функцией осязания и речи. В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями. Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением функции речи. Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур. Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт (приложение 3).

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО БАРЬЕРНЫМ МЕТОДАМ КОНТРАЦЕПЦИИ

- (1) Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet*. 2003;362:185-191.
- (2) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women - evidence from RCGP Oral Contraceptive Study. *British Medical Journal*. 1989;298:165-168.
- (3) Dunn N, Faragher B, Thorogood M, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal*. 1999;318:1579-1584
- (4) Rosenberg R, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *The New England Journal of Medicine*. 1990;322:213-217.
- (5) Williams B, Poulter N, Brown MJ, Davies M, McInnes GT, Potter JP, et al. The BHS Guidelines Working Party Guidelines for Management of Hypertension: Report of the Fourth Working Party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension*. 2004;18:139-185.
- (6) National Institute for Clinical Excellence. Hypertension. Management of hypertension in adults in primary care. 2004. London. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/HypertensionGuide.pdf>
- (7) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
- (8) NHS Clinical Knowledge Summaries. Lipid modification. Lipid modification - primary and secondary CVD prevention. http://cks.library.nhs.uk/lipid_modification_cvd_prevention/management/detailed_answers/secondary_prevention/when_to_refer#-336938
- (9) British Heart Foundation. What is Valvular Heart Disease? 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=478>
- (10) British Heart Foundation. Living with Congenital Heart Disease. 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=362>
- (11) American Council for Headache Education. How headaches differ. 2004. <http://www.achenet.org/understanding/differ.php>.
- (12) The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives and Hormone replacement Therapy. Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. *Cephalagia*. 2000;20:155-156.
- (13) Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database of Systematic reviews*. 2002
- (14) Schwartz B, Gaventa S, Broome CV, Reingold AL, Hightower AW, Perlman JA, Wolf PH. Nonmenstrual toxic shock syndrome associated with barrier contraceptives: report of a case-control study. *Reviews of Infectious Diseases*. 1989;11(Supplement 11):43-48
- (15) Faich G, Pearson K, Flemming D, Sobel S, Anello C. Toxic shock syndrome and the vaginal contraceptive sponge. *Journal of the American Medical Association*. 1985;255:216-218
- (16) Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1987;7(1):122-128.
- (17) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Female Barrier Methods. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUGuidanceFemaleBarrierMethods072007.pdf>
- (18) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Male and Female condoms. http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/999_CEUGuidanceMaleFemaleCondomsJan07.pdf
- (19) Cullinan P, Brown R, Field A, Hourihane M, Jones M, Kekwick R et al. Latex allergy. A position paper of the British Society of Allergy and Clinical Immunology. *Clinical and Experimental Allergy*. 2003;33:1484-9149.
- (20) Behrman AJ. Latex Allergy. <http://www.//emedicine.co.uk>. 2005.
- (21) Kint, B., Degreef, H., and Dooms-Goosens, A. Combined allergy to human seminal plasma and latex: case report and review of the literature. *Contact Dermatitis*, 1994; 30(1);7-11.
- (22) Levy DA, Khouader S, Leynadier F. Allergy to latex condoms. *Allergy* 1998;53:1107-1108.
- (23) Gibson S, McFarland W, Wohlfelder D, Scheer K, Katz, MH. Experiences of 100 men who have sex with men using the Reality condom for anal sex. *AIDS Educ Prev*. 1999; 11(1): 65-71.
- (24) Bircher AJ Hirsbrunner P, Langauer S. Allergic contact dermatitis of the genitals from rubber additives in condoms. *Contact Dermatitis*. 1993; 28(2):125-126.
- (25) Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Non-latex versus latex male condoms for contraception (Review). <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003550/frame.html>. 2008.
- (26) Callahan M, Mauck C, Taylor D, Frezieres R, Walsh TL, Martens M. Comparative evaluation of three taylor condoms and a latex condom during vaginal intercourse breakage and slippage. *Contraception* 2000;61:205-215.
- (27) Frezieres RG, Walsh TL, Nelson AL, Clark VA, Coulson AH. Evaluation of the efficacy of a polyurethane condom: Results from a Randomized, Controlled Clinical Trial. *Family Planning Perspectives* 1999;31:81-87.
- (28) Steiner M, Dominik R, Rountree W, Nanda K, Dorflinger LJ. Contraceptive effectiveness of a polyurethane condom and a latex condom: A randomized controlled trial. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2003;101:539-547.
- (29) Potter WD de Villemeaur M. Clinical breakage, slippage and acceptability of a new commercial polyurethane condom: A randomized, controlled study. *Contraception* 2003;68:39-45.
- (30) Cook L, Nanda K, Taylor D. Randomized crossover trial comparing the eZ.on plastic condom and a latex condom. *Contraception* 2001;63:25-31.
- (31) Levy DA, Moudiki P, Leynadier F. Deproteinised latex condoms are well tolerated by latex allergic patients. *Sexually Transmitted Infections*. 2001; 77; 202-203.
- (32) The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 9th ed. Boston, MA: Little, Brown & Co; 1994.

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Методы планирования семьи, основанные на отслеживании фертильности (МОФ), предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла либо наблюдением за признаками фертильности (такими, как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета дней цикла.

Применение таких методов требует от женщины умения определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла. Женщина может применять один или несколько способов определения начала и окончания фертильного периода.

Календарные методы (КМ) предусматривают непрерывный учет дней менструального цикла в целях определения времени начала и окончания фертильного периода. К данной группе методов относятся метод стандартных дней и метод календарных ритмов (см. приложение).

Симптоматические методы (СМ) основаны на отслеживании признаков готовности женского организма к зачатию, а именно характер цервикальной слизи и базальной температуры тела (см. приложение).

Основной механизм действия вышеупомянутых методов состоит в том, что они помогают женщине в определении промежутков времени, когда возможно наступление беременности (фертильный период). При этом пара избегает вагинальных половых контактов, не сопровождающихся применением контрацептивных средств, в фертильные дни – как правило, путем полового воздержания или использования презервативов или влагалищных диафрагм. Эффективность методов зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок тогда, когда пара совершает половые акты в фертильные дни, не пользуясь при этом каким-либо средством контрацепции. При типичном характере применения в течение первого года на 100 пар приходится около 25 случаев незапланированной беременности. Частота наступления незапланированной беременности при неукоснительном и правильном применении методов, основанных на циклическом характере женской фертильности, варьирует от 3 до 9 случаев незапланированных беременностей на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит практически сразу.
Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Не существует медицинских состояний, которые могли бы ухудшиться в результате применения методов МОФ. В целом, эти методы могут быть рекомендованы без каких-либо опасений в отношении здоровья пациентов, которые отдадут предпочтение именно таким способам контрацепции (А- метод приемлем). Однако в некоторых случаях при их использовании могут возникнуть дополнительные сложности. Наличие таких обстоятельств предполагает, что применение этих методов следует отложить до того момента, пока проблемы не будут устранены или решены (D – рекомендуется отсрочка), либо необходима специальная консультация, и, как правило, в любом случае требуется помощь более квалифицированного врача для обеспечения правильного использования этих методов (С- необходима особая осторожность).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

| | | |
|-----------|---------------------------------------|--|
| A | Метод приемлем | В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного метода МОФ не существует. |
| C | Необходима особая осторожность | Метод используется в обычном порядке, но с дополнительной подготовкой и мерами предосторожности. Применительно к методам МОФ, это, как правило, означает, что, возможно, женщине потребуется специальная консультация для обеспечения правильного использования этого метода в данных обстоятельствах. |
| D | Рекомендуется отсрочка | Применение этого метода рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или принятия соответствующих мер по устранению патологического состояния. Женщине следует временно предложить использовать альтернативные методы контрацепции. |
| НП | Не применимо | |

**Методы, основанные на отслеживании фертильности
(календарные методы: метод календарных ритмов, метод стандартных дней; симптоматические методы: метод базальной температуры, метод цервикальной слизи, симптомотермальный метод)**

| | | | |
|--|---|-----------------|--|
| <p>Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| *дополнительные комментарии в конце таблицы | | | |
| | СМ | КМ | |
| | СМ – симптоматические методы КМ – календарные методы | | |
| <p>Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что методы, основанные на отслеживании фертильности, могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.</p> | | | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | НП | НП | Пояснение: Применение МОФ во время беременности не требуется. |
| ПЕРИОД ЖИЗНИ а) Первые 2 года после менархе б) Перименопауза | С С | С С | Пояснение: В период после менархе и в перименопаузу часто бывают нарушения менструального цикла, что может затруднить применение МОФ. |
| КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ а) < 6 недель после родов б) ≥ 6 недель после родов в) После начала менструации | D С С | D D С | Пояснение: В период кормления грудью МОФ могут быть менее эффективны, чем в другое время. В первые 6 месяцев после родов у женщин, которые кормят грудью и у которых отсутствует менструация, функция яичников недостаточна для проявления выраженных признаков фертильности и гормональных изменений. Однако по истечении некоторого времени и по мере перехода младенца с грудного молока на другие продукты питания вероятность восстановления фертильности увеличивается. После возобновления менструаций женщина может обнаруживать признаки фертильности (в частности, цервикальную слизь), она может использовать метод, основанный на симптомах. В случае если после родов у нее уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарными методами. До этого женщине, которая планирует в последствие применять МОФ, следует рекомендовать барьерный метод. |
| ПОСЛЕ РОДОВ (у женщин, не кормящих грудью) а) < 4 недель | D | D | Пояснение: У женщин, которые не кормят грудью, в течение первых 4 недель после родов функция яичников недостаточна для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения. Но, несмотря на то, что риск наступления беременности очень невысок, следует предложить метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период. |

| Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ. | | | |
|---|--|-----|--|
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| *дополнительные комментарии в конце таблицы | | | |
| | СМ | КМ | |
| | СМ – симптоматические методы КМ – календарные методы | | |
| в) ≥ 4 недель | A | D | ≥ 4 недель: На этом этапе послеродового периода у некормлящих грудью женщин функция яичников уже, как правило, в достаточной степени восстанавливается для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения; и со временем вероятность этого все более возрастает. Если у женщины после родов уже 3 раза были менструации, они могут пользоваться календарными методами отслеживания фертильности. До этого времени женщине должен быть рекомендован метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период. |
| ПОСЛЕ АБОРТА | C | D | Пояснение: У женщин после аборта фертильность восстанавливается в короткое время. Женщины могут начать пользоваться календарными методами уже с того момента, когда у них была хотя бы одна менструация после аборта (например, женщины, у которых до наступления беременности продолжительность менструального цикла составляла, как правило, от 26 до 32 дней, могут применять «метод стандартных дней»). До этого времени женщине следует рекомендовать методы контрацепции, пригодные в постабортный период. |
| ИНФЕКЦИИ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | | |
| НЕРЕГУЛЯРНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ | D | D | Пояснение: В подобной ситуации МОФ являются ненадежными. Поэтому таким пациентам следует рекомендовать применение барьерных методов до восстановления регулярности менструаций и возможности надлежащего использования МОФ. Пациентка нуждается в обследовании и, возможно, в лечении – в зависимости от диагноза. |
| ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ | D | A | Пояснение: Поскольку наличие влагалищных выделений затрудняет распознавание цервикальной секреции, прежде чем рекомендовать пациентке методы отслеживания фертильности по цервикальной секреции, следует провести ее обследование и при необходимости лечение. |
| ПРОЧЕЕ | | | |
| ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, | C/D | C/D | Пояснение: Прием определенных видов препаратов, регулирующих эмоциональное состояние, таких как литиевые, |

Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от инфекций передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|---|--|--------|---|
| | СМ | КМ | |
| | СМ – симптоматические методы КМ – календарные методы | | |
| УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ И/ЛИ ПРИЗНАКИ ФЕРТИЛЬНОСТИ | | | трициклические антидепрессанты и седативные средства, а также некоторых антибиотиков и противовоспалительных лекарств может оказать влияние на регулярность менструального цикла или признаки фертильности. Следует тщательно изучить ситуацию и предложить использование барьерных методов контрацепции до установления степени воздействия этих препаратов или прекращения их приема. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ А) Хронические заболевания В) Острые заболевания | С D | А А | Пояснение: Повышенная температура может затруднить интерпретацию базальной температуры, но никакого эффекта на цервикальную секрецию она не оказывает. В связи с этим применение метода контрацепции, основанного на измерении температуры, следует отложить до тех пор, пока не пройдет острая стадия заболевания. Методы, основанные на измерении температуры, не подходят для женщин с постоянно повышенной температурой. Кроме того, некоторые хронические заболевания влияют на регулярность менструального цикла, затрудняя использование календарных методов отслеживания фертильности. |
| Сокращения: МОФ- методы основанные на отслеживании фертильности; КМ – календарные методы; СМ – методы, основанные на симптомах; А – метод приемлем; С- необходима особая осторожность; D – рекомендуется отсрочка; ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. | | | |

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

Метод, основанный на использовании явления лактационной аменореи, не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.

Женщины, имеющие абсолютные противопоказания к беременности, должны в обязательном порядке уведомляться о том, что метод лактационной аменореи не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его несостоятельности, возникающими под воздействием ряда типичных субъективных факторов.

Консенсус, достигнутый на совещании в Беладжио, заложил научную основу для определения состояний, при которых грудное вскармливание может использоваться в качестве безопасного и эффективного способа регулирования рождаемости. В ходе этого совещания были сформулированы программные руководящие принципы использования метода лактационной аменореи (МЛА) в планировании семьи. Упомянутые руководящие принципы включают комплекс из трех критериев, удовлетворение которых полностью гарантирует предупреждение незапланированной беременности: **(1) У женщины отсутствует менструальный цикл (аменорея); (2) У женщины есть ребенок, который находится полностью (исключительно) или почти полностью на грудном вскармливании, и (3) С момента родов прошло не более 6 месяцев.**

Исключительно грудное вскармливание означает, что **ребенок питается исключительно грудным молоком** (т.е. помимо грудного молока в рацион ребенка не вводятся какие-либо другие жидкости, включая воду или прикорм). Всемирная организация здравоохранения рекомендует исключительно грудное вскармливание детей до возраста полных 6 месяцев.

В идеале, ребенка следует прикладывать к груди по его требованию днем и ночью. Для обеспечения метода лактационной аменореи промежутки между кормлениями в дневное и ночное время не должны превышать, соответственно, 4 и 6 часов.

Метод лактационной аменореи может быть эффективным в случае **преимущественно грудного вскармливания**, то есть кормления ребенка грудным молоком, помимо которого в рацион ребенка **периодически** вводятся витамины, вода, соки, **не заменяющие кормления грудью**.

Основным преимуществом грудного вскармливания остается то, что оно является источником идеально сбалансированного питания для ребенка и обеспечивает защиту от различных заболеваний. Не существует каких-либо расстройств здоровья, при которых использование метода лактационной аменореи было бы противопоказано. Также, нет никаких документально подтвержденных доказательных фактов, указывающих на неблагоприятное воздействие метода на здоровье матери. Однако, определенные состояния или обстоятельства, отрицательным образом влияющие на качество грудного вскармливания, могут также влиять на длительность периода аменореи, что, соответственно, снижает привлекательность лактационной аменореи

как метода планирования семьи. Группа упомянутых состояний и обстоятельств включает:

ВИЧ-инфекция: Рекомендуется избегать кормления грудью.

Прием лекарственных препаратов в период грудного вскармливания: В целях предупреждения неблагоприятного воздействия на здоровье ребенка, метод грудного вскармливания не рекомендуется использовать женщинам, принимающим антиметаболиты, бромкриптин, некоторые антикоагулянты, кортикостероиды (при высоких дозировках), циклоспорин, эрготамин, литий, психотропные и радиоактивные препараты, резерпин.

Патологические состояния/дефекты развития новорожденных: В эту группу входят врожденные дефекты ротовой полости, челюстей или твердого неба; гипотрофия или недоношенность новорожденных, при которых требуется проведение интенсивной неонатальной терапии; а также некоторые нарушения метаболизма у новорожденных, которые могут затруднять процесс кормления грудью.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО МЕТОДУ ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

- (1) Knight J, Pyper C. Postnatal contraception: what are the choices? *Nursing in Practice* 2002;May:23-5.
- (2) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive Choices for Breastfeeding Women. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30(3): 181-189.
- (3) «Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007
- (4) Moura ER, de Freitas GL, Pinheiro AK, Machado MM, da Silva RM, de Oliveira Lopes MV Lactational amenorrhea: nurses experience and the promotion of this alternative method of contraception. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Mar;45(1):40-6.
- (5) Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet. 1992 Jan 25;339(8787):227-30.

ПРЕРВАННЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ

Прерванный половой акт не обеспечивает защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.

Женщины, имеющие абсолютные противопоказания к беременности, должны в обязательном порядке уведомляться о том, что прерванный половой акт не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его несостоятельности, возникающими под воздействием ряда типичных субъективных факторов.

Прерванный половой акт представляет собой традиционный метод регулирования рождаемости. Суть данного метода состоит в том, что мужчина полностью извлекает половой член из влагалища и отводит его на достаточное расстояние от наружных половых органов женщины до начала семяизвержения. При этом сперма не попадает во влагалище женщины, что, соответственно исключает контакт между сперматозоидами и яйцеклеткой.

Метод прерванного полового акта может рекомендоваться в случаях, когда:

- Половые партнеры имеют достаточно высокую мотивацию и способны эффективно пользоваться данным методом;
- Религиозные или философские принципы и убеждения, которых придерживается данная пара, не допускают использование других методов контрацепции;
- Половые партнеры вступили в половой акт, не имея в своем распоряжении каких-либо средств контрацепции, помимо прерванного полового сношения;
- Половые партнеры нуждаются во временном методе контрацепции до начала применения постоянного метода предупреждения беременности.

Метод прерванного полового акта обладает теми преимуществами, что он, в частности, не влияет на грудное вскармливание и всегда может использоваться в качестве основного или вспомогательного средства контрацепции. Помимо этого, применение данного метода не связано с какими-либо финансовыми затратами и не требует использования химических веществ. Метод прерванного полового акта не оказывает какого-либо прямого отрицательного воздействия на здоровье половых партнеров. Мужчины и женщины, входящие в высокую группу риска инфицирования ВИЧ, должны использовать презерватив при каждом половом акте.

Метод прерванного полового акта не прощает неправильного исполнения, и его эффективность целиком зависит от готовности и способности половых партнеров прибегать к данному методу контрацепции при каждом половом сношении.

Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок тогда, когда мужчина не успевает извлекать половой член из влагалища перед эякуляцией при каждом половом акте. При типичном характере применения относится к разряду наименее эффективных методов контрацепции: на 100 пар, применяющих метод в течение первого года,

приходится около 27 случаев незапланированной беременности, При правильном применении метода прерванного полового акта на 100 пар, применяющих метод в течение первого года, приходится около 4 случаев незапланированной беременности. Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Особенности консультирования:

1. Техника применения: Перед половым актом мужчине следует помочиться и тщательно обтереть головку полового члена. Перед эякуляцией мужчина должен извлечь половой член из влагалища женщины и извергнуть сперму на достаточном удалении от наружных половых органов женщины. При повторном половом контакте мужчине необходимо вновь помочиться.
2. Полноценное освоение техники пользования методом может потребовать времени: Предложите паре пользоваться другим методом контрацепции до тех пор, пока мужчина не почувствует, что он сможет правильно применять метод.
3. Существуют более надежные способы контрацепции: Предложите паре применять дополнительный метод, либо выбрать альтернативный способ контрацепции.
4. Некоторые мужчины испытывают трудности с надлежащим применением метода: Мужчины, которые не всегда способны контролировать момент приближения эякуляции, и мужчины, страдающие преждевременной эякуляцией.
5. При необходимости можно воспользоваться таблетками неотложной контрацепции (ТЭК): Объясните женщине, как нужно пользоваться ТЭК в случае, если мужчина пропустит момент эякуляции, и сперма попадет во влагалище.

ДОБРОВОЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

В Российской Федерации проведение медицинской стерилизации регламентируется Статьей 54 раздела VI «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе тридцати пяти лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей». Медицинские показания для хирургической стерилизации определены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации».

Добровольная хирургическая стерилизация мужчин и женщин является средством постоянной необратимой контрацепции, предназначена для лиц, не планирующих больше деторождение.

Добровольная женская хирургическая стерилизация: Существует два наиболее распространенных способа хирургической стерилизации женщин: минилапаротомия и лапароскопия с пересечением или перевязкой маточных труб.

Механизм действия состоит в перекрытии просвета маточных труб путем их перевязки или пересечения. Яйцеклетки, высвобождаемые из яичников, не могут передвигаться по маточным трубам и, соответственно, вступать в контакт со сперматозоидами. Эффективность: женская стерилизация входит в группу наиболее надежных методов контрацепции, не обеспечивая при этом стопроцентного противозачаточного эффекта: в течение первого года после стерилизации на 100 женщин приходится менее 1 случая незапланированной беременности (5 случаев на 1000 женщин).

Восстановления фертильности не происходит. Метод предусматривает наступление стойкого контрацептивного эффекта. Хирургическое восстановление проходимости маточных труб представляет собой сложную и дорогостоящую процедуру, которая может быть выполнена только в некоторых медицинских центрах и редко дает желаемый эффект.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Добровольная хирургическая стерилизация мужчин: Проводится путем вазектомии.

Механизм действия состоит в нарушении проходимости семявыводящих протоков и предупреждении попадания эффективных сперматозоидов в семенную жидкость. При этом функция семяизвержения сохраняется, но зачатия не происходит.

Эффективность: один из самых надежных методов контрацепции (при этом сохраняется небольшой риск наступления незапланированной беременности): на 100 женщин, чьи партнеры подверглись стерилизации менее года назад, приходится около 1-2 случаев незапланированной беременности. Полноценный контрацептивный эффект вазектомии наступает через 3 месяца после операции.

Восстановления фертильности не происходит, поскольку приостановить или обратить вспять противозачаточный эффект стерилизации, как правило, невозможно. Метод предусматривает наступление стойкого контрацептивного эффекта. Хирургическое восстановление проходимости семявыводящих протоков представляет собой сложную и дорогостоящую процедуру, которая может быть выполнена только в некоторых медицинских центрах и редко дает желаемый эффект.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой потере фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы каждый клиент принимал решение в пользу данного метода на основе полной добровольности и информированности. Врач должен проводить комплексную беседу с каждым пациентом, ставя ее/его в известность в отношении необратимости стерилизации и наличия альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции.

На данный момент не существует такого заболевания, при котором стерилизация была бы абсолютно противопоказана, хотя некоторые состояния или обстоятельства могут требовать принятия определенных мер предосторожности, включая те из них, которые отмечены кодом «С» (при проведении стерилизации следует соблюдать особую осторожность), «D»(стерилизацию рекомендуется отсрочить до наступления благоприятного момента), «S» (для проведения стерилизации требуется наличие специальных условий). Для некоторых из этих состояний и обстоятельств теоретические опасения или доказанные риски могут перевешивать потенциальную пользу от стерилизации (в особенности женской стерилизации). В тех ситуациях, когда риск, связанный с проведением стерилизации, превышает ожидаемые выгоды, рекомендуется выбор альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Решение в таких случаях должно приниматься на индивидуальной основе с учетом рисков и потенциальной выгоды стерилизации, рисков, связанных с наступлением нежелательной беременности, а также доступности и приемлемости альтернативных методов контрацепции.

Приводимая ниже классификация (4 категории) разработана на основе результатов всестороннего анализа эпидемиологических и клинических доказательств, касающихся допустимости проведения процедуры стерилизации. Стерилизация должна проводиться только высококвалифицированным медицинским персоналом в условиях современной клиники, оснащенной соответствующим оборудованием, инструментами и расходными материалами. Обеспечение максимальной безопасности пациента требует, чтобы предоставление такого рода услуг осуществлялось с соблюдением соответствующих руководящих принципов, включая протоколы по профилактике инфекций.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

| | | |
|----------|---------------------------------------|---|
| A | Метод приемлем | Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует. |
| C | Необходима особая осторожность | Стерилизация должна быть проведена в условиях обычной клиники с соблюдением дополнительных мер предосторожности |
| D | Рекомендуется отсрочка | Стерилизацию рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или устранения патологического состояния. До стерилизации рекомендуется использовать альтернативные временные методы контрацепции |
| S | Необходимы специальные условия | Стерилизация должна проводиться опытным хирургом под общей анестезией и при наличии всех других необходимых клинических условий. В таких случаях врачебный персонал должен быть в состоянии выбрать наиболее оптимальный метод стерилизации и режим анестезии. Если пациент направляется на стерилизацию в специализированную клинику или ожидается задержка в проведении стерилизации по каким-либо причинам, то в таком случае врач должен порекомендовать альтернативный метод контрацепции. |

А. Женская добровольная хирургическая стерилизация

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|--|--|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | | |
| БЕРЕМЕННОСТЬ | | | |
| ВОЗРАСТ | | | |
| 1) < 35 лет а) менее 2 детей б) 2 или более детей 2) ≥ 35 лет | НП А А | | <p>Пояснение: Молодые женщины, как и все лица женского пола должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.</p> <p>Научные доказательства: Исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее сожалели о таком шаге. Также молодой возраст пациента, обратившегося в клинику с просьбой о проведении стерилизации, позволяет почти наверняка предсказать, что такой пациент будет раскаиваться в принятом решении позднее (1-19, 42-45).</p> |
| ПАРИТЕТ | | | |
| 1) Нерожавшие а) моложе 35 лет б) 35 лет и старше 2) Рожавшие а) в любом возрасте при наличии 2 детей и более б) до 35 лет при наличии менее 2 детей | D А А D | | <p>Пояснение: Нерожавшие женщины должны быть проинформированы о необратимости стерилизации и наличии альтернативных, долгосрочных, весьма эффективных методов контрацепции (42-45).</p> |
| КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ | | | |
| | А | | |
| ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД | | | |
| 1) Послеродовой период а) < 7 дней б) от 7 до 42 дней в) ≥ 42 дней 2) Преэклампсия/эклампсия а) легкая преэклампсия б) тяжелая преэклампсия/эклампсия 3) Затянувшийся безводный промежуток: ≥ 24 часов | А D А А С D | | <p>Пояснение: < 7 дней: Стерилизация может быть выполнена во время операции кесарево сечение при наличии условий для ее проведения, также в первые дни после родов методом минилапаротомии.</p> <p>от 7 до 42 дней: Выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с высоким риском послеоперационных осложнений.</p> <p>Пояснение: существует повышенный риск анестезиологических осложнений.</p> <p>При преждевременном излитии околоплодных вод (более чем за 24 часа до родов) увеличивается послеоперационный инфекционный риск.</p> |

| <i>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|---|------------------|--|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия | | | |
| 4) Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде | D | | Послеродовой сепсис повышает риск послеоперационных инфекционных осложнений. |
| 5) Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде | D | | Сильное кровотечение в дородовом и послеродовом периоде: у женщины может быть выраженная анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови. |
| 6) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов | D | | Тяжелая травма половых путей: Возможно, что женщина перенесла значительную потерю крови, у нее развилась анемия. |
| 7) Разрыв или перфорация матки | S | | Пояснение: Не исключено, что женщина перенесла значительную кровопотерю или повреждение органов брюшной полости. Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв стенки матки и произвести хирургическую стерилизацию, при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины. |
| ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД | | | |
| 1) Неосложненный аборт | A | | |
| 2) Послеабортный сепсис или лихорадка | D | | |
| 3) Интенсивное послеабортное кровотечение | D | | |
| 4) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта | D | | |
| 5) Перфорация матки | S | | Пояснение: если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв стенки матки и произвести хирургическую стерилизацию, при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины. |
| ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ | A | | |
| КУРЕНИЕ | | | |
| 1) Возраст < 35 лет | A | | |
| 2) Возраст ≥ 35 лет | | | |
| а) < 15 сигарет/день | A | | |
| б) ≥ 15 сигарет/день | A | | |
| в) прекратила курение <1 года назад | A | | |
| г) прекратила курение ≥ 1 год и более | A | | |
| ОЖИРЕНИЕ | | | |
| 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 | C | | Пояснение: Проведение стерилизации у женщины с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| <p>кг/м² 2) от менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м²</p> | НП | <p>включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельность швов. Помимо этого, у таких пациенток наблюдается нарушение респираторных функций и к ним чаще всего приходится применять общую анестезию. Научные доказательства: Процент осложнений при проведении стерилизации у женщин с избыточным весом был выше, нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих ожирением (20-23).</p> | |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | |
| <p>ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)</p> | S | <p>Пояснение: При наличии нескольких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.</p> | |
| <p>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование.</p> | | | |
| <p>1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД<140/90 мм.рт.ст.) 2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 § 3) Заболевания сосудов §</p> | <p>C C S S</p> | <p>Пояснение: Если у женщины имеется повышенное артериальное давление, то перед выполнением стерилизации его необходимо привести в норму. При неконтролируемой гипертензии имеется повышенный риск возникновения анестезиологических осложнений и сердечной аритмии. В таких ситуациях особенно важно внимательно следить за артериальным давлением во время операции. Пояснение: Заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.</p> | |
| <p>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)</p> | A | | |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| <p>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)*</p> <p>1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется</p> <p>2) Острый ТГВ/ТЭЛА</p> <p>3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев</p> <p>4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)</p> <p>5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией (б) без длительной иммобилизации</p> <p>6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации</p> <p>7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле</p> | <p>A</p> <p>D</p> <p>S</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>S</p> | <p>Пояснение: Если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска:</p> <p>а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов;</p> <p>б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности;</p> <p>в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА;</p> <p>г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром;</p> <p>д) Активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи;</p> <p>е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.</p> <p>Пояснение: Семейный анамнез венозной тромбоэмболии (ВТЭ) может предупредить врачей относительно тех женщин, которые могут иметь повышенный риск таких же осложнений. Тем не менее, семейный анамнез тромбоэмболии сам по себе не может быть достоверным предиктором ТГВ/ТЭЛА. Более того, даже при генетической тромбофилии не у каждой пациентки будет такое заболевание.</p> <p>Пояснение: Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции > 30 минут продолжительности. К процедурам с высоким риском ВТЭ относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию (30).</p> <p>В целях снижения риска ТГВ/ТЭЛА пациенту рекомендуется вставать с постели после операции, как можно раньше.</p> <p>Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, хирургическая стерилизация). Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.</p> <p>Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений.</p> | |
| <p>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ[§]</p> | <p>A</p> | <p>Пояснение: Регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой</p> | |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|-------------------------|-----|--|
| <p>СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы</p> | <p>КАТЕГОРИЯ</p> | | <p>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</p> |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина) | | | стоимостью скрининга. |
| <p>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</p> <p>1) Варикозное расширение вен нижних конечностей</p> <p>2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей</p> | A | A/D | <p>Пояснение: При остром поверхностном тромбофлебите рекомендовано отложить проведение стерилизации.</p> |
| <p>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА[§]</p> <p>1) В настоящее время</p> <p>2) В анамнезе</p> | D | C | <p>Пояснение: В том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование. Пациентки с ИБС могут подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.</p> |
| <p>ИНСУЛЬТ[§] (в том числе в анамнезе)</p> | | C | |
| <p>УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ</p> | | A | <p>Пояснение: Регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой стоимостью скрининга.</p> |
| <p>КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА</p> <p>1) Без осложнений</p> <p>2) Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)</p> | | C | <p>Пояснение: Перед операцией пациентке назначается профилактический курс антибиотикотерапии.</p> <p>Пояснение: Пациентка подвергается высокому риску развития осложнений, связанных с анестезией и хирургическим вмешательством. При неполном излечении таких состояний, как фибрилляция предсердий или текущий подострый бактериальный эндокардит, операцию следует отложить до полного их устранения.</p> |
| <p>БОЛЕЗНЬ РЕЙНО</p> <p>1) Первичная</p> <p>2) Вторичная</p> <p>а) Без волчаночного антикоагулянта</p> <p>б) С волчаночным антикоагулянтом</p> | A | A | <p>Научные доказательства: Вторичная болезнь Рейно обусловлена такими заболеваниями как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. При наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови (36-40).</p> |
| <p>РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> | | | |
| <p>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)[§]</p> <p>1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)</p> <p>2) Тяжелая тромбоцитопения</p> <p>3) Иммуносупрессивная терапия</p> <p>4) Ничего из вышеперечисленного</p> | S | S | <p>Пояснение: Лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбоэмболии. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий</p> |

| <i>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</i> | | |
|---|------------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | |
| | | СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же Доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (112-130). |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ | | |
| ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* | | |
| 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые) | A | Пояснение: Необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей. Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии). |
| 2) Мигрени | | |
| а) без ауры | | |
| •Возраст < 35 лет | A | |
| •Возраст ≥ 35 лет | A | |
| б) с аурой, в любом возрасте | C | |
| ЭПИЛЕПСИЯ^S | C | Пояснение: Необходимо обеспечить адекватный контроль эпилепсии. |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | C | |
| ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ | | |
| ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ | | |
| 1) Нерегулярные без больших кровопотерь | A | |
| 2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер) | A | |
| ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины | D | Пояснение: Перед операцией необходимо провести диагностику причин данного состояния. |
| ЭНДОМЕТРИОЗ | S | Пояснение: При осложненном эндометриозе может измениться тазовая анатомия, что увеличивает риск осложнений или ограничивает возможность доступа к маточным трубам. |
| ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты) | A | |
| ДИСМЕНОРЕЯ | A | |
| ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ | | |
| 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-чХГ | A | |
| 2) Постоянно повышенный уровень β-чХГ или трофобластическая опухоль | D | |

| <i>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия | | | |
| (злокачественное заболевание) | | | |
| ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН | A | | |
| ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN) | A | | |
| РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии) | D | | Пояснение: Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины. |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 1) Недиагностированное образование 2) Доброкачественные заболевания молочных желез 3) Семейный анамнез рака 4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) 5) Рак молочной железы ^S (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения | A A A A C A | | |
| РАК ЭНДОМЕТРИЯ^S | D | | Пояснение: Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины. |
| ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ | A | | |
| РАК ЯИЧНИКОВ^S | D | | Пояснение: Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины. |
| МИОМА МАТКИ 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки | C C | | Пояснение: В зависимости от размера и расположения миомы, могут возникнуть трудности с определением локализации маточных труб и восстановлением подвижности матки. |
| ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ) 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент а) с последующей беременностью б) без последующей беременности 2) ВЗОМТ в настоящий момент | A C D | | Пояснение: Необходимо провести тщательное обследование органов малого таза, чтобы исключить рецидив или хроническое течение инфекционного заболевания и определить степень подвижности матки. В зависимости от выраженности спаечного процесса в малом тазу доступ к маточным трубам может быть ограничен. Воспалительные заболевания органов малого |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|-----------|--|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| | | | таза могут привести к риску постоперационных инфекционных осложнений и образованию спаек в послеоперационном периоде. |
| ИППП | | | |
| 1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время | D | | Пояснение: ИППП повышают риск послеоперационных инфекционных осложнений. Стерилизация может быть произведена только в том случае, если полностью устранены симптомы заболевания. |
| 2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита) | A | | |
| 3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) | A | | |
| 4) Повышенный риск ИППП | A | | |
| ВИЧ/СПИД | | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ | A | | Пояснение: Рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами. |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ[§] | | | Пояснение: Рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами. |
| 1) получающие антиретровирусную терапию | A | | |
| 2) не получающие антиретровирусную терапию | A | | |
| СПИД (на фоне антиретровирусной терапии) [§] | S | | Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации. |
| ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ | | | |
| ТУБЕРКУЛЕЗ[§] | | | Пояснение: В зависимости от степени распространенности процесса в малом тазу может быть затруднен доступ к маточным трубам. |
| 1) Не тазовый | A | | |
| 2) Установленный тазовый | S | | |
| МАЛЯРИЯ | A | | |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ | | | Пояснение: Существует риск развития гипогликемии или кетоацидоза при выполнении стерилизации, особенно если уровень сахара в крови не очень хорошо контролируется перед процедурой. Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля. Пояснение: В таких случаях возможно снижение скорости заживления и присутствует высокий риск нагноения раны. Рекомендуется |
| 1) Гестационный диабет в анамнезе | A | | |
| 2) Без поражения сосудов | | | |
| (а) инсулинонезависимый | C | | |
| (б) инсулинозависимый | C | | |
| (б) инсулинозависимый [§] | | | |
| 3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§] | S | | |
| 4) Длительность диабета > 20 лет [§] | S | | |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|----------------------------|--|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| | | | <p>назначение профилактического курса антибиотиков. Научные доказательства: Процент осложнений при проведении стерилизации на фоне диабета был выше, нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих диабетом (22).</p> |
| <p>БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1) Простой зоб (эутиреоз) 2) Гипертиреоз 3) Гипотиреоз</p> | <p>A S A</p> | | <p>Пояснение: При неудовлетворительном контроле заболевания у пациенток есть высокий риск, связанный с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.</p> |
| ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА | | | |
| <p>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)</p> | <p>S</p> | | <p>Пояснение: Следует учитывать предыдущие хирургические вмешательства в брюшной полости и малом тазу и рассматривать альтернативные варианты (35).</p> |
| <p>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ 1) С клиническими симптомами а) после холецистэктомии б) после медикаментозного лечения в) в настоящее время 2) Бессимптомные</p> | <p>A A D A</p> | | |
| <p>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ 1) Связанный с беременностью 2) Связанный с приемом КОК</p> | <p>A A</p> | | |
| <p>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ 1) Острый или обострение хронического 2) Носительство 3) Хронический</p> | <p>D A C</p> | | <p>Пояснение: Женщины имеют высокий риск осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности.</p> |
| <p>ЦИРРОЗ 1) Легкий (компенсированный без осложнений) 2) Тяжелый (декомпенсированный) §</p> | <p>C S</p> | | <p>Пояснение: Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения) (34). Функция печени и показатели свертывания крови могут быть изменены. Необходима оценка функционального состояния печени. Требуется предоперационная коррекция функции печени и показателей свертываемости крови.</p> |
| <p>ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ 1) Доброкачественные</p> | | | <p>Пояснение: Функция печени и показатели свертывания крови могут быть изменены.</p> |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | |
|---|-----------|--|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | |
| а) очаговая узловая гиперплазия | C | | Требуется предоперационная коррекция функции печени и показателей свертываемости крови. |
| б) гепатоцеллюлярная аденома [§] | C | | |
| 2) Злокачественная (гепатома) [§] | C | | |
| ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ , осложненный циррозом печени | S | | Пояснение: Метод неприемлем у женщин, имеющих в анамнезе хирургические вмешательства в малом тазу или в брюшной полости. При наличии показаний к хирургическому вмешательству в брюшной полости или в малом тазу возможно, с согласия пациентки, одновременное проведение хирургической стерилизации (27,28). |
| АНЕМИИ | | | |
| ТАЛАССЕМИЯ | C | | |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ[§] | C | | Пояснение: Существует повышенный риск легочных, сердечных и неврологических осложнений, а также нагноения раны в послеоперационном периоде. |
| ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ | | | Пояснение: Необходимо провести диагностику основного заболевания. При проведении стерилизации на фоне анемии необходимо следить за уровнем гемоглобина в крови, как до операции, так и в послеоперационном периоде. При недостаточности периферического кровообращения возможно замедление скорости заживления ран |
| 1) Hb меньше 70 мг/л | D | | |
| 2) Hb ≥ 70 мг/л | C | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ | | | |
| ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ[§] | | | |
| 1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца | D | | |
| 2) Неосложненные случаи | C | | |
| ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ | | | |
| МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ | D | | Пояснение: Существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде. |
| Инфекции кожи в области живота | | | |
| НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ | S | | Пояснение: Женщины с нарушением коагуляционных свойств крови подвергаются повышенному риску развития гематологических осложнений в результате хирургического вмешательства |
| БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ | | | |
| а) Острые заболевания (бронхит, пневмония) | D | | Пояснение: Операцию следует отложить до полного излечения респираторного заболевания. В противном случае существует повышенный риск развития анестезиологических и других осложнений перед операцией, во время операции и в послеоперационном периоде. |
| б) Хронические заболевания | | | |

| <i>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</i> | | | |
|---|------------------|------------------|--|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | |
| A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия | | | |
| а) астма б) бронхит в) эмфизема г) легочная инфекция | | S S S S | |
| СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ | | D | Пояснение: Существует риск развития инфекции в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания организма или осложнений анестезиологического характера. |
| НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ | | S | Пояснение: Сниженная подвижность матки, фаллопиевых труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или минилапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений в послеоперационном периоде. |
| ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИЛИ ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА | | S | Пояснение: По возможности, операцию по поводу грыжи и перевязку маточных труб следует проводить одновременно. |
| ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА | | C | Пояснение: При проведении лапароскопии возможно острое нарушение функции сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга. |
| БОЛЕЗНИ ПОЧЕК | | C | Пояснение: Возможно нарушение свертываемости крови. Женщина может подвергаться повышенному риску инфицирования и гиповолемического шока. Болезни почек могут приводить к возникновению фоновой анемии, нарушению электролитного баланса, метаболизма лекарственных препаратов и экскреторной функции. |
| ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ | | C | Пояснение: Существует повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления послеоперационной раны. |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ТАЗОВОЙ ПОЛОСТИ В АНАМНЕЗЕ | | C | Научные доказательства: Наличие хирургического вмешательства на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе повышало риск развития осложнений после стерилизации (21; 22; 24-26). |
| СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ а) Плановая операция б) Неотложное состояние (без предварительной консультации) с) Инфекция | | C D D | |
| СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО | | A | Пояснение: Выполнение стерилизации |

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | | | |
|---|-----------|--|--|---|
| СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | | | ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| | | | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | | | |
| С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ | | | | одновременно с кесаревым сечением не увеличивает риск развития осложнений у пациентов с хирургически стабильным состоянием. |
| <p>Сокращения: ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ВТЭ – венозная тромбоэмболия; ИМТ – индекс массы тела; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; СКВ – системная красная волчанка; ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ – антиретровирусная терапия; ХВЗК- хронические воспалительные заболевания кишечника.</p> | | | | |
| <p>§ Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.</p> | | | | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Артериальная гипертензия. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ + 3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88см); АД \geq 180/110 мм.рт.ст., включая отсутствие факторов риска.

Головные боли. Мигренозные головные боли: Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов. При движении интенсивность болей может возрасти. Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету. **Аура:** Аура – специфический центральный неврологический симптом, предвещающий приступ мигрени и представляющий расстройство нервной системы, при котором нарушается функция зрения, иногда совместно с функцией осязания и речи. В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями. Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением функции речи. Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур. Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт (приложение 3).

Б. Мужская добровольная хирургическая стерилизация

| <p>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</p> | | |
|--|-----------------------|---|
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| *дополнительные комментарии в конце таблицы | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | |
| ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ | | |
| <p>ВОЗРАСТ 1) < 35 лет а) менее 2 детей б) 2 или более детей 2) ≥ 35 лет</p> | <p>НП А А</p> | <p>Пояснение: Молодые мужчины, как и все лица мужского пола должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции. Научные доказательства: Мужчины, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, чаще обращались к врачу с просьбой восстановить проходимость семенных канатиков, нежели мужчины, которым вазэктомия была произведена в более позднем возрасте (18, 42-45).</p> |
| <p>НЕТ ДЕТЕЙ 1) < 35 лет 2) ≥ 35 лет</p> | <p>НП А</p> | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | | |
| ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА | С | |
| ВИЧ/СПИД | | |
| ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ | А | <p>Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами.</p> |
| ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ | А | <p>Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами.</p> |
| СПИД (на антиретровирусной терапии) | S/D | <p>Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.</p> |
| ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | | |
| САХАРНЫЙ ДИАБЕТ | С | <p>Пояснение: Диабет является фактором повышенного риска нагноения раны в послеоперационном периоде. При</p> |

| | | |
|--|------------------|--|
| <p><i>Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.</i></p> | | |
| СОСТОЯНИЕ | КАТЕГОРИЯ | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
| *дополнительные комментарии в конце таблицы | | |
| <p>A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия</p> | | |
| | | появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить курс антибиотикотерапии. Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля. |
| АНЕМИИ | | |
| СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ | A | |
| ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ | | |
| МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ | | Пояснение: Существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде. |
| а) Инфекция кожного покрова мошонки | D | |
| б) Острые ИППП | D | |
| в) Баланит | D | |
| г) Эпидидимит или орхит | D | |
| НАРУШЕНИЕ КОАГУЛЯЦИИ | S | Пояснение: Нарушение свертываемости крови ведет к повышенному риску развития послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфицирования. |
| ТРАВМА МОШОНКИ В АНАМНЕЗЕ | C | |
| СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ | D | Пояснение: Существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде. |
| ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ | C | Пояснение: Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление варикоцеле и выполнение вазектомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде. |
| ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ | C | Пояснение: Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление гидроцеле и выполнение вазектомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде. |
| ЭЛЕФАНТИАЗ | D | Пояснение: Поражение мошонки элефантиазом может практически исключать возможность пальпаторного исследования семенного канатика и яичек. |
| НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ВНУТРИМОШОНОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ | D | Пояснение: Такое образование может указывать на наличие первичной патологии, вызвавшей его появление. Требуется дополнительное обследование для установления диагноза. |
| КРИПТОРХИЗМ | C | Пояснение: Если крипторхизм носит двусторонний характер, и фертильность пациента сохранена, для нахождения семенного протока потребуются обширное хирургическое вмешательство, в этом |

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.

| СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы | КАТЕГОРИЯ | ПОЯСНЕНИЯ/НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА |
|--|-----------|---|
| A = метод приемлем; C= необходима особая осторожность; D= рекомендуется отсрочка; S= необходимы специальные условия | | |
| | | случае категория S. Если крипторхизм односторонний, фертильность пациента сохранена, вазектомия может быть выполнена на здоровой стороне, с последующим анализом спермограммы. В случае обнаружения спермы в анализе, может потребоваться более обширное хирургическое вмешательство для проведения вазектомии с другой стороны, при этом категория будет S. |
| ПАХОВАЯ ГРЫЖА | S | Пояснение: Вазектомия может быть выполнена одновременно с операцией по поводу паховой грыжи. |

Сокращения: ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО МЕТОДУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ

- 1) Abraham S, et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia* 1986; 145:4-7.
- (2) Allyn DP, et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine* 1986; 31:1027-1032.
- (3) Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility* 1988; 44:973-981.
- (4) Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation -- assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal* 1985; 98:748-750.
- (5) Grubb GS, et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility* 1985; 44:248-253.
- (6) Hardy E, et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54:159-162.
- (7) Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives* 1986; 18:238-240.
- (8) Hillis SD, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 93:889-895.
- (9) Jamieson DJ, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99:1073-1079.
- (10) Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42:526-529.
- (11) Leader A, et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 145:198-202.
- (12) Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning* 1995; 26:39-48.
- (13) Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives* 1988; 20:222-227.
- (14) Platz-Christensen JJ, et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1992; 38:223-226.
- (15) Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal* 1991; 36:44-46.
- (16) Schmidt JE, et al. Requesting information about and obtainin reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility* 2000; 74:892-898.
- (17) Thranov I, et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1988; 16:41-48.
- (18) Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101:677-684.
- (19) Wilcox LS, et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility* 1991; 55:927-933.
- (20) Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; 138:307-312.
- (21) Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1984; 148:322-327.
- (22) Jamieson DJ, et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96:997-1002.
- (23) White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1977; 129:623-625.
- (24) Baggish MS, et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology* 1979; 54:54-59.
- (25) Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983;(841):846.
- (26) Feldblum PJ, et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception* 1986; 34:505-512.
- (27) Contraceptive Choices for Women with Inflammatory Bowel Disease. FFPRHC Guidance (July 2003) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit //Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.- 2003; 29(3): 127-135
- (28) Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.ffprhc.org.uk>
- (29) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Male and Female Sterilisation. Evidence-based Clinical Guideline Number 4. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/NEBSterilisationFull060607.pdf>
- (30) Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
- (31) British Heart Foundation. What is Valvular Heart Disease? 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=478>
- (32) British Heart Foundation. Living with Congenital Heart Disease. 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?secID=1&secondlevel=77&thirdlevel=362>
- (33) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. 2004. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT38GestationalTrophNeoplasia2004.pdf>
- (34) Gines P, Quintero E, Arroyo V, Teres J, Bruguera M, Rimola A, Caballeria J, Rodes J, Rozman C. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1987;7(1):122-128.
- (35) Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive choices for women

with inflammatory bowel disease. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2003;29:127-134.

(36) NHS Clinical Knowledge Summary– Raynaud's-phenomenon. 2006. http://cks.library.nhs.uk/raynauds_phenomenon#-223261

(37) Eastcott H.H. Raynaud's disease and the oral contraceptive pill [Letter]. *British Medical Journal*. 1976;2:477.

(38) Altura BM. Sex and oestrogens and responsiveness of terminal arterioles to neurohypophyseal hormones and catecholamines. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1975;193:403-412.

(39) Greenstein D, Jeffcote N, Ilsley D, Kester R.C. The menstrual cycle and Raynaud's phenomenon. *Angiology*. 1996;47:427-436.

(40) Bartelink ML, Wollersheim H, Vemer H, Thomas CM, de Boo T, Thien T. The effects of single oral doses of 17 beta-oestradiol and progesterone on finger circulation in healthy women and in women with primary Raynaud's phenomenon. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 1994;46:557-60.

(41) Lawrie TA, Nardin JM, Kulier R, Boulvain M Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD003034.

(42) «ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» Статья 37 раздела VII

(43) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»

(44) Салагай, О. О. Регулирование медицинской стерилизации человека: сравнительно-правовой анализ и некоторые аспекты совершенствования национального законодательства Российской Федерации / О. О. Салагай // Журнал российского права. – 2009. – № 7.

(45) Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2009. – № 21

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ БЕЗОПАСНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Обследования и анализы, о которых идет речь в настоящем разделе, применяются в отношении лиц, которые предположительно являются здоровыми.

Наличие каких-либо заболеваний или других состояний специфического характера может потребовать проведение дополнительных обследований и анализов перед тем, как рекомендовать пациенту тот или иной способ контрацепции.

Экспертной рабочей группой была принята следующая классификация, позволяющая определять целесообразность тех или иных обследований и анализов в каждом конкретном случае:

А = проведение данного обследования/анализа настоятельно рекомендуется во всех случаях и является гарантией безопасности и эффективности пользования конкретным методом контрацепции.

В = проведение обследования/анализа в значительной степени обеспечивает безопасность и эффективность пользования конкретным методом контрацепции. Однако целесообразность такого обследования/анализов должна определяться с учетом общей ситуации в системе национального здравоохранения и/или системе оказания медицинских услуг. Окончательное решение должно приниматься путем взвешивания рисков, связанных с отказом от проведения того или иного обследования или анализа, и потенциальных выгод, которые могут быть получены при обеспечении доступа к конкретному методу контрацепции.

С = проведение данного обследования или анализа не обеспечивает какой-либо существенной гарантии безопасности и эффективности конкретного метода контрацепции.

Приведенная выше классификация разработана с учетом корреляции между проведением тех или иных обследований/анализов и гарантией безопасного пользования конкретным методом контрацепции. При этом данная классификация не призвана отражать целесообразность проведения упомянутых обследований и анализов при других обстоятельствах. Например, некоторые обследования или анализы, которые не имеют решающего значения в определении безопасности и эффективности пользования конкретным методом контрацепции, могут быть полезными в осуществлении превентивных мер либо в диагностике или оценке различных патологических состояний.

| ОБСЛЕДОВАНИЕ | КОК | ПОК | ДМПА | Имплант | ВМС | Диафрагмы Шеечные колпачки | Спермициды | Женская стерилизация | Вазектомия |
|---|-----|-----|------|---------|-----|----------------------------------|------------|-------------------------|------------|
| Обследование молочных желез врачом | В | В | В | В | В | В | С | В | — |
| Обследование тазовых/половых органов | В | В | В | В | А | А | С | А | А |
| Скрининг на предмет выявления рака шейки матки | В | В | В | В | В | В | С | В | — |
| Стандартные лабораторные анализы | С | С | С | С | С | С | С | А | А |
| Определени уровня гемоглобина в крови | С | С | С | С | В | С | С | В | В |
| Оценка риска заражения ИППП: сбор анамнеза и общий осмотр | В | В | В | В | А # | С & | С | В | В |
| Скрининг на предмет выявления ИППП/ВИЧ: лабораторные анализы | С | С | С | С | В # | С & | С | В | В |
| Измерение артериального давления | А | В | А | В | С | С | С | А | А |
| Определение индекса массы тела = масса тела (кг)/ рост ² (м) | В | С | В | С | С | В | С | В | С |

Если женщина входит в группу повышенного риска по гонорее и хламидиозу, то ей не рекомендуется пользоваться ВМС.

& Женщинам, входящим в группу риска по ВИЧ-инфекции/СПИДУ не рекомендуется пользоваться спермицидами, в том числе в сочетании с шеечными диафрагмами и колпачками

ФОРМА СКРИНИНГА КЛИЕНТОК, ЖЕЛАЮЩИХ ПРИМЕНЯТЬ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Данными научных исследований установлено, что комбинированные оральные контрацептивы (КОК) безопасны и эффективны для большинства женщин, включая входящих в группу риска по инфекциям, передаваемым половым путем и ВИЧ, и являются ВИЧ-инфицированными. Для некоторых женщин применение КОК не рекомендуется по определенным медицинским показаниям, например при ишемической болезни сердца, инсульте и раке груди. В связи с этим, женщины, желающие пользоваться КОК, должны пройти скрининг для подтверждения отсутствия медицинских противопоказаний и для целесообразности назначения КОК.

Международная организация здравоохранения разработала несложную форму (приводится ниже), которая поможет медицинским работникам провести скрининг клиенток, обратившихся за рекомендациями по использованию средств контрацепции и решивших остановить свой выбор на КОК. Форма состоит из 14-ти вопросов, которые помогают выявить соматические нарушения, не позволяющие использовать КОК или требующие дополнительного скрининга, а также содержит рекомендации по отношению дальнейших действий, необходимых для принятия решения в зависимости от полученных ответов. Женщины, ответы которых не соответствуют медицинским критериям приемлемости, все же могут сохранять хорошие шансы для применения КОК, если предполагаемые нарушения со стороны здоровья, вызвавшие сомнения, будут исключены после более подробной и адекватной клинической оценки.

Медицинские критерии допустимости применения Комбинированных оральных контрацептивов

Задайте женщине нижеследующие вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может начинать прием КОК, проведение каких-либо специальных обследований и анализов не является обязательным. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям. Иногда допускается приступать к применению КОК даже в том случае, если женщина ответила утвердительно на один из заданных вопросов.

Эти вопросы также используются в беседе с женщиной, которой предполагается назначить такие средства контрацепции, как комбинированный гормональный пластырь или вагинальное кольцо.

1. У женщины имеется ребенок в возрасте до 6 месяцев, и ребенок находится на грудном вскармливании; женщина не использует метод лактационной аменореи (МЛА)?

Так как использование КОК во время грудного кормления ведет к уменьшению количества молока и может сократить период лактации, рекомендуется, чтобы кормящие матери отложили применение КОК по меньшей мере до достижения ребенком шестимесячного возраста.

НЕТ Если грудное вскармливание не является основным методом кормления ребенка: Женщина может начать прием КОК по прошествии 6 недель после родов. Продолжить опрос.

ДА Если ребенок находится полностью или почти полностью на грудном вскармливании: Обеспечьте женщину достаточным запасом контрацептивов и порекомендуйте ей начать прием таблеток по прошествии 6 месяцев после родов или тогда, когда грудное вскармливание перестанет являться основным методом кормления ребенка – в зависимости от того, какое из этих событий наступит раньше.

2. У женщины имеется ребенок в возрасте до 3 недель, и ребенок находится на искусственном вскармливании?

НЕТ Продолжить опрос.

ДА Обеспечьте женщину запасом КОК и порекомендуйте ей начать прием таблеток по прошествии 3 недель после родов.

3. Женщина курит сигареты?

Курящие женщины старше 35-ти лет входят в группу повышенного риска по сердечно-сосудистым заболеваниям (например, стенокардия).

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если возраст женщины составляет 35 и более лет, и она курит сигареты, то в этом случае применение КОК противопоказано. Посоветуйте женщине отказаться от курения и помогите ей выбрать другой метод контрацепции.

4. У женщины имеется цирроз или инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени? (Белки глаз или кожа имеют необычный желтый оттенок? [признаки желтухи]) У женщины возникала желтуха в период применения КОК?

Если в анамнезе женщины имеются указания на тяжелое заболевание печени (желтуха, острый гепатит, тяжелая форма цирроза, опухолевое заболевание печени) или возникновение желтухи в период применения КОК, то в этом случае применение КОК противопоказано, так как КОК проходят через печеночный барьер и могут вызвать ухудшение состояния у женщин с уже ослабленной функцией печени.

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КОК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

5. Женщина страдает заболеванием желчевыводящих путей / принимает лекарственные препараты в связи с заболеванием желчевыводящих путей?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Уточнение характера заболевания. Возможно потребуется дополнительное обследование. Помогите женщине выбрать альтернативный метод контрацепции.

6. У женщины повышено артериальное давление?

Если возможность измерить кровяное давление отсутствует, и в анамнезе женщины имеются указания на повышение артериального давления, либо если женщина получает лечение по поводу повышенного артериального давления (АД), то в этом случае применение КОК является противопоказанным, так как они находятся в группе повышенного риска возникновения инсульта или инфаркта. По возможности, направьте женщину в учреждение, где ей смогут измерить АД, либо помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов.

Измерьте артериальное давление:

- НЕТ** Если АД ниже 140/90 мм рт. ст., то женщина может пользоваться КОК. Продолжить опрос.
- ДА** Если систолическое давление 140 мм рт. ст. или выше, или если диастолическое давление составляет 90 мм рт. ст. или выше, то в этом случае применение КОК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов (при этом не допускается назначение инъекционных контрацептивов прогестинового ряда, если систолическое давление составляет 160 мм рт. ст. или выше, либо если диастолическое давление составляет 100 мм рт. ст. или выше).

(Если в результате одного замера выясняется, что АД у данной женщины составляет 140-159/90-99 мм рт. ст., то этого недостаточно для достоверной постановки диагноза «Гипертония». Посоветуйте женщине альтернативный метод контрацепции, которым она сможет пользоваться до тех пор, пока не будет определен фактический уровень ее АД, либо помогите ей выбрать другой метод, соответствующий ее предпочтениям. Если при повторном замере уровень АД у данной женщины оказывается ниже 140/90 мм. рт. ст., то она может пользоваться КОК).

7. Женщина болела диабетом в течение предыдущих 20 лет, либо имеет место диабетическое повреждение артериальных сосудов, органов зрения, почек или нервной системы?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КОК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов (при этом не допускается использование инъекционных контрацептивов прогестинового ряда).

8. В анамнезе женщины имеются указания на инсульт, тромбоз вен нижних конечностей или легких, инфаркт миокарда или другие серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если в анамнезе женщины имеются указания на инфаркт миокарда, заболевания сердца, вызванное закупоркой или сужением просвета артерий, или инсульт, то применение КОК является противопоказанным, вследствие повышения риска тромбоза на фоне применения КОК. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов

(при этом не допускается использование инъекционных контрацептивов прогестинового ряда). Если женщина сообщает о текущем тромбозе глубоких вен нижних конечностей или легких (тромбоз поверхностных вен в данном случае не учитывается), помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

9. Женщина болеет / болела раком молочных желез?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КОК противопоказано, так как рак груди является гормональночувствительной опухолью, и употребление КОК может негативно повлиять на течение заболевания. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

10. У женщины случается так, что в поле зрения возникает яркое слепое пятно, после чего появляется сильная головная боль (мигренозная аура)? Женщина иногда испытывает сильную пульсирующую головную боль, нередко одностороннего характера, которая может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней, временами сопровождаясь тошнотой или рвотой (мигренозные головные боли)? Зачастую интенсивность таких головных болей может усиливаться под воздействием яркого света, шума или при движении.

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Возникновение мигренозных аур является противопоказанием к назначению КОК, независимо от возраста женщины. Если у женщины возникают мигренозные головные боли, не сопровождающиеся аурой, и ее возраст составляет 35 лет и выше, то в этом случае применение КОК также является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применение эстрогенных препаратов. Если у женщины в возрасте до 35 лет возникают мигренозные головные боли без ауры, то в этом случае применение КОК является допустимым.

11. Женщина принимает противосудорожные препараты? Женщина принимает рифампицин как средство лечения туберкулеза или другого заболевания?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Прием барбитуратов, карбамазепина, окскарбазепина, фенитоина, примидона, топирамата или рифампицина является противопоказанием к назначению КОК ввиду вероятности снижения противозачаточного эффекта КОК. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий использования таблеток или имплантантов прогестинового ряда.

12. Планируется крупное оперативное вмешательство, которое лишит женщину способности к самостоятельному передвижению более чем на одну неделю?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Женщина может приступить к приему КОК через две недели после операции; в течение этого времени она может пользоваться альтернативным методом контрацепции.

13. Женщина входит в группу повышенного риска по сердечно-сосудистым заболеваниям (сужение артерий сердца) или инсульту (курение, повышенное артериальное давление, диабет и т.д.)?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КОК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов или инъекционных контрацептивов прогестинового ряда.

14. Уточните, были ли у близких родственников женщины (родители, братья, сестры) случаи инфаркта миокарда, инсульта, тромбоэмболической болезни в возрасте до 45 лет; наблюдались ли у женщины сосудистые осложнения беременности (тяжелая преэклампсия, отслойка плаценты и пр.) или повторные самопроизвольные выкидыши неустановленного генеза?

- НЕТ**
- ДА** Указанные факторы семейного и личного анамнеза могут свидетельствовать о наличии генетической тромбофилической предрасположенности. Перед назначением контрацепции целесообразно обследование для выявления мутаций генов, ассоциированных с риском тромбоэмболий. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Источник информации: Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

Диагностика мигренозных головных болей и ауры

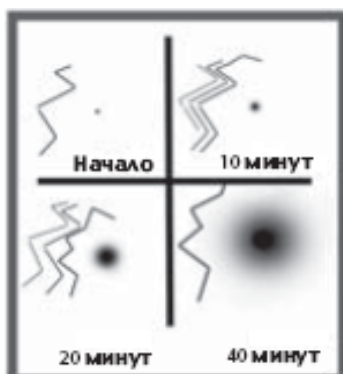
Правильная диагностика мигренозных головных болей и/или ауры имеет большое значение в виду того, что женщины, у которых наблюдаются такие боли и, в особенности, аура, входят в группу повышенного риска по инсульту. Некоторые гормональные контрацептивы способны создавать дополнительную угрозу развития инсульта.

Мигренозные головные боли

- Сильная пульсирующая головная боль рецидивирующего характера, часто односторонняя. Может продолжаться от 4 до 72 часов.
- При движении интенсивность болей может возрастать.
- Могут сопровождаться тошнотой, рвотой и повышением чувствительности к свету.

Мигренозная аура

- Расстройство нервной системы, при котором нарушаются функции зрения, иногда осязания и речи.
- В подавляющем большинстве случаев аура сопровождается появлением яркого «слепого» участка в одном глазу, увеличивающегося в размере и в итоге принимающего лунообразную форму с зазубренными краями.
- Примерно в 30% случаев аура также сопровождается чувством покалывания в одной из ладоней, которое постепенно переходит на всю руку и часть лица с той же стороны. Иногда аура может сопровождаться нарушением функции речи. Такие явления, как возникновение пятен или вспышек в поле зрения, либо снижение четкости зрения, которыми часто сопровождается мигренозная головная боль, не относятся к разряду мигренозных аур.
- Аура претерпевает медленное развитие в течение нескольких минут и затем исчезает в течение часа, обычно являясь предвестником головной боли. (Резкое потемнение в одном глазу, особенно в тех случаях, когда оно сопровождается чувством покалывания или слабости в руке или ноге на противоположной стороне тела, может указывать на инсульт).



Мигренозная аура часто описывается как яркие мерцающие линии или волны, возникающие вокруг яркого «слепого» пятна, которое постепенно увеличивается в размере и принимает лунообразную форму с зазубренными краями. Черными пятнами на рисунке отображена динамика увеличения «слепого» пятна

Источник информации: Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

Диагностика мигренозных головных болей

Проводится в тех случаях, когда женщина планирует пользоваться гормональным методом контрацепции или уже пользуется таким методом.

Если женщина сообщает о периодическом появлении сильных головных болей, следует установить методом опроса, носят ли такие боли мигренозный характер, или же они относятся к разряду обычных болей. Утвердительный ответ на любые два из нижеприведенных вопросов указывает на то, что женщина, возможно, страдает мигренью. В этом случае следует провести диагностику мигренозной ауры (см. ниже).

1. Сопровождаются ли головные боли чувством тошноты?
2. Сопровождаются ли головные боли повышением чувствительность к свету и шуму?
3. Возникают ли у вас головные боли, которые на один и более дней нарушают вашу работоспособность и способность исполнять повседневные обязанности?

Диагностика мигренозной ауры

Задайте женщине нижеследующий вопрос, призванный установить наличие (отсутствие) мигренозной ауры в наиболее распространенной ее форме. Утвердительный ответ указывает на то, что женщина, возможно, страдает приступами мигренозной ауры.

1. Были ли у вас случаи, когда в глазах появлялось яркое пятно, сохранявшееся на протяжении 5-60 минут со снижением четкости зрения (обычно односторонним), после чего появлялась головная боль? *(Женщины, страдающие приступами мигренозной ауры, обычно подносят одну руку к голове, когда описывают нарушения зрения. Появление яркого пятна в поле зрения не всегда сопровождается головной болью).*

Если головные боли не носят мигренозный характер, и женщина не страдает приступами мигренозной ауры, то в этом случае она может приступить к применению гормонального метода контрацепции или продолжить пользоваться таким методом, при условии, что отсутствуют медицинские противопоказания к его применению. Однако при изменении характера головных болей в дальнейшем следует провести соответствующее обследование.

Допускается ли пользование гормональным методом контрацепции при мигренозных головных болях и/или мигренозной ауре?

В случае отсутствия достаточного клинического опыта:

Да = Да, допускается

Нет = Нет, не допускается

Н = Начало пользования методом

П = Продолжение пользования методом

| | Комбинированные контрацептивы | | Контрацептивы прогестинового ряда | |
|---|-------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| | Н | П | Н | П |
| Мигренозные головные боли | | | | |
| Не сопровождающиеся аурой | | | | |
| До 35 лет | Да | Нет | Да | Да |
| 35 лет и старше | Нет | Нет | Да | Да |
| Сопровождающиеся аурой (в любом возрасте) | Нет | Нет | Да | Нет |

Источник информации: Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

ФОРМА СКРИНИНГА КЛИЕНТОК, ЖЕЛАЮЩИХ ПРИМЕНЯТЬ ПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Данными научных исследований установлено, что прогестиновые контрацептивы (ПК) безопасны и эффективны для большинства женщин, включая входящих в группу риска по инфекциям, передаваемым половым путем и ВИЧ, и являются ВИЧ-инфицированными. Для некоторых женщин применение ПК не рекомендуется по определенным медицинским показаниям, например при ишемической болезни сердца, инсульте и раке груди. В связи с этим, женщины, желающие пользоваться ПК, должны пройти скрининг для подтверждения отсутствия медицинских противопоказаний и для целесообразности назначения ПК.

Международная организация здравоохранения разработала несложные формы (приводится ниже), которая поможет медицинским работникам провести скрининг клиенток, обратившихся за рекомендациями по использованию средств контрацепции и решивших остановить свой выбор на ПК. Формы состоят из вопросов, которые помогают выявить соматические нарушения, не позволяющие использовать ПК или требующие дополнительного скрининга, а также содержит рекомендации по отношению дальнейших действий, необходимых для принятия решения в зависимости от полученных ответов. Женщины, ответы которых не соответствуют медицинским критериям приемлемости, все же могут сохранять хорошие шансы для применения ПК, если предполагаемые нарушения со стороны здоровья, вызвавшие сомнения, будут исключены после более подробной и адекватной клинической оценки.

Медицинские критерии допустимости применения Прогестиновые оральные контрацептивы

Задайте женщине нижеследующие вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Проведение каких-либо специальных обследований и анализов не является обязательным. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может начинать прием ПОК. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям. Иногда допускается приступать к применению ПОК даже в том случае, если женщина ответила утвердительно на один из заданных вопросов.

1. У женщины имеется ребенок в возрасте до 6 недель, и ребенок находится на грудном вскармливании; женщина не использует метод лактационной аменореи (МЛА)?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Женщина может начинать прием ПОК уже на 6 неделе после родов. Обеспечьте женщину достаточным запасом ПОК и укажите, когда ей следует приступить к приему таблеток

2. У женщины имеется цирроз или инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени? (Белки глаз или кожа имеют необычный желтый оттенок? [признаки желтухи])

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если в анамнезе женщины имеются указания на тяжелое заболевание печени (желтуха, острый гепатит, легкая или тяжелая форма цирроза, опухолевое заболевание печени), то в этом случае применение ПОК противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

3. Женщина страдает тяжелым тромбозом вен нижних конечностей или легких, инфаркт миокарда?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если женщина сообщает о том, что она страдает тромбозом глубоких вен нижних конечностей или легких, то в этом случае применение ПОК противопоказано. Помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

4. Женщина болеет / болела раком молочных желез?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение ПОК противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

5. Женщина принимает противосудорожные препараты? Женщина принимает рифампицин как средство лечения туберкулеза или другого заболевания?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Прием барбитуратов, карбамазепина, окскарбазепина, фенитоина, примидона, топирамата или рифампицина является противопоказанием к назначению ПОК ввиду вероятности снижения противозачаточного эффекта ПОК. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий использования таблеток или имплантантов прогестинового ряда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

**Медицинские критерии допустимости применения
Прогестиновые инъекционные контрацептивы**

Задайте женщине нижеследующие вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Проведение каких-либо специальных обследований и анализов не является обязательным. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может начинать прием ПИК. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям. Иногда допускается приступить к применению ПИК даже в том случае, если женщина ответила утвердительно на один из заданных вопросов.

1. У женщины имеется ребенок в возрасте до 6 недель, и ребенок находится на грудном вскармливании; женщина не использует метод лактационной аменореи?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Женщина может использовать ПИК уже на 6 неделе после родов.

2. У женщины имеется цирроз или инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени? (Белки глаз или кожа имеют необычный желтый оттенок? [признаки желтухи]) У женщины возникала желтуха в период применения КОК?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если в анамнезе женщины имеются указания на тяжелое заболевание печени (желтуха, острый гепатит, легкая или тяжелая форма цирроза, опухолевое заболевание печени, то в этом случае применение ПИК противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

3. У женщины повышено артериальное давление?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если возможность измерить кровяное давление отсутствует, и в анамнезе женщины имеются указания на повышение артериального давления, то в этом случае возможно применение ПИК. По возможности измерьте кровяное давление:

Если женщина получает лечение по поводу гипертонии, и лечение дает желаемые результаты, или если систолическое давление не превышает 160 мм рт. ст. или диастолическое давление не превышает 100 мм рт. ст., то в этом случае применение ЧПИК допускается.

Если систолическое давление составляет 160 мм рт.ст. или выше, либо диастолическое давление составляет 100 мм рт.ст. или выше, то в этом случае применение ПИК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции.

4. Женщина болела диабетом в течение предыдущих 20 лет, либо имеет место диабетическое повреждение артериальных сосудов, органов зрения, почек или нервной системы?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение ПИК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции.

5. В анамнезе женщины имеются указания на инсульт, тромбоз вен нижних конечностей или легких, инфаркт миокарда или другие серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Если в анамнезе женщины имеются указания на инфаркт миокарда, заболевания сердца, вызванное закупоркой или сужением просвета артерий, или инсульт, то применение ПИК является противопоказанным. Если женщина сообщает о текущем тромбозе глубоких вен нижних конечностей или легких (тромбоз поверхностных вен в данном случае не учитывается), помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

6. Женщина болеет / болела раком молочных желез?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Применение ПИК противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

7. У женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неуточненной этиологии?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Наличие у женщины вагинальных кровотечений неясной этиологии, может указывать на то, что женщина, возможно, беременна, либо на то, что у нее имеется то или иное заболевание, использование ПИК может затруднять диагностику состояния и отслеживание результатов проводимого лечения. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, которым она может пользоваться до окончания обследования и лечения (применение имплантов или ВМС не рекомендуется).

8. Женщина входит в группу повышенного риска по сердечно-сосудистым заболеваниям (сужение артерий сердца) или инсульту (курение, повышенное артериальное давление, диабет и т.д.)?

НЕТ

ДА Применение ПИК является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

**Медицинские критерии допустимости применения
Импланты**

Задайте женщине вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Проведение каких-либо специальных обследований и анализов не является обязательным. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может начинать применение имплантов. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям. Иногда допускается приступать к применению имплантов даже в том случае, если женщина ответила утвердительно на один из заданных вопросов.

1. У женщины имеется ребенок в возрасте до 6 месяцев, и ребенок находится на грудном вскармливании, женщина не использует метод лактационной аменореи (МЛА)?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Имплант может быть вживлен уже через 6 недель после родов.

2. Женщина болеет тяжелой формой цирроза или инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени? (Белки глаз или кожа имеют необычный желтый оттенок? [признаки желтухи])

НЕТ Продолжить опрос

ДА Если в анамнезе женщины имеются указания на тяжелое заболевание печени (желтуха, острый гепатит, легкая или тяжелая форма цирроза, опухолевое заболевание печени), то в этом случае применение имплантов противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

3. Женщина страдает тяжелым тромбозом вен нижних конечностей или легких?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Если женщина сообщает о том, что она страдает тромбозом глубоких вен нижних конечностей или легких, то в этом случае применение имплантов противопоказано. Помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

4. Женщина болеет / болела раком молочных желез?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Применение имплантов противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

5. Женщина принимает противосудорожные препараты? Женщина принимает рифампицин как средство лечения туберкулеза или другого заболевания?

НЕТ Продолжить опрос

ДА Прием барбитуратов, карбамазепина, окскарбазепина, фенитоина, примидона, топирамата или рифампицина является противопоказанием к назначению имплантов ввиду вероятности снижения их противозачаточного эффекта. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий использования таблеток или имплантантов прогестинового ряда.

6. У женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неуточненной этиологии?

НЕТ

ДА Если у женщины возникают кровянистые вагинальные кровотечения неясного происхождения, указывающие на возможную беременность или какое-либо расстройство здоровья, то в этом случае присутствие имплантантов может затруднять диагностику состояния и отслеживание результатов проводимого лечения. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, которым она сможет пользоваться до завершения диагностики и лечения (применение инъекционных контрацептивов прогестинового ряда или медьсодержащих/гормональных ВМС не рекомендуется). По окончании курса лечения следует повторно изучить допустимость использования имплантов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Источник информации: Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

ФОРМА СКРИНИНГА КЛИЕНТОК, ЖЕЛАЮЩИХ ПРИМЕНЯТЬ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

Данными научных исследований, проведенными за последние 20 лет, установлено, что внутриматочные средства (ВМС) безопасны и эффективны для большинства женщин, включая входящих в группу риска по инфекциям, передаваемым половым путем и ВИЧ, и являются ВИЧ-инфицированными. Для некоторых женщин применение ВМС не рекомендуется по определенным медицинским показаниям, например при текущей инфекции половых органов или генитальном раке. В связи с этим, женщины, желающие пользоваться ВМС, должны пройти скрининг для подтверждения отсутствия медицинских противопоказаний и для целесообразности назначения ВМС.

Международная организация здравоохранения разработала несложные формы (приводится ниже), которая поможет медицинским работникам провести скрининг клиенток, обратившихся за рекомендациями по использованию средств контрацепции и решивших остановить свой выбор на ВМС. Формы состоят из вопросов, которые помогают выявить нарушения, не позволяющие использовать ВМС или требующие дополнительного скрининга, алгоритм проведения предварительного гинекологического осмотра, а также содержит рекомендации по отношению дальнейших действий, необходимых для принятия решения в зависимости от полученных ответов. Женщины, ответы которых не соответствуют медицинским критериям приемлемости, все же могут сохранять хорошие шансы для применения ВМС, если предполагаемые нарушения со стороны здоровья, вызвавшие сомнения, будут исключены после более подробной и адекватной клинической оценки.

Медицинские критерии допустимости применения Медьсодержащих внутриматочных средств

Задайте женщине нижеследующие вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может приступить к применению метода. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям.

1. Если женщина недавно родила, послеродовой период составляет от 48 часов до 4 недель?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Введение ВМС рекомендуется отложить до тех пор, пока с момента родов пройдет не менее 4 недель

2. Послеродовой или послеабортный период сопровождался инфекцией?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если послеродовой период не превышает 6 недель, и у женщины имеется текущая послеродовая инфекция или посленабортная инфекция матки, то в этом случае введение ВМС противопоказано. Назначьте соответствующее лечение или направьте женщину на обследование или лечение. Помогите женщине выбрать альтернативные методы контрацепции или предложите ей вспомогательный метод (половое воздержание, применение мужских и женских презервативов, спермицидов, прерванный половой акт). После лечения заново оцените возможность применения ВМС.

3. У женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неуточненной этиологии?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если у женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неясной этиологии, указывающие на возможное наличие беременности либо то или иное расстройство здоровья, то ношение ВМС может затруднить диагностику и оценку результатов проводимого лечения. Помогите женщине выбрать альтернативный метод контрацепции, которым она сможет пользоваться до тех пор, пока не будет завершено обследование и лечение. По окончании лечения следует повторно изучить допустимость применения ВМС.

4. У женщины имеются заболевания женской половой сферы (гинекологического или акушерского характера), включая злокачественные опухоли половых органов и туберкулез органов малого таза? Если да, то, какие именно?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Установленный текущий рак шейки матки, эндометрия или яичников; пузырный занос или хорионэпителиома; туберкулез органов малого таза: введение ВМС противопоказано. Назначьте женщине соответствующее лечение или направьте ее на обследование и лечение, если таковые еще не проводятся. Помогите женщине выбрать альтернативный метод контрацепции. В случае с туберкулезом органов малого таза, следует повторно изучить допустимость применения ВМС по завершении лечебного курса.

5. Женщина болеет СПИДом?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** СПИД является противопоказанием к применению ВМС, за исключением тех случаев, когда антиретровирусное лечение дает желаемые клинические результаты. Если ВИЧ-инфекция не сопровождается СПИДом, то в этом случае допускается применение ВМС.

6. Женщина входит в группу повышенного риска по гонорее или хламидиозу?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если женщина входит в группу повышенного риска по гонорее и хламидиозу, то в этом случае введение ВМС противопоказано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

**Медицинские критерии допустимости применения
Левоноргестрелсодержащие ВМС**

Задайте женщине нижеследующие вопросы, цель которых заключается в сборе необходимой информации о состоянии ее здоровья. Если женщина дает отрицательный ответ на все вопросы, то она может приступить к применению метода. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям.

1. Если женщина недавно родила, послеродовой период не превышает 4 недель?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Введение ЛНГ-ВМС рекомендуется отложить до тех пор, пока с момента родов пройдет не менее 4 недель.

2. Послеродовой или послеабортный период сопровождался инфекцией?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если послеродовой период не превышает 6 недель, и у женщины имеется текущая послеродовая инфекция или посленабортная инфекция матки, то в этом случае введение ЛНГ-ВМС противопоказано. Назначьте соответствующее лечение или направьте женщину на обследование или лечение. Помогите женщине выбрать альтернативные методы контрацепции или предложите ей вспомогательный метод (половое воздержание, применение мужских и женских презервативов, спермицидов, прерванный половой акт). После лечения заново оцените возможность применения ЛНГ-ВМС.

3. У женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неуточненной этиологии?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если у женщины наблюдаются вагинальные кровотечения неясной этиологии, указывающие на возможное наличие беременности либо то или иное расстройство здоровья, то ношение ЛНГ-ВМС может затруднить диагностику и оценку результатов проводимого лечения. Помогите женщине выбрать альтернативный метод контрацепции, которым она сможет пользоваться до тех пор, пока не будет завершено обследование и лечение. По окончании лечения следует повторно изучить допустимость применения ЛНГ-ВМС.

4. У женщины имеются заболевания женской половой сферы (гинекологического или акушерского характера), включая злокачественные опухоли половых органов и туберкулез органов малого таза? Если да, то, какие именно?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Установленный текущий рак шейки матки, эндометрия или яичников; пузырный занос или

хорионэпителиома; туберкулез органов малого таза: введение ЛНГ-ВМС противопоказано. Назначьте женщине соответствующее лечение или направьте ее на обследование и лечение, если таковые еще не проводятся. Помогите женщине выбрать альтернативный метод контрацепции. В случае с туберкулезом органов малого таза, следует повторно изучить допустимость применения ЛНГ-ВМС по завершении лечебного курса.

5. Женщина болеет СПИДом?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** СПИД является противопоказанием к применению ЛНГ-ВМС, за исключением тех случаев, когда антиретровирусное лечение дает желаемые клинические результаты.

6. Женщина входит в группу повышенного риска по гонорее или хламидиозу?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если женщина входит в группу повышенного риска по гонорее и хламидиозу, то в этом случае введение ЛНГ-ВМС противопоказано.

7. У женщины имеется цирроз или инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени? (Белки глаз или кожа имеют необычный желтый оттенок? [признаки желтухи])

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если в анамнезе женщины имеются указания на тяжелое заболевание печени (желтуха, острый гепатит, легкая или тяжелая форма цирроза, опухолевое заболевание печени, то в этом случае применение ЛНГ-ВМС противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

8. Женщина страдает тромбозом глубоких вен нижних конечностей или легких?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если в анамнезе женщины имеются указания тромбоз глубоких вен нижних конечностей в настоящее время применение ЛНГ-ВМС является противопоказанным. Если женщина сообщает о текущем тромбозе глубоких вен нижних конечностей или легких (тромбоз поверхностных вен в данном случае не учитывается), помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

9. Женщина болеет / болела раком молочных желез?

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение ЛНГ-ВМС противопоказано. Помогите женщине выбрать негормональный метод контрацепции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Источник информации: Отдел охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/РЗИ) и Центр информационных программ при Институте здравоохранения им. Джона Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.