

ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. академика В.И. Кулакова Министерства Здравоохранения РФ

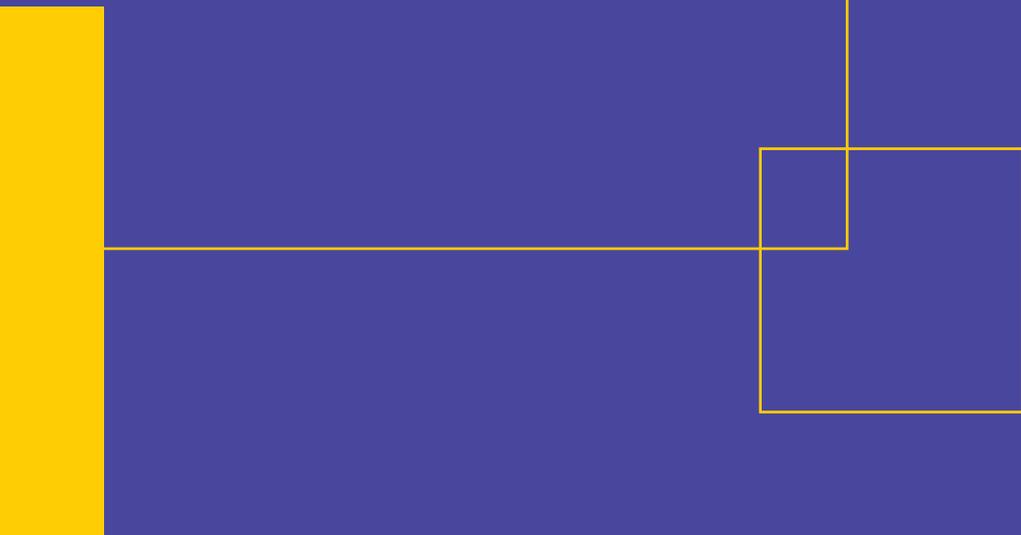
Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции

# НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Адаптированный документ  
«Медицинские критерии приемлемости использования  
методов контрацепции ВОЗ, 5 издание, 2015»

Москва 2023



## ОГЛАВЛЕНИЕ

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ	5
ОТ АВТОРОВ	8
ВВЕДЕНИЕ	9
<b>ГЛАВА 1 Аборты и контрацепция в России</b>	<b>11</b>
<b>ГЛАВА 2 Принципы, положенные в основу создания документа</b>	<b>19</b>
<b>ГЛАВА 3 Использование документа в клинической практике</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА 4 Методы контрацепции. Общие сведения</b>	<b>29</b>
Выбор метода контрацепции	31
Эффективность метода контрацепции	31
Восстановление фертильности	34
Пациенты из групп риска	34
ИППП и контрацепция – двойная защита	35
Пациенты с особыми потребностями	35
<b>ГЛАВА 5 Комбинированные гормональные контрацептивы</b>	<b>37</b>
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	39
Контрацептивная трансдермальная система (ТС)	42
Комбинированное контрацептивное кольцо (К)	42
Таблица 10. Комбинированные гормональные методы контрацепции	44
Дополнительные комментарии	70
<b>Методы контрацепции, содержащие только прогестины (прогестиновые контрацептивы)</b>	<b>71</b>
Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК)	71
Имплантаты	72
Таблица 11. Прогестиновые контрацептивы	73
Дополнительные комментарии	94
<b>Внутриматочные средства контрацепции</b>	<b>95</b>
Металлосодержащее (медь, серебро, золото) внутриматочное средство контрацепции	95
Левоноргестрел-содержащие внутриматочные средства контрацепции	95
Таблица 12. Внутриматочные средства контрацепции (ВМК)	98
Дополнительные комментарии	121
Средства неотложной (экстренной) контрацепции	122
Гормональные таблетки, применяемые для экстренной контрацепции	122

<b>ГЛАВА 6</b>	<b>135</b>
Барьерные методы контрацепции	137
Мужской презерватив	137
Женский презерватив	137
Спермициды	138
Диафрагма	138
Шеечный колпачок	139
Таблица 14. Барьерные методы контрацепции	140
Дополнительные комментарии	156
Методы отслеживания фертильности	156
Таблица 16. Методы, основанные на отслеживании фертильности (календарные методы: метод календарных ритмов, метод стандартных дней; симптоматические методы: метод базальной температуры, метод цервикальной слизи, симптомотермальный метод)	158
Метод лактационной аменореи	160
Прерванный половой акт	160
Добровольная хирургическая стерилизация	161
Женская добровольная хирургическая стерилизация	164
Дополнительные комментарии	181
Мужская добровольная хирургическая стерилизация	182
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>185</b>
Приложение 1. Значение некоторых процедур для безопасного и эффективного применения методов контрацепции	187
Приложение 2. Форма скрининга пациенток, желающих применять комбинированные оральные контрацептивы	189
Приложение 3. Форма скрининга пациенток, желающих применять прогестиновые контрацептивы	194
Приложение 4. Форма скрининга пациенток, желающих применять внутриматочные средства контрацепции	198
Приложение 5. Диагностика мигренозных головных болей и ауры	202
Приложение 6. Обильные менструальные кровотечения и недостаток железа / железodefицитная анемия	204
Приложение 7. Пандемия COVID-19 и контрацепция	206
<b>ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>209</b>
Источники литературы введения	211
Источники литературы к главе 1	211
Источники литературы к разделу «комбинированная гормональная контрацепция»	211
Источники литературы к разделу «прогестиновые контрацептивы»	243
Источники литературы к разделу «внутриматочные средства контрацепции»	255
Источники литературы к разделу экстренной контрацепции	263
Источники литературы к разделу «барьерные методы контрацепции»	264
Источники литературы к разделу «лактационная аменорея»	266
Источники литературы к разделу «хирургическая стерилизация»	266
Источники литературы к приложению 6	268
Источники литературы к приложению 7	269

# МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

## Руководители экспертного совета

**Сухих  
Геннадий  
Тихонович**

Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академик РАМН, профессор, д.м.н.

**Прилепская  
Вера  
Николаевна**

Заслуженный деятель науки РФ, заведующая научно-поликлиническим отделением ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, президент «Российского общества по контрацепции», член президиума «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью», президент Международной общественной организации «Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии», профессор, д.м.н.

## Члены экспертного совета

**Аганезова  
Наталья  
Владимировна**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, д.м.н.

**Андреева  
Елена  
Николаевна**

Заместитель директора ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, директор Института репродуктивной медицины, заведующая отделением эндокринной гинекологии. Профессор кафедры «Репродуктивной медицины и хирургии» МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Профессор, д.м.н.

**Баранов  
Игорь  
Иванович**

Заведующий организационно-методическим отделом службы научно-организационного обеспечения ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, профессор, д.м.н.

**Долгушина  
Наталья  
Витальевна**

Руководитель службы научно-организационного обеспечения, заведующая отделом научного планирования и аудита ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, д.м.н.

**Зароченцева  
Нина  
Викторовна**

Заместитель директора по научной работе ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», профессор РАН, д.м.н.

**Карахалис  
Людмила  
Юрьевна**

Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский институт», д.м.н.

**Каткова  
Надежда  
Юрьевна**

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, профессор, д.м.н.

**Кепша  
Мария  
Александровна**

Врач акушер-гинеколог ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ

**Межевитинова  
Елена  
Анатольевна**

Ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, член «Российского общества по контрацепции» и «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью», член «Европейской ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии», д.м.н.

**Назаренко  
Елена  
Григорьевна**

Врач акушер-гинеколог научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, член президиума «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью», ответственный секретарь «Российского общества по контрацепции», к.м.н.

**Назарова  
Нисо  
Мирзоевна**

Ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, ответственный секретарь «Ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии», член «Российского общества по контрацепции» и «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью», д.м.н.

**Подзолкова  
Наталья  
Михайловна**

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «Российская Медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, профессор, д.м.н.

**Сметник  
Антонина  
Александровна**

Заведующая отделением эндокринной гинекологии ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, президент «Российского общества по менопаузе», к.м.н.

**Тапильская  
Наталья  
Игоревна**

Ведущий научный сотрудник отдела репродуктологии «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта», профессор кафедры акушерства и гинекологии, кафедры онкологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия», профессор, д.м.н.

**Уварова  
Елена  
Витальевна**

Заслуженный деятель науки РФ, заведующая 2-м гинекологическим отделением ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста МЗ РФ, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.

**Хамошина  
Марина  
Борисовна**

Профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института «Российского университета дружбы народов», д.м.н.

**Чернуха  
Галина  
Евгеньевна**

Ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, профессор, д.м.н.

**Якушевская  
Оксана  
Владимировна**

Научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» МЗ РФ, профессор, к.м.н.

**Дженина  
Ольга  
Вадимовна**

Врач-флеболог «Первый флебологический Центр г. Москва», к.м.н.

**Ярмолинская  
Мария  
Игоревна**

д.м.н., профессор РАН, руководитель отдела гинекологии и эндокринологии ФГБНУ «НИИ АГиР имени Д.О.Отта», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И.Мечникова, руководитель Центра «Диагностики и инновационных методов лечения эндометриоза», Президент Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и СЗФО

## 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 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 (2004 г.), оценили репродуктивное здоровье и планирование семьи как важные международные приоритеты. Лидеры разных стран на Всемирном саммите 2005 г. решили к 2015 г. обозначить репродуктивное здоровье как национальную стратегию «прогресс для женщин – есть прогресс для всех».

Для улучшения качества медицинских услуг по репродуктивному выбору ВОЗ 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, Россия и др. – пример стран, которые первыми адаптировали Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ для применения своими медицинскими специалистами.

Представленный Вам документ является итогом работы междисциплинарной группы экспертов. Представители федеральных и региональных учреждений здравоохранения, медицинских ВУЗов страны и международных организаций, достигших соглашения относительно рекомендаций по использованию контрацепции.

Мы выражаем искреннюю признательность всем экспертам, участвующим в подготовке обновленных национальных критериев применения и приемлемости методов контрацепции.

## ВВЕДЕНИЕ

Репродуктивные права – это права человека, которые на сегодняшний день уже признаны национальными законодательствами и другими документами, разработанными на основе консенсуса. Репродуктивные права определяют 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 здоровья, предполагает помощь семьям в этой области с предоставлением необходимой информации. Это признается ключевым шагом в укреплении здоровья мужчин, женщин и детей, и относится к основным правам человека. Каждый человек имеет право доступа к правильному пониманию охраны репродуктивного здоровья, выбору метода контрацепции и возможность пользоваться достижениями научного прогресса в этой области. Соблюдение прав человека в области репродуктивного выбора предполагает комплексный подход к работе с пациентами, который должен учитывать состояние их сексуального и репродуктивного здоровья и все необходимые критерии, позволяющие выбрать тот или иной метод контрацепции.

За последние 35 лет достигнуты значительные успехи в разработке новых контрацептивных средств: содержание гормонов в комбинированных пероральных контрацептивах значительно снизилось, на смену инертным внутриматочным контрацептивам пришли более прогрессивные, металлсодержащие и левоноргестрел-содержащие ВМС. Были синтезированы комбинированные гормональные соединения в виде инъекций, пластырей и влагалищных колец, прогестагеновые имплантационные и инъекционные контрацептивы.

Женщинам, применяющим контрацептивные средства, необходимо учитывать состояние своего здоровья, чтобы применять их без вреда для него.

Отсутствие научно обоснованных данных о безопасности и эффективности тех или иных контрацептивов может вызвать у специалистов затруднения при консультировании пациентов и тем самым ограничить доступ 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 организма.

Первый международный документ, основанный на данных доказательной медицины *«Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции»* был опубликован в 1996 г. Он представляет собой руководство по безопасному использованию контрацептивных средств женщинами и мужчинами с теми или иными особенностями и медицинскими состояниями. Публикации предшествовала серьезная работа многочисленных правительственных и неправительственных организаций, объединивших усилия по сбору и анализу эпидемиологических и клинических данных, относящихся к этой проблеме. Рабочая группа сравнивала критерии приемлемости методов контрацепции, опубликованные в различных странах, готовила обзоры клинических и эпидемиологических статей, а также разрабатывала предварительные классификации для проведения экспертного анализа.

В дальнейшем, в 2000, 2003 и 2009 гг., рабочие группы, состоявшие из экспертов международного уровня, на основе анализа новых публикаций разработали и приняли вторую, третью и четвертую редакции документа.

В 2012 г. впервые появился первый, адаптированный к РФ документ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции».

В 2015 г. вышло 5-е издание ВОЗ «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (WHO MEC). В разработке данного издания участвовало 68 экспертов международного уровня, включая акушеров-гинекологов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения, руководителей медицинских программ, фармакологов и специалистов по анализу данных. Группа по разработке рекомендаций созывалась Всемирной организацией здравоохранения 12-15 мая 2013 г., 9-12 марта 2014 г. и 24-25 сентября 2014 г.

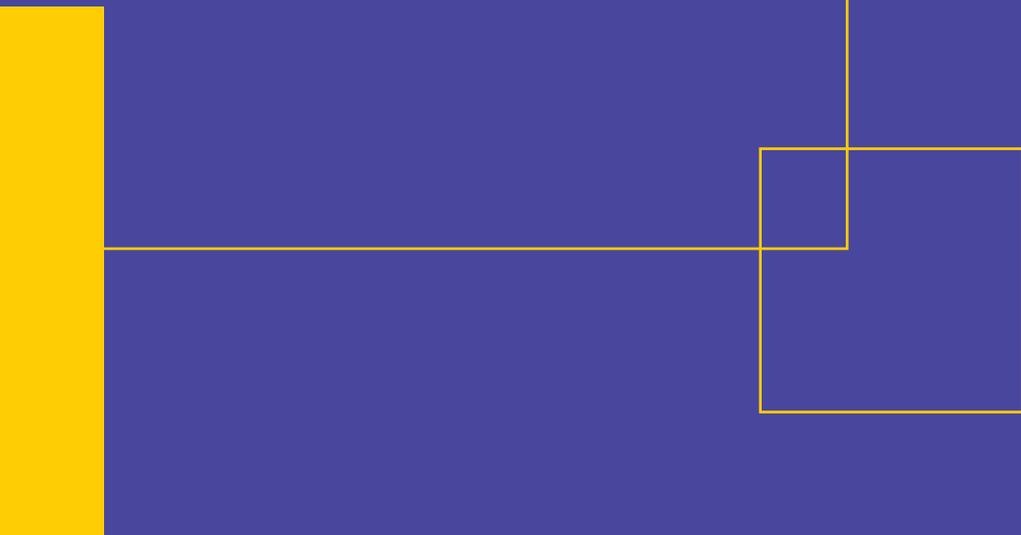
Спектр их полномочий и ответственности включал пересмотр и внешнее рецензирование рекомендаций, опубликованных в четвертом издании «Медицинских критериев приемлемости» для разработки 5-ого издания. Четырнадцать тем, охватывающих 575 рекомендаций, были пересмотрены экспертами во время ревизии в 2014 году. Для оценки качества имеющихся доказательств была применена система оценки достоверности результатов – шкала GRADE.

При формулировке рекомендаций по четырем категориям приемлемости контрацепции Группа по разработке рекомендаций учитывала потенциальные осложнения, связанные с использованием контрацептивов, характер доказательств по системе GRADE, преимущества профилактики нежелательной беременности и применила подход учета ценностей и предпочтений, на основе приоритетности доступности широкого спектра методов контрацепции. В результате обсуждения, проведенных специалистами рабочей группы, в пятое издание руководства были включены новые методы контрацепции – использование подкожного депо медроксипрогестерона ацетата и Сино-импланта (II), а к медицинским состояниям и персональным характеристикам были добавлены или переработаны следующие подгруппы: возраст, послеродовой период (нед./мес.), грудное вскармливание, венозный тромбоземболизм, тромбоз поверхностных вен, дислипидемия, послеродовой сепсис, внематочная беременность в анамнезе, тяжелое сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе, мигрени, тяжелое заболевание печени, использование стимуляторов CYP3A4, многократное применение средств экстренной контрацепции, изнашивание, ожирение, повышенный риск инфекций, передаваемых половым путем, высокий риск ВИЧ-инфекции, ВИЧ-инфицированность, применение антиретровирусной терапии.

Мы представляем вниманию медицинской общественности адаптированные к условиям Российской Федерации «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», с анализом прошлых рекомендаций и данных о препаратах, появившихся за последние 7 лет и/или не освещенные в прошлых изданиях. В результате обсуждений в новое издание включены подгруппы: онконастороженность, новая коронавирусная инфекция COVID-19, маркер тромбообразования D-димер; добавлены данные о препаратах: КОК с витаминами (фолатами), КОК с идентичным натуральному эстрогену в его составе, пересмотрены данные об обратимой контрацепции длительного действия (от англ. LARC-Long-Acting Reversible Contraception), ЛНГ-ВМС, содержащей 19,5 мг ЛНГ, современные данные об эффективных спермицидных средствах и другие.

Представлены рекомендации по безопасному использованию различных методов контрацепции при различных медицинских особенностях. Цель этого сложного труда: облегчить задачу медицинским работникам и пациентам при выборе рационального метода контрацепции. Рекомендации представляют собой общее руководство для врача, помогающее выбрать решение и индивидуализировать его, для каждого пациента с учетом особенностей его здоровья, желания, показаний и противопоказаний, побочных реакций.

**ГЛАВА 1**  
**АБОРТЫ И КОНТРАЦЕПЦИЯ**  
**В РОССИИ**



## 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.

Аборты в России разрешены законом и входят в систему обязательного медицинского страхования. Медицинское прерывание беременности может совершаться по желанию женщины (на сроках до 12 недель), по социальным показаниям (на сроках до 22 недель), по медицинским показаниям (на любых сроках). Аборты в России производятся как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Применяется три метода искусственного прерывания беременности. К ним относятся метод дилатации и кюретажа («выскабливания» – около 60-72% аборт в стране), метод вакуумной аспирации применяемый в стране с 1989 года (мини-аборт – 20% от общего числа) и метод медикаментозного аборта (8%).

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. Россия на протяжении многих лет занимала одно из ведущих мест по числу аборт, пагубные последствия которых приводят к материнской смертности и нарушению репродуктивного здоровья женщин, которое является залогом рождения здорового потомства.

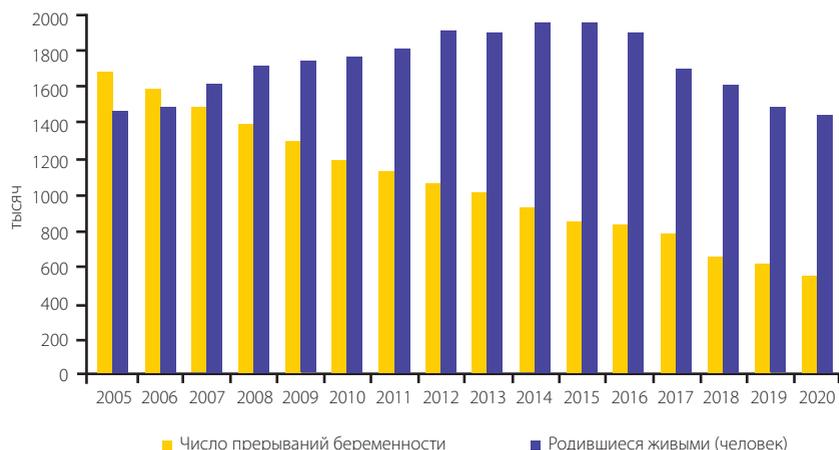
**Таблица № 1. Прерывание беременности (аборты)**

	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
<b>Всего аборт, тыс.</b>	1675,7	1186,1	848,2	661,0 <sup>2</sup>	621,7 <sup>2</sup>	553,5 <sup>2</sup>
<b>На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет</b>	42,7	31,7	23,8	19,0	18,0	16,1
<b>На 100 родов</b>	117,4	66,6	44,0	41,5	42,3	38,8
<b>Из них мини аборт тыс.</b>	405,5	316,1	241,0	.....	.....	.....
<b>На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет</b>	10,3	10,3	8,5	6,8	.....	.....
<b>Число аборт у первобеременных, тыс.<sup>1</sup></b>	161,5	98,7	58,443,4		44,5	43,0

К сожалению, для россиян, независимо от гендерных и возрастных различий, типичны такие социокультуральные характеристики, как нейтральное отношение к аборту, что в известной мере связано с неоднозначным отношением населения к средствам контрацепции и достаточно низкой осведомленности об их методах и эффективности. Около четверти абортов в России приходится на возрастную категорию 25-29 лет, около 22% – на возраст 30-34 года и примерно столько же – на возраст 20-24 года.

В последнее десятилетие россиянки более активно применяют контрацепцию: по данным отечественного популяционного исследования, 85% респонденток фертильного возраста используют тот или иной метод, а 38% комбинируют их.

### График №1. Число прерываний беременности (абортов) и численность родившихся живыми



### Таблица № 2. Прерывание беременности (аборты) по возрастным группам

	Всего, единиц			На 1000 женщин соответствующего возраста		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<b>Всего абортов:</b>	661 045	621 652	553 495	19,0 <sup>1)</sup>	18,0 <sup>1)</sup>	16,1 <sup>1)</sup>
в том числе у женщин в возрасте, лет:						
До 14 лет включит-но	300	445	447	0,1 <sup>2)</sup>	0,1 <sup>2)</sup>	0,1 <sup>2)</sup>
15-17	4968	5141	3862	2,4	2,4	1,8
18-44	648 191	609 617	542 409	23,4	22,3	20,1
45-49	7450	6359	6673	1,5	1,2	1,3
50 лет и старше	136	90	104	0,1 <sup>3)</sup>	0,1 <sup>3)</sup>	0,1 <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.

<sup>2)</sup> На 1000 женщин в возрасте 10-14 лет.

<sup>3)</sup> На 1000 женщин в возрасте 50 лет.

Самыми популярными в России признаны презервативы (45%), противозачаточные таблетки (30%) и прерванный половой акт (23%). В целом, в контрацепции, предпочтение отдается КОК, как надежным средствам предохранения от незапланированной беременности, что наиболее присуще молодым, незамужним и не имеющим детей женщинам.

**Таблица №3. Использование средств контрацепции в России**

	2005	2010	2015	2018	2019	2020
<b>Численность женщин, применявших внутриматочные спирали (на конец года)</b>						
всего, тыс. человек	5399	4749	4001	3476	3268,6	2842,9
на 100 женщин в возрасте 15-49 лет	13,8	12,7	11,3	10,0	9,5	8,3
<b>Численность женщин, применявших гормональную контрацепцию (на конец года)</b>						
всего, тыс. человек	3711	4658	4590	4504	4382,8	4014,4
на 100 женщин в возрасте 15-49 лет	9,5	12,5	13,0	13,0	12,7	11,7
<b>Проведено операций по поводу стерилизации женщин</b>						
всего, тыс. человек	16,6	12,5	14,3	14,2	14,2	12,6
на 100 000 женщин в возрасте 15-49 лет	42,4	33,4	40,4	41,0	41,0	36,6

*Данные Росстата 2021*

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, а при проведении его женщинам с серьезными экстрагенитальными заболеваниями может быть крайне опасен и привести к инвалидизации.

Неоценимую роль в сохранении репродуктивного здоровья играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежеланной беременности, а, следовательно, и абортотрудно переоценить, а появление и усовершенствование обратимых контрацептивных методов длительного действия способствует еще большему повышению эффективности, приемлемости и безопасности контрацепции, снижая при этом число контрацептивных неудач.

Кроме того, контрацепция является методом профилактики ряда заболеваний репродуктивной системы и, в связи с этим имеет не только медицинское, но и социальное значение. Таким образом, эффективная и безопасная контрацепция является реальной альтернативой абортотрудно, поскольку не только предотвращает нежеланную беременность, но и обладает рядом профилактических и лечебных свойств, способствующих сохранению репродуктивного здоровья женщины. Благодаря применению гормональной контрацепции, в мире ежегодно предотвращается до 30 тысяч случаев злокачественных опухолей органов репродуктивной системы.

К сожалению, в России современные методы контрацепции в настоящее время используются недостаточно. 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. Существенную роль в этом отношении 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. Отсутствие информированности приводит к частым нарушениям режима приема гормональных контрацептивов и к возникновению нежеланной беременности, а также к частой смене различных методов контрацепции, особенно у очень молодых женщин.

В России были опубликованы итоги научно-образовательной программы «CHOICE» (Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience) «Здоровая контрацепция», в которой наша страна принимала участие наряду с 10 европейскими государствами. 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 ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздравсоцразвития России при поддержке «Российского общества по контрацепции» и «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью». Данная программа была призвана содействовать информированию женщин, обращающихся к врачу за консультацией.

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 влияет на 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 половым актом, должен обладать высокой эффективностью, без побочных эффектов, 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 пластыри, вагинальные кольца, внутриматочные металлосодержащие и левоноргестрел-содержащие системы, подкожные имплантаты, хирургические и барьерные методы контрацепции. Каждый обладает своими преимуществами и недостатками. Какой метод и режим оптимальнее? Идеального метода контрацепции не существует, но есть метод наиболее приемлемый для конкретной пациентки.

Гормональные контрацептивы – наиболее часто используемый в мире метод контрацепции и гормонотерапии. В большинстве стран мира растет количество женщин, принимающих КОК, и параллельно, как сказано выше, снижается число 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 доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ), и другие профилактические свойства. Сегодня гормональная контрацепция сохраняет жизни: в частности, применение женщиной гормональных контрацептивов в течение 3 лет снижает материнскую смертность на 25–30%, детскую смертность на 40%.

В целом для пациенток и врачей главным является безопасность и хорошая переносимость КОК.

Современная стратегия развития гормональной контрацепции предполагает снижение дозы компонентов в препаратах для их лучшей переносимости, синтез прогестагенов с высокой селективностью к рецепторам прогестерона, новые пути введения препаратов, изменение режима их применения, и внедрение обратимых длительнодействующих методов, не требующих постоянного контроля за применением. Расширение возможностей и объема использования контрацепции наряду с ее дальнейшим совершенствованием – один из реальных шагов на пути не только снижения числа аборт и их осложнений, но и улучшения репродуктивного здоровья женщины. Безусловно, борьба с абортами 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.



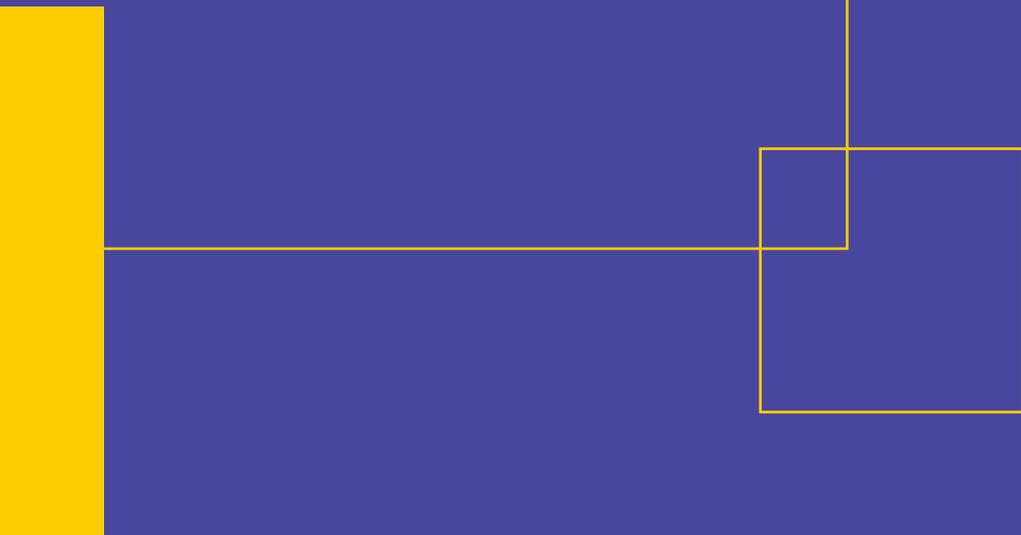


---

**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 – в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы;
- 5) обсуждение рекомендаций на сайте Российского общества акушеров-гинекологов;
- 6) утверждение рекомендаций экспертным советом.

В феврале 2022 г. Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова провел двухдневное совещание с участием 20 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:

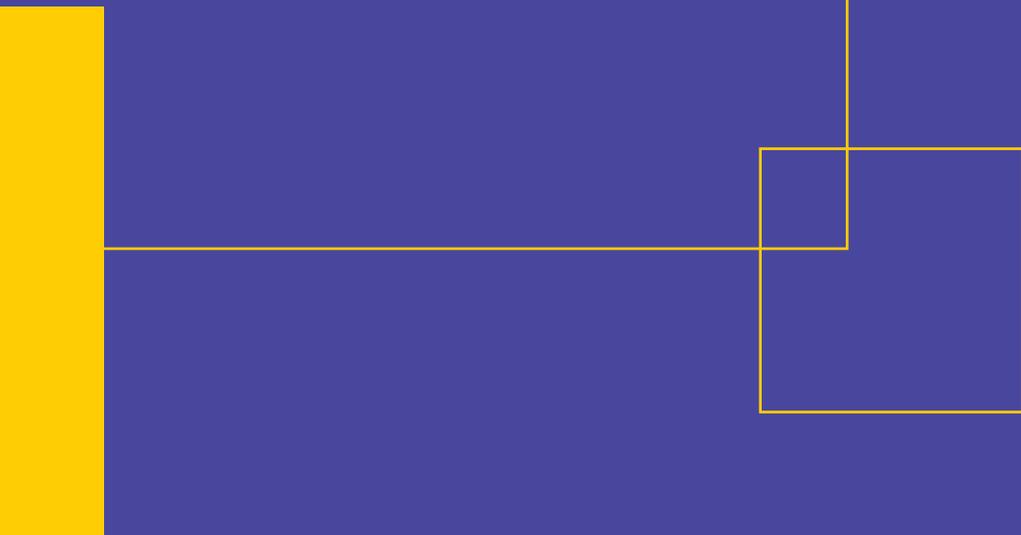
- 1) экстраполяция результатов исследований, в которых участвовали здоровые женщины;
- 2) теоретические предпосылки о достоинствах различных методов контрацепции и риске, связанном с их применением;
- 3) мнение специалистов.

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 в связи с национальными особенностями страны.



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 гипертония). 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 врачу приходится консультироваться с врачами других специальностей.

Состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырех категорий (табл.5).

**Таблица 4. 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.	<b>ДА</b> <b>Метод можно использовать</b>
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.	<b>НЕТ</b> <b>Метод не следует использовать</b>
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. При консультации 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 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. 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, а также стерилизация мужчин и женщин (табл. 7) 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 5. 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 6. Категории для использования 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 и 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

Главы 5 и 6 состоят 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, шеечные колпачки, спермициды), ритмических методов (оценка состояния шеечной 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 гипертонию), но и другие характеристики 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 А, С, D и S). Для некоторых состояний таблицу дополняют третьей колонкой, в которой размещают **пояснения** или **научные доказательства**. В конце документа, посвященного тому или иному методу контрацепции, можно найти список литературы.

**Таблица 7. 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 А, С, 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.

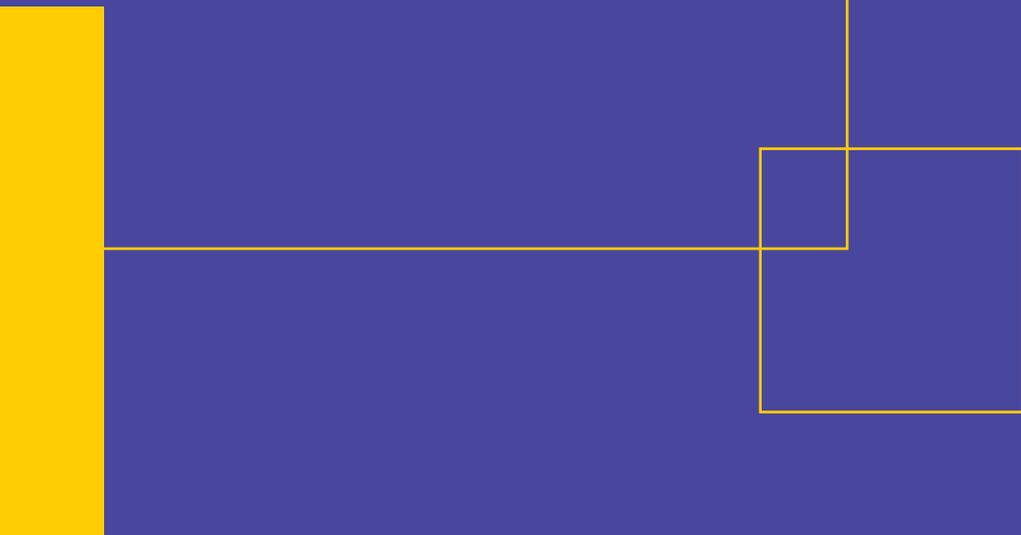
Критерии приемлемости методов контрацепции должны использоваться только при выборе средства **предупреждения нежеланной беременности** и не годятся для других ситуаций, например при определении тактики лечения аномальных маточных кровотечений, так как соотношение риска и пользы в первом и втором случаях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

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

---

**ГЛАВА 4**  
**МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ.**  
**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

---



## Выбор метода контрацепции

Женщинам, мужчинам и супружеским парам, а особенно врачам, выбирающим наиболее подходящий метод контрацепции, 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.

## Эффективность метода контрацепции

Выбор метода контрацепции в значительной степени определяется тем, насколько успешно он предотвращает аборт и нежелательную беременность. Для методов важным условием эффективности является их правильное применение. В табл. 8 приведены данные о 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 использовании 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 др. По мере того, как накапливается опыт использования какого-либо метода (и женщинами, и мужчинами), эффективность его возрастает.

**Таблица 8. 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**

Частота незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года использования метода, %			Доля женщин, продолжавших использовать метод к концу первого года, % <sup>3</sup>
Метод	Типичное применение <sup>1</sup>	Абс. правильное применение <sup>2</sup>	
Контрацептивы не применяли <sup>4</sup>	85	85	
Спермицидные средства <sup>5</sup>			42
Бензалкония хлорид <sup>5a</sup>	2,42	1,2	
Ноноксинол-9 <sup>5b</sup>	21	16	
Прерванный половой акт	27	4	43
Ритмические методы	25		51
Метод стандартных дней <sup>6</sup>		5	
Двухдневный метод <sup>6</sup>		4	
Овуляционный метод <sup>6</sup>		3	
Влагалищные губки			
Рожавшие женщины	32	20	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Влагалищные диафрагмы <sup>7</sup>	16	6	57
Презервативы <sup>8</sup>			
Женские	21	5	49
Мужские	15	2	53
Комбинированные пероральные контрацептивы и ЧПОК	8	0,3	68
Гормональный пластырь	8	0,3	68
Комбинированное гормональное влагалищное кольцо	8	0,3	68
Медروксипрогестерона ацетат	3	0,3	56

Комбинированные инъекционные контрацептивы	3	0,05	56
Внутриматочные контрацептивы (ВМК)			
Металлсодержащие ВМК	0,8	0,6	78
ВМК с левоноргестрелом	0,2	0,2	80
Имплантаты с этоноргестрелом	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 часов после полового акта уменьшает вероятность наступления беременности по крайней мере на 75% <sup>9</sup> .			
Метод лактационной аменореи может представлять собой временный способ предупреждения беременности.			

### 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 абортов; 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. Влагалищные суппозитории, кремы, гели, таблетки и капсулы.
- 5a. Marmor D. La contraception locale spermicide. *Gynecol Obstet Fertil.* 2001; 29: 705-713.
- 5b. Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018
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. 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.
10. 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.

## Восстановление фертильности

Все методы контрацепции, кроме мужской и женской стерилизации, обратимы. Фертильность после отказа от них, как правило, восстанавливается быстро. Применение КОК не оказывало негативного влияния на овариальный резерв. 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. К счастью, в России она не популярна.

## Пациенты из групп риска

Женщинам с состояниями, при которых незапланированная беременность представляет угрозу здоровью, нельзя ограничиваться барьерными и ритмическими методами или прерванным половым актом из-за их низкой эффективности и повышенным риском осложнений беременности и родов. Эти состояния приведены в табл. 9.

**Таблица 9. Состояния, при которых незапланированная беременность угрожает здоровью женщины**

1. Рак молочной железы
2. Осложненные приобретенные пороки сердца
3. Диабет: инсулинозависимый; с нейропатией, микрососудистыми или макрососудистыми осложнениями, а также при длительности заболевания более 20 лет
4. Рак тела матки и яичников
5. Эпилепсия
6. Артериальная гипертония систолическое АД >160 мм рт. ст. или диастолическое АД >100 мм рт. ст)
7. ВИЧ инфекция и СПИД<sup>1</sup>
8. Ишемическая болезнь сердца
9. Злокачественная трофобластическая болезнь
10. Злокачественные опухоли печени (гепатома и гепатоцеллюлярная карцинома печени)
11. Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени
12. Серповидноклеточная анемия
13. ИППП<sup>1</sup>
14. Инсульт
15. СКВ
16. Тромбогенные мутации
17. 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.

## **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.

## **Пациенты с особыми потребностями**

### **Подростки**

В принципе, подросткам может быть рекомендован любой метод контрацепции (кроме стерилизации, в том числе ВМК). Они имеют свободу выбора в данном вопросе. С медицинской точки зрения возраст сам по себе не может служить причиной для того, чтобы лишить подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. 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. 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 подрост-

ком 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. Целесообразно рассмотреть методы долгосрочной контрацепции, в том числе использование ЛНГ-содержащих внутриматочных систем ввиду их высокой эффективности, не зависящей от ежедневной рутины и низкого риска развития ВТЭО.

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.

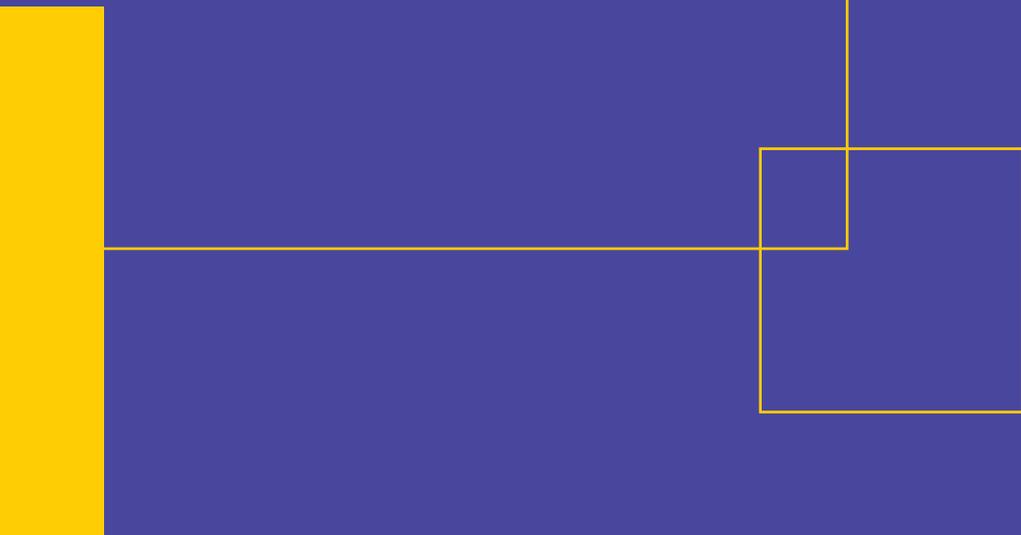
### **Люди с отягощенным онкологическим анамнезом**

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции индивидуальны для пациенток с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы. В каждом конкретном клиническом случае необходимо определить степень потребности пациентки в назначении того или иного метода контрацепции. Противоопухолевая и циторедуктивная терапия часто сопровождается снижением уровня фертильности. Однако аменорея не является полноценным маркером прекращения функции яичников. 30% онкологических пациенток- потенциальные претендентки на назначение контрацепции. Выбор метода контрацепции определяет не только рецепторный статус опухоли, но и характер ремиссии, риск рецидива заболевания, степень циторедукции. Беременность, наступившая сразу после завершения противоопухолевой терапии ассоциирована с увеличением риска рецидива заболевания. Большинство рецидивов возникает в течение первых 2 лет после окончания основного лечения. Контрацепция позволяет предотвратить оплодотворение яйцеклеток, которые могли подвергнуться токсическому воздействию химиотерапии. Беременность, возникающая в течение нескольких месяцев после противоопухолевой терапии, сопровождается высокой частотой гибели плода и пороками развития. В настоящее время тема назначения контрацепции пациенткам с негинекологическими онкологическими заболеваниями в анамнезе остается малоизученной и требует проведения исследований с высоким уровнем доказательности.

---

**ГЛАВА 5**  
**КОМБИНИРОВАННЫЕ**  
**ГОРМОНАЛЬНЫЕ**  
**КОНТРАЦЕПТИВЫ**

---



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

## **Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**

КОК представляют собой группу пероральных контрацептивов, содержащих комбинацию эстрогена и прогестина, являющихся синтетическими аналогами естественных гормонов эстрадиола и прогестерона. Большинство КОК содержит 20-30 мкг синтетического этинилэстрадиола или биоидентичный предшественник  $17\beta$ -эстрадиола – эстрадиола валерат, эстрадиола гемигидрат, эстетрол.

Прогестагены представляют собой синтетические стероиды, обладающие свойствами идентичными прогестерону. Гестагенный компонент КОК подразделяется на 3 большие группы: производные прогестерона (ципротерона ацетат, хлормадион ацетат, номегестрола ацетат), производные тестостерона в свою очередь подразделяются на 3 поколения: I поколение: норэтистерон, II поколение: левоноргестрел и III поколение: дезогестрел, этоноргестрел гестоден, диенгест) и производные спиронолактона (дроспиренон).

В зависимости от комбинации эстрогена и гестагена различают: монофазные (когда на протяжении приема ежедневно в организм женщины поступает одинаковая доза эстрогена и гестагена) и многофазные (с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующее колебания содержания естественных яичниковых гормонов в течение нормального менструального цикла и позволяет снизить общую курсовую дозу гестагенного компонента на 40%).

**Основной механизм действия:** КОК угнетают секрецию гипофизом гонадотропных гормонов, подавляют фолликулогенез и овуляцию. Гестагенный компонент КОК приводит к изменениям цервикальной слизи, эндометрия и подвижности эндотелия маточных труб, тем самым обеспечивая контрацептивный эффект. Нарушение режима приема контрацептива способствует увеличению риска наступления незапланированной беременности. При относительном соблюдении режима применения на 100 женщин, применяющих КОК в течение первого года, приходится около 8 случаев незапланированной беременности. При абсолютном 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 КОК:** происходит немедленно.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

### **Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие 20 и 30 мкг этинилэстрадиола/3мг дроспиренона с добавлением фолатов (левомефолат кальция 450 мкг).**

В последние годы разработаны новые КОК, содержащие 20 и 30 мкг этинилэстрадиола, 3мг дроспиренона с добавлением фолатов (левомефолат кальция 450мкг). Добавление фолатов в состав КОК способствуют ликвидации относительного дефицита фолатов, который у российских женщин наблюдается в 85% случаев. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (2015 г.), нормализация уровня гомоцистеина возможна при достижении уровня фолатов выше 14 нг/мл в сыворотке крови и 906 нмоль/л в эритроцитах. Фолаты играют ключевую роль в профилактике дефектов нервной трубки у эмбриона/плода. Процесс закладки нервной трубки завершается через 24–28 дней после зачатия, что соответствует акушерским срокам беременности 5/6 нед. Женщины в России часто игнорируют прегравидарную подготовку. Они становятся на учет по беременности в женские консультации

или медицинские центры, где получают витаминные комплексы, но в сроки, когда аномалии нервной трубки уже могли сформироваться. Консультирование в отношении КОК с фолатами позволяет повысить осведомленность женщин о необходимости приема фолатов до зачатия как важной составляющей прекоцепционной подготовки. Согласно результатам международного исследования прием оральных контрацептивов (ОК) с Метафолином способен снизить частоту дисплазии нервной трубки (ДНТ) на 23,7–31,4% по сравнению с приемом обычных ОК. Поскольку беременность может наступить на фоне приема ОК или вскоре после их отмены, добавление в препарат Метафолина способно снизить риск ДНТ у плода.

Уровень фолатов может иметь значение при лечении акне, гиперандрогенного происхождения. Со стороны кожи фолатная недостаточность ведет к снижению регенеративной функции кожи и слизистых, поседению и поредению волос, ломкости ногтей, нарушению пигментации. Негативно влияние дефицита фолатов на эмоции и настроение. Фолаты играют важную роль в обеспечении благополучия в психоэмоциональной сфере. У людей с дефицитом фолатов возможны развитие симптомов, характерных для депрессии. L-метилфолат является одним из медицинских препаратов, лицензированных FDA для лечения депрессии. Результаты исследований показывают, что у пациенток с СПЯ в 3 раза чаще встречается гипергомоцистеинемия, являющаяся фактором риска сердечно-сосудистой патологии. В большинстве случаев повышение уровня гомоцистеина это результат дефицита фолатов в организме, поэтому пациенткам с СПЯ могут быть рекомендованы КОК с фолатами.

### **Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие идентичный натуральному эстроген.**

Предпосылками к разработке КОК с эстрогеном биоидентичным натуральному 17 $\beta$ -эстрадиолу стали работы, которые показали тенденцию в отношении меньшего по сравнению с этинилэстрадиолом влияния на синтез белков в печени, а соответственно и на гемостатические параметры, что позволило бы улучшить переносимость и профиль безопасности в отношении развития венозных тромбозов.

В настоящее время существует два вида эстрогенов, идентичных натуральному – эстрадиола валерат (Э2В) и эстетрол (Е4).

Эстрадиола валерат (Э2В) – предшественник 17- $\beta$  эстрадиола, идентичного натуральному, который оказывает основные эстрогенные эффекты в течение всей репродуктивной жизни женщины. В организме Э2В быстро расщепляется до 17 $\beta$ -эстрадиола и валериановой кислоты. Эстрогенные эффекты и метаболизм Э2В и 17 $\beta$ -эстрадиола являются в качественном и количественном отношении сходными. КОК с эстрогеном, идентичным натуральному 17- $\beta$  эстрадиолу обладает благоприятным влиянием на параметры метаболизма, гемостаза (риск ВТЭ на 60% ниже других КОК), состояние слизистой влагалища и сексуальную функцию, переносимость, что было изучено во многих исследованиях.

КОК с Э2В/ДНГ – единственный препарат с динамическим режимом дозирования и укороченным безгормональным интервалом (БГИ) 26+2, имеющим зарегистрированное показание в РФ «терапия обильных и/или длительных менструальных кровотечений без органических причин у женщин, желающих применять пероральные контрацептивы». Результаты нескольких РКИ показали значимый профиль эффективности комбинации Э2В/ДНГ в отношении снижения менструальной кровопотери: на 71–79% после 3 мес и на 88% после 6 мес. приема препарата суммарно, что коррелировало со значимым улучшением параметров метаболизма железа (гемоглобина, гематокрита и ферритина) и уменьшением таких симптомов дефицита железа, как слабость и утомляемость. В клинических рекомендациях по аномальным маточным кровотечениям имеется указание, что монофазные КОК снижают объем

менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования – до 88%.

Согласно имеющимся научным данным, посвященным изучению риска сердечно-сосудистых осложнений при приеме комбинации Э2В/ДНГ по сравнению с другими КОК риск венозной тромбоэмболии оказался на 60% ниже в группе приема Э2В/ДНГ (ОР скорр. – 0,4 (95% ДИ, 0,2-0,9)) в сравнении с другими КОК и сопоставимым или ниже по сравнению с КОК, содержащими в качестве прогестагена левоноргестрел (ОР скорр. – 0,4 (95% ДИ, 0,2-1,1)). В инструкции по применению отмечено, что препараты, содержащие левоноргестрел, норгестимат или норэтистерон, связаны с самым низким риском развития ВТЭ. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что КОК с Э2В/ДНГ может иметь риск ВТЭ в том же диапазоне. Перевод с других КОК с режимом приема 21/7 на КОК с Э2В/ДНГ способствует значительному уменьшению головной и тазовой боли и других симптомов, возникающих в безгормональный интервал.

Кроме того, переход на КОК с Э2В/ДНГ с других ЭЭ-КОК по данным нескольких клинических исследований с высоким уровнем доказательности демонстрирует нормализацию сексуальной функции и улучшение ее показателей.

Эстетрол является конечным продуктом метаболизма, не превращается в активные эстрогены (эстрон, эстрадиол и эстриол), активирует ядерные эстрогеновые рецепторы альфа (ER $\alpha$ ) и при этом селективно противодействует активности мембранных ER $\alpha$ . Это обеспечивает сохранение положительных эффектов эстрогена (в отношении сердечно-сосудистой системы, ЦНС, костной ткани, эндометрия и др.) и при этом обеспечивает минимальное влияние на печеночный метаболизм, систему гемостаза, имеет благоприятный профиль безопасности в отношении венозных тромбоэмболий, снижает пролиферативную активность в тканях молочной железы.

Основываясь на особом фармакологическом профиле, E4 можно классифицировать как биоэдентичный натуральному эстроген с избирательным действием в тканях (NEST).

Прогестаген дроспиренон, входящий в состав препарата, обладает антиминералокортикоидным действием, предупреждает увеличение массы тела и появление отеков, связанных с задержкой жидкости, что обеспечивает хорошую переносимость препарата.

В клинических исследованиях, проведенных в России, странах Европы, США и Канаде показана высокая контрацептивная надежность (99,6%) КОК, содержащего E4/ДРСП, хороший контроль менструального цикла на фоне его использования, хорошая переносимость.

Показания к применению препарата: пероральная контрацепция у взрослых женщин (в возрасте старше 18 лет)

### **Трехфазный комбинированный гормональный контрацептив, содержащий этинилэстрадиол и дезогестрел.**

В последнее время отмечается возвращение в клиническую практику трехфазного контрацептива, сочетающего дезогестрел и этинилэстрадиол. В отличие от монофазных КОК в трехфазных суммарная (цикловая) доза прогестагена снижена почти на 40 % за счет трехступенчатого изменения его дозы в течение цикла, при этом надежность подавления овуляции достигается за счет увеличения дозы эстрогена в начале цикла приема. Анализ данных трех мультицентровых исследований выявил высокую контрацептивную надежность трехфазного дезогестрел-содержащего КОК. Индексы Перля составляли 0,23 для самого метода и 0,46 с учетом ошибок использования на 100 пациенто-лет. Систематический обзор базы данных Кокрейн показал, что эффективность трехфазных КОК не уступает монофазным. Авторами отмечено отсутствие различий в частоте аномального маточного кровотечения

и аменореи на фоне применения трех- и монофазных препаратов.

Положительной стороной применения данного КОК является уменьшение риска развития побочных реакций за счет входящего в состав прогестагена III поколения дезогестрела, что объясняется его повышенной прогестиновой селективностью. Безопасность продемонстрирована результатами исследований, которые выявили отсутствие влияния на уровень гликемии натощак, параметры функции печени (общий билирубин, АЛТ, АСТ и ЛДГ), индекс массы тела и артериальное давление, состояние шейки матки (ПАП-тест) и уплотнение (узлообразование) молочных желез, а также сведений о тромбоэмболических событиях или других серьезных нежелательных явлениях, связанных с препаратом в течение 13 последовательных циклов.

## Контрацептивная трансдермальная система (ТС)

Контрацептивная трансдермальная система представляет собой наклеиваемый пластырь, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь два гормона – норэргестромин и этинилэстрадиол, являющиеся синтетическими аналогами естественных гормонов прогестерона и эстрадиола. Замена пластыря производится еженедельно в течение 3 недель с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальноподобное кровотечение.

**Основной механизм** действия заключается в блокировании овуляции. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда женщина не соблюдает режим использования 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 контрацептивное кольцо (К)

Комбинированный гормональный контрацептив для интравагинального применения представляет собой гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Оно состоит из гипоаллергенного этинилвинилацетата (ЭВА) диаметром 54 мм и толщиной 4 мм, широко используемого в медицинской практике для изготовления различных имплантатов. Кольцо содержит 2,7 мг этинилэстрадиола и 11,7 мг этоноргестрела, по биологическому градиенту путем диффузии во влагалище ежедневно в непрерывном режиме выделяется 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела, который является первичным активным метаболитом дезогестрела. Кольцо помещается во влагалище сроком на 3 недели с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальноподобное кровотечение.

**Основной механизм действия:** контрацептивный эффект обусловлен комбинацией различных факторов, наиболее важным из которых является подавление овуляции. Профиль контрацептивной эффективности и переносимости вагинального контрацептивного кольца хорошо изучен. Кольцо одобрено FDA в 2001 году. В многоцентровом исследовании показатель эффективности составил 99,1% при типичном применении, а при идеальном – 99,6%. На фоне применения контрацептивного кольца цикл становится более регулярным, уменьшается болезненность и интенсивность менструальноподобного кровотечения.

Одним из основных преимуществ вагинального кольца является отсутствие первичного прохождения через печень и желудочно-кишечный тракт содержащихся в нем гормонов.

У пациенток, не страдающих ожирением, среднее увеличение массы тела на фоне применения КВК составило 0,37 кг, не отличалось достоверно от такового в группе женщин, получавших КОК, и не было признано клинически значимым.

Пациентки, применявшие кольцо, имели в 2,7 раза более высокое число колоний лактобактерий, продуцирующих перекись водорода, чем в группе КОК, что значительно улучшает неспецифический защитный механизм в предотвращении бактериальной и вирусной инфекции.

Влагалищное кольцо не мешает при половых контактах, кроме того, не снижает чувствительность партнеров, не нарушает интимности и спонтанности сексуальных отношений. По данным некоторых авторов, 89% женщин и 91% их половых партнеров отмечают улучшение качества сексуальных отношений, повышение сексуальной активности.

По оценке приемлемости его использования, произведенной с помощью опросников среди 1492 женщин, 97% женщин ответили, что порекомендовали бы влагалищное контрацептивное кольцо другим как метод контрацепции; 98% женщин после 13 циклов применения считали, что влагалищное контрацептивное кольцо было легко вводить и извлекать; 96% женщин были удовлетворены или очень удовлетворены применением кольца.

**Восстановление фертильности после отмены метода:** происходит немедленно.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

Контрацептивная трансдермальная система и комбинированное контрацептивное кольцо являются относительно новыми контрацептивными методами. Ввиду этого, эпидемиологические данные, касающиеся эффектов длительного использования указанных средств, отсутствуют.

Согласно имеющимся доказательствам, контрацептивная трансдермальная система обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетику с КОК, в состав которых входят сходные гормональные веществ. Сообщения о преходящем, кратковременном дискомфорте молочных желез и кожных реакций возникали чаще среди пользователей пластыря; однако они отмечались менее чем у 25% пользователей. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что эффективность контрацептивной трансдермальной системы снижается у женщин с весом  $\geq 90$  кг.

Согласно имеющимся доказательствам, комбинированное контрацептивное кольцо обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетику и имеет сходное воздействие на функцию яичников, как и КОК, включающие подобные гормональные вещества. При этом есть данные о более стабильной концентрации гормонов, в первую очередь ЭЭ, в течение суток на фоне их меньшей дозы (КВК содержит 15 мкг этинилэстрадиола в сутки по сравнению с типичными 20 мкг для КОК) и экспозиции по сравнению с КОК и трансдермальной контрацептивной системой, что способствовало более низкой частоте эстроген-ассоциированных нежелательных явлений (тошноты, мастодинии).

В ожидании новых доказательств рабочая группа пришла к заключению, что данные, доступные для КОК, относятся и к контрацептивной трансдермальной системе и влагалищному кольцу. Поэтому у пластыря и кольца должны быть те же самые категории, что и у КОК.

Рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, одинаковы для всех составов КГК, независимо от эстрогенного и гестагенного компонента и метода их введения.

**Таблица 10. Комбинированные гормональные методы 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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<b>ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ</b>		
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	НП	НП= не применимо <b>Пояснение:</b> использование КОК, ТС 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.
<b>ВОЗРАСТ</b>		<b>Пояснение:</b> 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.
1) От менархе до ≥40 лет	1	Женщинам, имеющим репродуктивные планы в будущем следует с целью профилактики возникновения патологии плода и сохранения здоровья женщин рекомендовано отдать предпочтение КОК с фолатами в составе
2) ≥40 лет	2	Женщинам в зрелом возрасте следует отдавать предпочтение КОК с эстрогеном, идентичным натуральному (см. дополнительные комментарии: Контрацепция и перименопауза)
<b>ПАРИТЕТ</b> 1) рожавшие 2) нерожавшие	1 1	

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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*</b></p> <p>1) &lt;6 недель после родов</p> <p>2) ≥6 недель после родов &lt;6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)</p> <p>3) ≥ 6 месяцев после родов</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> 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.</p> <p>Неблагоприятные последствия для здоровья или какие-либо проявления эффектов экзогенных эстрогенов на новорожденных, подвергнутых воздействию комбинированных гормональных контрацептивов через грудное молоко, не были продемонстрированы.</p> <p>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. Присутствует теоретическая озабоченность по поводу последствий применения комбинированных гормональных контрацептивов на продукцию грудного молока больше в течение первых недель после родов, когда устанавливается лактация.</p> <p>Экспертная группа рекомендует кормить младенцев исключительно грудью первые 6 месяцев после родов. В идеале грудное вскармливание должно продолжаться в течение первого года жизни. 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).</p>
<p><b>ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД</b> (у некармлиющих женщин)</p> <p>1) &lt;21 дня</p> <p>2) ≥21 дня</p>	<p>3</p> <p>1</p>	<p><b>Доказательства:</b> риск ВТЭ повышается во время беременности и в послеродовом периоде; риск наиболее высок в течение первых 3 недель после родов</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	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
*дополнительные комментарии в конце таблицы	Н = начало или П = продолжение	
<b>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</b>  1) Первый триместр  2) Второй триместр  Сразу после септического аборта	1  1	<b>Пояснение:</b> прием КОК, ТС или К может быть начат сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности.  <b>Научные доказательства:</b> 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.  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.
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	1	<b>Пояснение:</b> 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.
* Использование уровня Д-димера в качестве маркера высокого риска первичного эпизода ВТЭ для бессимптомных пациентов, в том числе женщин, планирующих или уже принимающих комбинированные оральные контрацептивы, в настоящее время не целесообразно и не может быть рекомендовано в связи с отсутствием достаточной доказательной базы.		
Исследования, в том числе рандомизированные, оценивающие влияние разных типов оральных контрацептивов на показатели гемостаза, показывают повышение уровня Д-димера на фоне приема эстроген-гестагеновых препаратов, максимально выраженное в первые 3 месяца от начала приема контрацептивов. Результаты наблюдения подтверждают концепцию динамического изменения прокоагулянтного потенциала при использовании комбинированных контрацептивов, что зависит от типа и дозы эстрогена и типа гестагена, а также длительности приема, однако данных недостаточно для рекомендаций рутинного тестирования Д-димера как индивидуального маркера высокого риска тромботических осложнений при планировании и на фоне проведения гормональной 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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ХИРУГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ</b>	1	
<b>КУРЕНИЕ</b>  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	2  3  4  3  2	<b>Научные доказательства:</b> 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. 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. 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.
<b>ОЖИРЕНИЕ</b>  1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м <sup>2</sup>  2) От менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м <sup>2</sup>	2  2	<b>Научные доказательства:</b> 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.  Имеются ограниченные данные относительно изменения эффективности КОК в зависимости от массы тела или ИМТ. У женщин во всех категориях ИМТ было получено сходное увеличение веса в течение трех месяцев применения КОК и влагалищного кольца. Эффективность пластыря снижалась у женщин, которые весили >90 кг; однако не было обнаружено никакой корреляции между риском наступления беременности и величиной ИМТ.

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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ</b></p> <p>1) Рестриктивные процедуры: 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>1</p> <p>КОК – 3 Пл, К – 1</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные не продемонстрировали существенного снижения эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которым были выполнены операции, уменьшающие объем желудка (бандажирование желудка).</p> <p><b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные не продемонстрировали существенного снижения эффективности оральных контрацептивов у женщин, которые подверглись билиопанкреатическому шунтированию, однако, данные фармакокинетических исследований показали противоречивые результаты эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись тоще-подвздошному шунтированию.</p> <p><b>Пояснения:</b> 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>
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<p><b>Множественные факторы риска артериальных сердечно-сосудистых заболеваний</b> (например, старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)</p>	<p>3/4</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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><b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ*</b></p> <p>Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистого заболевания. 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. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений относятся: 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, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ&gt;88см; АД&gt;180/110мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска.</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 послеродовый 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
<p>*дополнительные комментарии в конце таблицы</p> <p><b>Гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)</b></p>	3	<p><b>Пояснение:</b> оценка причины и определение уровня артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> женщины, которые начинали использовать КОК без предварительного измерения артериального давления, подвергались повышенному риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта.</p>
<p>1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД &lt;140/90 мм.рт.ст.)</p> <p>2) Повышенный уровень артериального давления (измерение выполнено правильно)</p> <p>(а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99</p> <p>(б) систолическое ≥160 или диастолическое ≥100</p> <p>3) Заболевания сосудов</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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 с пользователями гормональных контрацептивов, не получающих соответствующего лечения.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертензией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболеваний периферических артерий, в сравнении с женщинами, не пользующимися данными контрацептивами. Прекращение приема КОК у женщин с артериальной гипертензией может способствовать снижению артериального давления.</p> <p><b>Пояснение:</b> решение о начале или дальнейшем использовании комбинированной гормональной контрацепции у пациенток с повышенным уровнем артериального давления должно быть принято коллегиально, при этом женщине должны быть предложены другие приемлемые методы контрацепции.</p> <p><b>Пояснение:</b> заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.</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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <p>(если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)</p>	2	<p><b>Научные доказательства:</b> женщины, использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергаются повышенному риску развития инфаркта миокарда и тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления.</p> <p>Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе остается низким.</p>
<p><b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</b></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-х месяцев</p> <p>4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p><b>Пояснение:</b> при наличии у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при обнаружении <math>\geq 1</math> из перечисленных ниже 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><b>Пояснение:</b> 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.</p> <p><b>Пояснение:</b> некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ТЭЛА, являются наследственными.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<p>5) хирургическое вмешательство</p> <p>(а) с длительной иммобилизацией</p> <p>(б) без длительной иммобилизации</p> <p>6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации</p> <p>7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле</p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p><b>Пояснение:</b> <i>большое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции продолжительностью &gt; 30 минут. К ним относят общую, ортопедическую хирургию, травматологию и нейрохиргию.</p> <p>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.</p> <p><i>Малое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции, продолжающиеся менее 30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.</p> <p><i>Иммобилизация</i> вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений. Продолжение использования комбинированных гормональных контрацептивов должно быть пересмотрено, рекомендовано применение альтернативных методов контрацепции до восстановления подвижности.</p>
<p><b>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ</b> (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)</p>	<p>4</p>	<p><b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> среди женщин с тромбогенными мутациями риск возникновения тромбоза у пользователей КОК был в 2-20 раз выше, чем у женщин, не использующих данный контрацептив.</p>
<p><b>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</b></p> <p>1) Варикозное расширение вен нижних конечностей</p> <p>2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей</p>	<p>1</p> <p>3</p>	<p><b>Пояснение:</b> варикозное расширение поверхностных вен не является фактором риска развития ТГВ/ТЭЛА.</p> <p>Приемлемо применение КОК при катетерном тромбофлебите</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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ</b>	4	<b>Пояснение:</b> в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование.
<b>ИНСУЛЬТ</b> (в том числе в анамнезе)	4	
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ (без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний)</b>	2	<p><b>Пояснение:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p><b>Доказательства:</b> ограниченные доказательства относительно использования КГК женщинами с дислипидемией и риском сердечно-сосудистых осложнений противоречивы. Результаты одного исследования предполагают, что прием КОК повышает риск инфаркта миокарда у женщин с гиперхолестеринемией, по сравнению с женщинами без гиперхолестеринемии, не принимающими КОК; еще одно исследование предположило повышение риска ВТЭ и инсульта у женщин с дислипидемией, принимающих КОК, по сравнению с женщинами без дислипидемии; еще одно исследование не показало усугубления липидных нарушений среди женщин, использующих КГК, по сравнению с женщинами, не использующими КГК. Доказательств риска панкреатита выявлено не было.</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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>ПОРОК СЕРДЦА*</b></p> <p>1) Без осложнений</p> <p>2) Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)</p>	<p>2</p> <p>4</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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. Хирургическая коррекция (протезирование клапана) и продолжающиеся проблемы с сердцем должны быть приняты во внимание при рассмотрении использования противозачаточных средств.</p>
<p><b>БОЛЕЗНЬ РЕЙНО</b></p> <p>1) Первичная</p> <p>2) Вторичная</p> <p>а) Без волчаночного антикоагулянта</p> <p>б) С волчаночным антикоагулянтом</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>4</p>	<p><b>Пояснение:</b> Болезнь Рейно относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Заболевание чаще поражает верхние конечности (нижние также могут быть поражены, но значительно реже), как правило, симметрично и двусторонне. Пальцы на короткое время немеют, становятся бледными, холодными и теряют чувствительность. Встречается у 3-5% населения, у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.</p> <p>Выделяют первичный феномен Рейно, или болезнь Рейно, которая возникает самостоятельно и встречается в 90% случаев (причины ее доподлинно неизвестны, важным предрасполагающим фактором считают обусловленные наследственностью особенности реакции сосудов на различные внешне обстоятельства), и вторичный феномен Рейно, или синдром Рейно, который является осложнением таких системных заболеваний, как системная склеродермия, системная красная волчанка. Вторичный синдром Рейно встречается примерно в 70 заболеваниях, в том числе диффузных: соединительной ткани, системном поражении сосудов, остеохондрозе, синдромах «шейного ребра» и передней лестничной мышцы, вибрационной болезни и др.</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 или П = продолжение		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>			
<b>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА(СКВ)</b>  1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)  2) Тяжелая тромбоцитопения  3) Иммуносупрессивная терапия  4) Ничего из вышеперечисленного	4	2	<b>Пояснение:</b> 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.  <b>Научные доказательства:</b> наличие антифосфолипидных антител связано с более высоким риском развития как артериального, так и венозного тромбоза.
<b>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ</b>  1) Прием иммунодепрессантов  2) В отсутствие приема иммунодепрессантов	2		<b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные не продемонстрировали улучшения или ухудшения течения ревматоидного артрита у пациентов, использующих оральные контрацептивы прогестерон, или эстрогены.
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ</b>			
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*</b>  1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)  2) Мигрени А) без ауры А. Возраст >35лет Б. Возраст ≥35лет Б) с аурой в любом возрасте	Н 1     2 3 4	П 2     3 4 4	<b>Пояснение:</b> классификация зависит от точности диагноза тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. приложение 5). 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.

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 коммента- рии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ  Н = начало или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
		<p><b>Научные доказательства:</b> среди женщин с мигренью при наличии ауры риск инсульта выше, чем у тех, у кого нет ауры. 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. Абсолютный риск инсульта среди пользователей комбинированными гормональными контрацептивами остается очень низким.</p>
<b>ЭПИЛЕПСИЯ</b>	1	<p><b>Пояснение:</b> 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.</p>
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>		
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>	1	<p><b>Разъяснение:</b> 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.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> 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.</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 коммента- рии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ  Н = начало или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ</b>		
<p><b>ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ</b></p> <p>1) Нерегулярные без больших кровопотерь</p> <p>2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> нерегулярные менструальные кровотечения достаточно распространены среди здоровых женщин. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> в обзоре Cochrane Collaboration идентифицировано одно 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. В клинических рекомендациях, утвержденных МЗ РФ в 2021 г., по «Аномальным маточным кровотечениям» имеется указание, что монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования – до 88%.</p>
<p><b>КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА*</b> (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины</p>	<p>2</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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, течение которого ухудшлось бы в ближайшей перспективе при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств.</p>
<p><b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b></p>	<p>1</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> 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.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<b>ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ</b> (включая кисты)	1	
<b>ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ</b>	1	<b>Научные доказательства:</b> 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.
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b> 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-ХГЧ 2) Постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1  1	<b>Научные доказательства:</b> имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что при использовании КОК после удаления пузырного заноса не повышается риск развития трофобластической опухоли, а у некоторых пользователей КОК отмечается более быстрое снижение уровня β-ХГЧ по сравнению с лицами, не использующими КОК. 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 ДМПА во время химиотерапевтического лечения.
<b>ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ*</b>	1	<b>Пояснение:</b> цервикальный эктропион не является фактором риска развития рака шейки матки, и нет никакой необходимости в ограничении использования комбинированных гормональных контрацептивных средств.
<b>ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)</b>	2	<b>Научные доказательства:</b> длительное использование КОК (более 5 лет) на фоне хронической папилломавирусной инфекции (ВПЧ) может увеличивать риск развития преинвазивного (внутриэпителиального) рака и инвазивной карциномы. Имеются ограниченные данные, что у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями на ранней стадии использование влагалищного кольца не приводило к ухудшению 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  Н = начало или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>РАК ШЕЙКИ МАТКИ</b> (предстоящая терапия)	2	<b>Пояснение:</b> 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. В последующем, в большинстве случаев, лечение этого заболевания (химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение) приводит к бесплодию.
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>  1) Опухолевое образование неустановленного характера  2) Доброкачественные заболевания молочных желез  3) Семейный анамнез рака  4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	2  1  1  2/3	<b>Пояснение:</b> необходимо незамедлительное обследование.  <b>Пояснение:</b> большинство женщин с семейной историей рака молочных желез не имеют генетических мутаций.  <b>Научные доказательства:</b> женщины с наличием генов, предрасполагающих к развитию рака молочной железы (таких как, BRCA1 и BRCA2), имеют более высокий исходный риск развития рака молочной железы, чем женщины без этих генов. Начальный риск развития 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 развития рака молочной железы среди женщин с неблагоприятной наследственностью по раку молочной железы или имеющих генотип, предрасполагающий к развитию этого заболевания, в случае использования комбинированных оральных контрацептивов.
5) Рак молочной железы (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	4  3	<b>Пояснение:</b> 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.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<b>РАК ЭНДОМЕТРИЯ</b>	1	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ</b>	1	<b>Пояснение:</b> согласно Клиническим рекомендациям 2021 г. прием КОК приводит к снижению риска развития рака эндометрия. Нет доказательной базы касательно эффективности КОК для профилактики развития гиперплазии эндометрия
<b>РАК ЯИЧНИКОВ</b>	1	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>МИОМА МАТКИ</b> 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки	1  1	<b>Пояснение:</b> КОК, по-видимому, не вызывают рост миомы матки, Пл или К, как полагают, также.
<b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)</b> 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	<b>Пояснение:</b> 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.

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 или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>ИППП</b></p> <p>1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время</p> <p>2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)</p> <p>3) Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)</p> <p>4) Повышенный риск ИППП</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> имеющиеся данные позволяют предположить, что пользователи КОК, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться повышенному риску развития хламидиозного 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.</p>
<b>ВИЧ/СПИД</b>		
<p><b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ</b></p>	<p>1</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> совокупность имеющихся данных не позволяет сделать выводов о наличии связи между использованием оральных контрацептивов и развитием ВИЧ, хотя исследования, проведенные среди лиц высокого риска, выявили противоречивые результаты.</p> <p>Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
Бессимптомное или легкое течение вич-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)	1	<p><b>Пояснение:</b> см. раздел по лекарственному взаимодействию.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> большинство исследований, посвященных оценке изменения количества CD4 клеток, вирусной нагрузки или выживания, не выявили повышения риска прогрессирования ВИЧ при использовании гормональных контрацептивных средств.</p> <p>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.</p> <p>Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.</p>
Тяжелая или поздняя стадия спид (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ)	1	<p><b>Пояснение:</b> поскольку может быть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивными средствами и антиретровирусными средствами (АРВ), следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях.</p>
<b>ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ</b>		
<p><b>ТУБЕРКУЛЕЗ</b></p> <p>1) Экстрагенитальный</p> <p>2) Установленный тазовый</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> если женщина принимает рифампицин, следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях.</p> <p>Рифампицин, вероятно, снижает эффективность КОК. Остается неясным влияние рифампицина на эффективность комбинированного гормонального Пл или К.</p> <p>Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<b>ШИСТОСОМОЗ</b> 1) неосложненный 2) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1  1	<b>Доказательства:</b> у женщин с неосложненным шистосомозом прием КОК не оказывал негативного влияния на функцию печени.
<b>МАЛЯРИЯ</b>	1	<b>Пояснение:</b> см. раздел по лекарственному взаимодействию.
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b> 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   2  2   3/4  3/4	<b>Научные доказательства:</b> использование КОК у женщин с гестационным диабетом в анамнезе не повышает риск развития инсулинонезависимого сахарного диабета в последующем. Аналогично, уровни липидов, вероятно, не меняются при использовании КОК.  <b>Научные доказательства:</b> 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.  <b>Пояснение:</b> категория должна быть определена с учетом тяжести состояния.  <b>Пояснение:</b> категория должна быть определена с учетом тяжести состояния.

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	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p>*дополнительные комментарии в конце таблицы</p> <p><b>БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b></p> <p>1) Простой зоб (эутиреоз)</p> <p>2) Гипертиреоз</p> <p>3) Гипотиреоз</p>	<p>Н = начало или П = продолжение</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА		
<p><b>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА</b></p> <p>(неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)</p>	<p>1</p>	<p><b>Пояснения:</b> 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).</p> <p>Однако у женщин с ХВЗК с повышенным риском тромбозов (активное заболевание, хирургическое вмешательство, длительная иммобилизация, применение глюкокортикоидов, витаминно-дефицит, потеря жидкости) риски применения КОК/Пл/К превосходят возможные преимущества (Категория 3).</p> <p><b>Научные доказательства:</b> риск возникновения обострения ХВЗК у женщин, принимающих контрацептивы, существенно не превышает риска у пациенток, не получающих контрацептивную терапию.</p> <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. 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>

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 коммента- рии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало или П = продолжение	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
		<p>Не существует данных, которые оценивали бы риск развития венозной тромбоземболии у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника при использовании КОК / Пл / К. Тем не менее, женщины с воспалительными заболеваниями кишечника подвергаются более высокому риску венозной тромбоземболии, чем здоровые женщины.</p> <p><b>Пояснение:</b> категория должна быть определена с учетом активности заболевания и наличия факторов риска тромбозов и тромбоземболий.</p>
<p><b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</b></p> <p>1) С клиническими симптомами</p> <p>а) после холецистэктомии</p> <p>б) после медикаментозного лечения в настоящее время</p> <p>2) Бессимптомные</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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><b>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ</b></p> <p>1) Связанный с беременностью</p> <p>2) Связанный с приемом КОК</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p><b>Пояснение:</b> связанный с беременностью холестаза может быть предиктором увеличения риска развития этого нарушения при приеме КОК.</p> <p><b>Пояснение:</b> связанный с использованием КОК ранее холестаза 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 или П = продолжение		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</b></p> <p>1) Острый или обострение хронического</p> <p>2) Носительство</p> <p>3) Хронический</p>	<p><b>Н</b></p> <p>3/4</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p><b>П</b></p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния. КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться на состоянии здоровья женщин с нарушенной функцией печени.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> 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. Для женщин, которые являются носителями, использование КОК, вероятно, не вызывает недостаточности печени или тяжелой дисфункции. Относительно использования КОК во время активного гепатита данные ограничены.</p>
<p><b>ЦИРРОЗ</b></p> <p>1) Легкий (компенсированный без осложнений)</p> <p>2) Тяжелый (декомпенсированный)</p>	<p>1</p> <p>4</p>		<p><b>Пояснение:</b> КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с уже нарушенной функцией печени.</p> <p><b>Пояснение:</b> тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения).</p>
<p><b>ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ</b></p> <p>1) Доброкачественные</p> <p>а) очаговая узловая гиперплазия</p> <p>б) гепатоцеллюлярная аденома</p> <p>2) Злокачественная (гепатома)</p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>4</p>		<p><b>Пояснение:</b> КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с уже нарушенной функцией печени.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> 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. Не было найдено никаких доказательств в отношении использования комбинированных гормональных контрацептивов у пациентов со злокачественными заболеваниями печени.</p> <p>Предположительно, использование КОК у здоровых женщин может провоцировать развитие и рост гепатоцеллюлярных аденом.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало или П = продолжение	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<b>ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ</b> осложненный циррозом печени	4	
<b>АНЕМИИ</b>		
<b>ТАЛАССЕМИЯ</b>	1	<b>Пояснение:</b> существует неподтвержденная информация, полученная в странах, где талассемия распространена, что использование КОК не ухудшает течения заболевания.
<b>СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ</b>	2	
<b>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ</b>	1	<b>Пояснение:</b> использование комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшить менструальную кровопотерю. Несколько рандомизированных исследований показали повышение гемоглобина и ферритина у женщин с обильными менструальными кровотечениями при использовании КОК с эстрадиола валератом и диеногестом.
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ</b>		
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ<sup>5</sup></b>  1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца  2) Неосложненные случаи	4         2	<b>Научные доказательства:</b> 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.  <b>Пояснение:</b> женщины с синдромом Бадда-Киари не должны использовать КОК / Пл / К из-за повышенного риска развития тромбоза.

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	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
*дополнительные комментарии в конце таблицы	Н = начало или П = продолжение	

## 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)

- абакавир (ABC)
- тенофовир (TDF)
- зидовудин (AZT)
- ламивудин (3TC)
- диданосин (DDI)
- эмтрицитабин (FTC)
- ставудин (D4T)

#### 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)

- эфавиренз (EFV)
- этравирин (ETR)
- невирапин (NVP)
- рилпивирин (RPV)

#### 3) Ингибиторы протеазы (ИП)

- атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)
- лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)
- дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)
- ритонавир – (RTV)

#### 4) Ингибиторы интегразы ралтеграви (RAL)

1

1

1

1

1

1

1

1

2

1

2

1

2

2

2

2

1

**Пояснение:** антиретровирусные препараты могут снижать или повышать уровни стероидных гормонов у женщин, использующих гормональные контрацептивы. Фармакокинетические данные свидетельствуют о возможности лекарственных взаимодействий между некоторыми антиретровирусными препаратами (в частности, некоторыми ННИОТ и ритонавир-усиленными ингибиторами протеаз) и некоторыми гормональными контрацептивами. Подобные взаимодействия могут снижать эффективность гормональных контрацептивов.

**Доказательства:** три клинических исследования, включая одно большое, обнаружили, что использование невирапин-содержащей АРТ не повышали частоту овуляций или наступления беременности у женщин, принимавших КОК. Фармакокинетическое исследование показало, что АРТ с эфавирензом значительно снижала контрацептивные уровни гормонов у женщин, принимающих КОК; небольшое клиническое исследование показало более высокую частоту овуляции у женщин, принимающих АРТ с эфавирензом и КОК. Этравирин и рилпивирин не взаимодействуют с КОК.

**Доказательства:** три клинических исследования, включая одно большое, обнаружили, что использование невирапин-содержащей АРТ не повышали частоту овуляций или наступления беременности у женщин, принимавших КОК. Фармакокинетическое исследование показало, что АРТ с эфавирензом значительно снижала контрацептивные уровни гормонов у женщин, принимающих КОК; небольшое клиническое исследование показало более высокую частоту овуляции у женщин, принимающих АРТ с эфавирензом и КОК. Этравирин и рилпивирин не взаимодействуют с КОК.

**Доказательство:** ингибитор интегразы ралтегравир, по-видимому, не взаимодействует с КОК. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола.



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	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p>*дополнительные комментарии в конце таблицы</p> <p><b>АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ</b></p> <p>1) Антибиотики широкого спектра действия</p> <p>2) Противогрибковые средства</p> <p>3) Антипаразитарные средства</p> <p>4) Терапия рифампицином или рифабутином</p>	<p>Н = начало или П = продолжение</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> большинство антибиотиков широкого спектра действия не оказывают влияния на контрацептивную эффективность КОК, Пл или К.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> проведение исследований противогрибковых средств не выявило клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК или К.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> исследования антипаразитарных средств не показали клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК.</p> <p><b>Пояснение:</b> 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><b>Научные доказательства:</b> соотношение имеющихся доказательств говорит в пользу того, что рифампицин уменьшает эффективность КОК. 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 к доказательствам наступления овуляции.</p>
<p><b>Сокращения:</b> 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; hCG – 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 – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.</p>		

## Дополнительные комментарии

### Возраст

Возраст  $\geq 40$  лет:

Венозный тромбоз редко встречается у женщин репродуктивного возраста. Риск сердечно-сосудистого заболевания возрастает с возрастом. Все комбинированные гормональные контрацептивы (КГК) связаны с повышенным риском венозной тромбоземболии (ВТЭ), по сравнению с женщинами, не принимающими их. Многие исследования выявили различия в риске ВТЭ, связанного с КОК, содержащими различные типы прогестагенов. Современные доказательства свидетельствуют о том, что КГК, содержащие левоноргестрел, норэтистерон и норгестимат связаны с меньшим риском. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что КГК, содержащий эстрадиола валерат и диеногест может иметь риск ВТЭ в том же диапазоне. При отсутствии риска увеличения тромботических состояний КГК могут применяться до наступления менопаузы.

### Контрацепция и перименопауза

С возрастом снижается фертильность, частота половых контактов, качество и количество ооцитов, а соответственно и число беременностей: к 45 годам фертильность снижается до 100 беременностей на 1000 женщин в год. Однако даже в поздней фазе менопаузального перехода, когда компенсаторные механизмы истощаются и циклы становятся ановуляторными, крайне редко могут наблюдаться овуляторные циклы, являющиеся «нормальными» по длительности и гормональным показателям, поэтому нельзя забывать о контрацепции (примерно за 5 лет до последней менструации 87,9% овуляторных циклов, далее процент овуляторных циклов значительно снижается, за год до последней менструации только 22,8% остаются овуляторными). Согласно ВОЗ, полную потерю фертильности у женщин нельзя надежно констатировать до возраста 59 лет, так как спонтанная беременность возможна.

Согласно критериям ВОЗ, возраст женщины в качестве единственного фактора не может быть противопоказанием для использования доступных контрацептивных методов.

КОК можно использовать некурящим женщинам  $\geq 35$  лет, без сердечно-сосудистых и тромботических факторов риска. С учетом особой возрастной группы следует отдавать предпочтение контрацептивам с эстрадиолом (Е2) или эстрадиола валератом (Е2В). Комбинация эстрадиола валерата+диеногест имеет подтвержденное минимальное влияние на метаболизм (увеличение ЛПВП и снижение ЛПНП) и гемостаз (на 60 % снижение риска венозных тромбозов) по сравнению ЭЭ-содержащими КОК; помимо контрацептивного влияния, эстрадиола валерат в динамическом режиме дозирования ассоциируется с относительно стабильными уровнями эстрогенов на всем протяжении цикла, что позволяет положительно влиять на вазомоторные симптомы, лабильность настроения и другие симптомы. Эстрадиола валерат+диеногест –единственный препарат, имеющий зарегистрированное показание терапия обильных и/или длительных менструальных кровотечений без органических причин у женщин, желающих применять пероральные контрацептивы и в 2021 году был включен в клинические рекомендации по «Аномальным маточным кровотечениям».

17-β эстрадиол (1,5 мг) +номегестрол ацетат (2,5 мг) обеспечивает высокую контрацептивную надежность. Режим приема – 24/4.

### Преимущества использования КОК у женщин в переходном периоде:

- Высокая контрацептивная эффективность.
- Регуляция менструального цикла.
- Сохранение МПК/ снижение риска переломов в последующем.
- Лечение аномальных кровотечений и/или дисменореи (Е2В\ДНГ).

- Профилактика гиперплазии эндометрия.
- Купирование вазомоторных симптомов.
- Лечение тяжелой формы предменструального синдрома (ЭЭ/ДРСП).
- Профилактика рака эндометрия и рака яичника.
- Профилактика колоректального рака.

Для перехода с КОК на МГТ достаточно ОДНОГО из предлагаемых критериев:

- прекращение менструальноподобной реакции (при отсутствии беременности);
- уведомить пациентку о необходимости использования барьерных методов контрацепции
- климактерический синдром и генитоуринарный менопаузальный синдром на фоне применения КОК, в том числе в безгормональном периоде;
- пациенткам в возрасте 55 лет или старше, которые по какой-либо причине продолжают принимать КОК, показан перевод на непрерывную монофазную МГТ в низкой или ультранизкой дозе;
- климактерический синдром на фоне вынужденной отмены КОК;
- ФСГ выше 30 мМЕд/л при двукратном измерении в безгормональный период приема КОК.

Прием МГТ можно начинать на следующий день после принятой последней в упаковке таблетки КОК.

### **Болезнь Рейно**

Болезнь Рейно – относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Заболевание чаще поражает верхние конечности (нижние также могут быть поражены, но значительно реже), как правило, симметрично и двусторонне. Пальцы на короткое время немеют, становятся бледными, холодными и теряют чувствительность. Встречается у 3-5% населения, у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.

Выделяют первичный феномен Рейно, или болезнь Рейно, которая возникает самостоятельно и встречается в 90% случаев (причины ее доподлинно неизвестны, важным предрасполагающим фактором считают обусловленные наследственностью особенности реакции сосудов на различные внешние обстоятельства), и вторичный феномен Рейно, или синдром Рейно, который является осложнением таких системных заболеваний, как системная склеродермия, системная красная волчанка. Вторичный синдром Рейно встречается примерно в 70 заболеваниях, в том числе диффузных: соединительной ткани, системном поражении сосудов, остеохондрозе, синдромах «шейного ребра» и передней лестничной мышцы, вибрационной болезни и др.

## **Методы контрацепции, содержащие только прогестины (прогестиновые контрацептивы)**

**Методы, содержащие только прогестины**, включают в себя таблетки, инъекции и имплантанты. Инъекции в Российской Федерации не используются. Поэтому в данной главе они не описаны.

**Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК)** – таблетки, содержащие малые дозы прогестина, искусственного аналога естественного гормона женщины прогестерона. В упаковке, обычно, содержится 28 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 блокировании овуляции, изменении эндометрия, сгущении цервикальной слизи (что препятствует продвижению сперматозоидов к яйцеклетке). 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).

**Препараты, содержащие 75 мг дезогестрала более эффективны, так как период полувыведения у них такой же, как и КОК (36 часов).**

**Восстановление фертильности после отмены метода:** происходит немедленно.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

## Имплантаты

Контрацептивный имплантат представляет собой помещенный в стерильный одноразовый аппликатор, рентгеноконтрастный содержащий этоноргестрел стержень (имплантат для подкожного применения), который не подвергается биологическому распаду, длиной от 3,8 до 4,2 см, диаметром от 1,95 до 2,05 мм и толщиной оболочки от 54 до 66 мкм.

Введение имплантата осуществляется в первые 5 дней менструального цикла прошедшим специальной подготовку медицинским работником посредством выполнения небольшой хирургической операции, в результате которой имплантат в асептических условиях помещается непосредственно под кожу верхней трети плеча примерно на 8-10 см выше медиального надмышечка плечевой кости не доминирующей руки. Перед введением имплантата проводят анестезию места введения используя анестезирующий аэрозоль или инъекцию 2 мл 1% лидокаина непосредственно под кожу вдоль планируемого канала введения. Не содержат эстрогена и, соответственно, может 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). Срок действия имплантата составляет 3 года. Удаление имплантата должно проводиться только в асептических условиях врачом – гинекологом который хорошо знаком с методикой удаления. Новый имплантат может быть введен в то же место и через тот же разрез, из которого был удален предыдущий имплантат.

**Механизм действия:** этоноргестрел является биологически активным метаболитом дезогестрала – прогестагена широко применяющегося в качестве перорального контрацептивного гормонального средства. Структурно он является производным 19-нортестостерона и в органах-мишенях с высоким средством связывается с рецепторами прогестерона.

Контрацептивный эффект этоноргестрала в основном достигается за счёт подавления овуляции. Овуляций не наблюдалось в течение первых двух лет применения и лишь редко они возникали в течение третьего года. Помимо подавления овуляции этоноргестрел также вызывает повышение вязкости секрета шейки матки, препятствующее прохождению сперматозоидов.

Несмотря на отсутствие прямого сравнения контрацептивный эффект имплантата сравним с контрацептивным эффектом КОК (более 99%). Высокая степень защиты от беременности достигается помимо других причин тем, что контрацептивное действие имплантата не зависит от строгого соблюдения женщиной ежедневного еженедельного или ежемесячного режима приема.

Контрацептивное действие этоноргестрела является обратимым что выражается в быстром восстановлении нормального овуляторного менструального цикла после удаления имплантата. Хотя этоноргестрел подавляет овуляцию активность яичников подавляется не полностью. Средние концентрации эстрадиола в плазме крови остаются выше значения, которое наблюдается на ранней фазе образования фолликула, поэтому не влияет на плотность костной ткани.

Применение контрацептивных гормональных средств содержащих прогестагены возможно оказывает эффект на инсулинорезистентность и толерантность к глюкозе. Было показано, что у пациентов, применяющих препарат реже встречается дисменорея.

**Восстановление фертильности после отмены метода:** происходит практически сразу.

**Защита от инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

**Таблица 11. Прогестиновые контрацептивы (ПК)**

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	ПОК	Имплан- таты	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	НП	НП	НП = не применимо <b>Пояснение:</b> 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.
<b>ВОЗРАСТ</b> 1) С менархе до < 18 лет 2) от 18 до 45 лет 3) > 45 лет	1 1 1	1 1 1	Клинические исследования были проведены у женщин в возрасте 18-40 лет, в которых была доказана эффективность ПК.  В отсутствие других неблагоприятных клинических условий, прогестиновые гормональные контрацептивы могут применяться до наступления менопаузы.
<b>ПАРИТЕТ</b> 1) рожавшие 2) нерожавшие	1 1	1 1	

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*</b></p> <p>1) &lt; 6 недель после родов</p> <p>2) ≥6 недель после родов &lt;6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)</p> <p>3) ≥6 месяцев после родов</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> существуют определенные опасения, что стероидные гормоны могут наносить вред новорожденным детям в течение первых шести недель жизни. Однако, во многих случаях риск заболеваемости и смертности во время беременности гораздо выше, особенно при отсутствии желаемой доступности помощи. В таких условиях ПК могут быть одним из широкодоступных и приемлемых методов контрацепции для женщин в период кормления грудью сразу же после родов.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> прямые свидетельства клинических исследований демонстрируют отсутствие эффекта ПК на показатели лактации, и в целом говорят об отсутствии вредного влияния прогестинов, попадающих в грудное молоко, на здоровье новорожденных детей младше 6 недель. Экспертная группа считает возможным использовать прогестиновые оральные контрацептивы начиная с 4 недели после родов. Женщины, которые кормят ребенка исключительно грудью, с послеродовой аменореей и &lt;6 месяцев после родов могут использовать метод лактационной аменореи (МЛА) для контрацепции (см. далее в таблице по методу).</p>
<p><b>ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД</b> (у некормящих женщин)</p> <p>1) &lt;21 дня</p> <p>2) ≥21 дня</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> это относится к любым родам с 22 недель беременности, в том числе при мертворожденности.</p>
<p><b>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</b></p> <p>1) Первый триместр</p> <p>2) Второй триместр</p> <p>3) Сразу после септического аборта</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> ПК могут назначаться сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты &lt;22 недель беременности.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные свидетельствуют об отсутствии побочных эффектов при назначении имплантатов сразу после аборта в первом триместре беременности.</p>

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	2	1	<b>Пояснение:</b> все прогестиновые методы контрацепции снижают риск беременности (маточной и внематочной). Методы, ингибирующие овуляцию, могут быть предпочтительнее у женщин с эктопической беременностью в анамнезе.
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	
<b>КУРЕНИЕ</b> 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	<b>Пояснение:</b> чисто прогестиновые методы контрацепции, вероятнее всего, не увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний даже у курящих. В возрасте старше 35 лет, зарегистрировано статистически значимое повышение смертности, связанной с курением. Смертность от всех причин (в том числе и от 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.
<b>ОЖИРЕНИЕ</b> 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м <sup>2</sup> 2) От менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м <sup>2</sup>	1 1	1 1	<b>Пояснение:</b> ограниченное число исследований не выявило увеличения веса по сравнению с исходными данными среди подростков, получавшими Норплант. В России в аптечных сетях имеется только имплантат, содержащий этоногестрел, при анализе данных об изменении массы тела при использовании которого, в доступной нам литературе обнаружено не было.
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ<sup>§</sup></b> 1) Рестриктивные процедуры: опера- ции, уменьшающие объем желудка	1	1	<b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные не продемонстрировали существенного снижения эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которым были выполнены операции, уменьшающие объем желудка (бандажирование желудка).

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
2) Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	3	1	<p><b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные не продемонстрировали существенное снижение эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись билиопанкреатическому шунтированию, однако, данные фармакокинетических исследований показали противоречивые результаты эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись тоще-подвздошному шунтированию.</p> <p><b>Пояснение:</b> при проведении бариатрических хирургических процедур, связанных с мальабсорбтивным компонентом, возможно снижение эффективности оральной контрацепции, вследствие послеоперационных осложнений, таких как долгосрочная диарея и / или рвота. При использовании имплантатов снижения контрацептивной эффективности обнаружено не было.</p>
<p><b>МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b></p> <p>(старший возраст, курение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, заболевание сосудов, ожирение и установленная дислипидемия)</p>	2	2	<p><b>Пояснение:</b> 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 КГК.</p>

СОСТОЯНИЕ	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
-----------	-----	------------	--------------------------------------

\*дополнительные комментарии  
в конце таблицы

### 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. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения 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, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение  $OT > 88 \text{ см}$ );  $AD > 180/110 \text{ мм рт.ст.}$ , включая отсутствие факторов риска.

<b>ГИПЕРТЕНЗИЯ В АНАМНЕЗЕ</b> , когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)	1	1	
1) Адекватно контролируемая гипертензия ( $AD < 140/90 \text{ мм.рт.ст.}$ )	1	1	<p><b>Пояснение:</b> оценка причины и определение уровня артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше.</p> <p><b>Пояснение:</b> 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>
2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)			
(а) систолическое 140-159 мм рт ст или диастолическое 90-99 мм рт. ст.	1	1	
(б) систолическое $\geq 160 \text{ мм рт ст}$ или диастолическое $\geq 100 \text{ мм рт. ст.}^5$	2	2	
3) Заболевания сосудов	2	2	

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
			<p><b>Научные доказательства:</b> ограниченные исследования свидетельствуют о том, что у женщин с артериальной гипертензией, использующих прогестиновые оральные контрацептивы или имплантаты, было небольшое повышение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, чем у женщин, которые не использовали эти методы.</p> <p><b>Пояснение:</b> заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки. Появление гипоэстрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, незначительна в случае приема ПОК и имплантов.</p>
<p><b>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)</p>	1	1	

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</b></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>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p><b>Пояснение:</b> у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива отмечается при наличии <math>\geq 1</math> из перечисленных факторов риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов;</li> <li>б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности;</li> <li>в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА;</li> <li>г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром;</li> <li>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;</li> <li>е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.</li> </ul> <p><b>Научные доказательства:</b> нет прямых доказательств по использованию ПК у женщин с острым ТГВ/ТЭЛА. Хотя данные относительно повышения риска развития тромбоза вен в результате приема ПК здоровыми женщинами противоречивы, любое небольшое повышение риска существенно ниже, чем в случае приема КОК.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> прямые данные по применению ПК 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.</p> <p>Ограниченные данные указывают на то, что подкожное введение имплантата женщинам, получающим постоянную антикоагулянтную терапию, не представляют существенной опасности в отношении развития гематомы в месте введения имплантата или увеличения риска обильных или нерегулярных кровотечений из половых путей.</p>

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией (б) без длительной иммобилизации б) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации  Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	2  1  1  1	2  1  1  1	<p><b>Пояснение:</b> <i>большое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции продолжительностью &gt;30 минут. К процедурам с высоким риском развития венозной тромбоэмболии относятся общехирургические, ортопедические, травматологические и нейрохирургические операции. Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся менее 30 минут. Хирургия варикозных вен сопровождается низким риском венозной тромбоэмболии.</p> <p><b>Иммобилизация</b> вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбозомболических осложнений.</p>
<b>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ<sup>9</sup></b> (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	2	2	<p><b>Пояснения:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга.</p>
<b>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</b>  1) Варикозное расширение вен нижних конечностей  2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	1  1	1  1	
<b>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ<sup>9</sup></b> в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование	Н-2 П-3	Н-2 П-3	<p><b>Пояснение:</b> Есть опасение относительно гипеоэстрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови, однако такого рода опасность незначительна в случае применения прогестинных оральных контрацептивов и имплантов.</p>

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ИНСУЛЬТ<sup>§</sup></b> (в том числе в анамнезе)	H-2 П-3	H-2 П-3	<b>Пояснение:</b> есть опасение относительно гипоэстрогенных эффектов и снижения уровня ЛВП в сыворотке крови. Однако, такого рода опасность незначительна в случае прогестиновых оральных контрацептивов и имплантов.
<b>УСТАНОВЛЕНИЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	2	2	<b>Пояснения:</b> 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. 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.
<b>ПОРОК СЕРДЦА</b> 1) Без осложнений 2) Осложненные <sup>§</sup> (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1 1	1 1	<b>Пояснение:</b> хирургическая коррекция (протезирование клапана) и продолжающиеся проблемы с сердцем должны быть приняты во внимание при рассмотрении использования противозачаточных средств.
<b>БОЛЕЗНЬ РЕЙНО</b> 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом	1 1 1 2	1 1 1 2	<b>Пояснение:</b> 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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p><b>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)<sup>6</sup></b></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>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p><b>Пояснение:</b> 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».</p> <p>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.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> наличие антифосфолипидных антител связано с повышением риска как артериального, так и венозного тромбоза.</p> <p><b>Пояснение:</b> тяжелая тромбоцитопения усиливает риск кровотечения. Прием ПК может быть полезен при лечении меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией.</p>
<p><b>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ</b></p> <p>1) Прием иммунодепрессантов</p> <p>2) В отсутствие приема иммунодепрессантов</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>Имеющиеся данные не продемонстрировали улучшения или ухудшения течения ревматоидного артрита у пациентов, использующих оральные контрацептивы, прогестерон, или эстрогены.</p>

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК		ИМПЛАН- ТАТЫ		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*</b> 1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)  2) Мигрени а) без ауры <ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст &lt;35 лет</li> <li>• Возраст ≥35 лет</li> </ul> б) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	1	<p><b>Пояснение:</b> классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. приложение). 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.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> в нескольких исследованиях была специально проведена оценка мигрени при использовании прогестиновых методов контрацепции. Поскольку не существует плацебоконтролируемых исследований, истинный эффект прогестиновых контрацептивов на мигрень не ясен. Тем не менее, нет никаких доказательств того, что применение ПК связано с повышенным риском развития ишемического инсульта.</p>
<b>ЭПИЛЕПСИЯ<sup>§</sup></b>	1		1		<p><b>Пояснение:</b> если женщина получает противосудорожные препараты, назначать ПК следует с учетом рекомендаций, содержащихся в главе о лекарственных взаимодействиях. Определенные противосудорожные препараты снижают эффективность прогестиновых контрацептивов.</p>
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>	1		1		<p><b>Пояснения:</b> классификация основана на данных, полученных для некоторых депрессивных состояний. Не имеется данных в отношении маниакально-депрессивного психоза (биполярного расстройства) и послеродовой депрессии. Существует вероятность взаимодействия между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> прием ПК не усиливает симптомы депрессии по сравнению с исходными данными.</p>

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	ПОК	ИМПЛАН- ТАТЫ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<b>ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ</b> 1) Нерегулярные без больших кровопотерь  2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	2	2	<b>Пояснения:</b> нерегулярные менструальные кровотечения достаточно распространены среди здоровых женщин. Прогестиновые контрацептивы часто являются причиной появления нерегулярности менструальноподобных кровотечений. Импланты могут вызывать нерегулярность менструальноподобных кровянистых выделений, особенно в первые 3-6 месяцев, но возможно и дольше. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания.
<b>ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ</b> (подозрение на серьезное заболевание)  До выяснения причины	2	3	<b>Пояснения:</b> прогестиновые контрацептивы могут вызывать нерегулярные кровотечения, что может скрывать симптомы недиагностированной патологии. Если существует предположение о беременности или скрытом заболевании (например, злокачественной опухоли органов малого таза), необходимо провести диагностическое исследование и уточнить категорию после установления диагноза.
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b>	1	1	
<b>ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ</b> (включая кисты)	1	1	
<b>ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ</b>	1	1	
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b> 1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина $\beta$ -ХГЧ  2) Постоянно повышенный уровень $\beta$ -ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	
<b>ЭКТРОПИОН шейки матки</b>	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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
<b>ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)</b>	1	2	
<b>РАК ШЕЙКИ МАТКИ</b> (в период ожидания терапии)	1	2	<b>Пояснение:</b> есть некоторые теоретические опасения, что прогестиновые контрацептивы могут ухудшать прогноз существующего заболевания. В период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК. В большинстве случаев его лечение приводит к бесплодию.
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>			<b>Пояснение:</b> следует незамедлительно провести обследование.
1) Недиагностированное образование	2	2	
2) Доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	
3) Семейный анамнез рака	1	1	
4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	1/2	1/2	
5) Рак молочной железы <sup>§</sup>			
(а) в настоящий момент	4	4	Рак молочной железы является гормонально чувствительной опухолью. В связи с этим, прогноз текущего или недавнего заболевания может ухудшаться на фоне приема ПК.
(б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	3	3	
<b>РАК ЭНДОМЕТРИЯ<sup>§</sup></b>	1	1	<b>Пояснение:</b> в период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК. В большинстве случаев его лечение приводит к бесплодию.
<b>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ</b>	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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
<b>РАК ЯИЧНИКОВ<sup>§</sup></b>	1	1	<b>Пояснение:</b> В период ожидания начала лечения пациентки могут принимать ПК.
<b>МИОМА МАТКИ</b> 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки	1 1	1 1	<b>Пояснение:</b> нет доказательств, что ПК влияют на рост миомы матки. Лечение данного заболевания в большинстве случаев приводит к бесплодию.
<b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)</b> 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	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ИППП</b> 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	

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
<b>ВИЧ/СПИД</b>			
<b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ</b>	1	1	<p><b>Научные доказательства:</b> 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. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.</p>
Бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)	1	1	<p><b>Пояснение:</b> см. раздел по лекарственному взаимодействию.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> большинство исследований, посвященных оценке изменения количества CD4 клеток, вирусной нагрузки или выживания, не выявили повышения риска прогрессирования ВИЧ при использовании гормональных контрацептивных средств.</p> <p>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 непрямых исследований были противоречивы в отношении выявления ассоциации между гормональной контрацепцией и повышением риска выделения ДНК ВИЧ 1 или РНК из половых путей.</p> <p>Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.</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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
Тяжелая или поздняя стадия СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) <sup>5</sup>	1-3	1-2	<b>Пояснения:</b> поскольку может быть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивными средствами и антиретровирусными средствами (АРВ), следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ			
<b>ТУБЕРКУЛЕЗ<sup>5</sup></b>			
Экстрагенитальный	1	1	<b>Пояснения:</b> если женщина принимает рифампицин, следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях. Рифампицин может уменьшать эффективность некоторых ПК. Необходимо дополнительно использование барьерных методов контрацепции.
Установленный тазовый	1	1	
<b>МАЛЯРИЯ</b>	1	1	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b>			
1) Гестационный диабет в анамнезе	1	1	<b>Научные доказательства:</b> в двух небольших исследованиях установлено, что ПК не оказывали влияния на уровень липидов в плазме крови у пациенток с гестационным сахарным диабетом в анамнезе. Не существует убедительных доказательных данных в отношении развития инсулиннезависимого сахарного диабета у лиц с анамнезом гестационного диабета, принимавших ПК.
2) Без поражения сосудов			
(а) инсулинонезависимый	2	2	<b>Научные доказательства:</b> ограниченные данные о приеме прогестиновых контрацептивов (ПОК, 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.
(б) инсулинозависимый <sup>5</sup>	2	2	
3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) <sup>5</sup>	2	2	
4) Длительность диабета >20 лет <sup>5</sup>	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	ИМПЛАН- ТАТЫ	
<b>БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> 1) Простой зоб (эутиреоз) 2) Гипертиреоз 3) Гипотиреоз	1 1 1	1 1 1	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b>			
<b>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА</b> (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	2	1	<b>Пояснение:</b> 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 удалена часть тонкого кишечника, или если у женщины начался сильный диарея или рвота, которые продолжаются больше 24 часов. Женщины с воспалительными заболеваниями кишечника имеют более высокую распространенность остеопороза и остеопении, чем в популяции в целом.  <b>Научные доказательства:</b> риск рецидива заболевания у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника использующих пероральные контрацептивы не увеличивался значительно по сравнению с женщинами, не применяющими их.

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</b>			
1) С клиническими симптомами			
а) после холецистэктомии	2	2	
б) после медикаментозного лечения	2	2	
в) в настоящее время	2	2	
2) Бессимптомные	2	2	
<b>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ</b>			
1) Связанный с беременностью	1	1	<b>Пояснение:</b> теоретически, связанный с использованием КОК ранее холестаз может предполагать в дальнейшем развитие холестаза на фоне приема ПК. Это не получило документального подтверждения.
2) Связанный с приемом КОК	2	2	
<b>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</b>			
1) Острый или обострение хронического	1	1	<b>Пояснение:</b> 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.
2) Носительство	1	1	
3) Хронический	1	1	
<b>ЦИРРОЗ</b>			
1) Легкий (компенсированный без осложнений)	1	1	<b>Пояснение:</b> 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).
2) Тяжелый (декомпенсированный) <sup>§</sup>	3	3	

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	ИМПЛАН- ТАТЫ	
<b>ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ</b>			
1) Доброкачественные			
а) очаговая узловая гиперплазия	2	2	<b>Научные доказательства:</b> ограниченные прямые доказательства свидетельствуют о том, что использование гормональных контрацептивов не влияет ни на прогрессию, ни на регрессию очагов у женщин с очаговой узловой гиперплазией печени. <b>Пояснение:</b> прогестиновые контрацептивы метаболизируются в печени и их использование может отрицательно сказаться у женщин с уже имеющейся 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.
б) гепатоцеллюлярная аденома <sup>§</sup>	3	3	
2) Злокачественная (гепатома) <sup>§</sup>	3	3	
<b>ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ</b> , осложненный циррозом печени	3	3	
<b>АНЕМИИ</b>			
<b>ТАЛАССЕМИЯ</b>	1	1	
<b>СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ<sup>§</sup></b>	1	1	<b>Научные доказательства:</b> ПК не влияли на гематологические параметры при серповидно-клеточной анемии. Некоторые исследования выявили благоприятное действие ПК в отношении клинических симптомов данного заболевания.
<b>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ</b>	1	1	<b>Пояснение:</b> изменения в характере менструальных кровотечений, связанные с ПК, оказывают незначительный эффект на уровень гемоглобина в крови.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	ПОК	ИМПЛАНТАТЫ	
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ</b>			
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ<sup>s</sup></b>			
1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	3	3	
2) Неосложненные случаи	2	2	
<b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b>			
<p>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.</p>			
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ</b>			
1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) абакавир, тенофовир, зидовудин, ламивудин, дидазин, эмтрицитабин, ставудин	1	1	<p><b>Пояснения:</b> 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 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.</p>
2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) эфавиренз, этравирин, невирапин, рилпивирин.	2	2	
3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы тазанабир, лопинавир, дарунавир, ритонавир.	3	3	
4) Ингибиторы интегразы – ралтегравир	3	3	

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	ИМПЛАНТАТЫ	
<p><b>ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ</b></p> <p>1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)</p> <p>2) Ламотригин</p>	<p>3</p> <p>1</p>		<p><b>Пояснения:</b> хотя взаимодействие определенных противосудорожных средств с прогестиновыми таблетками и имплантатами 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,</p> <p><b>Научные доказательства:</b> прием некоторых противосудорожных препаратов может уменьшить эффективность ПК.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> не было получено никаких данных в отношении взаимодействия ламотригина и ПК при сочетанном приеме пациентками с эпилепсией.</p>
<p><b>АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ</b></p> <p>1) Антибиотики широкого спектра действия</p> <p>2) Противогрибковые средства</p> <p>3) Антипаразитарные средства</p> <p>4) Терапия рифампицином или рифабутином</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p><b>Пояснения:</b> хотя взаимодействие рифампицина и рифамбутина с прогестиновыми таблетками и имплантатами 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 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 – липопroteиды 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 тромбоэмболия; 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.

§ Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.

## Дополнительные комментарии

### Болезнь Рейно

Болезнь Рейно – относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Заболевание чаще поражает верхние конечности (нижние также могут быть поражены, но значительно реже), как правило, симметрично и двусторонне. Пальцы на короткое время немеют, становятся бледными, холодными и теряют чувствительность. Встречается у 3-5% населения, у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.

Выделяют первичный феномен Рейно, или болезнь Рейно, которая возникает самостоятельно и встречается в 90% случаев (причины ее доподлинно неизвестны, важным предрасполагающим фактором считают обусловленные наследственностью особенности реакции сосудов на различные внешние обстоятельства), и вторичный феномен Рейно, или синдром Рейно, который является осложнением таких системных заболеваний, как системная склеродермия, системная красная волчанка. Вторичный синдром Рейно встречается примерно в 70 заболеваниях, в том числе диффузных: соединительной ткани, системном поражении сосудов, остеохондрозе, синдромах «шейного ребра» и передней лестничной мышцы, вибрационной болезни и др.

## Внутриматочные средства контрацепции (ВМС)

**Внутриматочные средства контрацепции** – это контрацептивные средства длительного действия (5–6 лет). Вводятся в матку специалистом, владеющим соответствующей техникой установки. Могут содержать металлы (медь, серебро, золото) и гормоны (левоноргестрел). В настоящее время инертные внутриматочные средства не используются. Cu-ВМС и ЛНГ-ВМС могут быть введены в полость матки в 1 или 2 фазу менструального цикла, если есть достаточная уверенность в том, что женщина не беременна. Также установка возможна при неосложненном послеабортном и послеродовом периодах. После введения металлосодержащих и ЛНГ-ВМС дополнительная контрацептивная защита не требуется.

### Металлосодержащее (медь, серебро, золото) внутриматочное средство контрацепции

Представляет собой небольшую гибкую рамку из пластика с медными гильзами или обмоткой из медной проволоки, может иметь включения серебра или золота. Владеющий соответствующей техникой специалист вводит ВМС в полость матки, проходя через влагалище и цервикальный канал шейки 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, что снижает возможность имплантации. Внутриматочные средства не обладают abortивным действием и не прерывают существующую беременность. Cu-ВМС входят в группу высокоэффективных 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 на протяжении всего периода использования ВМС: в течение 5–6 лет – около 2 случаев на 100 женщин.

**Восстановление фертильности** после удаления Cu-ВМС происходит практически сразу.  
**Защита от инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

### Сроки введения металлосодержащих ВМС:

Металлосодержащие ВМС могут быть введены в любое время (в том числе и при аменорее, не связанной с родами, после аборта и родов), если есть достаточная уверенность в том, что женщина не беременна. Дополнительная защита не требуется. После септического аборта или родов Cu-ВМС не вводится. При переходе от другого метода контрацепции металлосодержащие ВМС вводятся немедленно, если есть достаточная уверенность, что женщина не беременна. Ожидание следующего менструального цикла не требуется. Дополнительная контрацепция не нужна.

### Левоноргестрел-содержащие внутриматочные средства контрацепции (ЛНГ-ВМС)

В настоящее время в РФ зарегистрированы два вида левоноргестрел-содержащих внутриматочных систем (ЛНГ-ВМС): Мирена содержит 52 мг ЛНГ и обеспечивает контрацепцию на срок до 6 лет, на срок до 5 лет по показаниям идиопатическая меноррагия, профилактика гиперплазии эндометрия при проведении заместительной гормональной терапии эстрогенами; низкодозированная ВМС Кайлина ЛНГ (19,5 мг ЛНГ) – на срок до 5 лет. Обе ЛНГ-ВМС состоят из гормонально-эластомерной сердцевинки, помещенной на Т-образном корпусе и покрытой непрозрачной мембраной, регулирующей постоянное высвобождение небольшого количества ЛНГ в полость матки. Средняя скорость высвобождения прогеста-

гена на фоне ЛНГ-ВМС 52 мг составляет 20 мкг в сутки, низкодозированной ЛНГ-ВМС 19,5 мг – 12 мкг / сутки. Более низкая суточная доза гормона оказывает меньше системных эффектов. Т-образный корпус имеет петлю на одном конце вертикального стержня и два плеча на другом конце. К петле прикреплены монофиламентные инертные нити для удаления системы. Низкодозированная ЛНГ-ВМС имеет также преимущества в виде меньшего размера Т-образного корпуса и резервуара для гормона, что обеспечивает успешное и комфортное введение системы в полость матки даже у нерожавших женщин. Для лучшей визуализации при УЗИ у низкодозированной ЛНГ ВМС предусмотрено серебряное кольцо, прикрепленное к верхнему концу вертикального стержня корпуса системы. Кроме того, Т-образный корпус содержит сульфат бария, который делает его видимым при рентгенологическом исследовании.

**Основной механизм действия:** обе ЛНГ-ВМС обладают тройным механизмом контрацептивного действия: антипролиферативным эффектом на эндометрий, эффектом сгущения цервикальной слизи и локальными изменениями в матке и маточных трубах, подавляющими подвижность и функцию сперматозоидов. ЛНГ-ВМС не обладают abortивным действием и не прерывают существующую беременность

Гормон-содержащие внутриматочные системы оказывают, главным образом, местное гестагенное действие. Гестаген левоноргестрел высвобождается непосредственно в полости матки. Высокая концентрация левоноргестрела в эндометрии способствует снижению чувствительности его эстрогенных и прогестероновых рецепторов, делая эндометрий относительно невосприимчивым к циркулирующему эстрадиолу и оказывая выраженное антипролиферативное действие. При применении ЛНГ-ВМС наблюдаются морфологические изменения в эндометрии и слабая местная реакция на присутствие в матке инородного тела. Увеличение вязкости секрета шейки матки предупреждает проникновение сперматозоидов в полость матки. Локальные изменения в матке и маточных трубах подавляют подвижность и функцию сперматозоидов, предотвращая оплодотворение. Установленная на данный момент продолжительность контрацептивного эффекта ЛНГ-ВМС 52 мг составляет 6 лет, для ЛНГ-ВМС 19,5 мг – 5 лет. ЛНГ-ВМС является одним из наиболее эффективных методов контрацепции: в течение первого года применения отмечается менее 1 случая незапланированной беременности на 100 женщин. Незначительный риск наступления незапланированной беременности сохраняется на протяжении всего периода использования ЛНГ-ВМС: в течение 5 лет менее 1 случая на 100 женщин (2 беременности на 1000 женщин).

Восстановление фертильности после удаления ЛНГ-ВМС происходит практически сразу. Установлено, что после окончания применения гормон-содержащих внутриматочных систем, у женщин, желающих иметь ребенка, беременность наступает в 71,2%-96% случаев в течение 12 месяцев после удаления ЛНГ-ВМС.

**Защита от инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

### **Сроки введения ЛНГ-ВМС**

ЛНГ-ВМС (52 мг и 19,5 мг) вводятся в течение первых 7 дней с момента начала менструального кровотечения, также возможно введение после аборта. Дополнительная контрацептивная защита не требуется. Если ЛНГ-ВМС (52 мг и 19,5 мг) устанавливается более чем через 7 дней от начала менструального кровотечения или проведенного аборта, женщине необходимо воздержаться от полового контакта или использовать дополнительную контрацептивную защиту в течение следующих 7 дней.

Согласно инструкциям по применению ЛНГ ВМС, введение этих ВМС в послеродовом периоде следует отложить до полной инволюции матки и проводить не ранее, чем через 6 недель после родов. При продолжительной субинволюции матки необходимо

исключить послеродовой эндометрит и другие причины значительной задержки инволюции, и отложить решение о введении ВМС до завершения инволюции матки. Рекомендуется рассмотреть вопрос об установке ВМС через 12 недель после родов. При наличии септического аборта, послеродовых воспалительных заболеваний и сепсиса введение ЛНГ-ВМС не рекомендуется.

При переходе от другого метода контрацепции, ЛНГ-ВМС (52 мг и 19,5 мг) могут быть установлены немедленно, если есть достаточная уверенность, что женщина не беременна. Ожидание ее следующего менструального цикла не требуется. Кроме того, ЛНГ-ВМС может быть заменена новой системой в любой день менструального цикла.

### **Использование ЛНГ-ВМС**

Внутриматочная система, содержащая 52 мг левоноргестрела, помимо высокой контрацептивной надежности также показана при аномальных маточных кровотечениях, аденомиозе и для профилактики гиперплазии эндометрия при проведении МГТ эстрогенами. По последнему показанию ЛНГ-ВМС 52 мг может быть использована в перименопаузе для защиты эндометрия при добавлении эстрогенов для лечения вегетосудистых симптомов – «контрацепция, встроенная в МГТ».

### **Преимущества низкодозированной ЛНГ-ВМС**

Несмотря на более низкое суточное высвобождение гормона, контрацептивная эффективность низкодозированной ЛНГ-ВМС 19,5 мг является высокой – более 99% для каждого года использования (5-ти летний индекс Перля 0,29 (95% ДИ 0,15-0,45), что сопоставимо с ЛНГ-ВМС 52 мг, выделяющей 20 мкг ЛНГ в сутки.

Преимущества низкодозированной ВМС заключаются также в снижении частоты образования функциональных кист яичников: на фоне ЛНГ-ВМС 19,5 мг она составила 8,6%, на фоне ЛНГ-ВМС 52 мг – 22,0% ( $P < 0,0001$ ), в положительном влиянии на профиль кровотечений в виде снижения продолжительности дней межменструальных кровянистых выделений, сохранении овуляции к 3-у году использования в 100 % случаев и в более легкой как для врача, так и для пациентки процедуре установки, ЛНГ-ВМС Кайлина оснащена эргономичным проводником с тонкой трубкой для введения системы, которое может быть осуществлено одной рукой. Низкодозированная ЛНГ-ВМС 19,5 мг может использоваться женщинами всех возрастов, включая подростков, рожениц и нерожавших женщин.

**Таблица 12. Внутриматочные средства контрацепции (ВМК)**

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	4	4	<b>Пояснение:</b> ВМК 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, которым диагностировали беременность на фоне ВМС, 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.
<b>ВОЗРАСТ</b> 1) С менархе до < 20 лет 2) ≥ 20 лет	2 1	2 1	<b>Доказательства:</b> риск возникновения беременности, инфекции, перфорации матки при использовании ВМС не зависит от возраста. Молодые женщины, использующие Сu-ВМС, имеют больший риск экспульсии по сравнению с женщинами старшего возраста. По данным пяти крупномасштабных исследований, риск ВЗОМТ при использовании ВМС обычно составляет менее 1% (хотя истинная частота может быть немного выше или ниже, поскольку у некоторых женщин симптомы отсутствуют). Было показано, что риск ВЗОМТ при использовании ВМС низкий для всех женщин, независимо от возраста, паритета и риска ИППП.

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	ЛНГ-ВМС	
<p><b>ПАРИТЕТ</b></p> <p>1) нерожавшие</p> <p>2) рожавшие</p>	<p>2</p> <p>1</p>	<p>2,1</p> <p>1</p>	<p><b>Научные доказательства:</b> риск возникновения беременности, инфекции, перфорации матки и экспульсии низок у всех лиц, использующих ВМС, и различие в количестве родов не является клинически значимым. Имеющиеся данные свидетельствуют об отсутствии связи между возникновением бесплодия и использованием ВМС у молодых нерожавших женщин. Фертильность восстанавливается почти сразу после удаления ВМС. Для ЛНГ-ВМС (19,5 мг) доказана безопасность его использования у нерожавших женщин (Категория 1, Великобритания).</p>
<p><b>ПОСЛЕ РОДОВ*</b> (кормящие и не кормящие грудью женщины, включая родоразрешение путем операции кесарева сечения)</p> <p><b>1) &lt; 48 часов, включая введение ВМК сразу после рождения последа</b></p> <p>А) грудное вскармливание</p> <p>Б) отсутствие грудного вскармливания</p> <p><b>2) от ≥ 48 часов до &lt; 4 недель</b></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p><b>Пояснение:</b> это относится к любым родам с 22 недель беременности, в том числе при мертворожденности.</p> <p><b>Доказательства:</b> введение Cu-ВМС непосредственно после родов, особенно когда введение происходит сразу после рождения последа, сопряжено с меньшей частотой экспульсии, чем при отсроченном его введении. Введение ВМС после отделения плаценты во время кесарева сечения также сопряжено с более низкой частотой экспульсий по сравнению с вагинальным введением. Частота перфораций и инфекций, возникающих при введении ВМК, не увеличивается из-за введения ВМС в какой-либо момент послеродового периода. Данные рандомизированного контролируемого исследования показали, что немедленное введение ЛНГ-ВМС было сопряжено с уменьшением продолжительности грудного вскармливания по сравнению с отсроченным введением. Два других рандомизированных контролируемых исследованиях, давших сравнительную оценку раннего и отсроченного начала применения прогестагеновых контрацептивов, не показало различий в параметрах грудного вскармливания.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>3) &gt; 4 недель</b>	1	1	При субинволюции матки, 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 несколько превышает таковой при интервальном введении.
<b>4) Послеродовой сепсис</b>	4	4	<b>Послеродовой сепсис:</b> введение ВМС может значительно ухудшить состояние.
<b>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</b> 1) В первом триместре 2) Во втором триместре 3) Сразу после септического аборта	1 2 4	1 2 4	<b>Пояснение:</b> ВМС можно вводить сразу же после аборта в первом триместре, самопроизвольного или искусственного, в том числе завершившегося медикаментозного. <b>Научные доказательства:</b> 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 Сu-ВМС выявлено не было. Введение ВМС сразу после септического аборта может значительно ухудшить состояние женщины.
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	<b>Пояснение:</b> абсолютный риск внематочной беременности крайне низкий в связи с высокой контрацептивной эффективностью ВМС.
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	
<b>КУРЕНИЕ</b> 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	

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>ОЖИРЕНИЕ</b> 1) Индекс массы тела (ИМТ) $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> 2) от менархе и до < 18 лет и ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup>	1  1	1  1	Скрининг на ожирение не требуется для безопасного начала использования ВМК. Тем не менее, измерение веса и расчет ИМТ на исходном уровне могут быть полезны для мониторинга любых изменений и консультирования женщин, которые могут быть обеспокоены изменением веса, воспринимаемым как связанным с их методом контрацепции.
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ</b> 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	
<b>ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО</b>	НП	НП	НП – неприменимо <b>Пояснения:</b> хотя измерение АД может быть целесообразным с позиций профилактического здравоохранения, в действительности оно не имеет отношения к безопасности и эффективности применения ВМК. Женщинам не следует отказываться от использования ВМК только по причине того, что им недоступно измерение АД.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>			
<b>МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)	1	2	
<p><b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ*</b></p> <p>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. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения 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+З и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ&gt;88см); АД&gt;180/110мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска.</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	ЛНГ-ВМС	
1) Гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление невозможно оценить в настоящий момент (включая гипертензию во время беременности)	1	2	<p><b>Пояснение:</b> заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.</p> <p>Скрининг на выявление АГ перед введением ВМС не требуется.</p>
2) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление возможно оценить в настоящий момент (АД < 140/90 мм.рт.ст.)	1	1	
3) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)	1	1	
(а) систолическое 140-159 мм рт. ст. или диастолическое 90-99 мм рт. ст.	1	1	
(б) систолическое >160 или диастолическое >100	1	2	
4) Заболевания сосудов	1	2	
<b>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> (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	
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС		
<b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</b>	1	2	<p><b>Пояснение:</b> если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время), высокий риск рецидива возможен при наличии <math>\geq 1</math> из перечисленных факторов риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов;</li> <li>б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности;</li> <li>в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА;</li> <li>г) Установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром;</li> <li>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;</li> <li>е) В анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.</li> </ul> <p><b>Пояснение:</b> системная абсорбция левоноргестрела из ЛНГ-ВМС невелика и вряд ли будет связана с увеличением риска развития венозной тромбоземболии.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> хотя доказательства повышения риска венозных тромбозов при использовании прогестиновых оральных контрацептивов неоднозначны, любое небольшое повышение риска значительно меньше по сравнению с КОК.</p> <p><b>Пояснение:</b> женщины, которые имеют острую венозную тромбоземболию, могут рассмотреть вопрос об использовании ЛНГ-ВМС или Сu-ВМС, но, возможно, следует рассмотреть введение внутриматочных средств после прекращения антикоагулянтной терапии, в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры введения.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> хотя доказательства повышения риска венозных тромбозов при использовании ОК, содержащих только гестагены, неоднозначны, любое небольшое повышение риска значительно меньше по сравнению с КОК.</p>	
	2) Острый ТГВ/ТЭЛА	2	2	
	3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	1	2	

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
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	Ограниченные научные доказательства свидетельствуют о том, что установка ЛНГ-ВМС не сопровождается риском тяжелых кровотечений у женщин, получающих длительную антикоагулянтную терапию.
5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией (б) без длительной иммобилизации	1	2	<b>Пояснение:</b> <i>большое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции > 30 минут продолжительности. К процедурам с высоким риском ВТЭ относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию (132 по 2012).
	1	1	
6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	<i>Малое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, хирургическая стерилизация). Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоземболии.
7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	1	2	<i>Иммобилизация</i> вследствие острой травмы, остроого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоземболических осложнений.

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	
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС		
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ</b> (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	1	2	<b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга.	
<b>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</b> 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	1	1		
	1	1		
<b>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ</b>	1	Н	П	<b>Пояснение:</b> в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование.
		2	3	
<b>ИНСУЛЬТ<sup>s</sup></b> (острое нарушение кровообращения, в том числе и в анамнезе)	1	Н	П	
		2	3	
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>	1	2	<b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. В то же время некоторые типы дислипидемии 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.	

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА</b> 1) Неосложненный 2) Осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1 2	1 2	<b>Пояснения:</b> при введении ВМС рекомендуется провести антибиотикопрофилактику эндокардита.
<b>БОЛЕЗЬ РЕЙНО</b> 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом	1 1 1	1 1 2	
<b>РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>			
<b>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)<sup>§</sup></b> 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	Н 1	П 1	<b>Пояснение:</b> 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.

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		ЛНГ-ВМС		
	Н	П			<p><b>Научные доказательства:</b> наличие антифосфолипидных антител связано с повышенным риском развития как артериального, так и венозного тромбоза.</p> <p><b>Пояснение:</b> 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.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> ЛНГ-ВМС может быть эффективным методом лечения меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией.</p>
2) Тяжелая тромбоцитопения	3	2	2		
3) Иммуносупрессивная терапия	2	1	2		
4) Ничего из вышеперечисленного	1	1	2		
<b>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ</b>	Н	П	Н	П	
1) Прием иммунодепрессантов	2	1	2	1	
2) В отсутствие приема иммунодепрессантов	1		1		
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ</b>					
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*</b>			Н	П	<p><b>Пояснение:</b> необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей.</p> <p>Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой.</p> <p>Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. приложение N5).</p>
1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)	1		1	1	
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	
<b>ЭПИЛЕПСИЯ<sup>§</sup></b>	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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>		
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС			
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>					
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>	1	1	<b>Пояснение:</b> классификация основана на данных для женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярным расстройствам (маниакально-депрессивный психоз) и послеродовой депрессии отсутствуют.  Существует возможность лекарственных взаимодействий между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами.		
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ</b>					
<b>ХАРАКТЕР КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ</b>  1) Нерегулярные, умеренные  2) Обильные или продолжительные кровотоечения (включая регулярный или нерегулярный характер)		Н	П	<b>Пояснение:</b> необходимо обильное кровотечение должно вызывать подозрение на наличие серьезного заболевания.  <b>Научные доказательства:</b> научные доказательства, полученные в исследованиях по изучению лечебных эффектов ЛНГ-ВМС у женщин с обильными или длительными кровотоечениями, свидетельствуют об отсутствии увеличения частоты нежелательных эффектов. Было показано, что ЛНГ-ВМС может оказывать благоприятные эффекты при лечении меноррагии. Снижение менструальной кровопотери характерно для применения ЛНГ-ВМС 52 мг и ЛНГ-ВМС 19,5 мг, но лечебные показания для терапии идиопатической меноррагии отмечены только для ЛНГ-ВМС 52 мг.	
	1	1	1		
2	1	2			
<b>ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ</b> (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины	Н	П	Н	П	<b>Пояснение:</b> 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.
	4	2	4	2	
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b>	2		1		<b>Научные доказательства:</b> применение ЛНГ-ВМС у женщин с эндометриозом уменьшает дисменорею, тазовую боль и диспареунию.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ</b> (включая кисты)	1	1	
<b>ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ</b>	2	1	<b>Пояснение:</b> при использовании медь-содержащей ВМС возможно усиление дисменореи. Использование ЛНГ-ВМС сопровождается уменьшением дисменореи.
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b>  1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина $\beta$ -ХГЧ  2) Постоянно повышенный уровень $\beta$ -ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	3  4	3  4	<b>Научные доказательства:</b> 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.
<b>ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ</b>	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)</b>	1	2	<b>Пояснение:</b> систематический обзор не выявил никаких доказательств целесообразности обязательного цервикального скрининга перед введением ВМС. Вместе с тем, бимануальное обследование и осмотр шейки матки в зеркалах необходимы перед введением ВМС для оценки размера и положения матки, выявления любых аномалий шейки матки или матки, которые могут указывать на инфекцию и осмотр шейки матки в зеркалах не должны препятствовать введению ВМС. В таких ситуациях возможно проведение дополнительных исследований для принятия решения об использовании метода.  Существует обеспокоенность относительно увеличения риска инфекций и кровотечения при введении 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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
<b>РАК ШЕЙКИ МАТКИ</b> (в период ожидания терапии)	Н 4	П 2	Н 4	П 2	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>					<p><b>Пояснение:</b> необходимо незамедлительное обследование.</p> <p><b>Пояснение:</b> рак молочной железы – это гормонально-чувствительная опухоль.</p> <p><i>Женщины с диагностированным и подтвержденным на данный момент раком молочной железы не должны использовать ЛНГ-ВМС, хотя с его применением связана меньшая обеспокоенность относительно прогрессирования заболевания, по сравнению с использованием КОК или высокодозированных только прогестаген-содержащих контрацептивов.</i></p>
1) Опухолевидное заболевание неустановленного характера	1		2		
2) Доброкачественные заболевания молочных желез	1		1		
3) Семейный анамнез рака	1		1		
4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	1		1		
5) Рак молочной железы <sup>§</sup>					
(а) в настоящий момент	1		4		
(б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	1		3		
<b>РАК ЭНДОМЕТРИЯ<sup>§</sup></b>	Н 4	П 2	Н 4	П 2	<p><b>Пояснение:</b> существует обеспокоенность о повышенном риске инфекции, перфорации и кровотечения при установке ВМС. ВМС вероятнее всего потребуются удалить перед началом лечения, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.</p>
<b>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ</b>	2		1		<p><b>Научные доказательства:</b> среди женщин с гиперплазией эндометрия не было отрицательного влияния на здоровье при использовании ЛНГ-ВМС; в большинстве случаев имел место регресс заболевания.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение				<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
<b>РАК ЯИЧНИКОВ<sup>§</sup></b>	Н	П	Н	П	<b>Пояснение:</b> ВМС вероятнее всего потребует удалить перед началом лечения, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.
<b>МИОМА МАТКИ</b> 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки	1		1		<b>Научные доказательства:</b> 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.  Применение ЛНГ-ВМС 52 мг у пациенток с миомой матки сопровождалось нормализацией уровня гемоглобина, гематокрита, ферритина в сыворотке крови и уменьшения объема менструальной кровопотери. Частота экспульсии ЛНГ-ВМС 52 мг 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. Частота экспульсии ВМС, по данным неконтролируемых исследований, была в диапазоне от 0% до 20%.  <b>Пояснение:</b> 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 и являться противопоказанием для использования ВМС.
<b>АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ</b> 1) Деформация полости матки (любые врожденные или приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации полости матки, не совместимые с установкой ВМС)	4		4		<b>Пояснение:</b> при наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, правильная установка ВМС может быть невозможной.

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		ЛНГ-ВМС		
2) Другие аномалии (включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов), не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМС	2		2		
<b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)</b>	Н	П	Н	П	<p><b>Пояснение:</b> ВМС не обеспечивает защиту против ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ.</p> <p>У женщин с низким риском ИППП установка ВМС сопровождается низким риском ВЗОМТ. Важными обстоятельствами являются повышенный риск ИППП на текущий момент и желание женщины в последующем планировать беременность.</p> <p><b>Разъяснение для продолжения использования:</b> необходимо лечение ВЗОМТ с использованием соответствующих антибактериальных препаратов. Обычно нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать использовать этот метод контрацепции (см. публикации ВОЗ по применению контрацептивов). Продолжительность применения ВМС зависит от информированного выбора женщины и имеющих у нее факторов риска ИППП и ВЗОМТ.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> различий в клиническом течении ВЗОМТ при удалении и отказе от удаления ВМС выявлено не было.</p>
1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент)					
а) с последующей беременностью	1	1	1	1	
б) без последующей беременности	2	2	2	2	
2) ВЗОМТ в настоящий момент	4	2	4	2	

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		ЛНГ-ВМС		
<b>ИППП</b>	Н	П	Н	П	<p><b>Разъяснение для продолжения использования:</b> необходимо лечение ИППП с использованием соответствующих антибактериальных препаратов. Обычно нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать использовать этот метод контрацепции.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> нет доказательств относительно увеличения риска ВЗОМТ при введении ВМС женщинам с ИППП. Абсолютный риск последующего развития ВЗОМТ у женщин с ИППП на момент введения.</p> <p>ВМК был невысоким, но выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения.</p> <p><b>Пояснение:</b> введение ВМС в дальнейшем может увеличить риск ВЗОМТ у женщин с повышенным риском ИППП, хотя ограниченные доказательства предполагают, что этот риск низкий. Современные алгоритмы определения увеличения риска ИППП имеют низкое прогностическое значение. Риск ИППП зависит от индивидуального поведения и их распространенности на местном уровне. Следовательно, наряду с тем, что многим женщинам с повышенным риском ИППП, как правило, может быть введен ВМК, не следует его вводить некоторым женщинам с повышенным риском ИППП до проведения диагностического обследования и лечения.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> при использовании алгоритма классификации риска ИППП у женщин, использующих ВМС, в одном исследовании сообщалось о том, что 11% женщин с высоким риском ИППП имели осложнения, связанные с ВМС, по сравнению с 5% женщин, которые не относились к группе повышенного риска по возникновению ИППП.</p> <p>В другом исследовании частота ВЗОМТ после введения ВМС женщинам с высоким риском ИППП, была низкой (2,2%) по сравнению с общепопуляционным для данной местности.</p>
1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	4	2	4	2	
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 ИПП	2/3	2	2/3	2	

Внутриутробные 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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>ВИЧ/СПИД</b>			
<b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ</b>	2	2	<b>Научные доказательства:</b> среди женщин из группы повышенного риска ВИЧ. Использование медь-содержащих ВМС не увеличивает риск возникновения ВИЧ-инфекции.
<b>БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ (1-Я ИЛИ 2-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)</b>	Н-2, П-2	Н-2, П-2	<b>Пояснение:</b> см. раздел по лекарственному взаимодействию. <b>Научные доказательства:</b> 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-инфекции по сравнению с применением гормональных контрацептивов. Более того, не существует доказательств, что использование ВМС у ВИЧ-инфицированных женщин связано с повышением риска передачи вируса половым партнерам. Одно исследование показало отсутствие различий в инициации антиретровирусной терапии (АРТ) и показателях CD4 у женщин, применявших и не применявших ЛНГ-ВМС.
<b>ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-Я ИЛИ 4-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)</b>	Н-3, П-2	Н-3, П-2	<b>Разъяснение для продолжения использования ВМК:</b> женщины, с тяжелой или поздней стадией СПИД, применяющие ВМС, должны находиться под тщательным наблюдением на предмет развития ВЗОМТ. <b>Научные доказательства:</b> одно исследование показало отсутствие различий в инициации антиретровирусной терапии (АРТ) и показателях CD4 у женщин, применявших и не применявших ЛНГ-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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>		
	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС			
<b>ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ</b>					
<b>ТУБЕРКУЛЕЗ<sup>§</sup></b>	Н	П	Н	П	См. раздел по лекарственному взаимодействию.  <b>Пояснение:</b> введение ВМС при наличии туберкулеза тазовой локализации может значительно ухудшить состояние.
1) Экстрагенитальный	1	1	1	1	
2) Установленный тазовый	4	3	4	3	
<b>МАЛЯРИЯ</b>	1		1		
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>					
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b>					<b>Научные доказательства:</b> ограниченные доказательства по использованию ЛНГ-ВМС у женщин с инсулинозависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом свидетельствует о том, что этот метод не оказывает незначительного влияния на краткосрочный и долгосрочный контроль сахарного диабета (например, уровни HbA1c), маркеры гемостаза и/или липидный профиль. В связи с чем скрининг на выявление диабета перед началом использования ВМС не требуется.
1) Гестационный диабет в анамнезе	1		1		
2) Без поражения сосудов	1		2		
(а) инсулинонезависимый	1		2		
(б) инсулинозависимый <sup>§</sup>	1		2		
3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) <sup>§</sup>	1		2		
4) Другие сосудистые заболевания или длительность диабета >20 лет <sup>§</sup>	1		2		
<b>БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>					
1) Простой зоб (эутиреоз)	1		1		
2) Гипертиреоз	1		1		
3) Гипотиреоз	1		1		

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

<p><b>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА</b> (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)</p>	1	1	<p><b>Научные доказательства:</b> в двух сообщениях описаны случаи возникновения обострения ХВЗК у трех женщин спустя 5 дней- 25 мес. после введения ЛНГ-ВМС. Однако сравнительных исследований безопасности ВМС у женщин с ХВЗК до настоящего времени не проводилось.</p>
<p><b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ*</b></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>	1	2	
<p><b>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*</b></p> <p>1) Связанный с беременностью</p> <p>2) Связанный с приемом КОК в анамнезе</p>	1	1	<p><b>Пояснение:</b> существует обеспокоенность, что холестаза, связанный с применением КОК, в анамнезе, может быть фактором риска развития холестаза в будущем при применении ЛНГ.</p> <p>Остается неизвестным, имеется ли повышенный риск при использовании ЛНГ-ВМС. Скрининг на заболевания печени не требуется для безопасного начала Су-ВМС.</p>
<p><b>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</b></p> <p>1) Острый или обострение хронического</p> <p>2) Носительство</p> <p>3) Хронический</p>	1	1	<p>Женщины с заболеваниями печени могут использовать Су-ВМС и ЛНГ-ВМС, поэтому скрининг на заболевания печени (УЗИ и биохимический) не требуются для безопасного начала использования ВМС.</p>
<p><b>ЦИРРОЗ</b></p> <p>1) Легкий (компенсированный без осложнений)</p> <p>2) Тяжелый (декомпенсированный)<sup>§</sup></p>	1	1	<p><b>Пояснение:</b> тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения).</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b> Н = начало, П = продолжение		<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ</b> 1) Доброкачественная очаговая узловая гиперплазия б) гепатоцеллюлярная аденома <sup>§</sup> 2) Злокачественная (гепатома) <sup>§</sup>	1 1 1	2 3 3	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ, осложненный циррозом печени</b>	1	3	
<b>АНЕМИИ</b>			
<b>ТАЛАССЕМИЯ</b>	2	1	<b>Пояснение:</b> существует обеспокоенность о повышенном риске увеличения кровопотери при применении медь-содержащих ВМС.
<b>СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ<sup>§</sup></b>	2	1	<b>Пояснение:</b> существует обеспокоенность о повышенном риске увеличения кровопотери при применении медь-содержащих ВМС.
<b>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ</b>	2	1	<b>Пояснение:</b> существует обеспокоенность о повышенном риске увеличения кровопотери при применении медь-содержащих ВМС. Измерение уровня гемоглобина до начала введения Cu-ВМС не целесообразно. Систематический обзор выявил четыре исследования, которые предоставили прямые доказательства изменений гемоглобина среди женщин с анемией, использующих Cu-ВМС. Одно рандомизированное исследование и одно проспективное когортное исследование не показали никаких существенных изменений содержания гемоглобина среди пользователей ВМС с анемией. Тогда как в двух проспективных когортных исследованиях показано клинически не значимое снижение уровня гемоглобина у пользователей Cu-ВМС. Женщины с железодефицитной анемией могут без ограничения использовать ЛНГ-ВМС, поскольку они снижают объем менструальной кровопотери.

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА		
	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС			
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ</b>					
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ<sup>5</sup></b>	Н	П	Н	П	<b>Научные доказательства:</b> 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.
1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца  2) Неосложненные случаи	3	2	3	2	
<b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b>					
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.					
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ</b>	Н	П	Н	П	<b>Пояснение:</b> взаимодействия между антиретровирусными препаратами и применением ВМС отсутствуют. Однако тяжелая или поздняя стадия СПИД (3-я или 4-я по классификации ВОЗ) является состоянием, которое отнесено к категории 3 для установки и к категории 2 для продолжения использования ВМС.  Бессимптомное или легкое течение ВИЧ – инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) классифицируется как Категория 2 как для начала, так и для продолжения применения ВМС.
1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) – абакавир, тенофовир, зидовудин, ламивудин, дидазин, эмтрицитабин, ставудин.	2/3	2	2/3	2	
2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) – эфавиренз, этравирин, невирапин, рилпивирин.	2/3	2	2/3	2	
3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы – атазанавир, лопинавир, дарунавир, ритонавир.	2/3	2	2/3	2	
4) Ингибиторы интегразы – ралтегравир	2/3	2	2/3	2	

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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Сu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
<b>ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ</b>			
1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)	1	1	<b>Научные доказательства:</b> ограниченные научные доказательства свидетельствуют о том, что использование ряда противосудорожных препаратов не оказывает влияния на контрацептивную эффективность ЛНГ-ВМС.
2) Ламотригин	1	1	<b>Научные доказательства:</b> о лекарственных взаимодействиях при одновременном применении ЛНГ-ВМС и ламотригина у женщин с эпилепсией не сообщалось.
<b>АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ</b>			
1) Антибиотики широкого спектра действия	1	1	<b>Научные доказательства:</b> в одном перекрестном исследовании было показано, что рифабутин не оказывает влияния на эффективность ЛНГ-ВМС
2) Противогрибковые средства	1	1	
3) Антипаразитарные средства	1	1	
4) Терапия рифампицином или рифабутином	1	1	
<b>Сокращения:</b> ЛНГ-ВМС – левоноргестрелсодержащее внутриматочное средство; Сu-ВМС – медьсодержащее внутриматочное 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 – нонуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.			
*Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.			

## Дополнительные комментарии

### Кормление грудью.

*Исключительно грудное вскармливание* означает, что ребенок питается исключительно грудным молоком (т.е. помимо грудного молока в рацион ребенка не вводится прикорм).

### Использование лекарственных препаратов для облегчения введения ВМС.

*Мизопростол* На основании данных двух систематических обзоров и 10 рандомизированных контролируемых исследований **не рекомендуется для рутинного использования** перед введением ВМС. Однако в одном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании показано, что Мизопростол может быть полезен у женщин с недавней неудачной попыткой введения ВМК.

*Парацервикальная блокада лидокаином* может уменьшить боль пациента во время введения ВМС. Два рандомизированных контролируемых исследования обнаружили значительное снижение боли при введении ВМС у женщин, получавших парацервикальный блок с 1% лидокаином за 3-5 минут до введения ВМС. Не выявлено различий в частоте побочных эффектах среди женщин, получавших парацервикальную блокаду, по сравнению с контролем (уровень доказательств: I).

*Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и доноры оксида азота:* убедительные данные об эффективности данных препаратов перед введением ВМС отсутствуют.

*В отношении ЛНГ-ВМС имеются данные, свидетельствующие о том, что введение ВМС данного типа у большинства как рожавших, так и нерожавших женщин проходит безболезненно или с небольшими болевыми ощущениями.*

## 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. При корректном применении по данным ВОЗ экстренная контрацепция (ЭК) может предотвратить более 95% нежелательных беременностей. ЭК можно использовать в следующих ситуациях: незащищенный половой акт, неправильное или неудачное использование методов контрацепции и сексуальное насилие, когда женщина не была защищена эффективным методом контрацепции. После использования ЭК женщина может возобновить или инициировать регулярный метод контрацепции. В качестве средств экстренной контрацепции (ЭК) допускается применять гормональные таблетки или медь-содержащие внутриматочные средства. В настоящий момент в мире акушерско-гинекологическим сообществом и ВОЗ одобрено 4 метода экстренной контрацепции: таблетки экстренной контрацепции (ТЭК), содержащие улипристала ацетат (УПА) – не зарегистрирован в России; ТЭК, содержащие левоноргестрел (ЛНГ), комбинированные оральные контрацептивы (метод Юзпе) и медьсодержащие внутриматочные спирали. Существуют также ТЭК, содержащие мифепристон, которые зарегистрированы в нашей стране и доступны в продаже. Эти методы не являются абортивными, и не могут прервать установленную беременность или нанести вред развивающемуся эмбриону.

**Гормональные таблетки**, применяемые для экстренной контрацепции:

- ТЭК с УПА, принимаемый однократно в дозе 30 мг;
- ТЭК с ЛНГ, принимаемый однократно в дозе 1,5 мг, или, в качестве альтернативы, ЛНГ, принимаемый в 2 дозах по 0,75 мг каждая, с интервалом в 12 часов.
- КОК, содержащий 100 мкг этинилэстрадиола и 500 мкг ЛНГ, принимаются двукратно с 12-часовым интервалом (метод Юзпе).  
Мета-анализ двух исследований показал, что у женщин, принимавших ТЭК с УПА, частота наступления беременности составила 1,2%. В четырех рандомизированных исследованиях, инициированных ВОЗ, продемонстрировано, что частота наступления беременности при использовании ТЭК с ЛНГ составляет от 1,2% до 2,1%. 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. В случае возникновения рвоты в течение 2 часов после приема препарата возможен повторный прием того же препарата.
- ТЭК с Мифепристоном, принимаемый однократно в дозе 10 мг.

**ТЭК с ЛНГ** является агонистом рецепторов прогестерона. Обеспечивают надежное предохранение от беременности только в тех случаях, когда они принимаются в течение 72 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.

**Основной механизм действия** заключается в ингибировании и/или задержке овуляции в результате подавления пика лютеинизирующего гормона. **Эффективность:** согласно результатам ранее проведенного клинического исследования, прием двух доз левоноргестрела по 0,75 мг с интервалом в 12 часов предотвращает наступление беременности в 85% случаев. Эффективность препарата снижается с течением времени после полового

контакта (95% – при применении в течение 24 часов, 85% – в интервале от 24 до 48 часов, 58% – от 48 до 72 часов).

Результаты другого клинического исследования показали, что однократный прием левоноргестрела в дозе 1,5 мг (в течение 72 часов после незащищенного полового акта) предотвращает наступление беременности в 84% случаев.

**Восстановление фертильности** после приема ТЭК с ЛНГ: происходит сразу. Женщина может забеременеть непосредственно после приема ТЭК с ЛНГ. 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 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. Этот метод особенно подходит для женщин, которые хотели бы начать использовать высокоэффективный, длительный действия и обратимый метод контрацепции.

**Основной механизм действия** заключается в предотвращении оплодотворения, в результате химического изменения сперматозоидов и яйцеклеток до их слияния. **Эффективность:** при установке Cu-ВМС в течение 120 часов после незащищенного полового акта эффективность превышает 99%. Это наиболее эффективная форма экстренной контрацепции. После установки спирали женщины могут продолжить использовать ВМС в качестве постоянного метода контрацепции или могут перейти на другой метод контрацепции. **Безопасность:** Cu-ВМС является безопасной формой экстренной контрацепции. По оценкам, на 1000 пользователей менее 2 случаев воспалительных заболеваний органов малого таза. Риски экспульсии или перфорации низкие.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

**ТЭК с Мифепристоном** – синтетическое, стероидное, антипрогестагенное средство (блокирует действие прогестерона на уровне рецепторов), гестагенной активностью не обладает. Отмечен антагонизм с глюкокортикостероидами за счет конкуренции на уровне связи с рецепторами. В качестве посткоитальной контрацепции может быть использован в течение 72 ч после полового акта без предшествующего применения контрацептивных средств или методов, а также при неудачном их применении.

**Основной механизм действия:** в 1-ю фазу либо нарушает развитие/созревание фолликулов, либо подавляет овуляцию, во 2-ю – препятствует имплантации яйцеклетки (блокирует рецепторы прогестерона в эндометрии, предотвращая развитие секреторного эндометрия). **Эффективность** мифепристона достигает 98,5–98,7%. При однократном применении в большинстве случаев не вызывает устойчивых нарушений менструального цикла, задержка в основном не превышает 7 дней. **Безопасность:** мифепристон является безопасной формой экстренной контрацепции.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается.

**Таблица 13. Неотложные (экстренные) средства контрацепции**

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 концетаблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ; УПА – улипристала ацетат, Су-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	НП	НП	НП	НП	<p>НП = не применимо</p> <p><b>Пояснение:</b> эти методы не являются abortивными. 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.</p>
<p><b>ПОСЛЕ РОДОВ</b> (кормящие и не кормящие грудью женщины)</p> <p>1) &lt; 21 дня (3 недели)</p> <p>2) ≥ 21 дня (3 недели)</p> <p>3) ≥ 4 недель</p>	НП	НП	НП	НП	<p><b>Пояснение:</b> экстренная контрацепция не потребует, если незащищенный секс или неудача барьерного метода контрацепции происходит &lt;21 дней после родов (3 недели), так как самая ранняя овуляция после родов возможна на 21 день.</p> <p>Риски введения Су-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).</p> <p>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 Су-ВМС после 28 дня.</p>

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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	1	1	<b>Пояснение:</b> женщины, использующие контрацепцию, имеют меньший риск внематочной беременности, чем те женщины, которые не применяют контрацепцию. Применение ТЭЖ или ВМС в качестве экстренной контрацепции не увеличивают риска эктопической беременности.
<b>КУРЕНИЕ</b>					
1) Возраст < 35 лет	1	1	1	1	
2) Возраст ≥ 35 лет					
а) < 15 сигарет/день	1	1	1	1	
б) ≥ 15 сигарет/день	1	1	1	1	
в) прекратила курение <1 года назад	1	1	1	1	
г) прекратила курение ≥ 1 год и более	1	1	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. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения 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, нарушение толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88см); АД>180/110 мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска.

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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм.рт.ст)	1	1	1	1	
2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)					
(а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	1	1	1	
(б) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 <sup>§</sup>	1	1	1	1	
3) Заболевания сосудов <sup>§</sup>	1	1	1	1	
<b>ТЯЖЕЛЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ<sup>§</sup></b> (ишемическая болезнь сердца, инсульт, другие тромбоэмболические состояния)	1	1	1	1	<b>Пояснение:</b> нет доказательств, что чисто прогестиновые таблетки неотложной контрацепции повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний.
<b>СТЕНОКАРДИЯ</b>	1	1	1	1	<b>Пояснение:</b> 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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</b>					<p><b>Пояснение:</b> если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при наличии <math>\geq 1</math> 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><b>Пояснение:</b> острая венозная тромбоземболия относится к заболеваниям, при которых используются антикоагулянты. Доказательства повышения риска ВТЭ среди пользователей чистопрогестиновых оральных контрацептивов ограничены, однако имеющиеся данные обнадеживают.</p>
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	1	1	1	1	
2) Острый ТГВ/ТЭЛА	2	2	2	2	
3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	1	1	1	1	
4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	1	

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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
5) Большое хирургическое вмешательство  (а) с длительной иммобилизацией  (б) без длительной иммобилизации	1  1	1  1	1  1	1  1	<b>Пояснение:</b> <i>большое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции продолжительностью > 30 минут. К процедурам с высоким риском развития венозной тромбоземболии относятся общехирургические, ортопедические, травматологические и нейрохирургические операции.  <i>Малое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоземболии.
6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	1	<i>Малое хирургическое вмешательство</i> включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоземболии.
7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	1	1	1	1	<b>Иммобилизация</b> вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоземблических осложнений.
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	1	1	1	1	<b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга.
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ</b>					<b>Пояснение:</b> 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).
1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	1	
2) Мигрени					
а) без ауры					
• Возраст < 35 лет	1	1	1	1	
• Возраст ≥ 35 лет	1	1	1	1	
б) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	1	<b>Пояснение:</b> применение прогестинных ТЭК безопасно для пациенток, в анамнезе которых мигрени с аурой.

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 концетаблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b>					
1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина $\beta$ -ХГЧ	1	1	1	1	
2) Постоянно повышенный уровень $\beta$ -ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	1	4	
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>					
1) Недиагностированное образование	1	1	1	1	
2) Доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	1	
3) Семейный анамнез рака	1	1	1	1	
4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	1	1	1	1	

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 концетаблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
5) Рак молочной железы <sup>8</sup>  (а) в настоящий момент  (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	2  2	2  2	1  1	1  1	
<b>МИОМА МАТКИ</b>  1) Без деформации полости матки  2) С деформацией полости матки	1  1	1  1	1  1	1  4	<b>Пояснение:</b> имеющаяся миома, которая деформирует полость матки, может мешать установке и правильному расположению ВМС.
<b>АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ</b>  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	1  1	1  1	1  1	4  2	<b>Пояснение:</b> при наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, правильная установка ВМС может быть невозможной.

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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, СУ-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА</b> (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	2	2	2	1	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (включая желтуху)<sup>§</sup></b>	2	2	2	1	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ<sup>§</sup></b>					<b>Примечание:</b> 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 ТЭЖ, может быть показана ВМС.
1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка	1	1	1	1	
2) Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	1	1	1	1	

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 концевых таблицах	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение				ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ-ВМС	
	КОК – комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ – контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА – улипристала ацетат, Су-ВМС – медьсодержащие внутриматочные средства				
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ<sup>§</sup></b>					
1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	1	1	1	3	
2) Неосложненные случаи	1	1	1	2	
<b>ПОВТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТАБЛЕТОК ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ</b>	1	1	1	НП	<b>Пояснение:</b> 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. Кроме того, может быть введена Су-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.
<b>ИЗНАСИЛОВАНИЕ</b>					
а) Высокий риск ИППП	1	1	1	3	<b>Пояснение:</b> отсутствуют ограничения к использованию ТНК в случае изнасилования. ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. У женщин с хламидийной инфекцией или гонореей во избежании повышенного риска ВЗОМТ следует избегать введения ВМС. Для других ИППП данная проблема менее существенна.
б) Низкий риск ИППП	1	1	1	1	

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. 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. Cu-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 Cu-ВМС.

**Взаимодействие с лекарственными средствами:** женщинам, принимающим фермент-индуцирующие препараты, в качестве экстренной контрацепции подходит только Cu-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 Cu-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.

### **Применение экстренной контрацепции у пациенток с отягощенным онкологическим анамнезом.**

Как во время, так и после противоопухолевой терапии женщин необходимо информировать о возможности использования экстренной контрацепции, особенно женщин, не использующих постоянные эффективные методы контрацепции. В настоящее время нет исследований, подтверждающих увеличение риска прогрессирования/рецидива при применении гормональной/механической экстренной контрацепции у пациенток с онкологическим заболеванием. Однако беременность у онкологических пациенток как фактор высокого риска прогрессирования/рецидива основного заболевания установлен в исследованиях с высоким уровнем доказательности. Согласно рекомендациям ВОЗ медьсодержащая ВМС является безопасным и эффективным методом механической экстренной контра-

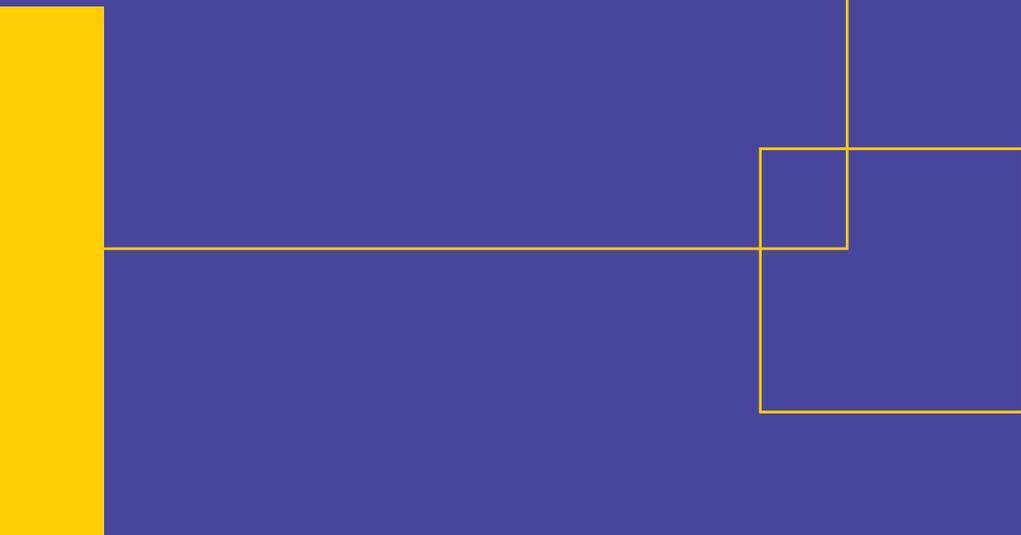
цепция в течение 5–7 дней после использования гормональной экстренной контрацепции у женщин с отягощенным онкологическим анамнезом.

## 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 Cu-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.

# ГЛАВА 6

## БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ



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

## Мужской презерватив

**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:** при постоянном и правильном применении мужские презервативы в 80-95% случаев предотвращают возможное заражение ВИЧ, а также обеспечивают надежную профилактику ИППП.

## Женский презерватив

**Женский презерватив** представляет собой чехол, изготовленный из тонкой, мягкой прозрачной пластмассовой пленки, которая 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

**Спермициды** – вещества, уничтожающие сперматозоиды, которые вводятся глубоко во влагалище (близко к шейке матки) перед половым актом. В качестве спермицидов в России используются бензалкония хлорид/миристалькония хлорид и ноноксинол-9. Спермициды выпускаются в виде вагинальных суппозиториях, таблеток, капсул, крема, которые могут использоваться самостоятельно, либо в сочетании с диафрагмами или 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 правильного консультирования со стороны врача и четкого соблюдения рекомендаций пользователями. Риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда спермициды не используются при каждом половом акте. В 2018 г. ВОЗ установила, что при типичном использовании спермицидов частота незапланированной беременности составляет около 21 случая на 100 женщин в год, а при систематическом и абсолютно правильном применении – около 16 случаев на 100 женщин в год. Представленные данные основаны на обзоре спермицидов, содержащих ноноксинол-9, и не учитывают результаты контрацептивной эффективности спермицидов на основе бензалкония хлорида. Между тем, по данным метаанализа, включающего 15 клинических исследований контрацептивной эффективности бензалкония хлорида ( $n=3037$ , возраст пациенток 19-47 лет), индекс Перля при типичном применении составил 2,42, а при абсолютно правильном применении – 1,2. Кроме того, в ходе клинического исследования контрацептивной эффективности бензалкония хлорида при использовании в течение 12 мес у женщин старше 40 лет ( $n=151$ ) не зарегистрировано случаев беременности. По результатам данного исследования, при типичном применении бензалкония хлорида индекс Перля для популяции женщин старше 40 лет составил 2,88 (95% ДИ).

**Восстановление фертильности после отмены метода:** происходит сразу.

**Профилактика инфекций, передаваемых половым путем:** не обеспечивается. Многократное применение спермицида ноноксинола-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждение тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией.

## Диафрагма

**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

**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 шеечный колпачок (в сочетании со спермицидами) не используется при каждом половом акте. У рожавших женщин при типичном характере применения шеечный 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.

**Таблица 14. Барьерные методы контрацепции**

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	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				
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	НП	НП	НП	НП = не применимо <b>Пояснение:</b> 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.
<b>ВОЗРАСТ</b> 1) С менархе до < 40 лет 2) > 40 лет	1 1	1 1	1 1	
<b>ПАРИТЕТ</b> 1) рожавшие 2) нерожавшие	1 1	1 1	1 2	<b>Пояснение:</b> у рожавших женщин существует более высокая вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших.
<b>ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД</b> 1) < 6 недель после родов 2) > 6 недель после родов	1 1	1 1	НП 1	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</b> 1) Первый триместр 2) Второй триместр 3) Сразу после септического аборта	1 1 1	1 1 1	1 НП НП	<b>Пояснение:</b> включая индуцированные и спонтанные аборты 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.

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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	1	
<b>ХИРУГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	1	
<b>КУРЕНИЕ</b> Возраст <35 лет 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	<b>Научные доказательства:</b> 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. Уровень риска инфаркта миокарда напрямую зависит от количества выкуриваемых в день сигарет.
<b>ОЖИРЕНИЕ</b> 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м <sup>2</sup> 2) от менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м <sup>2</sup>	1 1	1 1	1 1	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ХИРУГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ<sup>5</sup></b> 1) Рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка	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	Д	
2) Мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	1	1	1	
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>				
<b>ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)	1	1	1	
<p><b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ*</b></p> <p>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.</p> <p>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. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений относятся: 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 натошак, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ&gt;88см); АД&gt;180/110мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска.</p>				
1) Адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм.рт.ст.)	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
2) Повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно) (а) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (б) систолическое $\geq 160$ или диастолическое $\geq 100^s$	1	1	1	<b>Пояснение:</b> оценка причин и выявление артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше.  <b>Пояснение:</b> заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.
3) Заболевания сосудов	1	1	1	
<b>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБО-ЭМБОЛИЯ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</b>				<b>Пояснение:</b> если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время), высокий риск рецидива возможен при наличии $\geq 1$ из перечисленных факторов риска:
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	1	1	1	а) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) В анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности;
2) Острый ТГВ/ТЭЛА	1	1	1	в) Идиопатический ТГВ/ТЭЛА;
3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	1	1	1	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;
4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	<b>Пояснение:</b> 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.
5) Большое хирургическое вмешательство				<b>Большое хирургическое вмешательство</b>
(а) с длительной иммобилизацией	1	1	1	включает в себя операции > 30 минут продолжительности. Процедуры с высоким риском ВТЭ включают общую, ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохирургию.
(б) без длительной иммобилизации	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д= диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	<b>Малое хирургическое вмешательство</b> включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, лапароскопическая стерилизация), или такие процедуры, как артроскопия коленного сустава.
7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	1	1	1	<b>Иммобилизация</b> вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений.
<b>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ<sup>5</sup></b> (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)			1	<b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга.
<b>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</b>				
1) Варикозное расширение вен нижних конечностей	1	1	1	
2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	1	1	1	
<b>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ<sup>5</sup></b>			1	<b>Пояснение:</b> в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование.
<b>ИНСУЛЬТ<sup>5</sup> (в том числе в анамнезе)</b>			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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>			1	<b>Пояснение:</b> рутинный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости скрининга. 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 сердца в молодом возрасте.
<b>КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА</b> 1) Без осложнений 2) Осложненные <sup>§</sup> (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1 1	1 1	1 2	<b>Пояснение:</b> опасность инфицирования мочевыводящих путей при использовании диафрагмы может быть сопряжена с повышенным риском для женщины, страдающей подострым бактериальным эндокардитом.
<b>БОЛЕЗЬ РЕЙНО</b> 1) Первичная 2) Вторичная а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
<b>РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>				
<b>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)<sup>§</sup></b> 1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
2) Тяжелая тромбоцитопения	1	1	1	<b>Пояснение:</b> 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-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.
3) Иммуносупрессивная терапия	1	1	1	
4) Ничего из вышеперечисленного	1	1	1	
<b>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ</b>				
1) Прием иммунодепрессантов	1	1	1	
2) В отсутствие приема иммунодепрессантов	1	1	1	
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ</b>				
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*</b>				<b>Пояснение:</b> классификация для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой, зависит от точности диагноза.  Аура – специфический центральный неврологический симптом (см. приложение №5). 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.
1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	
2) Мигрени				
а) без ауры				
• Возраст < 35 лет	1	1	1	
• Возраст ≥ 35 лет	1	1	1	
б) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	
<b>ЭПИЛЕПСИЯ</b> <sup>5</sup>			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 <small>* дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>			ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	П	С	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>				
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>			1	
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ</b>				
<b>ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ</b>				
1) Нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	
2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	1	1	1	
<b>ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ</b> (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины			1	<b>Пояснение:</b> если есть подозрение на беременность или невыявленное заболевание (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза.
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b>			1	
<b>ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ</b> (включая кисты)			1	
<b>ДИСМЕНОРЕЯ</b>			1	
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b>				
1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина $\beta$ -ХГЧ	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	Д	
2) Постоянно повышенный уровень $\beta$ -ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН</b>	1	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (СIN)</b>	1	1	1/4	<b>Пояснение:</b> применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
<b>РАК ШЕЙКИ МАТКИ</b> (в период ожидания терапии)	1	2	1/4	<b>Пояснение:</b> применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>				
1) Недиагностированное образование	1	1	1	
2) Доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	
3) Семейный анамнез рака	1	1	1	
4) Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	1	1	1	
5) Рак молочной железы <sup>§</sup>				
(а) в настоящий момент	1	1	1	
(б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	1	1	1	
<b>РАК ЭНДОМЕТРИЯ<sup>§</sup></b>	1	1	1	
<b>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ</b>	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>РАК ЯИЧНИКОВ<sup>5</sup></b>	1	1	1	
<b>МИОМА МАТКИ</b>				
1) Без деформации полости матки	1	1	1	
2) С деформацией полости матки	1	1	1	
<b>АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ</b>			НП	<b>Пояснение:</b> диафрагму нельзя использо- вать в некоторых случаях при выпадении матки Применение колпачка не показано для женщин с выраженными анатомичес- кими изменениями шейки матки.
<b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГА- НОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)</b>				
1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоя- щий момент			1	
а) с последующей беременностью	1	1	1	
б) без последующей беременности	1	1	1	
2) ВЗОМТ в настоящий момент				
<b>ИППП</b>				
1) Гнойный цервицит, хламидийная ин- фекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	
2) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	
3) Вагинит (включая трихомонадный ваги- нит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
4) Повышенный риск ИППП	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	Д	
<p>П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок</p>				
<b>ВИЧ/СПИД</b>				
<b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВА- НИЯ</b>			4	<p><b>Научные доказательства:</b> многократное применение спермицида ноноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ- инфекцией.</p> <p><b>Пояснение:</b> категория 4 для применения диафрагмы установлена из-за возможных проблем, связанных со спермицидами, а не с самой диафрагмой.</p>
<b>ВИЧ-ИНФИЦИРОВАН- НЫЕ<sup>§</sup></b>				
1) получающие антиретровирусную терапию	1	3	3	<p><b>Научные доказательства:</b> многократное применение спермицида ноноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией.</p> <p><b>Пояснение:</b> 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.</p>
2) не получающие антиретровирусную терапию	1	3	3	
<b>СПИД<sup>§</sup> на фоне антиретровирусной терапии</b>			3	<p><b>Пояснение:</b> 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.</p>
<b>ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ</b>				
<b>ТУБЕРКУЛЕЗ<sup>§</sup></b>				
1) Экстрагенитальный	1	1	1	
2) Установленный тазовый	1	1	1	
<b>МАЛЯРИЯ</b>	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ</b>	1	1	3	<b>Научные доказательства:</b> синдром токсического шока был отмечен после применения противозачаточной губки и диафрагмы.
<b>ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</b>	1	1	2	<b>Пояснение:</b> применение диафрагмы и спермицидов может повлечь за собой повышение риска инфекций мочевыводящих путей.
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>				
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b>				
1) Гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	
2) Без поражения сосудов				
(а) инсулинонезависимый	1	1	1	
(б) инсулинозависимый <sup>§</sup>	1	1	1	
3) Нephропатия/ретинопатия/нейропатия	1	1	1	
3) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) <sup>§</sup>	1	1	1	
4) Длительность диабета >20 лет <sup>§</sup>	1	1	1	
<b>БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>				
1) Простой зоб (эутиреоз)	1	1	1	
2) Гипертиреоз	1	1	1	
3) Гипотиреоз	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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b>				
<b>ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА</b> (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	1	1	1	<b>Пояснение:</b> Пациенткам, принимающим тератогенные препараты (например, метотрексат), рекомендовано использовать, помимо барьерных методов, дополнительные эффективные методы контрацепции.
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</b> 1) С клиническими симптомами а) после холецистэктомии б) после медикаментозного лечения в) в настоящее время 2) Бессимптомные	1	1	1	
<b>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ</b> 1) Связанный с беременностью 2) Связанный с приемом КОК	1	1	1	
<b>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</b> 1) Острый или обострение хронического 2) Носительство 3) Хронический	1	1	1	
<b>ЦИРРОЗ</b> 1) Легкий (компенсированный без осложнений) 2) Тяжелый (декомпенсированный) <sup>§</sup>	1	1	1	<b>Пояснение:</b> тяжелый декомпенсированный цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия или желудочно-кишечные кровотечения).

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	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ</b>				
1) Доброкачественные				
а) очаговая узловая гиперплазия	1	1	1	
б) гепатоцеллюлярная аденома <sup>§</sup>	1	1	1	
2) Злокачественная (гепатома) <sup>§</sup>	1	1	1	
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>				
<b>ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ, осложненный циррозом печени</b>	1	1	1	
<b>АНЕМИИ</b>				
<b>ТАЛАССЕМИЯ</b>	1	1	1	
<b>СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ<sup>§</sup></b>	1	1	1	
<b>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ</b>	1	1	1	
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ</b>				
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ<sup>§</sup></b>				
1) Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	1	1	1	
2) Неосложненные случаи	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 <small>* дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>			ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	П	С	Д	
П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок				
<b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b> 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.				
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ</b> 1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) 2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) 3) Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы	1	3	3	<b>Пояснения:</b> 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).
<b>ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ</b> 1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия) 2) Ламотригин	1	1	1	
<b>АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ</b> 1) Антибиотики широкого спектра действия 2) Противогрибковые средства 3) Антипаразитарные средства 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 <small>* дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ <small>Н = начало, П = продолжение</small>			ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	П	С	Д	
<small>П=мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С= спермициды, Д = диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок</small>				
<b>АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС</b>	3	3	1	<b>Пояснение:</b> это не относится к пластиковым презервативам и диафрагмам.
<b>АЛЛЕРГИЯ НА СПЕРМИЦИДЫ</b>	1	3	3	
<p><b>Сокращения:</b> ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; КОК – комбинированные оральные контрацептивы; ВТЭ – венозная тромбоземболия; ИМТ – индекс массы тела; ТГВ – тромбоз глубоких вен; ТЭЛА – тромбоземболия 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 – нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.</p> <p><sup>§</sup>Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.</p>				

## Дополнительные комментарии

### Рак шейки матки (перед терапией)

Барьерные методы контрацепции в связи с низким индексом Перля не относятся к методам контрацепции первой линии для пациенток сотягощенным онкологическим анамнезом. Поэтому, согласно рекомендации ВОЗ, барьерные методы контрацепции могут быть рекомендованы только в ситуации их эффективного использования ранее и при невозможности назначения альтернативных методов контрацепции.

## Методы отслеживания фертильности

### Методы планирования семьи, основанные на отслеживании фертильности (МОФ)

предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла, либо наблюдение 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 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 отдают предпочтение именно таким способам контрацепции (A – 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 (C – необходима особая осторожность).

**Таблица 15. Определения**

<b>A</b>	Метод приемлем	В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного метода МОФ не существует.
<b>C</b>	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 потребуются специальная консультация для обеспечения правильного использования этого метода в данных обстоятельствах.
<b>D</b>	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.
<b>НП</b>	Не применимо	

**Таблица 16. Методы, основанные на отслеживании фертильности (календарные методы: метод календарных ритмов, метод стандартных дней; симптоматические методы: метод измерения базальной температуры, метод измерения цервикальной слизи, симптоматермальный 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 самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.</p>			
СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	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			
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>	НП	НП	<b>Пояснение:</b> применение МОФ во время беременности не требуется.
<b>ПЕРИОД ЖИЗНИ</b> а) Первые 2 года после менархе б) Перименопауза	С С	С С	<b>Пояснение:</b> в период после менархе и в перименопаузу часто бывают нарушения менструального цикла, что может затруднить применение МОФ.
<b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ</b> а) < 6 недель после родов б) ≥ 6 недель после родов  в) После начала менструации	D С  С	D D  С	<b>Пояснение:</b> 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.

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 самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	СМ	КМ	
СМ – симптоматические методы КМ – календарные методы			
<b>ПОСЛЕ РОДОВ</b> (у женщин, не кормящих грудью) а) < 4 недель в) ≥ 4 недель	D  A	D  A	<b>Пояснение:</b> у женщин, которые не кормят грудью, в течение первых 4 недель после родов функция яичников недостаточна для того, чтобы определять 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.  ≥ 4 недель: на этом этапе послеродового периода у некормящих грудью женщин функция яичников уже, как правило, в достаточной степени восстанавливается для того, чтобы определять 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.

**Комментарий:**

*Биологические методы контрацепции в связи с низким индексом Перля должны быть ограничены в использовании у пациенток с отягощенным онкологическим анамнезом. Согласно рекомендации ВОЗ необходимо рассмотреть более эффективные методы контрацепции.*

## Метод лактационной аменореи

Метод, основанный на использовании явления лактационной аменореи, 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, не планирующие беременность, 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, соблюдение которых полностью гарантирует предупреждение незапланированной беременности:

- У женщины отсутствует менструальный цикл (аменорея).
- У женщины есть ребенок, который находится полностью (исключительно) или почти полностью на грудном вскармливании.
- С момента родов прошло не более 6 месяцев.

## 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, не планирующие беременность, 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 быть использован в случаях только, 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.

При типичном характере применения этот метод относится к разряду наименее эффективных методов контрацепции: на 100 пар, применяющих метод в течение первого года, приходится около 27 случаев незапланированной беременности.

## **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 три наиболее распространенных метода хирургической стерилизации женщин.

*Методы хирургической стерилизации:*

- Хирургическое удаление (полное или частичное) маточных труб;
- Хирургическая перевязка или пересечение маточных труб;
- Окклюзия маточных труб путем коагуляции, наложения клипс, фиксаторов, пробок;

*Виды хирургических доступов для проведения стерилизации:*

Мини-лапароскопический, лапароскопический, мини-лапаротомический, при операции кесарева сечения, кольпотомический, трансцервикальный.

**Механизм действия** состоит в перекрытии просвета маточных труб путем их перевязки, пересечения или окклюзии. 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 вазэктомии.

**Механизм действия** состоит в нарушении проходимости семявыводящих протоков и предупреждении попадания активных 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 вазэктомии наступает через 3 месяца после операции.

**Восстановления фертильности** не происходит. 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 пациент 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), «5» (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 (особенно 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

<b>A</b>	Метод приемлем	Медицинских противопоказаний для проведения стерилизации не существует.
<b>C</b>	Необходима особая осторожность	Стерилизация должна быть проведена в условиях обычной клиники с соблюдением дополнительных мер предосторожности
<b>D</b>	Рекомендуется отсрочка	Стерилизацию рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или устранения патологического состояния. До стерилизации рекомендуется использовать альтернативные методы контрацепции
<b>S</b>	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 в состоянии выбрать 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.

## Женская добровольная хирургическая стерилизация

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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ</b>		
<b>ВОЗРАСТ</b> 1) < 35 лет а) менее 2 детей б) 2 или более детей 2) ≥ 35 лет	НП А А	<p><b>Пояснение:</b> 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><b>Научные доказательства:</b> исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее раскаиваются в принятом решении.</p>
<b>ПАРИТЕТ</b> 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><b>Пояснение:</b> нерожавшие женщины должны быть проинформированы о необратимости стерилизации и наличии альтернативных, долгосрочных, обратимых эффективных методов контрацепции.</p>
<b>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ</b>	А	

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.

СОСТОЯНИЕ <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p style="text-align: center;">A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия</p>		
<p><b>ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Послеродовой период               <ol style="list-style-type: none"> <li>а) &lt; 7 дней</li> <li>б) от 7 до 42 дней</li> <li>в) ≥ 42 дней</li> </ol> </li> <li>2) Преэклампсия/эклампсия               <ol style="list-style-type: none"> <li>а) легкая преэклампсия</li> <li>б) тяжелая преэклампсия/эклампсия</li> </ol> </li> <li>3) Затянувшийся безводный промежуток: ≥ 24 часов</li> <li>4) Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде</li> <li>5) Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде</li> <li>6) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов</li> <li>7) Разрыв или перфорация матки</li> </ol>	<p style="text-align: center;">A D A A C D D D D S</p>	<p><b>Пояснение:</b>  <b>&lt; 7 дней:</b> стерилизация может быть выполнена во время операции кесарево сечение при наличии условий для ее проведения, также в первые дни после родов методом минилапаротомии.  <b>от 7 до 42 дней:</b> выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с высоким риском послеоперационных осложнений.</p> <p><b>Пояснение:</b> существует повышенный риск анестезиологических осложнений.</p> <p><i>При преждевременном излитии</i> околоплодных вод (более чем за 24 часа до родов) увеличивает послеоперационный инфекционный риск.</p> <p>Послеродовой сепсис повышает риск послеоперационных инфекционных осложнений.</p> <p><i>При сильном кровотечении</i> в дородовом и послеродовом периоде: у женщины может быть выраженная анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.</p> <p><i>При тяжелой травме половых путей: возможна значительная потеря крови и развитие анемии.</i></p> <p>При разрыве или перфорации 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 допускаетсяшить разрыв стенки матки и произвести хирургическую стерилизацию, при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины.</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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</b> 1) Неосложненный аборт 2) Послеабортный сепсис или лихорадка 3) Интенсивное послеабортное кровотечение 4) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта 5) Перфорация матки	A D D D S	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ</b>	A	
<b>КУРЕНИЕ</b> 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	A A A A	
<b>ОЖИРЕНИЕ</b> 1) Индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м <sup>2</sup> 2) от менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м <sup>2</sup>	C НП	<b>Пояснение:</b> проведение стерилизации у женщины с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельность швов. Помимо этого, у таких пациенток наблюдается нарушение респираторных функций, и к ним чаще всего приходится использовать общую анестезию.

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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
		<b>Научные доказательства:</b> процент осложнений при проведении стерилизации у женщин с избыточным весом был выше, чем при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих ожирением.
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)	S	<b>Пояснение:</b> при наличии нескольких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.
<b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ*</b> 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. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относятся: 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.		

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
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 <sup>§</sup> 3) Заболевания сосудов <sup>§</sup>	C          C  S  S	<p><b>Пояснение:</b> 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.</p> <p><b>Пояснение:</b> заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки.</p>
<p><b>В АНАМНЕЗЕ ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>                      (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)</p>	A	
<p><b>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГочНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)*</b></p> 1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется 2) Острый ТГВ/ТЭЛА 3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	A  D  S	<p><b>Пояснение:</b> 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>

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
А = метод приемлем; С = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)	A	<b>Пояснение:</b> 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.
5) Большое хирургическое вмешательство (а) с длительной иммобилизацией	D	<b>Пояснение:</b> большое хирургическое вмешательство включает в себя операции с продолжительностью > 30 минут. К процедурам с высоким риском ВТЭ относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию.
(б) без длительной иммобилизации	A	В целях снижения риска ТГВ/ТЭЛА пациенту рекомендуется вставать с постели после операции как можно раньше.
6) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	A	Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, хирургическая стерилизация). Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.
7) Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	S	Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений.
<b>ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ<sup>9</sup></b> (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	A	<b>Пояснение:</b> регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой стоимостью скрининга.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</b> 1) Варикозное расширение вен нижних конечностей 2) Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	A  A/D	<b>Пояснение:</b> при остром поверхностном тромбофлебите рекомендовано отложить проведение стерилизации.
<b>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА<sup>S</sup></b> 1) В настоящее время 2) В анамнезе	D  C	<b>Пояснение:</b> 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
<b>ИНСУЛЬТ<sup>S</sup></b> (в том числе в анамнезе)	C	
<b>УСТАНОВЛЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ</b>	A	<b>Пояснение:</b> регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой стоимостью скрининга.
<b>ПОРОКИ СЕРДЦА</b> 1) Без осложнений 2) Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	C  S	<b>Пояснение:</b> перед операцией пациентке необходимо назначить профилактический курс антибиотикотерапии.  <b>Пояснение:</b> 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.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>БОЛЕЗНЬ РЕЙНО</b>		
1) Первичная	A	<b>Научные доказательства:</b> при наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови (см. дополнительные комментарии).
2) Вторичная	A	
а) Без волчаночного антикоагулянта б) С волчаночным антикоагулянтом	A	
<b>РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)<sup>§</sup></b>		
1) Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	S	<b>Пояснение:</b> 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.
2) Тяжелая тромбоцитопения	S	
3) Иммуносупрессивная терапия	S	
4) Ничего из вышеперечисленного	C	
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ</b>		
<b>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*</b>		
1) Немигренозные (умеренные или тяжелые)	A	<b>Пояснение:</b> необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей.
2) Мигрени а) без ауры • Возраст <35 лет • Возраст ≥35 лет б) с аурой, в любом возрасте	A A C	
<b>ЭПИЛЕПСИЯ<sup>§</sup></b>	C	<b>Пояснение:</b> необходимо обеспечить адекватный контроль эпилепсии.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>		
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>	C	
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ</b>		
<b>ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЦИЙ</b>  1) Нерегулярные без больших кровопотерь  2) Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	A    A	
<b>КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ</b> (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины	D	<b>Пояснение:</b> перед операцией необходимо провести диагностику причин данного состояния.
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b>	S	<b>Пояснение:</b> при осложненном эндометриозе может измениться тазовая анатомия, что увеличивает риск осложнений или ограничивает возможность доступа к маточным трубам.
<b>ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)</b>	A	
<b>ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ</b>	A	

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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b>  1) Снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета гонадотропина β-ХГЧ  2) Постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	A     D	
<b>ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ</b>	A	
<b>ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)</b>	A	
<b>РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в период ожидания терапии)</b>	D	<b>Пояснение:</b> как правило, лечение этого заболевания приводит к бесплодию и/или стерилизации женщины.
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ</b>  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)	A   A   A   A	

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
5) Рак молочной железы <sup>S</sup> (а) в настоящий момент (б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	C  A	
<b>РАК ЭНДОМЕТРИЯ<sup>S</sup></b>	D	<b>Пояснение:</b> как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины или бесплодию.
<b>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ</b>	A	
<b>РАК ЯИЧНИКОВ<sup>S</sup></b>	D	<b>Пояснение:</b> как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины или бесплодию.
<b>МИОМА МАТКИ</b> 1) Без деформации полости матки 2) С деформацией полости матки	C  C	<b>Пояснение:</b> в зависимости от размера и расположения миомы, могут возникнуть трудности с определением локализации маточных труб и восстановлением подвижности матки.
<b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)</b> 1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент а) с последующей беременностью б) без последующей беременности 2) ВЗОМТ в настоящий момент	C  A  C  D	<b>Пояснение:</b> 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 таза могут привести к риску постоперационных инфекционных осложнений и образованию спаек в послеоперационном периоде.

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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p style="text-align: center;">A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия</p>		
<b>ИППП</b>		
1) Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	D	<b>Пояснение:</b> 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	
<b>ВИЧ/СПИД</b>		
<b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ</b>	A	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ<sup>5</sup></b>		
1) получающие антиретровирусную терапию	A	<b>Пояснение:</b> 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.
2) не получающие антиретровирусную терапию	A	
<b>СПИД (на фоне антиретровирусной терапии)<sup>5</sup></b>	S	<b>Пояснение:</b> наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
<b>ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ</b>		
<b>ТУБЕРКУЛЕЗ<sup>5</sup></b>		
1) Экстрагенитальный	A	<b>Пояснение:</b> в зависимости от степени распространенности процесса в малом тазу может быть затруднен доступ к маточным трубам.
2) Установленный тазовый	S	
<b>МАЛЯРИЯ</b>	A	



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.

СОСТОЯНИЕ *дополнительные комментарии в конце таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</b> 1) С клиническими симптомами а) после холецистэктомии б) после медикаментозного лечения в) в настоящее время 2) Бессимптомные	A  A  D  A	
<b>ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ</b> 1) Связанный с беременностью 2) Связанный с приемом КОК	A  A	
<b>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</b> 1) Острый или обострение хронического 2) Носительство 3) Хронический	D  A  C	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ЦИРРОЗ</b> 1) Легкий (компенсированный без осложнений) 2) Тяжелый (декомпенсированный) <sup>§</sup>	C  S	<b>Пояснение:</b> тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения). Функция печени и показатели свертывания крови могут быть изменены.  Необходима оценка функционального состояния печени. Требуется предоперационная коррекция функции печени и показателей свертываемости крови.



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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<small>A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия</small>		
<b>ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ</b>		
<b>МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ</b> Инфекции кожи в области живота	D	<b>Пояснение:</b> существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде.
<b>НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ</b>	S	<b>Пояснение:</b> женщины с нарушением коагуляционных свойств крови подвергаются повышенному риску развития гематологических осложнений в результате хирургического вмешательства.
<b>БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</b> 1) Острые заболевания (бронхит, пневмония) 2) Хронические заболевания а) астма б) бронхит в) эмфизема г) легочная инфекция	D    S S S S	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ</b>	D	<b>Пояснение:</b> существует риск развития инфекции в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания организма или осложнений анестезиологического характера.
<b>НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ</b>	S	<b>Пояснение:</b> сниженная подвижность матки, фаллопиевых труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или минилапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений в послеоперационном периоде.
<b>ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИЛИ ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА</b>	S	<b>Пояснение:</b> по возможности, операцию по поводу грыжи и перевязку маточных труб следует проводить одновременно.

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
<p style="text-align: center;">A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия</p>		
<b>ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА</b>	C	<b>Пояснение:</b> при проведении лапароскопии возможно острое нарушение функции сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга.
<b>БОЛЕЗНИ ПОЧЕК</b>	C	<b>Пояснение:</b> 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.
<b>ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ</b>	C	<b>Пояснение:</b> существует повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления послеоперационной раны.
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ТАЗОВОЙ ПОЛОСТИ В АНАМНЕЗЕ</b>	C	<b>Научные доказательства:</b> наличие хирургического вмешательства на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе повышало риск развития осложнений после стерилизации.
<b>СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b>		
а) Плановая операция	C	
б) Неотложное состояние (без предварительной консультации)	D	
с) Инфекция	D	
<b>СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ</b>	A	<b>Пояснение:</b> выполнение стерилизации одновременно с кесаревым сечением не увеличивает риск развития осложнений у пациентов с хирургически стабильным состоянием.

**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.

<sup>§</sup>Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.

## Дополнительные комментарии

### Болезнь Рейно

Болезнь Рейно – относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Заболевание чаще поражает верхние конечности (нижние также могут быть поражены, но значительно реже), как правило, симметрично и двусторонне. Пальцы на короткое время, немеют, становятся бледными, холодными и теряют чувствительность. Встречается у 3-5 % населения, у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.

Выделяют первичный феномен Рейно, или болезнь Рейно, которая возникает самостоятельно и встречается в 90% случаев (причины ее доподлинно не известны, важным predisposing фактором считают обусловленные наследственностью особенности реакции сосудов на различные внешние обстоятельства), и вторичный феномен Рейно, или синдром Рейно, который является осложнением таких системных заболеваний, как системная склеродермия, системная красная волчанка. Вторичный синдром Рейно встречается примерно в 70 заболеваниях, в том числе диффузных: соединительной ткани, системном поражении сосудов, остеохондрозе, синдромах «шейного ребра» и передней лестничной мышцы, вибрационной болезни и др.

### Отягощенный онкологический анамнез.

Метод женской стерилизации не оказывает влияния на риск прогрессирования/рецидива онкологических заболеваний, поэтому может быть обсужден с пациенткой.

## Мужская добровольная хирургическая стерилизация

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	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
*дополнительные комментарии в конце таблицы		
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>ТАЛАССЕМИЯ</b>		
<b>ВОЗРАСТ</b>		
1) < 35 лет	Н	<p><b>Пояснение:</b> молодые мужчины, как и все лица мужского пола, должны быть проинформированы в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.</p> <p><b>Научные доказательства:</b> мужчины, подвергшиеся стерилизации в молодом возрасте, чаще обращались к врачу с просьбой восстановить проходимость семенных канатиков, чем мужчины, которым вазэктомия была произведена в более позднем возрасте.</p>
а) менее 2 детей	П	
б) 2 или более детей	А	
2) ≥ 35 лет	А	
<b>НЕТ ДЕТЕЙ</b>		
1) < 35 лет	Н	
2) ≥ 35 лет	П А	
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>		
<b>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>	С	
<b>ВИЧ/СПИД</b>		
<b>ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ</b>	А	<p><b>Пояснение:</b> 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>
<b>ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ</b>	А	<p><b>Пояснение:</b> 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>

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.

<b>СОСТОЯНИЕ</b> *дополнительные комментарии в конце таблицы	<b>КАТЕГОРИЯ</b>	<b>ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА</b>
A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия		
<b>СПИД (на антиретровирусной терапии)</b>	S/D	<b>Пояснение:</b> наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
<b>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b>	C	<b>Пояснение:</b> диабет является фактором повышенного риска нагноения раны в послеоперационном периоде. При появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить курс антибиотикотерапии. Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля.
<b>АНЕМИИ</b>		
<b>СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ</b>	A	
<b>ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ</b>		
<b>МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ</b> а) Инфекция кожного покрова мошонки б) Острые ИППП с) Баланит д) Эпидидимит или орхит	D D D D	<b>Пояснение:</b> существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде.
<b>НАРУШЕНИЕ КОАГУЛЯЦИИ</b>	S	<b>Пояснение:</b> нарушение свертываемости крови ведет к повышенному риску развития послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфицирования.
<b>ТРАВМА МОШОНКИ В АНАМНЕЗЕ</b>	C	
<b>СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ</b>	D	<b>Пояснение:</b> существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде.

<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 <small>*дополнительные комментарии в конце таблицы</small>	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p>A = метод приемлем; C = необходима особая осторожность; D = рекомендуется отсрочка; S = необходимы специальные условия</p>		
<b>ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ</b>	C	<b>Пояснение:</b> могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление варикоцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.
<b>ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ</b>	C	<b>Пояснение:</b> могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление гидроцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.
<b>ЭЛЕФАНТИАЗ</b>	D	<b>Пояснение:</b> поражение мошонки элифантиазом может практически исключать возможность пальпаторного исследования семенного канатика и яичек.
<b>НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ВНУТРИ-МОШОНОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ</b>	D	<b>Пояснение:</b> такое образование может указывать на наличие первичной патологии, вызвавшей его появление. Требуется дополнительное обследование для установления диагноза.
<b>КРИПТОРХИЗМ</b>	C	<b>Пояснение:</b> если крипторхизм носит двусторонний характер и фертильность пациента сохранена, для нахождения семенного протока требуется обширное хирургическое вмешательство, в этом случае категория S. Если крипторхизм односторонний, фертильность пациента сохранена, вазэктомия может быть выполнена на здоровой стороне, с последующим анализом спермограммы. В случае обнаружения спермы в анализе, может потребоваться более обширное хирургическое вмешательство для проведения вазэктомии с другой стороны, при этом категория будет S.
<b>ПАХОВАЯ ГРЫЖА</b>	S	<b>Пояснение:</b> вазэктомия может быть выполнена одновременно с операцией по поводу паховой грыжи.
<p><b>Сокращения:</b> ИППП – инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита.</p>		

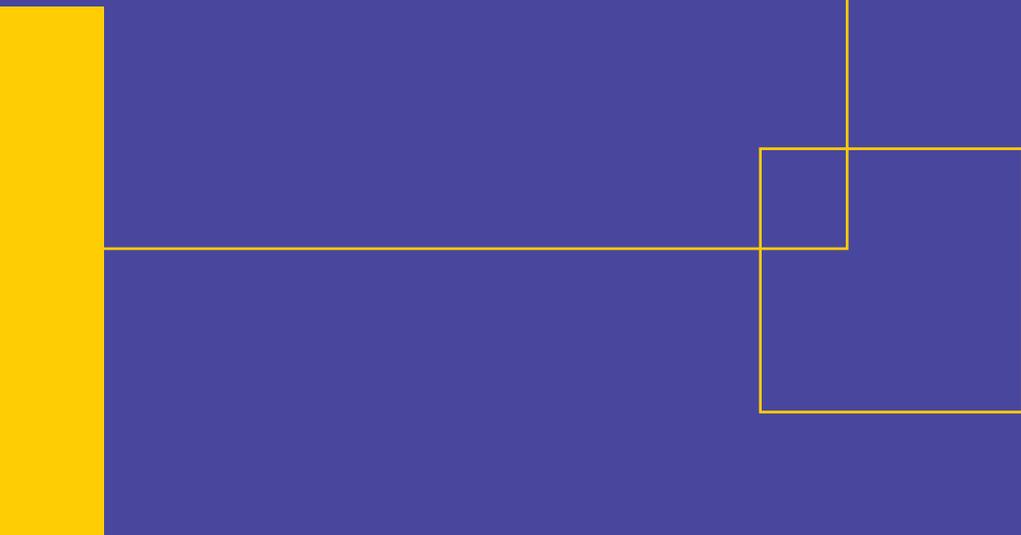
### Отягощенный онкологический анамнез.

Метод мужской стерилизации не оказывает влияния на риск прогрессирования/рецидива онкологических заболеваний, поэтому может быть обсужден в супружеских парах.

### Элефантиаз.

Элефантиаз – слоновая болезнь, стойкое увеличение размеров какой-либо части тела, за счет болезненного разрастания (гиперплазии) кожи и подкожной клетчатки, которое вызывается постоянным застоем лимфы с образованием отека.

# ПРИЛОЖЕНИЯ



# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## **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 в диагностике или оценке различных патологических состояний.

ОБСЛЕДОВАНИЕ	КГК	ПОК	ДМПА	Имплан- тат	ВМС	Диафраг- мы Шеечные колпачки	Сперми- циды	Женская стерили- зация	Вазэкто- мия
Обследование молоч- ных желез врачом	B	B	B	B	B	B	C	B	-
Обследование тазо- вых/половых органов	B	B	B	B	A	A	C	A	A
Скрининг на предмет выявления рака шей- ки матки	B	B	B	B	B	B	C	B	-
Стандартные лабора- торные анализы	C	C	C	C	C	C	C	A	A
Определение уровня гемоглобина в крови	C	C	C	C	B	C	C	B	B
Оценка риска зара- жения ИППП: сбор анамнеза и общий осмотр	B	B	B	B	A #	C &	C	B	B
Скрининг на предмет выявления ИППП/ ВИЧ: лабораторные анализы	C	C	C	C	B #	C &	C	B	B
Измерение артери- ального давления	A	B	A	B	C	C	C	A	A
Определение индекса массы тела = масса тела (кг)/ рост <sup>2</sup> (м)	B	C	B	C	C	B	C	B	C

# 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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### **Форма скрининга пациенток, желающих применять комбинированные оральные контрацептивы.**

Данными научных исследований установлено, что комбинированные гормональные контрацептивы (КГК) безопасны и эффективны для большинства женщин, включая входящих в группу риска по инфекциям, передаваемым половым путем и ВИЧ или являются ВИЧ-инфицированными. Для некоторых женщин применение КГК не рекомендуется по определенным медицинским показаниям. В связи с этим, женщины, желающие пользоваться КГК, должны пройти скрининг для подтверждения отсутствия медицинских противопоказаний и для целесообразности назначения им КГК.

Международная организация здравоохранения разработала несложную форму (приводится ниже), которая поможет медицинским работникам провести скрининг пациенток, обратившихся за рекомендациями по использованию средств контрацепции и решивших остановить свой выбор на КГК. Форма состоит из 14-ти вопросов, которые помогают выявить соматические нарушения, не позволяющие использовать КГК 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 применять КГК, если предполагаемые нарушения со стороны здоровья, вызвавшие сомнения, будут исключены после более подробной и адекватной клинической оценки.

### **Медицинские критерии допустимости применения комбинированных гормональных 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 КГК, 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 КГК 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 КГК во время грудного кормления ведет к уменьшению количества молока и может сократить период лактации, рекомендуется, чтобы кормящие матери отложили применение КГК по меньшей мере до достижения ребенком шести-месячного возраста.

- НЕТ** Если грудное вскармливание не является основным методом кормления ребенка: женщина может начать прием КГК 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 использование контрацептива 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-х недель, и ребенок находится на искусственном вскармливании?**

- НЕТ** Продолжить опрос.
- ДА** Обеспечьте женщину запасом КГК и порекомендуйте ей начать использование контрацептива 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 КГК противопоказано. Порекомендуйте 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 возникла желтуха в период применения КГК?**

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 КГК, то в этом случае применение КГК противопоказано, так как КГК проходят через печеночный барьер и могут вызвать ухудшение состояния у женщин с уже ослабленной функцией печени.

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КГК 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 КГК 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 КГК. 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 КГК 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 КГК ).

**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 КГК 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 КГК является противопоказанным, вследствие повышения риска тромбоза на фоне применения КГК. 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 КГК противопоказано, так как рак молочных желез является гормонально чувствительной опухолью, и употребление КГК 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 КГК, 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 КГК также является противопоказанным. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения эстрогенных препаратов. Если у женщины в возрасте до 35 лет возникают мигренозные головные боли без ауры, то в этом случае применение КГК 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 КГК ввиду вероятности снижения противозачаточного эффекта КГК. 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 КГК через две недели после операции; в течение этого времени она может пользоваться альтернативным методом контрацепции.

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

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение КГК 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, тромбозомболической болезни в возрасте до 45 лет; наблюдались ли у женщины сосудистые осложнения во время беременности (тяжелая преэклампсия, отслойка плаценты и пр.) или повторные самопроизвольные выкидыши неустановленного генеза?**

- НЕТ** НЕТ
- ДА** Указанные факторы семейного и личного анамнеза могут свидетельствовать о наличии генетической тромбофилической предрасположенности. 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. Джонса Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи».

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Форма скрининга пациенток, 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/или 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 пациенток, 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 прогестиновых оральных контрацептивов

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 имплантатов

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 имплантатов. В случае утвердительного ответа на тот или иной вопрос, следуйте приложенным инструкциям. Иногда допускается приступать к применению имплантатов 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** Имплантат может быть введен уже через 6 недель после родов.

### **2 Женщина болеет тяжелой формой цирроза или имеет 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 имплантатов 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 имплантатов противопоказано. Помогите ей выбрать метод контрацепции, не предусматривающий применения гормональных препаратов.

### **4 Женщина болеет / болела раком молочных желез?**

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Применение имплантатов 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 имплантатов ввиду вероятности снижения их противозачаточного эффекта. Помогите женщине выбрать метод контрацепции, не предусматривающий использования таблеток или имплантатов 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 имплантатов 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 имплантатов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Форма скрининга пациенток, желающих применять внутриматочные средства контрацепции

Данными научных исследований, проведенных 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/или являющихся ВИЧ-инфицированными. Для некоторых женщин применение ВМС не рекомендуется по определенным медицинским показаниям, например при текущей инфекции половых органах 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 пациенток, 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 содержат 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, послеродовый 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 Послеродовый или послеабортный период сопровождался инфекцией?**

- НЕТ** Продолжить опрос
- ДА** Если послеродовый период не превышает 6 недель, и у женщины имеется текущая послеродовая инфекция или послеабортная 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 левоноргестрел-содержащих ВМС (ЛНГ-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 послеабортная 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 туберку-

лезом 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 на 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. Джонса Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балти Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5

## 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 зубчатыми 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 зубчатыми 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. Джонса 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, несут 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 несут 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

Мигренозные головные боли	Комбинированные контрацептивы		Контрацептивы прогестинового ряда	
	Н	П	Н	П
<b>Не сопровождающиеся аурой</b>				
До 35 лет	Да	Нет	Да	Да
35 лет и старше	Нет	Нет	Да	Нет
<b>Сопровождающиеся аурой в любом возрасте</b>	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. Джонса Хопкинса Блумберга (ЦИП), Проект ИНФО. «Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи». Балтимор/Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### **Обильные менструальные кровотечения и недостаток железа / железодефицитная анемия**

Аномальные маточные кровотечения (АМК) оказывают крайне негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и материальное благополучие женщин и пока остаются достаточно распространенной, нерешенной проблемой в гинекологии.

В категорию АМК входит обильное менструальное кровотечение (ОМК), встречающееся по разным данным у 25-50 % женщин репродуктивного возраста в те или иные периоды жизни.

Важной проблемой, которой в последнее время уделяется все больше внимания, является формирование дефицита железа у значительного числа молодых женщин с ОКМ вплоть до развития железодефицитной анемии (ЖДА) примерно в 25% случаев. Об ее актуальности свидетельствует провозглашенная недавно Комитетом по менструальным расстройствам (Committee on Menstrual Disorders (MDC)) FIGO инициатива, цель которой – повышение информированности пациенток, медицинской общественности и СМИ о наличии прямой взаимосвязи между менструальными кровотечениями и дефицитом железа / развитием ЖДА для скорейшего решения этой злободневной проблемы на мировом уровне.

Одна из причин широкой распространенности дефицита железа ( $y \geq 25\%$  женщин с ОКМ), заключается в том, что в начале он может носить латентный (скрытый) характер, когда показатели гемоглобина еще находятся в границах нормы, несмотря на истощение транспортных и органных запасов железа. Помимо бледности кожи и слизистых, на недостаток железа в организме могут указывать множество других симптомов и признаков: частая головная боль и головокружение, повышенная тревожность, перепады настроения, депрессия, синдром беспокойных ног в течение сна, ломкость ногтей, сухость, выпадение волос и др. Постоянное чувство усталости, снижение способности переносить даже незначительную физическую нагрузку и выполнять когнитивные задачи, связанные с дефицитом железа/ЖДА оказывают крайне негативное воздействие на качество жизни. К тому же, происходит снижение иммунитета и повышается риск возникновения инфекционных заболеваний.

Во время беременности, родов и грудного вскармливания потребность организма в железе резко возрастает, поэтому важно вступать в беременность с достаточными запасами железа. К сожалению, до настоящего времени недостаточно внимания уделяется проблеме возможного наступления беременности у молодых женщин с не диагностированным, латентным дефицитом железа (ЛДЖ) и тем более с ЖДА, в результате неадекватного лечения длительно существующих ОКМ. У таких женщин во время беременности могут возникнуть серьезные осложнения: гипертензивные нарушения, гестационный диабет, хориоамнионит, преждевременные роды, они хуже переносят перинатальные кровотечения и может потребоваться переливание крови. Если беременность наступает у женщины с недостаточными запасами железа, увеличивается риск неблагоприятных исходов для плода, а именно, низкий, не соответствующий гестационному возрасту вес новорожденного, развитие ЖДА у ребенка, задержка его психического и умственного развития в будущем.

В нашей стране представлены два гормональных лекарственных препарата, зарегистрированных для лечения ОКМ без органической патологии: левоноргестрел-выделяющая

внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) и КОК с динамическим режимом дозирования эстрадиола валерата (Э2В)/диеногеста (ДНГ). ЛНГ-ВМС имеет профиль эффективности, схожий с абляцией эндометрия при лечении ОМК. Результаты мета-анализа указывают на то, что снижение менструальной кровопотери (МКП) на фоне ЛНГ-ВМС к 3 месяцу достигает 86 %, к 12-му – 97%. У женщин с анемией, вызванной ОМК это сопровождается значительным повышением концентрации ферритина в сыворотке крови и показателей гемоглобина. Частота возникновения аменореи на фоне воздействия ЛНГ-ВМС варьирует от 20 до 80%.

Врачами акушерами-гинекологами часто назначаются КОК при ОМК вне зарегистрированных показаний. Действие КОК при ОМК связано с подавлением секреции гонадотропных гормонов, функции яичников, ингибированием роста железистого эпителия эндометрия. Эффективность КОК при ОМК варьирует от 30 до 50%. Важно отметить, что снижение кровопотери до 50% может не нормализовать показатели метаболизма железа (гемоглобин, гематокрит и ферритин). В двух рандомизированных клинических исследованиях, сравнивающих ЛНГ-ВМС с КОК, содержащим ЛНГ 150 мкг/ЭЭ 30 мкг (21/7 режим) более 12 месяцев, уровень гемоглобина и ферритина значительно увеличился только при использовании ЛНГ-ВМС (снижение объема кровопотери на 87,4%), но не при применении КОК (снижение объема кровопотери на 35,0%). Не было отмечено положительной динамики в уровне гемоглобина и ферритина и в другом плацебо-контролируемом исследовании, оценивающим эффективность транексамовой кислоты в снижении менструальной кровопотери на протяжении 6 циклов, несмотря на значительное сокращение кровопотери (снижение среднего объема кровопотери на 40,0 %). В тоже время, результаты 2 многоцентровых плацебо-контролируемых исследований показали значимый профиль эффективности комбинации эстрадиола валерата с диеногестом (Э2В/ДНГ) в составе КОК в динамическом режиме для снижения менструальной кровопотери. Прием препарата в течение 3-х месяцев привел к уменьшению объема кровопотери во время менструации на 71–79%, а прием в течение 6-ти месяцев – суммарно на 88%, у 64% пациенток наблюдалась нормализация параметров менструального цикла. Данные этого исследования по уменьшению менструальной кровопотери коррелировали со значимым улучшением параметров метаболизма железа (гемоглобина, гематокрита и ферритина) и купированием таких симптомов, снижающих качество жизни женщины, как слабость и утомляемость. Ранняя пролиферация эндометрия под воздействием эстрогенов, увеличение экспрессии прогестероновых рецепторов, антипролиферативный эффект под влиянием диеногеста, укороченный безгормональный интервал – это тот патофизиологический механизм, за счет которого мы можем получить такое значимое снижение МКП. В 2012 г. КОК, в составе которого Э2В/ДНГ, был одобрен FDA, в 2013 г. зарегистрирован в России как лекарственное средство для терапии обильных и/или длительных менструальных кровотечений без органических причин у женщин, желающих применять пероральные контрацептивы. До сих пор Э2В/ДНГ остается единственным КОК, имеющим данное официально зарегистрированное показание в США и Европе благодаря благоприятному профилю эффективности в отношении снижения МКП, доказанной в рандомизированных исследованиях и подтвержденных в исследованиях реальной клинической практики.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 7

## Пандемия COVID-19 и контрацепция

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной в частности.

Несмотря на то, что на протяжении последних 5 лет количество аборт в России неуклонно снижается, оно все равно остается довольно высоким. Аборты попрежнему приводят к материнской смертности, нарушению репродуктивного здоровья, бесплодию, невынашиванию беременности, осложнениям беременности и родов, формированию целого ряда гинекологических заболеваний.

Защита от нежелательной беременности относится к фундаментальным правам женщины. Консультирование по вопросам контрацепции является обязанностью акушера – гинеколога.

В настоящее время наиболее эффективными для защиты от незапланированной беременности являются гормональные контрацептивы (ЛНГ-ВМС, имплантаты, ОК), самыми часто применяемыми из которых являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным.

Сомнения в назначении комбинированных оральных контрацептивов (КОК) основаны на результатах лабораторных исследований *in vitro* прокоагулянтной активности компонентов КОК, а не на результатах клинических исследований. Следует отметить, что риск тромбозов при приеме КОК очень мал и составляет всего 3 – 9 случаев на 10 000 женщин-лет. У женщин, не использующих КОК, этот показатель был также небольшим, 1-5 эпизодов на 10 000 женщин-лет. Это значительно меньше, чем риск тромбозов, например, при беременности или в раннем послеродовом периоде, где он составляет 29–300 случаев на 10 000 женщин-лет. Таким образом, защита от нежелательной беременности с помощью КОК может способствовать снижению рисков ВТЭ (венозной тромбоэмболии), связанных с нежеланной беременностью.

В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей течения COVID-19, разработка новых средств его профилактики и лечения, всех сопутствующих вопросов. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония (вирусное диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией), у 3-4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). У части больных развивается гиперкоагуляционный синдром с тромбозами и тромбоэмболиями.

Однако отсутствие тромбозов периферических вен у женщин с окклюзией сосудов легких ставит под сомнение роль повышения коагуляционного потенциала в целом. У пациентов с COVID-19 повышение тромбообразования связано с массивным повреждением эндотелия сосудов (так называемый «внешний» путь свертывания), а не с повышением уровня факторов коагуляции как таковых.

Известно, что прогрессирование COVID-19 снижается в случае повышения экспрессии ангиотензин-превращающего фермента-2 (АПФ-2) в клетках эндотелия, особенно в легких

или в сердце, где он оказывает сосудорасширяющий, противовоспалительный и антикоагулянтный эффекты. А активность АПФ-2 стимулируют именно эстрогены.

Прекращение приема эстрогенов лишает пациентку их важного эффекта, а именно их способности стимулировать выработку АПФ-2, ключевого фактора снижения смертности от COVID-19. Более того, эстрогены и гестагены (как и прогестерон) способны подавлять цитокиновый «шторм», стимулировать выработку антител, эстрадиол обладает противовирусным действием за счет увеличения деградации вируса.

Недавний обзор продемонстрировал, что смертность мужчин в 1,7 раза выше, чем в среднем среди женщин. В частности, получены данные об уменьшении смертности на 72% у женщин репродуктивного возраста по сравнению с мужчинами, у женщин в постменопаузе этот показатель равен 49,6%. Молодые женщины или женщины с более высоким уровнем эстрогена менее подвержены серьезным осложнениям COVID-19.

Теоретические предпосылки для продолжения приема КОК или рекомендации КОК новым пользовательницам в период пандемии COVID-19 выглядят довольно убедительно. Тем не менее опубликованных результатов и анализа применения КОК все еще недостаточно. В то же время опубликованные на настоящий момент данные демонстрируют позитивные тенденции. Так, опубликованы результаты исследования, где у женщин в возрасте 18-45 лет, принимавших КОК, заболеваемость COVID-19 была ниже, с более низким количеством госпитализаций ( $P = 0,023$ ). Авторы пришли к выводу о возможном защитном эффекте эстрогенов в отношении COVID-19.

В другом исследовании (ретроспективном когортном) авторы поставили перед собой цель изучить связь между использованием МГТ или КОК и вероятностью смерти женщин с COVID-19. Были изучены данные о 1 863 478 женщинах в возрасте старше 18 лет. Когорта женщин с COVID-19 была идентифицирована из компьютеризированных медицинских записей базы данных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что МГТ была связана со значительно более низкой вероятностью смертности от всех причин у пациенток с COVID-19. Не было зарегистрировано случаев смертности от всех причин у женщин, принимавших КОК. Авторы также пришли к выводу, что эстрогены могут иметь защитный эффект для пациенток с COVID-19.

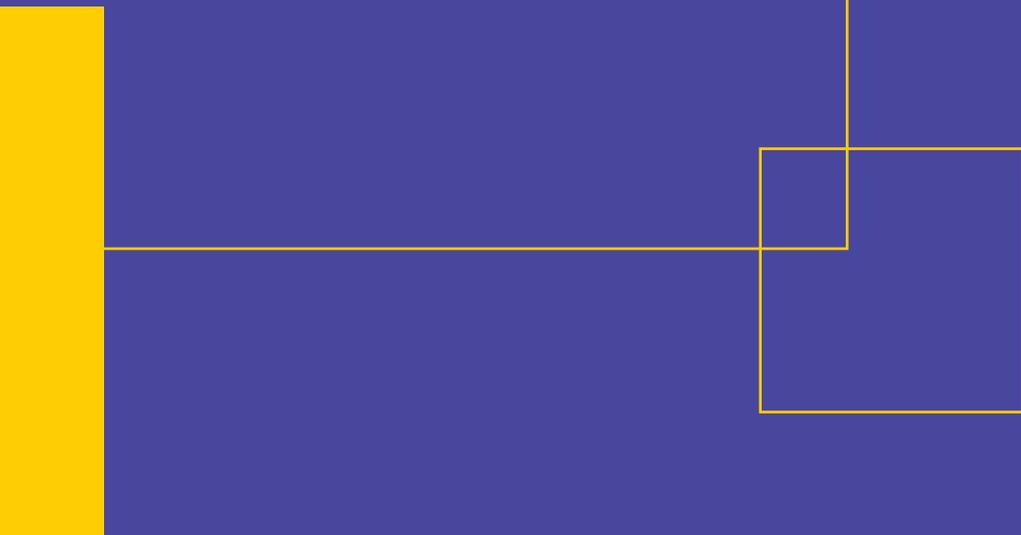
В ряде стран позиция акушеров-гинекологов по вопросу применения КОК уже сформулирована. В ряде стран позиция акушеров-гинекологов по вопросу применения КОК уже сформулирована. Так, Американский колледж акушерства и гинекологии заявляет, что, основываясь на текущих данных, акушеры-гинекологи должны продолжать консультировать пациенток и назначать КОК в соответствии с показаниями – исходя из индивидуальных желаний, факторов риска и потребностей пациентки, в том случае если пациентам не показана госпитализация по поводу коронавирусной инфекции. При назначении любого метода контрацепции врачи должны учитывать индивидуальные факторы риска ВТЭ и руководствоваться Медицинскими критериями приемлемости для использования контрацептивных средств в США, выпущенными Центрами по контролю и профилактике заболеваний.

Королевский колледж акушерства и гинекологии также считает, что женщины, использующие КОК, имеют небольшой повышенный риск тромбообразования, но количество тромбов, которые возникают вследствие этого, очень мало. Пациенткам с COVID-19, если они не находятся в тяжелом состоянии в больнице, не следует внезапно прекращать прием КОК без перехода на другие эффективные средства контрацепции, поскольку это может подвергнуть их риску незапланированной беременности.

Таким образом, на сегодняшний день имеющиеся научные данные свидетельствуют о тенденции к нейтральному или даже благоприятному влиянию женских половых стероидов на течение COVID-19. Что касается потенциального защитного воздействия эстрогенов на тяжесть COVID-19, необходимы дальнейшие исследования. В то же время, к текущему моменту нет доказательств возможного повышенного риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у женщин, использующих КОК, и инфицированных SARS-CoV-2. Нет также опубликованных исследований, указывающих на то, что эффекты вируса SARS-CoV-2 и КОК могут суммироваться в плане возникновения ВТЭ.

Поэтому медицинские сообщества разных стран приходят к выводу, что женщинам, нуждающимся в контрацепции, следует продолжить назначение КГК, исходя из оценки факторов риска и потребностей пациентки. Пациенткам с бессимптомной, легкой или умеренной формами COVID-19, которые не требуют госпитализации, можно продолжать использовать комбинированные гормональные контрацептивы.

# ЛИТЕРАТУРА



## Источники литературы введения

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](http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html)
3. Mohlajee 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.
5. Критерии приемлемости контрацепции ВОЗ 2015 World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 3rd edition. Geneva: WHO, 2015. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>
6. Национальные Российские критерии приемлемости контрацепции, 2012.
7. Руководство по контрацепции/ под ред. проф. В.Н. Прилепской – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 464с.: ил. ISBN 978-5-00030-504-1.

## Источники литературы к разделу «Аборты и контрацепция в России»

1. Данные Росздравстата, 2021 г.
2. Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева Е.Л. Ярозкая «ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Акушерство и Гинекология» №5.
3. Дике Г. Б., Ерофеева Л.В. Современные особенности национальной контрацепции: информированность, применение и эффективность // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-2014.-№ 1 (5). – С. 63-71.
4. Здравоохранение в России, 2021 г., данные Росстата
5. МЗиСР России, 2009; Cogent Market Research data, 2009]. Консультирование увеличивает продолжительность использования метода.
6. Материалы Европейского конгресса по контрацепции, Прага 2008.
7. Руководство по контрацепции/ под ред. проф. В.Н. Прилепской – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 464с.: ил. ISBN 978-5-00030-504-1.
8. Гормональная контрацепция. Клинические лекции/ В.Н.Прилепская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 256 с. ISBN 978-5-9704-2751-4.

## Источники литературы к разделу «Комбинированная гормональная контрацепция»

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 HRP 112 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, Skorzęska 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 drospirene. *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. Magnusdottir EM, Bjarnadottir 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-Trøndelag 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. Kritz-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 post-menopausal 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 premenopausal 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-Trøndelag Health Survey, Norway. *Osteoporosis International*, 2001, 12:222-229.
104. Gambacciani M, Spinetti A, Taponco 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, Ibarapo 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 Obstetricia 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 casecontrol study. *Lancet*, 1995, 346:1575-1582.
163. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with 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 casecontrol 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. 2Hannaford 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 fur Gynakologie*, 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 sinu 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 case-control 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. 232.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. Slooter 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. 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.
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. Etmninan 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, Holzhuetter 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, Condemni 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, Oriol 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. Oriel JD, Powis PA, Reeve P et al. Chlamydial infections of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:11-16.
353. Oriel 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, Siraprasasiri 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, Musico 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, Kigundu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
409. Siraprasasiri 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. Effectiveness 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, Skytten 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, Sidelmann 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 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, Petrenaite 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, Hurlley 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- 26.
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, Cladronney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
523. Meyboom RH, van Puijnenbroek 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 Puijnenbroek 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 Puijnenbroek 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, Loareesuwan 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, Stepniwska 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, Kaewwicht 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 ethinylestradiol 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 desirée 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. Piguët 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 Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1McElduff 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.
551. 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.
552. Weiss HG, Nehoda H, Labeck B, et al. Pregnancies after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001;11:303-6.
553. Gerrits EG, Ceulemans R, van HR, Hendrickx L, Totte E. Contraceptive treatment after biliopancreatic diversion needs consensus. *Obes Surg* 2003;13:378-82.
554. 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.
555. Andersen AN, Lebech PE, Sorensen TI, Borggaard B. Sex hormone levels and intestinal absorption of estradiol and D-norgestrel in women following bypass.
556. 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.
557. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47.<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
558. 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](http://cks.library.nhs.uk/lipid_modification_cvd_prevention/management/detailed_answers/secondary_prevention/when_to_refer#-336938)
559. British Heart Foundation. What is Valvular Heart Disease? 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?seclD=1&secondlevl=77&thirdlevel=478>
560. British Heart Foundation. Living with Congenital Heart Disease. 2005. <http://www.bhf.org.uk/hearthealth/index.asp?seclD=1&secondlevel=77thridlevel=362>

561. American Council for Headache Education. How headaches differ. 2004.<http://www.achenet.org/understanding/differ.php>
562. 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. *Cephalgia*. 2000;20:155-156.
563. 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.
564. 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.
565. 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.
566. 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.
567. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Female Barrier Methods. <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUGuidanceFemaleBarrierMethods072007.pdf>
568. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Male and Female condoms. [http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/999\\_CEUguidanceMaleFemaleCondomsJan07.pdf](http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/999_CEUguidanceMaleFemaleCondomsJan07.pdf)
569. 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.
570. Behrman AJ. Latex Allergy. <http://www.//emedicine.co.uk>. 2005
571. Kint, B., Degreuf, 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.
572. Levy DA, Khouader S, Leynadier F. Allergy to latex condoms. *Allergy* 1998;53:1107-1108.
573. Gibson S, McFarland W, Wohlfeiler 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.
574. Bircher AJ Hirsbrunner P, Langauer S. Allergic contact dermatitis of the genitals from rubber additives in condoms. *Contact Dermatitis*. 1993; 28(2):125-126.
575. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Non-latex versus latex male condoms for contraception (Review). <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003550/frame.html>. 2008.
576. Callahan M, Mauck C, Taylor D, Frezieres R, Walsh TL, Martens M. Comparative evaluation of three tacylon condoms and a latex condom during vaginal intercourse breakage and slippage. *Contraception* 2000;61:205-215.
577. 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.
578. 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.
579. Potter WD de Villemeaur M. Clinical breakage, slippage and acceptability of a new commercial polyurethane condom: A randomised, controlled study. *Contraception* 2003;68:39-45.
580. Cook L, Nanda K, Taylor D. Randomized crossover trial comparing the eZ.on plastic condom and a latex condom. *Contraception* 2001;63:25-31.
581. Levy DA, Moudiki P, Leynadier F. Deproteinised latex condoms are well tolerated by latex allergic patients. *Sexually Transmitted Infections*. 2001; 77; 202-203.
582. 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.
583. Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>

584. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83: 397-404.
585. Marmor D. La contraception locale spermicide. *Gynecol Obstet Fertil.* 2001; 29: 705-713.
586. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назаренко Е.Г., Городнова Е.А. Ренессанс барьерной контрацепции (по результатам международного клинического исследования). *Гинекология.* 2021; 23 (5): 380–385.
587. DOI: 10.26442/20795696.2021.5.201151.
588. Serfaty D. et al. Contraceptive efficacy, safety and acceptability of a benzalkonium chloride spermicide in women aged 40 and over: a prospective international, open-label, multicentre study. *European Gynecology and Obstetrics.* 2021; Supplement 1 – Book of abstracts (OP04) Contraception.
589. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossmann J, Sammaritano LR, Lockshin MM, et al. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythmatosus in the Hopkins Lupus Cohort. *Arthritis Care Research.* 1995;8:137- 145.
590. Ramsey-Goldman R, Dunn JE, Huang CF, Dunlop D, Rarie JE, Fitzgerald S, et al. Frequency of fractures in women with systemic lupus erythematosus: comparsion with United States population data. *Arthritis and Rheumatism.* 1999;42:882-890.
591. 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.
592. 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.
593. Hazes JM, Dijkmans BA, Vandenbroucke JP, Cats A. Oral contracep- tive treatment for rheumatoid arthritis: an open study in 10 female patients. *Br J Rheumatol* 1989;28 Suppl 1:28–30.
594. 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.
595. Vignos PJ, Dorfman RI. Effect of large doses of progesterone in rheu- matoid arthritis. *Am J Med Sci* 1951;222:29–34.
596. Bijlsma JW, Huber-Bruning O, Thijssen JH. Effect of oestrogen treat- ment on clinical and laboratory manifestations of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1987;46:777–9.
597. 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. *Cephalalgia.* 2000;20:155-156.
598. National Institute of Clinical Excellence. Heavy Menstrual Bleeding. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
599. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Unscheduled bleeding in women using hormonal contraception. 2009.
600. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low dose oral contraceptive. *Contraception.* 2002;66:393-399.
601. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001.
602. 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.
603. 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.
604. 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.
605. 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.

606. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*. 1990;19:240-246.
607. Jick SS, Walker AM, Stergachis A, Jick H. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*. 1989;59:618-621.
608. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*. 2002;26:23-27.
609. 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.
610. 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.
611. 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.
612. 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.
613. Wright JP. Factors influencing first relapse in patients with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:12–6.
614. Grimmer SF, Back DJ, Orme ML, et al. The bioavailability of ethinylloestradiol and levonorgestrel in patients with an ileostomy. *Contraception* 1986;33:51–9.
615. 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.
616. 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.
617. 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.
618. 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.
619. 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.
620. 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.
621. Pietrzak B, Kaminski P, Wielgos M, Bobrowska K, Durlik M. Combined oral contraception in women after renal transplantation. *Neuro Endocrinol Lett* 2006;27:679–82.
622. Jabiry-Zieniewicz Z, Bobrowska K, Kaminski P, et al. Low-dose hormonal contraception after liver transplantation. *Transplant Proc* 2007;39:1530–2.
623. Fedorkow DM, Corenblum B, Shaffer EA.olestasis induced by oestrogen after liver transplantation. *BMJ* 1989;299:1080–1.
624. 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>
625. Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceIBD09.pdf>
626. Farris M, Bastianelli C, Rosato E, Brosens I, Benagiano G. Pharmacodynamics of combined estrogen-progestin oral contraceptives: 2. effects on hemostasis. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2017 Oct; 10(10):1129-1144. doi: 10.1080/17512433.2017.1356718. Epub 2017 Aug 7. PMID: 28712325.
627. Klipping C, Duijkers I, Parke S, Mellinger U, Serrani M, Junge W. Hemostatic effects of a novel estradiol-based oral contraceptive: an open-label, randomized, crossover study of estradiol valerate/dienogest versus ethinylestradiol/levonorgestrel. *Drugs RD*. 2011;11(2):159-70. doi: 10.2165/11591200-000000000-00000.
628. Junge W, Mellinger U, Parke S, Serrani M. Metabolic and haemostatic effects of estradiol valerate/

- dienogest, a novel oral contraceptive: a randomized, open-label, single-centre study. *Clin Drug Investig.* 2011;31(8):573-584. doi: 10.2165/11590220-000000000-00000. PMID: 21721593.
629. Gaussem P, Alhenc-Gelas M, Thomas JL, Bachelot-Loza C, Remones V, Ali FD, Aiach M, Scarabin PY. Haemostatic effects of a new combined oral contraceptive, nomegestrol acetate/17 $\beta$ -estradiol, compared with those of levonorgestrel/ethinyl estradiol. A double-blind, randomised study. *Thromb Haemost.* 2011 Mar;105(3):560-7. doi: 10.1160/TH10-05-0327. Epub 2011 Jan 12. PMID: 21225090.
  630. Spona J, Feichtinger W, Kindermann C, Schneider B, Mellinger U, Walter F, Moore C, Gräser T. Double-blind, randomized, placebo controlled study on the effects of the monophasic oral contraceptive containing 30 micrograms ethinyl estradiol and 2.00 mg dienogest on the hemostatic system. *Contraception.* 1997 Aug;56(2):67-75. doi: 10.1016/s0010-7824(97)00094-2. PMID: 9315414.
  631. 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
  632. 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.
  633. Danielle B. Cooper; Preeti Patel; Heba Mahdy. *Oral Contraceptive Pills.* StatPearls Publishing; 2022 Jan.
  634. Madden T. et al. Contraceptive Vaginal Ring. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.* Volume 50, Number 4, 878-885.
  635. Инструкция по медицинскому применению препарата НоваРинг
  636. Ven den Heuvel et al. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception* 72 (2005) 168- 174.
  637. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):691-703.
  638. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med.* 2014;370(14):1307-15.
  639. Sultan AA, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Fleming KM, Nelson-Piercy C, et al. Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a population-based cohort study from the United Kingdom. *Blood.* 2013;121(19):3953-61.
  640. Sultan AA, West J, Tata LJ, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grainge MJ. Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: a population-based cohort study. *Br J Haematol.* 2012;156(3):366-73.
  641. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, Monsour M, Marchbanks PA, Hooper WC, et al. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2014;123(5):987-96.
  642. Petersen JF, Bergholt T, Nielsen AK, Paidas MJ, Lokkegaard EC. Combined hormonal contraception and risk of venous thromboembolism within the first year following pregnancy. Danish nationwide historical cohort 1995-2009. *Thromb Haemost.* 2014;112(1):73-8.
  643. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657-62.
  644. Nanette Santoro et al., *J Clin Endocrinol Metab*, July 2017, 102(7):2218-2229.
  645. Gronich N, Lavi I, Rennett G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ.* 2011;183(18):E1319-25.
  646. Runnebaum B, Grunwald K, Rabe T. The efficacy and tolerability of norgestimate/ethinyl estradiol (250 micrograms of norgestimate/35 micrograms of ethinyl estradiol): results of an open, multicenter study of 59,701 women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(6 Pt 2):1963-8.
  647. Brucker et al. Cycle control, tolerability, efficacy and acceptability of the vaginal contraceptive ring, NuvaRing®: Results of clinical experience in Germany. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13:1, 31-38.
  648. Stuart GS, Moses A, Corbett A, Phiri G, Kumwenda W, Mkandawire N, et al. Combined oral contraceptives and antiretroviral PK/PD in Malawian women: pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combined oral contraceptive and a generic combined formulation antiretroviral in Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;58(2):e40-3.

649. Nanda K, Delany-Moretlwe S, Dube K, Lendvay A, Kwok C, Molife L, et al. Nevirapine-based antiretroviral therapy does not reduce oral contraceptive effectiveness. *AIDS*. 2013;27 Suppl 1:S17–25.
650. Mildvan D, Yarrish R, Marshak A, Hutman HW, McDonough M, Lamson M, et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;29(5):471–7.
651. Landolt NK, Phanuphak N, Ubolyam S, Pinyakorn S, Kriengsinoyt R, Ahluwalia J, et al. Efavirenz, in contrast to nevirapine, is associated with unfavorable progesterone and antiretroviral levels when coadministered with combined oral contraceptives. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(5):534–9.
652. Sevinsky H, Eley T, Persson A, Garner D, Yones C, Nettles R, et al. The effect of efavirenz on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy HIV-negative women. *Antivir Ther*. 2011;16(2):149–56.
653. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.
654. Scholler-Gyure M, Kakuda TN, Woodfall B, Aharchi F, Peeters M, Vandermeulen K, et al. Effect of steady-state etravirine on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of ethinylestradiol and norethindrone. *Contraception*. 2009;80(1):44–52.
655. Crauwels HM, van Heeswijk RP, Buelens A, Stevens M, Hoetelmans RM. Lack of an effect of rilpivirine on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone in healthy volunteers. *Int J Clin Pharm acol Ther*. 2014;52(2):118–28.
656. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardeguez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*. 2006;20(14):1833–41.
657. Kearney BP, Mathias A. Lack of effect of tenofovir disoproxil fumarate on pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *Pharmacotherapy*. 2009;29(8):924–9.
658. Song I, Mark S, Borland J, Chen S, Wajima T, Peppercorn A, et al. Dolutegravir has no effect on the pharmacokinetics of methadone or oral contraceptives with norgestimate and ethinyl estradiol. Atlanta (GA): 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3–6 March 2013.
659. Anderson MS, Hanley WD, Moreau AR, Jin B, Bieberdorf FA, Kost JT, et al. Effect of raltegravir on estradiol and norgestimate plasma pharmacokinetics following oral contraceptive administration in healthy women. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(4):616–20.
660. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalgia. 2004; 24(Suppl 1):1-150.9
661. American Society for Reproductive Medicine, 2010. Denver.
662. Halaris, A., Sohl, E., & Whitham, E. A. (2021). Treatment-Resistant Depression Revisited: A Glimmer of Hope. *Journal of personalized medicine*, 11(2), 155.
663. Прилепская В.Н. Контрацепция с фолатами и реальная клиническая практика. Всероссийский научно-образовательный форум «мать и Дитя». Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология № 3-4, 2018.
664. Kiley JW et al. *Int J Womens Health* 2011;3:281–6.
665. Grandi G et al. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2016;12:779–787.
666. Dinger J et al. *Contraception* 2016;94:328–339.
667. Sitruk-W et al. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27:13–24; 5. Kuhl H. *Climacteric* 2005;8 (Suppl 1):3–63.
668. Fraser IS, Jensen JT. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding with an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest: a randomized, double-blind Phase III trial. *Hum Reprod*. 2011;26(10):2698-708. DOI:10.1093/humrep/der224.
669. Jensen JT, Parke S, Mellinger U. Effective treatment of heavy menstrual bleeding with estradiol valerate and dienogest: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):777-8. DOI:10.1097/AOG.0b013e3182118ac3.
670. Yu Q, Zhou Y, Suturina L, et al. Efficacy and Safety of Estradiol Valerate/ Dienogest for the Management of Heavy Menstrual Bleeding: A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Phase III

- Clinical Trial. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018;27(10):1225-32. DOI:10.1089/jwh.2017.6522.
671. Клинические рекомендации МЗ РФ «Аномальные маточные кровотечения», 2021 г.
672. Dinger J, Möhner S, Heinemann K. Combined oral contraceptives containing dienogest and estradiol valerate may carry a lower risk of venous and arterial thromboembolism compared to conventional preparations: Results from the extended INAS-SCORE study. *Front Womens Health*. 2020;5:1-8. DOI:10.15761/FWH.1000178.
673. Инструкция по медицинскому применению препарата Клайр
674. Macías G et al. *J Obstet Gynaecol* 2013;33:591–596.
675. Macías Erratum. *J Obstet Gynaecology* 2016;36:1093.
676. Sulak et al. *J Obstet Gynaecol* 2000;95:261–266.
677. Klipping et al. *Contraception* 2008;78:16–25.
678. Spona et al. *Contraception* 1996;54:71–77.
679. Davis SR, et al. *J Sex Med* 2013 Dec;10(12):3069-79.
680. Niklas Zethraeus et al. *J Clin Endocrinol Metab*, November 2016, 101(11):4046–4053.
681. Caruso S et al. *J Sex Med* 2011;8:2841–50.
682. Di Carlo C et al. *Gynecol Endocrinol* 2014;30:925–8.
683. Khashukoeva A.Z., Khlynova S.A., Kerchelaeva S.B., Burdenko M.V. NovaRing: a modern method for prolonged contraception. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(3):61–66. (In Russ.).
684. Allen R.H., Cwiak C.A., Kaunitz A.M. Contraception in women over 40 years of age. *CMAJ*. 2013;185(7):565–573.
685. Secura G.M., Allsworth J.E., Madden T., Mullersman J.L., Peipert J.F. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;203(2):115–117.
686. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю. Положительное влияние вагинальной гормональной системы на контроль регулярного цикла. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2010; 9(5):75–77. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15581593>
687. Van den Heuvel M.W., van Bragt A.J.M., A.K.M. Alnabawy, M.C. Kaptein. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*. 2005;72(3):168–174.
688. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Шешко Е.Л. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. *Гинекология*. 2014;(1):13–21.
689. Veres S., Miller L., Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(3):555–563.
690. Доброхотова Ю.Э., Затикиан Н.Г. Современные представления о механизмах развития дисбиоза влагалища. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2008;(1):7–9.
691. Хашукоева А.З., Сухова Т.Н. Влагалищная гормональная рилизинг-система – безопасный и надежный метод контрацепции. *Medica mente. Лечим с умом*. 2016;(2):34–38.
692. Gallo M.F., Lopez L.M., Grimes D.A., Carayon F., Schultz K.F., Helmerhorst F. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(1):CD003987.
693. Радзинский В.Е. (ред.) Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надежности. М.: Status Praesens; 2014. 24 с.
694. Novak et al. The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing: an international study of user acceptability. *Contraception* 67 (2003) 187–194.
695. Darney, P. Safety and efficacy of a triphasic oral contraceptive containing desogestrel: Results of three multicenter trials. *Contraception*, 1993. 48(4), 323–337. DOI: 10.1016/0010-7824(93)90078-I
696. Van Vliet HA, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 2011(11):CD003553. Published 2011 Nov 9.
697. Kloosterboer H.J. et al. Selectivity in progesterone and androgen receptor binding of progestagens used in oral contraceptives. *Contraception*. 1988 Sep;38(3):325-32.
698. Hi Katz, S Kempers, MD Akin, F Dunlap, D Whiting, T C Norbart. Effects of a Dezogestrel – containing oral

- contraceptive on fascial seborrhea and acne. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2000; 5: 1-8.
699. Fruzzetti F., Fidicicchi T., Montt Guevara M.M., Simoncini T. Estetrol: A New Choice for Contraception // *J. Clin. Med.* 2021. Vol. 10. №23. P. 5625. [PMID: 34884326]
  700. Gérard C., Arnal J.F., Jost M. et al. Profile of estetrol, a promising native estrogen for oral contraception and the relief of climacteric symptoms of menopause // *Expert Rev. Clin. Pharmacol.* 2022. Vol. 15. №2. P. 121–137. [PMID: 35306927]
  701. Mawet M., Maillard C., Klipping C. et al. Unique effects on hepatic function, lipid metabolism, bone and growth endocrine parameters of estetrol in combined oral contraceptives // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* 2015. Vol. 20. №6. P. 463–475. [PMID: 26212489]
  702. Foidart J. M. et al. Unique vascular benefits of estetrol, a native fetal estrogen with specific actions in tissues (NEST) // *Sex Steroids' Effects on Brain, Heart and Vessels.* – Springer, Cham, 2019. – С. 169-195.
  703. Benoit T. et al. Estetrol, a fetal selective estrogen receptor modulator, acts on the vagina of mice through nuclear estrogen receptor  $\alpha$  activation // *American Journal of Pathology.* – 2017. – Т. 187. – №. 11. – С. 2499-2507.
  704. Tskitishvili E. et al. Estrogen receptors and estetrol-dependent neuroprotective actions: a pilot study // *The Journal of Endocrinology.* 2016. Vol. 232. №1. P. 85.
  705. Gallez A. et al. Estetrol and mammary gland: friends or foes? // *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia.* – 2021. – Т. 26. – №. 3. – С. 297-308.
  706. Mawet M., Gaspard U., Foidart J. M. Estetrol as estrogen in a combined oral contraceptive, from the first in-human study to the contraceptive efficacy // *Eur Gynecol Obstet.* – 2021. – Т. 3. – №. 1. – С. 3-21.
  707. Creinin M.D., Westhoff C.L., Bouchard C. et al. Estetrol-drospirenone combination oral contraceptive: North American phase 3 efficacy and safety results // *Contraception.* 2021. Vol. 104. №3. P. 222–228. [PMID: 34000251]
  708. Klipping C. et al. Endocrine and metabolic effects of an oral contraceptive containing estetrol and drospirenone // *Contraception.* – 2021. – Т. 103. – №. 4. – С. 213-221.
  709. Elger W, Beier S, Pollow K, Garfield R, Shi SQ, Hillisch A. Conception and pharmacodynamics profile of drospirenone. *Steroids.* 2003;68(10-13):891-905.
  710. Gemzell-Danielsson K., Apter D., Zatik J. et al. Estetrol-Drospirenone combination oral contraceptive: a clinical study of contraceptive efficacy, bleeding pattern and safety in Europe and Russia // *BJOG.* 2022. Vol. 129. №1. P. 63–71. [PMID: 34245666]
  711. Elger W, Beier S, Pollow K, Garfield R, Shi SQ, Hillisch A. Conception and pharmacodynamics profile of drospirenone. *Steroids.* 2003;68(10-13):891-905.
  712. Kluff C. et al. Reduced hemostatic effects with drospirenone-based oral contraceptives containing estetrol vs. ethinyl estradiol // *Contraception.* – 2017. – Т. 95. – №. 2. – С. 140-147.
  713. Apter D. et al. Estetrol combined with drospirenone: an oral contraceptive with high acceptability, user satisfaction, well-being and favourable body weight control // *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* – 2017. – Т. 22. – №. 4. – С. 260-267.
  714. Общая характеристика лекарственного препарата Эстеретта ЛП – N(000350)

## Источники литературы к разделу «Прогестиновые контрацептивы»

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.
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. Tharnprisarn 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 depotmedroxyprogesterone 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]. *Гинекологна Обстйтрика де Мйхисо*, 1976, 40:31-39.
63. Guiloff E, Ibarapo 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: breastfeeding 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. Lahteenmaki 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, Geftter 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. 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.
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 systemic 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, Pruthithada 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, Skytten 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, Skytten 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, Maisson 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 norgestrel 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. Norgestrel 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.
222. Knight J, Pyper C. Postnatal contraception: what are the choices? *Nursing in Practice* 2002; May:23-25.
223. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and reproductive Health (September 2009):30. [www.fsrh.org.uk](http://www.fsrh.org.uk)
224. 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.
225. 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.
226. 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.
227. Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive and cigarette smoking. *Lancet*. 2003;362:185-191.
228. 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.

229. 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.
230. 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.
231. 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.
232. Weiss HG, Nehoda H, Labeck B, et al. Pregnancies after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001;11:303-6.
233. Gerrits EG, Ceulemans R, van HR, Hendrickx L, Totte E. Contraceptive treatment after biliopancreatic diversion needs consensus. *Obes Surg* 2003;13:378-82.
234. Victor A, Odling 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.
235. 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.
236. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 2003;62:1-47. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
237. 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.
238. 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.
239. Blickstein D, Blickstein I. Oral contraception and thrombophilia. *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*. 2007;19(4):370-376.
240. NHS Clinical Knowledge Summary – Raynaud’s-phenomenon. 2006. [http://cks.library.nhs.uk/raynauds\\_phenomenon#-223261](http://cks.library.nhs.uk/raynauds_phenomenon#-223261).
241. Eastcroft HH. Raynauds disease and the oral contraceptive pill [Letter]. *British Medical Journal*. 1976;477.
242. Altura BM. Sex and oestrogens and responsiveness of terminal arterioles to neurohypophyseal hormones and catecholamines. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1975;193:403-412.
243. Greenstein D, Jeffcoate N, lisle D, Lester RC. The menstrual cycle and Raynaud’s phenomenon. *Angiology* 1996; 47:427-436.
244. 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.
245. 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.
246. 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.
247. 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.
248. 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.
249. National Institute of Clinical Excellence. Heavy Menstrual Bleeding. 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>
250. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Management of Unscheduled bleeding in women using hormonal contraception. Clinical Effectiveness Unit: may 2009.
251. 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.
252. 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.

253. Sutherland LR, Ramcharan S, Bryant H, Fick G. Effect of oral contra- ceptive use on reoperation following surgery for Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 1992;37:1377–82.
254. 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.
255. Wright JP. Factors influencing first relapse in patients with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:12–6.
256. 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.
257. Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancelBD09.pdf>

## Источники литературы к разделу «Внутриматочные средства контрацепции»

1. Nelson A. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2017; 10(8):833-842.
2. Gemzell-Danielsson et al. *Fertil Steril* 2012;97:616-622.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Мирена® РУ в РФ П N01483401 от 29.01.2021
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Кайлина® ЛНГ РУ в РФ ЛП-007048 от 27.05.2021
5. Gemzell-Danielsson et al. *J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;210:22.
6. Mansour D. The benefits and risks of using a levonorgestrel-releasing intrauterine system for contraception. *Contraception*. 2012 Mar, 85(3): 224–34.
7. Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, Rosen K, Zurth, C. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. *Fertility and Sterility*. 2014;101(6):1656-62.e1-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.03.004.
8. Cramer DW, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-947.
9. 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.
10. Daling JR, et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203- 204.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-145.
15. Urbach DR, et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-571.
16. 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.
17. 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.

18. Brenner PF. A Clinical-Trial of the Delta-T Intrauterine-Device – Immediate Postpartum Insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-147.
19. Celen S, Moroy P, Sucak A et al. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004, 69:279-282.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1989, 57:23-27.
24. 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.
25. Morrison C, Waszak C, Katz K et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Welkovic S, Costa LO, Faundes A et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001, 63:155-158.
30. 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.
31. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*, 2009, 80:327-336.
32. El Tagy A, et al. Safety and acceptability of post-abortual IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-234.
33. 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.
34. 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.
35. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper T' device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-739.
36. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-317.
37. 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.
38. 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.

39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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 multiloop 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-128.
43. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-160.
44. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai – 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-571.
45. 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.
46. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
57. 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.
58. 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.
59. McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
  60. 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.
  61. Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
  62. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
  63. 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.
  64. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
  65. 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.
  66. 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.
  67. 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.
  68. 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.
  69. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
  70. Choojitarom K, Verasertnijom 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.
  71. 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.
  72. 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.
  73. 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.
  74. 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.
  75. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-309.
  76. 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.
  77. 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.
  78. Magalhaes J, Aldrich 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.

79. 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.
80. 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.
81. Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2002, 77 Suppl 1:S24.
82. 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.
83. Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhoea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.
84. 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.
85. 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.
86. Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.
87. 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.
88. Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception* 2009; 80:363-371.
89. Fedele L, et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-429.
90. Grigorieva V, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-1198.
91. Mercoria F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-280.
92. 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.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1981, 24:137-143.
98. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.
99. Faundes A, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception*, 1998, 58:105-109.

100. 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.
101. Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
102. 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.
103. 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.
104. Skjeldestad FE, et al. IUD users in Norway are at low risk of for genital *C. trachomatis* infection. *Contraception*, 1996, 54:209-212.
105. 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.
106. Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-10.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. Mann JM, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1998, 2:249-254.
112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. Sinei SK, Fortney JA, Kigonde CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
117. Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
118. 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.
119. 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.
120. Kovacs A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
121. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*, 2007, 75:37-39.
122. Morrison CS, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *IJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-790.

123. 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.
124. Richardson BA, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-2097.
125. Sinei SK, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238- 1241.
126. 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.
127. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
128. 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.
129. 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.
130. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
131. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Intrauterine Contraception. Update 2007 ([www.fsrh.org](http://www.fsrh.org))
132. 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.
133. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use [Second Edition]. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/2004>
134. United Kingdom Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. <http://www.ffprhc.org.uk/>
135. 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.
136. 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.
137. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health (September 2009):30. [www.fsrh.org](http://www.fsrh.org)
138. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*. 1986;2: 387-92.
139. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Secretariat. Prophylaxis of venous thromboembolism. 62, 1-47, 2003 <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign62.pdf>
140. Department of Health. Prodigy Guidance – Hyperlipidaemia. 2004. <http://www/prodigy.nhs.uk/guidance/hyperlipidaemia>
141. NHS Clinical Knowledge Summary – Raynaud’s phenomenon. 2005. [http://cks.library.nhs.uk/raynauds\\_phenomenon#-223261](http://cks.library.nhs.uk/raynauds_phenomenon#-223261)
142. Greenstein D, Jeffcoate N, Ilsley D, Kester RC. The menstrual cycle and Raynaud’s phenomenon. *Angiology* 1996;47:427-436.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
  148. Wildemeersch D, Janssens D, Pyllyer 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.
  149. 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.
  150. 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.
  151. 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.
  152. 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.
  153. 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.
  154. 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.
  155. Magalhaes J, Aldridge 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.
  156. 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.
  157. Tasci Y, Caglar GS, Kayikioglu 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.
  158. 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.
  159. 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.
  160. 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.
  161. 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.
  162. 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.
  163. 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.
  164. 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.
  165. Sexual and reproductive healthcare for individuals with inflammatory bowel disease. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancelBD09.pdf>
  166. Fong YF, Singh K. Effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on uterine myomas in a renal transplant patient. *Contraception* 1999;60:51–3.
  167. Zerner J, Doil KL, Drewry J, Leeber DA. Intrauterine contraceptive device failures in renal transplant patients. *J Reprod Med* 1981;26:99–102.

168. Lessan-Pezeshki M, Ghazizadeh S, Khatami MR, et al. Fertility and contraceptive issues after kidney transplantation in women. *Transplant Proc* 2004;36:1405–6.
169. O'Donnell D. Contraception in the female transplant recipient. *Dialysis & Transplantation* 1986;15:610,612.
170. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Dermout S, Faustmann T, Rosen K, Schmelter T, Merz M, Nelson A. Evaluation of a New, Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive System Over 5 years of Use. Manuscript submitted to *Obstet Gynecol* 2016.
171. Mansour D. The benefits and risks of using a levonorgestrel-releasing intrauterine system for contraception. *Contraception*. 2012 Mar, 85(3): 224–34.
172. Beckert V., et al. *Eur J. Contracept Reprod Care* 2020; 25: 182-189.
173. Sufrin CB, et al. *Obstet Gynecol* 2012;120(6):1314-2.
174. Birgisson NE, et al. *J Women's Health (Larchmt)* 2015;24(5):354-9.
175. Gemzell-Danielsson K, et al. *PLOS one* 2015;10(9):e0135309.
176. Turok D, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:599.
177. Gemzell-Danielsson K, et al. *Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;210:22–28. ACOG. Practice Bulletin No.186. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):e251-e269; 7.

## Источники литературы к разделу «Экстренная контрацепция»

1. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Intrauterine Contraception. Update 2007 ([www.fsrh.org](http://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.
16. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):363-7. doi: 10.1016/j.contraception.2011.02.009. Epub 2011 Apr 2.
17. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. Festin MP, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. *Contraception*. 2017 Jan;95(1):50-54. doi: 10.1016/j.contraception.2016.08.001. Epub 2016 Aug 12.
18. Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004 Jul-Aug;10(4):341-8. doi: 10.1093/humupd/dmh027. Epub 2004 Jun 10. PMID: 15192056.
19. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):363-7. doi: 10.1016/j.contraception.2011.02.009. Epub 2011 Apr 2.
20. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. Festin MP, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. *Contraception*. 2017 Jan;95(1):50-54. doi: 10.1016/j.contraception.2016.08.001. Epub 2016 Aug 12.

## Источники литературы к разделу «Барьерные методы 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](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. *Cephalalgia*. 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](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, Wohlfeiler 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, Freziers R, Walsh TL, Martens M. Comparative evaluation of three tactylon condoms and a latex condom during vaginal intercourse breakage and slippage. *Contraception* 2000;61:205-215.
27. Freziers 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.
33. Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>
34. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83: 397-404.
35. Marmor D. La contraception locale spermicide. *Gynecol Obstet Fertil*. 2001; 29: 705-713.

36. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назаренко Е.Г., Городнова Е.А. Ренессанс барьерной контрацепции (по результатам международного клинического исследования). Гинекология. 2021; 23 (5): 380–385. DOI: 10.26442/20795696.2021.5.201151.
37. Serfaty D. et al. Contraceptive efficacy, safety and acceptability of a benzalkonium chloride spermicide in women aged 40 and over: a prospective international, open-label, multicentre study. European Gynecology and Obstetrics. 2021; Supplement 1 – Book of abstracts (OP04) Contraception.

## **Источники литературы к разделу «Лактационная аменорея»**

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.

## **Источники литературы к разделу «Хирургическая стерилизация»**

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. Post sterilization 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. Marciel-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 obtain in 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](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 VIII
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. – № 2.

## Источники литературы к Приложению 6

1. Fraser IS, Mansour D, Breyman C, et al. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *Int J Gynecol Obstet* 2015;128(3):196-200. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.027.
2. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, et al. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220(6):569 e1- e7. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.048.
3. NICE. NG88: Heavy Menstrual Bleeding: assessment and management National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>
4. Виноградова М.А. Анемия у женщин репродуктивного возраста: диагностика и коррекция железодефицита. *Акушерство и гинекология*. 2019; 6:140 – 145. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.6.140-145>.
5. Munro MG. Abnormal uterine bleeding: A well-travelled path to iron deficiency and anemia. *Int J Gynecol Obstet* 2020;150:275–277. doi: 10.1002/ijgo.13180.
6. Camaschella C. Iron deficiency. *Blood* 2019;133(1):30-9. DOI: 10.1182/blood-2018-05-815944.
7. Johnson S, Lang A, Sturm M, O'Brien SH. Iron deficiency without anemia: a common yet under-recognized diagnosis in young women with heavy menstrual bleeding. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016 Dec;29(6):628-631. doi: 10.1016/j.jpap.2016.05.009.
8. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, et al. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ Open* 2019;9(6):e02618. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026186.
9. Smith C, Teng F, Branch E, et al. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2019;134:1234–4. DOI:10.1097/AOG.0000000000003557.
10. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, et al. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study. *J Perinatol* 2019;39:911–919. doi: 10.1038/s41372-019-0375-0.
11. Wieggersma AM, Dalman C, Lee BK, et al. Association of Prenatal Maternal Anemia With Neurodevelopmental Disorders. *JAMA Psychiatry* 2019;76(12):1294-1304. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2309.
12. Singh S, Best C., Dunn S. et al. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. (2013; 35 (5): 473-475. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30939-7.
13. Lethaby A.E., Cooke I., Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for

heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 4 CD002126 DOI: 10.1002/14651858.CD002126.pub3.

14. Farquhar C., Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 4: CD000154. DOI: 10.1002/14651858.CD000154.pub2.
15. Чернуха Г.Е., Немова Ю.И. Диагностика и медикаментозная терапия маточных кровотечений с позиций международных рекомендаций. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2013; 2: 12-17 [Chernukha G.E., Nemova Yu.I. Diagnostics and pharmacotherapy of abnormal uterine bleeding in light of international treatment guidelines. Obstetrics and gynecology: news, opinions, training. 2013; 2: 12-17 (In Russ.)] DOI: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26387741>
16. Shabaan M.M., Zakherah M.S., El-Nashar S.A., Sayed G.H. Levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to low dose combined oral contraceptive pills for idiopathic menorrhagia: A randomized clinical trial. Contraception. 2011; 83 (1): 48 – 54 DOI: 10.1016/j.contraception.2010.06.011.
17. Sayed G.H., Zakherah M.S., El-Nashar S.A., Shaaban M.M. A randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a low-dose combined oral contraceptive for fibroid-related menorrhagia. Int J Gynaecol Obstet. 2011; 112: 126 – 30. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.08.009.
18. Lukes A.S., Moore K.A., Muse K.N. et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010; 116 (4): 865-75. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f20177.
19. Fraser I.S., Jensen J.T. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding with an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest: a randomized, double-blind Phase III trial. Hum. Reprod. 2011; 26 (10): 2698-708. DOI: 10.1093/humrep/der224.
20. Jensen J.T., Parke S., Mellinger U. Effective treatment of heavy menstrual bleeding with estradiol valerate and dienogest: a randomized controlled trial. Obstet. Gynecol. 2011; 117 (4): 777-87. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182118ac3.
21. Актуальная инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Клайра® №ЛП-000010 от 29.11.2019
22. Довлетханова, Э. Р., Прилепская, В. Н. (2018). Эстрадиола валерат и диеногест в гормональной контрацепции приемлемость и эффективность в реальной клинической практике. Медицинский совет. 2018; 13: 34-38. [Dovletkhanova E.R., Prilepskaya V.N. Estradiol valerate and dienogest in hormonal contraception. acceptability and effectiveness in real clinical practice. Medicinskij совет. 2018; 13: 34-38. (In Russ.)] DOI: 10.21518/2079-701X-2018-13-34-38.

## Источники литературы к Приложению 7

1. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. и др., Контрацепция у женщин репродуктивного возраста. Учебное пособие, 2019
2. В Минздраве сообщили, что количество аборт в РФ за пять лет сократилось почти на 30% // ТАСС. URL: <https://tass.ru/obschestvo/9826067> (дата обращения 10.02.2021)
3. Руководство по контрацепции, под редакцией проф. В.Н. Прилепской, 2017
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
5. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. и др., Контрацепция у женщин репродуктивного возраста. Учебное пособие., 2019
6. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика, лечение новой коронавирусной инфекции COVID -19», Версия 11. 07.05.2021
7. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. «Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline.» Fertility and sterility 107.1 (2017): 3-51.
8. M. Cattaneo, E.M. Bertinato, S. Birocchi, C. Brizio, D. Malavolta, M. Manzoni, G. Muscarella, M. Orlandi, Pulmonary embolism or pulmonary thrombosis in COVID-19? Is the recommendation to use high-dose heparin for thromboprophylaxis justified? Thromb. Haemost. (April (29)) (2020), <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712097>.
9. Cheng H, et al. Organ-protective effect of angiotensin-converting enzyme 2 and its effect on the prognosis of COVID-19. J Med Virol 2020;92(7):726-730.

10. Mauvais-Jarvis F, Klein SL, Levin ER. Estradiol, Progesterone, Immunomodulation, and COVID-19 Outcomes. *Endocrinology*. 2020;161(9):bqaa127. doi:10.1210/endo/bqaa127.
11. Khan N. Possible protective role of 17 $\beta$ -estradiol against COVID-19. *J Allergy Infect Dis*. 2020;1(2):38-48. doi: 10.46439/allergy.1.010. Epub 2020 Aug 19. PMID: 33196058; PMCID: PMC7665224.
12. Scully EP, Haverfield J, Ursin RL, Tannenbaum C, Klein SL. Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes. *Nature reviews Immunology*. 2020;20(7):442-7.
13. Cagnacci A. Age-related difference in the rate of coronavirus disease 2019 mortality in women versus men. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(3):453–454.
14. Al-Lami RA, Urban RJ, Volpi E, Algburi AMA, Baillargeon J. Sex Hormones and Novel Corona Virus Infectious Disease (COVID-19). *Mayo Clinic proceedings*. 2020;95(8):1710-4.
15. Costeira R, Lee KA, Murray B, Christiansen C, Castillo-Fernandez J, Lochlainn MN, et al. Estrogen and COVID-19 symptoms: associations in women from the COVID Symptom Study. *MedRxiv – the preprint server for Health Sciences*. 2020;https://doi.org/10.1101/2020.07.30.20164921.
16. Американский колледж акушерства и гинекологии  
https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid19-faqs-for-ob-gyns-gynecology
17. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) 18 December 2020  
https://www.fsrh.org/home/
18. Iñaki Lete (2021) Combined hormonal contraception and COVID-19, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 26:2, 128-131, DOI: 10.1080/13625187.2020.1867845.
19. Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015 мор/ Женева: ЦИП и ВОЗ, 2007 г.



