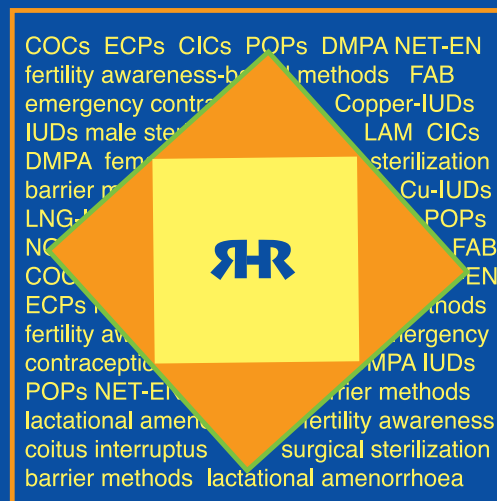




ЕВРОПА

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции



Третье издание, 2004



Фонд Организации
Объединённых Наций в
области народонаселения

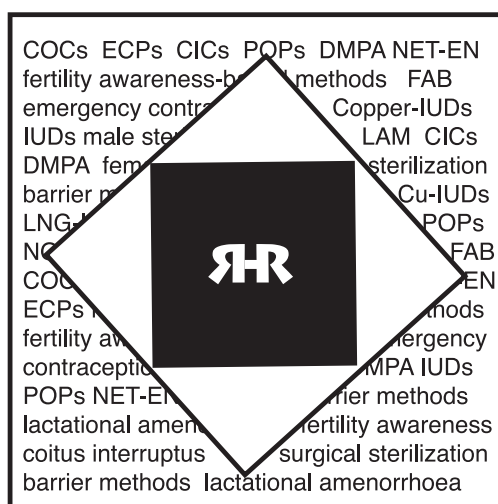


Репродуктивное здоровье и
исследования
Всемирная Организация
Здравоохранения, Женева



ЕВРОПА

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции



Третье издание, 2004



Фонд Организации
Объединённых Наций в
области народонаселения



Репродуктивное здоровье и
исследования
Всемирная Организация
Здравоохранения, Женева

Первоначально опубликован на английском языке "Medical eligibility criteria for contraceptive use – 3rd ed., World Health Organization, 2004; ISBN 92 4 156266 8 (NLM classification: WP 630)

Данный документ переведен на русский язык Программой Репродуктивного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках Программы стратегического сотрудничества Всемирной Организации Здравоохранения и Фонда Населения Объединенных Наций

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: publicationrequests@euro.who.int; разрешить их перепечатку – по адресу: permissions@euro.who.int; и разрешить их перевод – по адресу: pubrights@euro.who.int. По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение "страна или район", оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов

Пояснительная записка

Таблицы

Низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Комбинированные инъекционные контрацептивы, контрацептивные пластыри и влагалищные кольца (КИК/КП/ВК)

Контрацептивы прогестогенового ряда (КПР)

Противозачаточные таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)

Внутриматочные средства (ВМС)

Медьсодержащие ВМС для неотложной контрацепции (Э-ВМС)

Барьерные методы (БАР)

Методы отслеживания фертильности (МОФ)

Метод лактационной аменореи (МЛА)

Прерванный половой акт (ППА)

Методы хирургической стерилизации (СТЕР)

Сводные таблицы (СТ)

Приложения

Приложение 1. Взаимодействие КОК и антиретровирусных препаратов

Приложение 2. Список участников

ОТ АВТОРОВ

Настоящий документ является итогом совместной работы Отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям при Всемирной организации здравоохранения и целого ряда международных организаций и учреждений, занятых в области разработки политики и программ по планированию семьи. Авторы выражают глубокую благодарность правительству Соединенных Штатов Америки (в лице Агентства по международному развитию США, Центров по профилактике и лечению заболеваний и Национального института по охране здоровья детей и человеческому развитию США), а также Международной федерации по планированию семьи и Фонду народонаселения Организации Объединенных Наций за предоставленную финансовую поддержку и другую помощь в осуществлении этой инициативы.

Представители 10 агентств и организаций совместно с 19 специалистами выступали в роли экспертов, во время встречи, на которой было достигнуто соглашение относительно рекомендаций по использованию контрацепции. Мы хотели бы засвидетельствовать свою искреннюю признательность всем участникам совещания, привнесшим свои знания и опыт и оказавшим всемерное содействие в достижении консенсуса по практике применения средств контрацепции.

Большая часть доказательных фактов, которые легли в основу рекомендаций, содержащихся в настоящем документе, была получена в ходе систематического обзора имеющихся литературных источников и представлена в удобной для пользования форме д-ром КМ Curtis, д-ром ME Gaffield, г-жой AP Mohllajee, д-ром K Nanda и д-ром JS Smith, которые помимо этого приняли самое деятельное участие в работе секретариата. Д-р H Peterson осуществлял общее руководство проектом от имени Секретариата ВОЗ, в состав которого входили г-жа K Church, г-жа K Curran, г-жа S Johnson и г-жа G Lamprey. Значительный вклад в работу совещания внесла и г-жа C Hamill, которая также была членом Секретариата и руководила разработкой макетов и формата данной публикации. Дизайн обложки был выполнен г-жой M Ni Mhearain. Мы хотели бы выразить большую признательность всем вышеперечисленным лицам, а также д-рам L Edouard, C Huezo и J Shelton за их неоценимую поддержку в реализации этого проекта.

Мы благодарны следующим специалистам, которые выступали в роли рецензентов для Системы Последовательной Идентификации Научных Доказательств: Доктору T Chipato, Доктору P Corfman, Доктору M Cravioto, Доктору V Cullins, Доктору J Diaz, Доктору S Diaz, Доктору A Glasier, Доктору J Guillebaud, Доктору M Gulmezoglu, Доктору K Hagenfeldt, Доктору P Hannaford, Доктору R Hatcher, Доктору C Huezo, Доктору V Jennings, Доктору P Lynam, Доктору P Marchbanks, Доктору O Meirik, Доктору S Mittal, Доктору K Nanda, Доктору E Otolorin, Доктору A Pollack, Доктору H Rees, Доктору R Rivera, Доктору D Skegg, Доктору C Smith, Доктору B Sood, и Доктору E Weisberg.

Авторы искренне благодарят Фонд народонаселения ООН за частичное финансирование затрат, связанных с тиражированием и распространением данного документа.

Для получения более подробных сведений по настоящей публикации просьба обращаться в Отдел по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям при Всемирной организации здравоохранения (1211, Geneva 27, Switzerland. Прямой факс: + 41 22 791 4189; электронная почта: reproductivehealth@who.int).

Дополнительное количество экземпляров документа можно получить, обратившись в Информационный центр Отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям при Всемирной организации здравоохранения (1211, Geneva 27, Switzerland).

Прямой факс: + 41 22 791 4189; телефон: + 41 22 791 4447;

электронная почта: rhrpublications@who.int). Электронная версия документа находится на веб-сайте ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья: www.who.int/reproductive-health. Все новые редакции настоящего документа будут также в первую очередь размещаться на указанном сайте.

Пояснительная записка	1
Обзор	2
Цели	3
Предпосылки разработки нового руководства	4
Охрана репродуктивного и сексуального здоровья	4
Вопросы качества услуг и их доступности, которые влияют на применение метода	5
Эффективность методов контрацепции	6
Факторы повышенного риска при незапланированной беременности	9
Восстановление фертильности	9
ИППП и контрацепция: двойная защита	10
Метод работы	10
Как пользоваться настоящим документом	12
Пользование таблицами	12
Классификация категорий	13
Использование шкалы категорий на практике	14
Программные вопросы	15
Клиенты с особыми потребностями	16
Подростки	16
Краткая сводка изменений, отраженных в третьей редакции документа (в сравнении со вторым изданием)	17

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Настоящая публикация, в которой рассматриваются медицинские критерии выбора методов контрацепции, является очередным важным шагом в процессе расширения доступа населения к качественным услугам в области планирования семьи. Она представляет собой второе, усовершенствованное издание руководства под названием «Улучшение доступности качественной помощи по вопросам планирования семьи: Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции», вышедшего в свет в 2000 году, и включает в себя основные положения, которые были выработаны на совещании экспертов Рабочей группы, проведенном под эгидой Всемирной организации здравоохранения в Женеве 21-24 октября 2003 года (Список его участников см. в Приложении I). В работе этого совещания приняли участие 36 специалистов из 18 стран, в том числе представители многих учреждений и организаций. Настоящий документ содержит рекомендации по медицинским критериям приемлемости, которые разработаны на основе последних клинических и эпидемиологических данных, и адресован руководителям органов здравоохранения, менеджерам проектов по планированию семьи и научным работникам. Данная публикация призвана служить пособием в деятельности по организации услуг в области контрацепции в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья. Ее следует рассматривать или использовать не столько в качестве непосредственного руководства, сколько как справочный материал или основу для принятия решений.

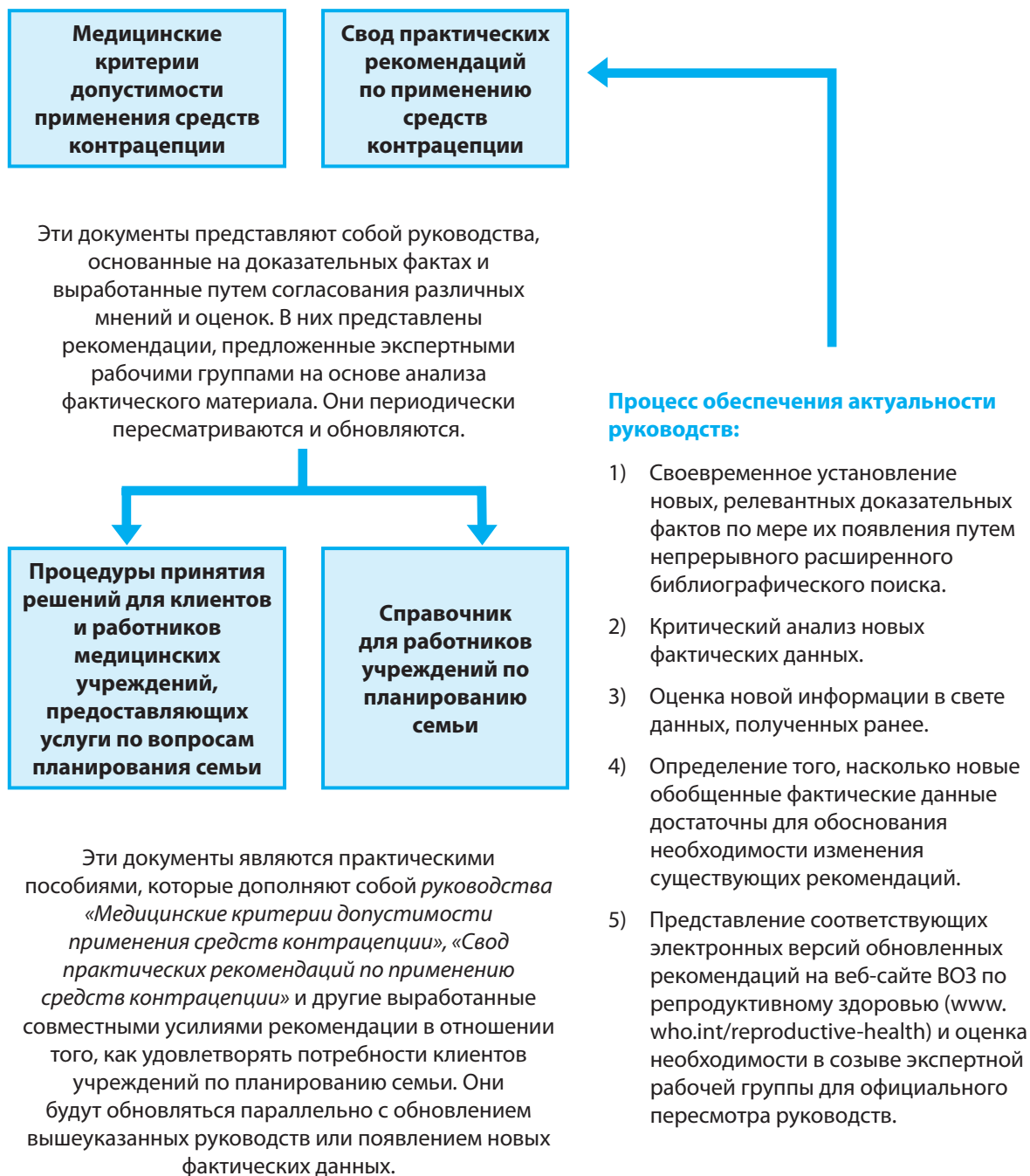
В этом документе охвачены следующие методы планирования семьи: низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), комбинированные контрацептивные пластыри (КП), комбинированные влагалищные кольца (ВК), противозачаточные таблетки прогестогенового ряда (ПТП), медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД), норэтистерона энантат (НЭЭ), имплантаты, содержащие левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЭТГ), таблетки для неотложной контрацепции (ТНК), медьсодержащие внутриматочные средства (Cu-ВМС), левоноргестрел-высвобождающие внутриматочные средства (ЛНГ-ВМС), медьсодержащие ВМС для неотложной контрацепции (Э-ВМС), барьерные методы (БАР), методы отслеживания фертильности (МОФ), прерванный половой акт (ППА), метод лактационной аменореи (МЛА), женская и мужская стерилизация (СТЕР).

Время от времени ВОЗ будет пересматривать этот документ и по мере накопления новых фактических данных вносить в него соответствующие изменения и дополнения по итогам обсуждения на совещаниях Рабочей группы, которые будут проводиться каждые три-четыре года, а также с учетом материалов, предоставляемых Организационной группой по выработке руководящих принципов в области планирования семьи. С электронной версией этого пособия можно будет ознакомиться на веб-сайте ВОЗ по адресу: www.who.int/reproductive-health. На том же сайте можно получить дополнительную информацию, имеющую, по мнению ВОЗ, непосредственное отношение к этим рекомендациям, которые будут оставаться в силе до официального принятия новых на очередном совещании Рабочей группы. Такое периодическое обновление информации, вероятно, целесообразно в первую очередь применительно к тем проблемам, для которых характерно быстрое изменение фактической базы данных. ВОЗ приветствует проведение научных исследований, способных оказать помощь в поиске решений по тем важным вопросам в определении медицинских критериев выбора приемлемых средств контрацепции, которые пока остаются открытыми. ВОЗ будет также благодарна за все замечания и предложения, которые позволят улучшить настоящее руководство.

ОБЗОР

В 1999 году Всемирная организация здравоохранения предприняла анализ изданного ею ранее практического руководства по планированию семьи и пришла к заключению о необходимости создания новых пособий на основе накопленных доказательных фактов. В связи с этим ВОЗ приступила к работе по составлению очередной серии руководств по планированию семьи, основанных на фактических данных, начав с подготовки второго издания руководства *«Улучшение доступности качественной помощи по вопросам планирования семьи: Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции»*, опубликованного в 2000 г. Двумя краеугольными камнями новой серии руководств, базирующихся на доказательном фактическом материале (см. Рис. 1), являются настоящее пособие *«Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции»*, позволяющее определить, «кто» может пользоваться методами контрацепции без вреда для своего здоровья, и второй документ *«Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции»*, содержащий советы в отношении того, «как» обеспечить безопасное и эффективное использование контрацептивов. Эти два документа, разработанные с учетом доказательных фактов, служат руководством по выбору (*«Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции»*) и использованию (*«Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции»*) того или иного метода контрацепции. В настоящее время готовится издание третьего и четвертого руководства данной серии (процедуры принятия решений для клиентов и работников медицинских учреждений, предоставляющих услуги по вопросам планирования семьи, и справочник для работников учреждений по планированию семьи), которые являются практическими инструментами, призванными поднять на новый качественный уровень систему оказания консультативно-медицинских услуг в этой области. Два последних пособия дополняют собой первые два руководства (*«Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции»* и *«Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции»*). Все четыре названных документа должны рассматриваться и оцениваться в более широком контексте деятельности, направленной на охрану репродуктивного и сексуального здоровья человека.

Рисунок 1. Четыре краеугольных камня серии руководств по планированию семьи



Цели

Цель настоящего документа заключается в том, чтобы предоставить руководителям органов здравоохранения и научным работникам комплекс рекомендаций, которые могут оказаться полезными при разработке или пересмотре национальных практических руководств по медицинским критериям приемлемости применения тех или иных методов контрацепции.

Эта публикация не содержит строгих директив, а скорее дает рекомендации, которые могут служить в качестве основы для проведения более компетентных консультаций по выбору различных средств контрацепции с учетом самой последней информации о степени безопасности методов для людей, страдающих определенными заболеваниями.

Ввиду того, что в каждой отдельной стране ситуация и среда реализации программ имеет свою специфику, вряд ли целесообразно устанавливать жесткие универсальные международные требования в отношении критериев применения контрацептивов. Тем не менее, предполагается, что национальные проекты будут использовать эти рекомендации для корректировки или разработки своих собственных руководств по медицинской приемлемости средств контрацепции в контексте своих национальных политик в области здравоохранения, потребностей, приоритетов и имеющихся ресурсов. Данное пособие ориентировано на то, чтобы помочь улучшить доступность и качество услуг по планированию семьи. Подобные улучшения должны осуществляться с учетом обеспечения возможности сознательного выбора клиентов и исходя из соображений безопасности для их здоровья. Адаптация к местным условиям не всегда является простой задачей, и решать ее лучше специалистам, которые хорошо осведомлены об общей эпидемиологической обстановке в регионе и наиболее распространенных среди населения заболеваниях, знакомы с принятыми в данном обществе моделями поведения и культурными установками.

Предпосылки разработки нового руководства

За последние 30 лет были достигнуты значительные успехи в разработке новых противозачаточных технологий, включая переход от высокодозированных комбинированных оральных контрацептивов к низкодозированным препаратам и от инертных внутриматочных средств к медьсодержащим и левоноргестрел-высвобождающим ВМС. Кроме того, существующий ассортимент методов предохранения от беременности пополнился такими средствами, как комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированные гормональные пластыри и влагалищные кольца, противозачаточные таблетки прогестогенового ряда и имплантаты. Между тем, в некоторых странах политика и практика медицинского обслуживания в этой области до сих пор основаны на научных исследованиях противозачаточных средств, которые уже вышли из широкого употребления, на устоявшихся теоретических положениях, которые никогда не были научно обоснованы, или на личных предпочтениях и предрассудках медработников, предоставляющих такого рода услуги. Эти устаревшие политики и методики во многих случаях ограничивают как качество, так и доступность методов планирования семьи для клиентов. Разработка данного пособия обусловлена стремлением обновить медицинские критерии, используемые в работе с пациентами при подборе различных приемлемых для них средств контрацепции – гормональных контрацептивов, ВМС, барьерных методов, методов, основанных на отслеживании фертильности, прерванного полового акта, метода лактационной аменореи, мужской и женской стерилизации и неотложной контрацепции.

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья

«Репродуктивные права включают в себя ряд прав человека, которые на данный момент уже официально признаны национальными законодательствами и зафиксированы в документах по международным правам человека и в других документальных свидетельствах достигнутого консенсуса по данному вопросу. Репродуктивные права основываются на признании фундаментального права всех пар и отдельных лиц на осуществление самостоятельного и ответственного выбора в отношении количества детей, которых они собираются иметь, продолжительности временных интервалов между родами и времени их рождения и на получение доступа к информации и средствам, необходимым для реализации такого выбора, а также на признании права каждого индивидуума на достижение самого высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья». (Пекинская рабочая программа, 1995 г., параграф 95).

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья и, в частности, оказание услуг по планированию семьи и предоставление соответствующей информации, не только считается основным средством укрепления здоровья мужчин, женщин и детей, но также относится к разряду фундаментальных прав человека. Каждый человек имеет право на доступ, право на выбор и право на пользование достижениями научного прогресса в области планирования семьи. Консультативно-медицинское обслуживание по проблемам контрацепции, которое строится на основе принципа уважения прав человека, предусматривает проведение комплексной оценки жизненных обстоятельств и состояния здоровья пациента с учетом конкретных потребностей данного индивидуума в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также всех соответствующих медицинских критериев и практических рекомендаций для оказания пациенту компетентной помощи в выборе и использовании того или иного метода контрацепции.

Хотя непосредственным объектом рассмотрения в данном документе являются медицинские критерии допустимости применения противозачаточных средств, тем не менее, при работе с пациентом необходимо также принимать во внимание социальные, поведенческие и другие немедицинские факторы, в том числе и его собственные предпочтения. Предлагая пациенту тот или иной вариант контрацепции, следует делать это в такой форме, чтобы не ущемлять права человека, что предполагает предоставление ему возможности самостоятельно принять решение на основе полученной информации. Однако для женщин возможности выбора во многих случаях ограничены или предопределены прямыми или косвенными социальными, экономическими или культурными факторами. Женщины делают свой выбор в определенный момент времени и в определенном социальном и культурном контексте; и этот выбор представляет собой сложный, многофакторный и подверженный изменениям процесс. Принятие решения по поводу использования метода контрацепции обычно требует сопоставления преимуществ и недостатков отдельных методов контрацепции и нахождения среди них наиболее оптимального варианта в зависимости от индивидуальных обстоятельств, мнений и представлений.

Предоставление медицинских услуг в строгом соответствии с правами человека вообще и его репродуктивными правами, в частности, является одной из основных составляющих их высокого качества. Разработка международных норм, регламентирующих медицинские критерии приемлемости и практические рекомендации по применению средств контрацепции, является лишь одним из путей улучшения качества обслуживания в области охраны репродуктивного здоровья. Многие учреждения и проекты по планированию семьи уже включают в себя такие направления работы, как скрининг, лечение и последующее наблюдение пациентов, которые отражают высокие стандарты общественного здравоохранения и клинической практики, но их не следует воспринимать в качестве мер по обеспечению требований приемлемости применения конкретных методов контрацепции. Такие направления работы предусматривают выявление и лечение рака шейки матки, анемии и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также пропаганду практики грудного вскармливания и отказа от курения. Хотя указанные виды деятельности должны всячески поддерживаться в меру имеющихся кадровых и материальных ресурсов, однако их не следует рассматривать как неотъемлемые условия принятия и практического использования методов планирования семьи в тех случаях, когда они не являются обязательными для определения допустимости выбора или продолжения использования того или иного метода.

Вопросы качества услуг и их доступности, которые влияют на применение метода

Несмотря на то, что этот документ посвящен в первую очередь медицинским критериям приемлемости, существует также целый ряд других факторов, которые необходимо учитывать для обеспечения надлежащего уровня обслуживания по вопросам выбора и использования методов контрацепции, включая следующие требования к качеству предоставления услуг, которые являются универсально применимыми как к начальной, так и к последующим стадиям использования всех методов контрацепции:

- a) Клиенты имеют право на получение адекватной информации в объеме, достаточном для осуществления осознанного, добровольного выбора метода контрацепции. Информация, предоставляемая потребителям в целях оказания им помощи в выборе метода контрацепции, должна включать в себя, как минимум: объяснение относительной эффективности конкретного метода; инструкции по правильному использованию метода; принцип действия метода; часто встречающиеся побочные эффекты; потенциальные положительные и отрицательные последствия применения метода для здоровья клиента; признаки и симптомы, при появлении которых необходимо обратиться к врачу; период восстановления способности к зачатию после прекращения пользования данным методом; способы профилактики ИППП.
- b) Обязательным условием для реализации методов контрацепции, которые требуют хирургического вмешательства, введения, подбора и/или удаления противозачаточных средств (стерилизация, вживление имплантата, введение ВМС, влагалищных диафрагм, шеечных колпачков), является наличие специально обученного медицинского персонала и соответствующей медицинской инфраструктуры, а также строгое соблюдение всех мер предосторожности для исключения возможности инфицирования при проведении процедур.
- c) Медицинский персонал должен быть обеспечен всем необходимым оборудованием и расходными материалами в количествах, достаточных для надлежащего проведения требуемых процедур (включая средства контрацепции, медицинские инструменты и материалы для осуществления мер по предупреждению инфицирования пациента).
- d) Медицинские работники должны иметь в своем распоряжении соответствующие руководства и справочные материалы (или медицинские карточки клиентов и другие инструменты скрининга), необходимые для проведения качественного обследования клиентов на предмет наличия заболеваний, при которых использование того или иного метода контрацепции может быть связано с недопустимым риском для здоровья.
- e) Медицинский персонал должен владеть достаточными знаниями и навыками консультирования по вопросам планирования семьи для оказания помощи клиентам в принятии осознанных и добровольных решений в отношении методов контрацепции. Консультирование является одним из основных элементов высокого качества услуг, играя важную роль как при первом приеме, так и на последующих этапах работы с пациентами, и оно должно отвечать индивидуальным потребностям не только в рамках выбора противозачаточных средств, но и в решении проблем, касающихся их сексуальной жизни и профилактики ИППП, включая меры по предупреждению заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Эффективность методов контрацепции

Выбор метода контрацепции в значительной мере определяется тем, насколько он эффективен в предупреждении нежелательной беременности, что для ряда методов, в свою очередь, зависит не только от степени защиты, которую способны обеспечить сами эти методы, но также и от того, насколько систематически и правильно они применяются. В Таблице 1 приведены сравнительные данные по проценту незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года пользования противозачаточными средствами при абсолютном соблюдении требований по их применению (регулярность и правильность) в одном случае и при среднестатистической практике их использования – в другом. Как регулярность, так и правильность применения методов контрацепции могут существенно варьировать в зависимости от таких факторов, как возраст, доход, желание предотвратить или отсрочить наступление беременности, а также от особенностей культурной среды. Методы, которые зависят от систематического и правильного применения, характеризуются широким диапазоном эффективности. Большинство мужчин и женщин в процессе применения конкретного метода со временем приобретают опыт более эффективного его использования. Однако программные аспекты также оказывают очень существенное влияние на то, насколько эффективно будет использоваться тот или иной метод.

Таблица 1. Процент незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения метода контрацепции, и процент женщин, продолжающих применение к концу первого года. Соединенные Штаты Америки

Метод	% незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года применения		% женщин, продолжающих применение на протяжении одного года ³
	Обычная практика применения ¹	Регулярное и правильное применение ²	
Отсутствие контрацепции ⁴	85	85	
Спермициды ⁵	29	18	42
Прерванный половой акт	27	4	43
Периодическое воздержание	25		51
Календарный метод		9	
Овуляционный метод		3	
Симптоотермальный ⁶		2	
Пост-овуляция		1	
Колпачки ⁷			
Рожавшие женщины	32	26	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Противозачаточная губка			
Рожавшие женщины	32	20	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Диафрагма ⁷	16	6	57
Презервативы ⁸			
Женские (Reality)	21	5	49
Мужские	15	2	53
Комбинированные таблетки и минитаблетки	8	0.3	68
Комбинированный гормональный пластырь (Evra)	8	0.3	68
Комбинированное гормональное кольцо (NuvaRing)	8	0.3	68
МОПАПД (Depo-Provera)	3	0.3	56
Комбинированные инъекционные контрацептивы (Lunelle)	3	0.05	56
ВМС			
ParaGard (Т-образные Cu)	0.8	0.6	78
Mirena (ЛНГ-ВМС)	0.1	0.1	81
ЛНГ-имплантаты (Norplant и Norplant-2)	0.05	0.05	84
Женская стерилизация	0.5	0.5	100
Мужская стерилизация	0.15	0.10	100

Противозачаточные таблетки для неотложной контрацепции: Применение, начатое в течение 72 часов после незащищенного полового акта, снижает риск наступления беременности минимум на 75%.

Метод лактационной аменореи: МЛА является высокоэффективным *временным* методом контрацепции.⁹

Источник: Trussell J. Contraceptive efficacy. // 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.

Примечание: Данная таблица, заимствованная из указанного источника, адаптирована путем замены наименований торговых марок противозачаточных средств на генерические названия методов контрацепции и изменения комментариев в сносках.

Комментарии:

- ¹ Процент случайных беременностей среди среднестатистических пар в течение первого года после начала использования тех или иных противозачаточных средств (необязательно впервые) при *обычной* (нестрогой) практике применения выбранного метода контрацепции, при условии, что партнеры не прекращали пользоваться этим методом по каким-либо иным причинам. Оценки вероятности наступления беременности в течение первого года применения таких методов, как спермициды, прерванный половой акт, периодическое воздержание, диафрагма, мужские презервативы, противозачаточные таблетки и медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД Depo-Provera), взяты из материалов Национального обследования роста состава семей, проведенного в 1995 г., (1995 National Survey of Family Growth) с поправкой на неучтенные случаи аборт; происхождение приводимых оценок по остальным методам см. в вышеуказанном источнике (Trussel J, 2004).
- ² Процент случайных беременностей среди пар в течение первого года после начала использования того или иного метода контрацепции (необязательно впервые) при *полном* соблюдении требований по его применению (регулярность и правильность), при условии, что партнеры не прекращали пользоваться этим методом по каким-либо иным причинам. Происхождение представленных оценок по каждому из методов см. в вышеуказанном источнике (Trussel J, 2004).
- ³ Процент продолжающих применение того или иного метода на протяжении одного года среди пар, стремящихся избежать беременности.
- ⁴ Показатели по количеству случаев наступления беременности, представленные в колонках (2) и (3), основаны на статистических данных, касающихся тех категорий населения, где не принято использовать средства предохранения, а также женщин, которые прекратили применение контрацептивов для того, чтобы забеременеть. Среди населения, не использующего контрацепцию, беременность наступает в течение 1 года примерно у 89% женщин. Эта оценка было слегка скорректирована в сторону уменьшения (до 85%) с учетом той доли женщин, которые забеременеют в течение 1 года, из числа тех, кто в настоящее время используют обратимые методы контрацепции – в том случае, если они решат полностью отказаться от контрацепции.
- ⁵ Пенки, кремы, гели, вагинальные суппозитории и вагинальные пленки.
- ⁶ Метод шеечной слизи (при овуляции), дополняемый календарным методом на доовуляционной стадии и измерением базальной температуры на постовуляционной стадии.
- ⁷ Со спермицидным кремом или желе.
- ⁸ Без спермицидов.
- ⁹ Однако для обеспечения эффективной защиты от беременности следует использовать другой метод контрацепции сразу после восстановления менструации, сокращения частоты или продолжительности кормления грудью, начала перехода на искусственное питание или при достижении ребенком 6-месячного возраста.

Факторы повышенного риска при незапланированной беременности

Женщины, страдающие определенными заболеваниями, при которых беременность может быть связана с недопустимым риском для здоровья, должны быть проконсультированы относительно того, что применение только барьерных или поведенческих методов контрацепции, вероятно, является не самым подходящим для них вариантом ввиду относительно высокого уровня неудачных исходов в случае нерегулярного их использования. Эти заболевания перечислены в Таблице 2.

Таблица 2. Заболевания, при которых наступление незапланированной беременности подвергает женщину повышенному риску

Рак молочной железы
Осложненные поражения клапанов сердца
Диабет: инсулино-зависимый; с нефропатией/ретинопатией/нейропатией или другими заболеваниями сосудов; либо продолжающийся > 20 лет
Рак эндометрия или яичников
Высокое артериальное давление (систолическое >160 мм рт ст или диастолическое >100 мм рт ст) [†]
ВИЧ/СПИД*
Ишемическая болезнь сердца
Злокачественные гестационные болезни трофобласта
Злокачественные опухоли печени (гепатома)
Шистосомоз с фиброзом печени
Тяжелый (декомпенсированный) цирроз
Серповидно-клеточная анемия
ИППП*
Инсульт
Тромбогенные мутации
Туберкулез

[†] Здесь и далее в документе артериальное давление измеряется в мм ртутного столба. Для преобразования показаний давления в кПа следует умножить приводимые значения на 0.1333. Например, 120/80 мм рт ст = 16.0/10.7 кПа.

* Настоятельно рекомендуется двойная защита для предупреждения заражения ВИЧ/СПИД и других ИППП в случае, если существует риск передачи инфекций. Такая защита может быть обеспечена путем одновременного применения презервативов и других методов контрацепции или регулярного и правильного использования одних только презервативов.

Восстановление фертильности

Применение методов контрацепции, за исключением мужской и женской стерилизации, не приводит к необратимой потере способности к зачатию. При использовании любого метода контрацепции восстановление фертильности происходит немедленно после отказа от данного метода (кроме методов, связанных с применением МОПАПД и НЭЭ, когда восстановление фертильности происходит в среднем через 10 и 6 месяцев, соответственно, с момента получения последней инъекции препарата - вне зависимости от продолжительности пользования данным методом до этого). Мужскую и женскую стерилизацию следует рассматривать как метод, приводящий к постоянному бесплодию, и все индивидуумы и пары, намеревающиеся его использовать, должны получить соответствующую консультацию. Никакие другие методы контрацепции не влекут за собой постоянного бесплодия.

ИППП и контрацепция: двойная защита

В то время как разработка международных норм в области контрацепции является необходимой предпосылкой высокого качества медицинских услуг, в то же время, работа в данном направлении должна вестись с учетом социальных, культурных и поведенческих характеристик клиента в каждом конкретном случае. В этом смысле особого внимания заслуживает опасность заражения ИППП, включая ВИЧ-инфицирование, ввиду одинаково высокой значимости таких вопросов как предупреждение беременности и профилактика инфицирования. При наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией настоятельно рекомендуется прибегать к двойной защите – либо посредством использования презерватива в комбинации с другим методом контрацепции, либо путем систематического и правильного использования презерватива в качестве самостоятельного средства – в целях одновременного предупреждения беременности и профилактики инфекции. Как женщинам, так и мужчинам, обращающимся к врачу за помощью в выборе метода контрацепции, следует обязательно напоминать об эффективности барьерного метода контрацепции (презервативов) в предупреждении передачи ИППП/ВИЧ и всячески способствовать широкому использованию данного метода. Мужские латексные презервативы зарекомендовали себя как надежное средство профилактики ИППП/ВИЧ при условии их регулярного и правильного использования.

Метод работы

Настоящий документ опирается на результаты работы, которая была начата в 1994 г. и завершилась в 1996 г. публикацией документа *«Расширение доступа к качественным услугам в области планирования семьи. Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции.»*. На первоначальном этапе, который преследовал цель выработки консенсуса по соответствующим критериям допустимости использования существующих методов контрацепции, ряд учреждений и организаций провели совместную работу по всестороннему анализу эпидемиологических и клинических доказательных фактов, имеющих касательство к медицинским критериям вышеуказанного характера. В ходе этой работы производилось сравнение критериев допустимости использования средств контрацепции, применяемые отдельными учреждениями в своей практической деятельности, подготовка обзорных версий публикуемой медицинской и эпидемиологической литературы, имеющей отношение к медицинским критериям допустимости, а также разработка проекта классификации для последующего рассмотрения расширенным составом группы экспертов и представителей соответствующих учреждений. В марте 1994 г. и мае 1995 г. состоялись совещания экспертов Рабочей группы, в ходе которых проводился анализ исходных классификаций, а также разработка рекомендаций. Отчет о результатах работы этих двух совещаний вышел в свет в 1996 г.

Первая редакция документа, опубликованного в 1996 г., была осуществлена с учетом рекомендаций, выработанных в ходе совещания Рабочей группы, которое состоялось под эгидой ВОЗ 8-10 марта 2000 г. В работе совещания приняли 32 делегата из 17 стран мира, включая представителей целого ряда учреждений и организаций. Рабочая группа провела анализ новых доказательных фактов, накопившихся за период с 1994-1995 гг. (время проведения последних совещаний Рабочей группы). Эти доказательные факты были получены, главным образом, в результате систематического обзора новейшей медицинской литературы, преследовавшего цель выявления и систематизации новых доказательных фактов, имеющих отношение к медицинским критериям приемлемости использования методов контрацепции.

Третья редакция документа вобрала в себя рекомендации, выработанные в ходе совещания Рабочей группы, которое состоялось под эгидой ВОЗ 21-24 октября 2003 г. В работе совещания приняли 36 делегатов из 18 стран мира. В состав Рабочей группы вошли международные эксперты в области планирования семьи, включая клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения, руководителей программ, специалистов по выявлению и систематизации доказательных фактов, а также работников здравоохранения, являющихся практическими пользователями документа. Координировать работу над 3-ей редакцией документа было поручено специально сформированному для этой

цели Организационному комитету. Членов Рабочей группы попросили указать на какое-либо столкновение интересов, если таковое существовало. Конфликта интересов по какому-либо вопросу обозначено членами Рабочей группы обозначено не было.

Используя систему непрерывного выявления новых доказательных фактов (the Continuous Identification of Research Evidence или CIRE, www.inforhealth.org/cire/cire_pub.pl), ВОЗ определила текущий перечень из 151 рекомендации, для которых были накоплены доказательные факты с момента выхода в свет второй редакции документа. Помимо этого, ВОЗ приняла решение подготовить рекомендации дополнительно по трем состояниям и трем новым методам контрацепции и включить их в 3-е издание. В ходе работы проводился систематический анализ всего объема доказательных фактов, имеющих касательство к упомянутой 151 рекомендации, а также к вновь включенным состояниям и методам контрацепции. Систематическое и комплексное изучение библиографических баз данных (включая MEDLINE), которое проводилось в августе 2003 г., позволило составить полный перечень научных работ, посвященных вопросу использования методов контрацепции при наличии определенных состояний (например, риск развития инсульта при использовании КОК у женщин, страдающих мигренью). Целью упомянутого систематического обзора являлось обнаружение прямых доказательств допустимости применения методов контрацепции при наличии тех или иных факторов риска. Подкрепление рекомендаций непрямыми доказательными фактами или теоретическими обоснованиями осуществлялось в тех случаях, когда прямые указания на допустимость использования метода на фоне конкретного состояния отсутствовали. Надежность и качество доказательных фактов классифицировались в соответствии с системой Уровней оценки, разработки и определения рекомендаций (Grades of Recommendation Assessment, Development, and Evaluation [GRADE] system, www.gradeworkinggroup.org). Классификация доказательных фактов представлялась вниманию экспертов Рабочей группы при рассмотрении каждой конкретной рекомендации. Вопросы стоимости рассматривались в первую очередь в свете наличия и доступности услуг по планированию семьи, а также препятствий, которые могут возникнуть в связи с ограниченностью ресурсов. Программное значение рекомендаций также анализировалось экспертами Рабочей группы. При разработке рекомендаций основное внимание уделялось вопросам безопасности применения методов контрацепции, и эти вопросы рассматривались в плане их практической применимости при различном наборе обстоятельств.

При работе с большей частью рекомендаций (метод/комбинации состояний) приходилось опираться на достаточно ограниченный перечень исследований, касающихся вопросов использования конкретного метода контрацепции на фоне тех или иных состояний здоровья. Таким образом, во многих случаях решение по критериям приемлемости с использованием доказательных фактов приходилось принимать путем экстраполяции результатов исследований, в которых участвовали в основном здоровые женщины, а также с учетом мнения специалистов в данной области. Объем доказательных фактов был особенно ограниченным, когда речь шла о более новых средствах контрацепции или методах, не имеющих широкого распространения. Вся совокупность доказательных фактов, анализировавшихся Рабочей группой, включала:

- доказательные факты, полученные в ходе узконаправленных исследований или наблюдений за результатами использования конкретного метода контрацепции женщинами (или мужчинами) на фоне того или иного состояния;
- доказательные факты, полученные по результатам использования конкретного метода контрацепции женщинами (мужчинами), на фоне полного здоровья;
- не прямые свидетельства или теоретические опасения, основанные на результатах соответствующих опытов на животных, изучения реакции человеческого организма на применение противозачаточных средств в лабораторных условиях или проведения аналогичных опытов в условиях клиники.

В тех случаях, когда Рабочая группа проводила систематический обзор доказательных фактов в процессе формулировки конкретных рекомендаций, такие доказательные факты включались в документ вместе с соответствующей рекомендацией. Рекомендации, не сопровождающиеся доказательными фактами, основывались на мнении специалистов и/или фактических данных, полученных из источников, не вошедших в перечень литературы для систематического обзора. Как отмечается ниже, более 1000 рекомендаций, включенных в содержание настоящего документа, не претерпели никаких изменений с момента первой публикации. Доказательные факты, использовавшиеся в процессе работы

над первым изданием, были предоставлены Рабочей группе в 1994-1995 гг. в виде серии исходных документов, подготовленных специально для этой цели.

В состав второго издания документа были включены 1278 рекомендаций, которые нашли широкое практическое применение во всем мире. Соответственно, позиция ВОЗ состоит в том, что любые изменения в формулировку упомянутых рекомендаций должны основываться на новых доказательных фактах, за исключением тех случаев, когда имеются веские причины отклониться от данного принципа. На заседании Организационной группы по разработке практического руководства, которое состоялось 21 октября 2003 г., было внесено предложение, чтобы Рабочая группа брала на рассмотрение только те рекомендации из 2-го издания документа, по которым имелись новые доказательные факты либо существовали неотразимые доводы в пользу внесения изменений в формулировку конкретной рекомендации. В ходе заседания, которое состоялось на следующий день, 22 октября 2003 г., Рабочая группа согласилась с данным предложением и сосредоточила свою дальнейшую работу на анализе 151 рекомендации, которые отвечали вышеперечисленным требованиям, а также трех дополнительных состояний и трех новых методов контрацепции.

Рабочей группе было поручено определить критерии приемлемости для каждого состояния и метода контрацепции путем распределения их по соответствующим категориям (от 1-й до 4-й – см. ниже). Если эксперты Рабочей группы считали, что помимо указания категории требовалось дополнительное пояснение, то в таких случаях такая дополнительная информация приводилась под заголовком «Пояснение». Если при разработке рекомендации использовались новые доказательные факты, такие данные приводились в обобщенном виде под заголовком «Доказательные факты» в колонке «Пояснения/Доказательные факты». Помимо пояснений и доказательных фактов, в конце каждого раздела, посвященного конкретному методу контрацепции, приводятся также соответствующие примечания Секретариата ВОЗ.

Окончательный перечень из 1705 рекомендаций был единогласно принят членами Организационно-координационной группы и Рабочей группы на заключительном совещании, состоявшемся 24 октября 2003 г.

Как пользоваться настоящим документом

Настоящий документ адресован организаторам здравоохранения, руководителям проектов по планированию семьи и научным работникам. Документ призван служить ориентиром при разработке руководящих принципов предоставления услуг в области контрацепции в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, и должен рассматриваться не в качестве практического руководства, а скорее как справочное пособие.

Руководящие принципы, изложенные в настоящем документе, предназначены для использования при осуществлении мероприятий на национальном уровне и на уровне отдельных программ в адаптированном виде, отражающем специфику различных обстоятельств и условий, в которых предоставляются услуги по планированию семьи. В то время как само определение категорий вряд ли претерпит какие-либо изменения в ходе этого процесса, более чем вероятно, что практическое применение категорий на уровне конкретной страны будет иметь свои особенности. В частности, это будет определяться уровнем клинических знаний и опыта поставщиков медицинских услуг различного профиля, а также количества ресурсов, имеющихся в распоряжении медицинского персонала на местах.

Пользование таблицами

Рабочая группа провела анализ медицинских критериев для инициирования и продолжения использования каждого из методов контрацепции, рассматриваемого в рамках настоящего документа. Вопрос о целесообразности продолжения использования метода контрацепции приобретает клиническую значимость в каждом случае, когда у женщины развивается то или иное состояние в процессе пользования данным методом. Когда, по мнению Рабочей группы, категории инициации и продолжения существенно различались друг от друга, такая разница обозначалась в колонках «И = Инициирование» и «П = Продолжение». Отсутствие особой отметки в данных колонках говорит

о том, что начало и продолжение использования метода контрацепции отнесены к одной и той же категории.

Будучи определенными на основании вышеописанной системы классификации, критерии допустимости начала и продолжения использования конкретного метода контрацепции представлены в настоящем документе в виде ряда таблиц. В первой колонке указаны состояния. Некоторые состояния были разделены на вспомогательные элементы в целях проведения различия между степенями тяжести этих состояний. Во второй колонке указывается принадлежность состояний инициирования и/или продолжения к одной из четырех категорий, описание которых дается ниже. При необходимости, в третьей колонке приводится пояснение или доказательные факты по соответствующей классификации (см. выше).

В конце документа приводится таблица медицинских критериев допустимости использования гормональных методов контрацепции и ВМС с разбивкой по отдельным состояниям. Краткая сводка состояний и категорий, которые подверглись пересмотру в настоящей редакции документа, приводится в конце данного раздела.

ВИД КОНТРАЦЕПТИВА		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЕ/ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
Состояние	Состояния относятся к категориям с 1 по 4 Категории для методов, основанных на отслеживании фертильности, методов хирургической стерилизации указываются в начале соответствующих разделов.	Пояснения и доказательные факты, касающиеся классификации соответствующих состояний и методов.

«Н/П» означает состояние, категория которого не была определена Рабочей группой, но для которого имеется соответствующее пояснение.

Классификация категорий

Медицинские критерии допустимости, о которых идет речь в настоящем документе, были разработаны с использованием вышеописанного метода работы и призваны обеспечить необходимый резерв безопасности при использовании методов контрацепции.

Каждое состояние определялось как отображение индивидуальных характеристик конкретного лица (например, возраст, акушерский анамнез и т.д.) либо установленных существующих медицинских/патологических состояний (например, диабет, артериальная гипертензия). Предполагается, что особенности национальных и институциональных условий для оказания медицинских услуг будут определять выбор наиболее подходящих методов скрининга состояний в соответствии со степенью их значимости для здоровья населения в конкретной стране. Изучение анамнеза клиента будет во многих случаях являться наиболее адекватным подходом.

Состояния, которые влияли на допустимость применения каждого отдельного метода контрацепции, относились к одной из перечисленных ниже категорий:

- 1. Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции.**
- 2. Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски.**
- 3. Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции.**
- 4. Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.**

Использование шкалы категорий на практике

Формулировка значения категорий «1» и «4» не нуждается в дополнительном пояснении. Если какой-либо метод/состояние относятся к категории «2», то это означает, что данный метод контрацепции допускается использовать, однако при этом может потребоваться тщательный контроль со стороны врача. Однако рекомендовать использование метода женщине, чье состояние классифицируется как Категория «3», можно только после тщательного клинического обследования и при наличии доступа к соответствующим медицинским услугам; при этом необходимо учитывать тяжесть состояния, а также наличие, практическую целесообразность и приемлемость альтернативных методов контрацепции. Принадлежность метода/состояния к Категории «3» означает, что данный метод не рекомендуется использовать за исключением тех ситуаций, когда более подходящие средства контрацепции являются недоступными или их использование является неприемлемым для клиента. При этом состояние здоровья клиента должно находиться под особым контролем со стороны врача.

В тех случаях, когда проведение клинического обследования в надлежащем объеме является невозможным (например, в условиях сельской местности), система классификации, состоящая из четырех категорий, может быть упрощена с оставлением только двух категорий. При этом принадлежность состояния к Категории «3» будет означать, что использование данного метода контрацепции данной женщиной недопустимо по причинам медицинского характера.

КАТЕГОРИЯ	КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВЕДЕНО В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ	ПРОВЕСТИ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет (использовать метод не рекомендуется)
4	Использование метода абсолютно противопоказано	

Программные вопросы

Перечень программных вопросов, требующих особого внимания, включает:

- Обеспечение выбора в пользу того или иного средства контрацепции на основе полной информации
- Составляющие качества предоставляемых медицинских услуг
- Основные процедуры скрининга, осуществляемого в процессе оказания услуг по планированию семьи
- Обучение медицинского персонала и повышение квалификации
- Направление к специалисту и контроль надлежащего применения средств контрацепции

Говоря о применимости практических рекомендаций в рамках соответствующих программ, необходимо отметить, что методы оказания услуг, играющие неотъемлемую роль в обеспечении надлежащего применения средств контрацепции, существенно отличаются от методов, предназначение которых заключается в обеспечении высокого качества медицинских услуг, но которые не имеют непосредственного отношения к использованию методов контрацепции. Пропаганда методов обеспечения высокого качества медицинского обслуживания, не имеющих отношения к безопасному и надлежащему использованию средств контрацепции, не должна рассматриваться ни как обязательное требование, ни как препятствие к применению конкретного метода контрацепции, а скорее как взаимодополняющий элемент такого метода.

Следующий этап предусматривает адаптацию рекомендаций, включенных в состав настоящего документа, с тем, чтобы обеспечить возможность их использования на практике медицинскими работниками на всех уровнях системы оказания услуг в области контрацепции. Каждая страна должна будет решить для себя, насколько широкой будет сфера охвата и какими путями можно будет обеспечить наличие услуг по планированию семьи в более отдаленных регионах. Решение такой задачи может осуществляться посредством повышения квалификации персонала и модернизации существующей инфраструктуры (при наличии соответствующих ресурсов), либо может потребовать дополнительного обучения определенных категорий медицинского персонала навыкам оказания услуг в области планирования семьи, либо незначительного усиления материально-технической базы соответствующих лечебных учреждений и более оптимального использования имеющегося полезного пространства. Помимо этого, работа в данном направлении может быть связана с коррекцией неверных представлений о рисках и побочных эффектах методов контрацепции, а также с проведением тщательного анализа потребностей и планов на будущее женщин и мужчин в контексте свободы выбора на основе полной информации.

Клиенты с особыми потребностями

Медицинские критерии приемлемости охватывают и такую область, как использование средств контрацепции лицами со специфическими состояниями. Вопрос использования противозачаточных средств требует особо тщательного анализа в каждом конкретном случае, когда речь идет о клиентах с особыми потребностями. В эту категорию входят лица с физическими недостатками (инвалиды). При принятии решения в пользу того или иного метода контрацепции необходимо принимать во внимание характер инвалидности, пожелания клиента, а также основные свойства метода. Решение должно приниматься на основе полной информации. Аналогичный подход должен применяться в отношении лиц с психическими расстройствами, а также страдающих серьезными психическими заболеваниями. В тех случаях, когда состояние умственного/психического здоровья клиента исключает возможность принятия им решения на основе полной информации, выбор метода контрацепции должен осуществляться только после консультации со всеми заинтересованными сторонами, включая опекунов данного лица. При принятии решения о выборе метода контрацепции должны соблюдаться репродуктивные права человека.

Подростки

В принципе, подростки могут использовать любой метод контрацепции и должны иметь большую свободу выбора в данном отношении. Сам по себе, возраст не является достаточным основанием для лишения подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. В то время как некоторые специалисты выражают сомнение по поводу допустимости использования определенных противозачаточных средств (например, использования инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда лицами в возрасте до 18 лет) подростками, такие сомнения должны сопоставляться с потенциально положительным эффектом, связанным с предупреждением ранней беременности. Очевидно, что многие рекомендации по правильному пользованию методами контрацепции, которые предназначены для лиц зрелого возраста, применимы также в отношении подростков. Социальные и поведенческие факторы играют важную роль в выборе и практическом применении методов контрацепции лицами несовершеннолетнего возраста. К примеру, в определенной среде существования подростки могут подвергаться высокому риску заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. В то время как подростки имеют право выбирать любой доступный для широкого пользования метод контрацепции, в некоторых случаях может быть целесообразным использование методов, не требующих ежедневного приема препарата. Подростки (как состоящие в браке, так и живущие вне его) хуже переносят побочные эффекты при приеме контрацептивов, нежели взрослые, что, соответственно, приводит к высокой частоте отказов от регулярного использования метода. На выбор и использование методов контрацепции подростками могут также влиять такие обстоятельства как нерегулярный характер половой жизни, а также необходимость скрывать от окружающих факт наличия сексуальных отношений и пользования противозачаточными средствами. К примеру, контрацептивные потребности сексуально активных подростков, не состоящих в браке, существенно разнятся от потребностей, характерных для несовершеннолетних супружеских пар, которые хотели бы отсрочить срок наступления первой беременности, установить определенный временной промежуток между родами или ограничить количество детей в семье. Расширение имеющегося диапазона противозачаточных средств может иметь своим результатом более высокий уровень удовлетворенности пользователей и обеспечить большую популярность и признание методов контрацепции. Надлежащее проведение разъяснительной работы и врачебное консультирование, как на предварительном этапе, так и непосредственно в момент выбора конкретного метода контрацепции, может оказать подросткам существенную помощь в решении характерных проблем, стоящих перед лицами этой возрастной группы, и дать им возможность осознанного и добровольного выбора. Необходимо принимать все возможные меры для того, чтобы стоимость услуг по планированию семьи и непосредственно средств контрацепции не оказывали ограничивающего влияния на свободу выбора методов контрацепции.

Краткая сводка изменений, отраженных в третьей редакции документа (в сравнении со вторым изданием)

Краткая сводка изменений, внесенных в существующую классификацию, а также существенных изменений формулировок состояний приводится в Таблице 3.

Авторы признают, что некоторые из критериев допустимости, приводимые в настоящем отчете, могут нуждаться в пересмотре в свете результатов текущих и/или будущих научных исследований в области контрацепции. По мере необходимости, содержание настоящего документа будет подвергаться соответствующему обновлению и дополнению с учетом новейших доказательных фактов и результатов научных исследований.

Таблица 3. Сводная таблица изменений, отраженных в третьей редакции документа (в сравнении со вторым изданием)

(В таблице приводятся состояния, для которых была пересмотрена категориальная принадлежность относительно использования одного и более методов контрацепции либо были внесены существенные поправки в формулировку состояния. Измененные значения категориальной принадлежности выделены синим цветом).

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	ПТП	МОПАПД/ НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ	СУ-ВМС	ЛНГ-ВМС
И = Инициация, П = Продолжение							
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ							
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	2	1	1	1	1	1
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ							
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	4	2	2	2	1	2
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА							
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	1	1	1	1
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА							
ФИБРОМЫ МАТКИ							
а) Без изменения полости матки	1	1	1	1	1	1	1
б) С изменением полости матки	1	1	1	1	1	4	4
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)							
а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящее время факторов риска ИППП не установлено)							
						И	П
(i) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1
(ii) без последующей беременности	1	1	1	1	1	2	2
б) ВЗОМТ – в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2

СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	ПТП	МОПАПД/ НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ	СУ-ВМС		ЛНГ-ВМС	
И = Инициация, П = Продолжение									
ИППП									
а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2	4	2
б) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
с) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
д) Повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
ВИЧ/СПИД									
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	1	1	1	1	2	2	2	2
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ	1	1	1	1	1	2	2	2	2
СПИД	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Эффективная антиретровирусная терапия	Смотри АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ниже					2	2	2	2
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ									
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ									
а) Рифампицин	3	2	3	2	3	1		1	
б) Противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3	2	3	2	3	1		1	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)									
а) Гризеофульвин	2	1	2	1	2	1		1	
б) Другие антибиотики	1	1	1	1	1	1		1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3	2

Помимо этого, был внесен ряд следующих изменений, которые не вошли в сводную таблицу:

1. Противозачаточный пластырь, влагалищное кольцо и этоноргестрел-высвобождающие имплантаты

Добавлены три новых средства контрацепции (противозачаточный пластырь, влагалищное кольцо и этоноргестрел-высвобождающие имплантаты). Хотя противозачаточный пластырь и влагалищные кольца отнесены к группе КИК, они находятся в одной категории с КОК.

Этоноргестрел-высвобождающие имплантаты отнесены к одной и той же группе и имеют ту же категориальную принадлежность, что и левоноргестрел-высвобождающие имплантаты.

2. Барьерные методы

При таких состояниях как высокий риск ВИЧ-инфицирования, наличие ВИЧ-инфекции и СПИД использование спермицидов относится к Категории «4».

При таких состояниях как высокий риск ВИЧ-инфицирования, наличие ВИЧ-инфекции и СПИД использование диафрагм со спермицидными веществами относится к Категории «3».

3. Хирургическая стерилизация женщин

Выявленные тромбогенные мутации (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина) определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола, и относятся к Категории «А».

Депрессивные расстройства определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола, и относятся к Категории «С».

При принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола ИППП (кроме ВИЧ-инфекции и гепатита) относятся к Категории «А».

При принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц женского пола наличие в анамнезе хирургического вмешательства на органах брюшной полости или малого таза относится к Категории «С».

4. Хирургическая стерилизация мужчин

Молодой возраст определен в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц мужского пола, и относится к Категории «С».

Депрессивные расстройства определены в качестве дополнительного фактора, который необходимо учитывать при принятии решения о проведении хирургической стерилизации лиц мужского пола, и относятся к Категории «С».

Содержание

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ
КОМБИНИРОВАННЫЕ
ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	1
Беременность.....	1
Возраст	1
Роды.....	1
После родов	1
После аборта	1
Курение.....	1
Ожирение.....	2
Невозможность определения артериального давления.....	2
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	2
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	2
Высокое артериальное давление во время беременности	3
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) / легочная эмболия (ЛЭ)	3
Выявленные тромбогенные мутации.....	4
Тромбоз поверхностных вен.....	4
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	4
Инсульт.....	4
Установленные гиперлипидемии	4
Поражение клапанов сердца*.....	4
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	5
Эпилепсия.....	5
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	5
Депрессивные расстройства	5
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	5
Характер вагинального кровотечения.....	5
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	6
Эндометриоз.....	6
Доброкачественные опухоли яичников	6
Выраженная дисменорея	6
Болезни трофобласта	6
Цервикальный эктропион	6
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	6
Рак шейки матки.....	6
Заболевания молочных желез	6
Рак эндометрия	7
Рак яичников.....	7
Фибромы матки	7
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	7
ИППП	7
ВИЧ/СПИД.....	7
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	7
ВИЧ-инфицированные	8
СПИД.....	8
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	8
Шистосомоз.....	8
Малярия.....	8
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	8
Нарушения функции щитовидной железы	8
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	9
Заболевания желчного пузыря	9

Холестаз в анамнезе.....	9
Вирусный гепатит	9
Цирроз.....	9
Опухоли печени	9
АНЕМИИ.....	9
Талассемия.....	9
Серповидно-клеточная анемия.....	9
Железодефицитная анемия.....	9
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	9
Препараты, влияющие на ферменты печени	9
Антибиотики	10
Антиретровирусная терапия (АРВ)	10
Дополнительные комментарии.....	11
Справочная литература по низкодозированным комбинированным оральным контрацептивам	13

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	Не применимо (Н/П)	Пояснение: Использования КОК не требуется. В литературе не имеется каких-либо указаний на вредное воздействие КОК на здоровье женщины и плода или на течение беременности при случайном употреблении КОК в этот период.	
ВОЗРАСТ * а) От менархе до 40 лет б) ≥ 40 лет	1 2		
РОДЫ а) Ранее не рожавшие б) Рожавшие	1 1		
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ* а) Первые 6 недель после родов б) от 6 недель до 6 месяцев после родов (при условии, что ребенок находится в основном на грудном вскармливании) в) более 6 месяцев после родов	4 3 2		
ПОСЛЕ РОДОВ * (у не кормящих грудью женщин) а) < 21 дня б) ≥ 21 дня	3 1		
ПОСЛЕ АБОРТА а) Первый триместр б) Второй триместр в) Сразу после септического аборта	1 1 1	Пояснение: Начинать прием КОК можно сразу после аборта.	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	1		
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ*	1		
КУРЕНИЕ а) Возраст < 35 лет б) Возраст ≥ 35 лет (i) <15 сигарет в день (ii) ≥15 сигарет в день	2 3 4	Доказательные факты: При использовании КОК курение является фактором повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности, инфаркта миокарда. Исследования также показали, что риск развития инфаркта миокарда возрастал с увеличением количества сигарет, выкуриваемых в течение одного дня. ¹⁻¹²	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П =Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	Доказательные факты: Исследования показали, что женщины с избыточным весом, использующие в качестве противозачаточного средства КОК, подвергались повышенному риску тромбоэмболических осложнений в сравнении с женщинами, не пользовавшимися КОК. Абсолютный риск тромбоэмболических осложнений оставался низким. Количество данных о влиянии избыточного веса на эффективность КОК на настоящий момент ограничено. ^{6, 13, 14}	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Пояснение: Перед началом применения КОК желательно определить артериальное давление в динамике. Однако в определенных ситуациях определить артериальное давление нет возможности. В условиях, когда высок риск заболеваемости и смертности беременных, КОК представляют собой один из немногих доступных методов контрацепции. При таких обстоятельствах женщине не следует отказываться в назначении КОК только потому, что ей нельзя измерить артериальное давление.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	3/4	Пояснение: Когда у женщины наблюдается сочетание нескольких факторов повышенного риска, каждый из которых может существенно увеличивать вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, использование КОК может повышать риск до неприемлемого уровня. Однако, простое сложение отдельных факторов повышенного риска не является оправданным; к примеру, комбинация двух факторов риска, относящихся ко 2-й категории, не всегда означает, что пациента должна быть автоматически переведена в группу риска более высокого порядка.	
ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы относить женщину к категории гипертоников.			
а) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	3	Пояснение: Определение этиологии и измерение уровня гипертонии должны проводиться как можно раньше. Доказательные факты: Женщины, которые начинали использование КОК без предварительного измерения артериального давления, подвергались повышенному риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта. ¹⁵⁻¹⁹	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола	КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
<p>b) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление МОЖНО измерить</p> <p>c) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)</p> <p>(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99</p> <p>(ii) систолическое ≥160 или диастолическое ≥100</p> <p>d) Заболевания сосудов</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>Пояснение: Адекватное лечение артериальной гипертензии снижает риск развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении со случаями, когда такого лечения не проводится. Несмотря на отсутствие доказательств, можно предполагать, что женщины-пользователи КОК, получающие необходимое лечение и находящиеся под регулярным наблюдением врача, подвергаются меньшему риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с пользователями КОК, не получающими соответствующего лечения.</p> <p>Доказательные факты: Исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертензией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболевания периферийных сосудов, в сравнении с женщинами, не пользующимися данным контрацептивом.^{1, 3, 9-11, 15-31}</p>
<p>ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме)</p>	<p>2</p>	<p>Доказательные факты: Исследования показали, что женщины, использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергались повышенному риску развития инфаркта миокарда и венозного тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления. Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе оставался низким.^{11, 17-19, 21, 32-37}</p>
<p>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)*</p> <p>a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе</p> <p>b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время</p> <p>c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)</p> <p>d) Радикальная хирургия</p> <p>(i) с длительной иммобилизацией</p> <p>(ii) без длительной иммобилизации</p> <p>e) «Малая» хирургия без иммобилизации</p> <p>«Малая» хирургия без иммобилизации</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p>	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	<p>Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.</p> <p>Доказательные факты: В группе женщин с тромбогенными мутациями, риск возникновения тромбоза у пользователей КОК был в 2-20 раз выше, чем у женщин, не использующих данное противозачаточное средство.³⁸⁻⁵¹</p>	
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН*			
a) Варикоз вен	1		
b) Поверхностный тромбофлебит	2		
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	4		
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)*	4		
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	2/3	<p>Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. В то время как некоторые виды гиперлипидемии входят в группу факторов риска развития сосудистых заболеваний, данная категория должна оцениваться на основании конкретного вида гиперлипидемии, тяжести заболевания, а также наличия других факторов риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.</p>	
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*			
a) без осложнений	2		
b) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола	КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ		
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	И	П
<p>a) немигренозные (средние или сильные)</p> <p>b) мигрень</p> <p>(i) без очаговых неврологических симптомов</p> <p> Возраст < 35</p> <p> Возраст ≥ 35</p> <p>(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
ЭПИЛЕПСИЯ	1	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА		
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*		
<p>a) нерегулярные без больших кровопотерь</p> <p>b) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>Пояснение: Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии.</p>

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	2	Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования.	
ЭНДОМЕТРИОЗ*	1		
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1		
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	Доказательные факты: Исследования показали, что при дисменорее использование КОК не было связано с повышенным риском возникновения побочных эффектов в сравнении со случаями, когда КОК не использовался. ^{62,63}	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА			
a) Доброкачественная гестационная трофобластическая болезнь	1	Доказательные факты: В группе женщин с доброкачественной или злокачественной гестационной трофобластической болезнью среднее время нормализации уровня хорионического гонадотропина и частота случаев последующего пузырного заноса не зависели от того, использовала ли женщина в качестве противозачаточного средства КОК или нет. ⁶⁴⁻⁷¹	
b) Злокачественная гестационная трофобластическая болезнь	1		
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН *	1		
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	2	Доказательные факты: Длительное использование КОК (более 5 лет) на фоне хронической папилома-вирусной инфекции может увеличивать риск развития преинвазивного (внутриэпителиального) рака и инвазивной карциномы. ⁷²	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	2		
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ *			
a) Недиагностированное образование	2	Пояснение: Диагностика заболевания должна быть проведена как можно ранее.	
b) Доброкачественное заболевание молочной железы	1		
c) Семейный анамнез рака	1	Доказательные факты: Использование КОК женщинами, в семейном анамнезе которых отмечается рак молочных желез, не приводило к повышенному риску развития рака молочных желез в сравнении с женщинами с аналогичным анамнезом, не использующими КОК. ⁷³⁻⁸⁰ При наличии мутации типа BRCA1, использование КОК может незначительно повышать риск ракового заболевания молочных желез. ⁸¹⁻⁸³	
d) Рак молочной железы:			
(i) в настоящее время	4		
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ *	1		
РАК ЯИЧНИКОВ*	1		
ФИБРОМЫ МАТКИ*			
a) Без изменения полости матки	1		
b) С изменением полости матки	1		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*			
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)			
(i) с последующей беременностью	1		
(ii) без последующей беременности	1		
b) ВЗОМТ – в настоящее время	1		
ИППП*			
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1		
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1		
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1		
d) Повышенный риск ИППП	1	Доказательные факты: Имеющиеся данные позволяют сделать предположение, что пользователи КОК, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться высокому 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. ⁸⁴⁻¹⁶⁰	
ВИЧ/СПИД			
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	Доказательные факты: В целом, имеющиеся данные не дают однозначного ответа в отношении того, подвержены ли пользователи КОК повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией в сравнении с женщинами, не пользующимися данным видом контрацептива. ¹⁶¹⁻¹⁹⁸	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола	КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ	1	Доказательные факты: Имеющиеся данные (объем которых пока является ограниченным), позволяют сделать предположение об отсутствии связи между использованием КОК и изменением уровня RNA или количество CD4 в крови носителей ВИЧ-инфекции. Также имеются некоторые свидетельства о нулевой корреляции между использованием КОК и передачей ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине. Имеются противоречивые указания на то, что носительницы ВИЧ-инфекции, пользующиеся гормональной контрацепцией, могут служить источником повышенной опасности в плане распространения ВИЧ и вируса простого герпеса (HSV). ^{161, 199-204}
СПИД	1	
ПОЛУЧАЮЩИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ	2	Пояснение: Если женщина проходит курс антиретровирусной (АРВ) терапии, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. В силу того, что возможно лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивами и препаратами АРВ, больные СПИДом, получающие АРВ-терапию, классифицируются как категория 2.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ		
ШИСТОСОМОЗ		
a) Без осложнений	1	Доказательные факты: Использование КОК на фоне неосложненного шистосомоза не оказывало неблагоприятного влияния на функцию печени. ²⁰⁵⁻²¹¹
b) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ		
a) Не тазовый	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. Рифампицин во многих случаях уменьшает эффективность КОК.
b) Установленный тазовый	1	
МАЛЯРИЯ	1	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ДИАБЕТ*		
a) Во время беременности	1	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
b) Без поражения сосудов		
(i) инсулинонезависимые	2	
(ii) инсулинозависимые	2	
c) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	3/4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	3/4	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		
a) Простой зоб	1	
b) Гипертиреоз	1	
c) Гипотиреоз	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола		КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ*			
a) С клиническими симптомами			
(i) после холецистэктомии	2		
(ii) после медикаментозного лечения	3		
(iii) в настоящее время	3		
b) Бессимптомные	2		
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*			
a) Связанные с беременностью	2		
b) Связанные с применением КОК или КИК	3		
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*			
a) Активный	4		
b) Носительство	1		
ЦИРРОЗ*			
a) Легкий (компенсированный)	3		
b) Тяжелый (декомпенсированный)	4		
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*			
a) Доброкачественная (аденома)	4		
b) Злокачественная (гепатома)	4		
АНЕМИИ			
ТАЛАССЕМИЯ*	1		
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	2		
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	1		
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ			
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ			
a) Рифампицин	3		<p>Пояснение: Хотя взаимодействие рифампицина и некоторых противосудорожных средств с КОК не вредно для здоровья женщины, такое взаимодействие может уменьшить эффективность КОК. Женщинам, длительное время принимающим любой из названных препаратов, следует рекомендовать использование других контрацептивов. На настоящий момент вопрос о целесообразности увеличения дозировки КОК остается открытым.</p> <p>Доказательные факты: Использование рифампицина и некоторых противосудорожных препаратов снижало противозачаточный эффект КОК.²¹²⁻²³⁷</p>
b) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК) ≤ 35 нанограмм этинилэстрадиола	КОК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин) а) Гризеофульвин б) Другие антибиотики	2 1	Доказательные факты: Большинство антибиотиков широкого спектра действия не снижало противозачаточного эффекта КОК при одновременном использовании. ²³⁸⁻²⁹⁰
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРВ)	2	Пояснение: Важно отметить, что антиретровирусные препараты (АРВ) способны как уменьшать, так и увеличивать биологическую усвояемость стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Некоторые имеющиеся данные (приводимые в Приложении 1) указывают на то, что возможные лекарственные взаимодействия между многими АРВ-препаратами (в частности, некоторыми нуклеозидными ревертазными ингибиторами (ННРИ) и протеазными ингибиторами (ПИ)) и гормональными контрацептивами могут влиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и АРВ-препаратов. Неизвестно, насколько будет ослаблено контрацептивное действие только прогестиновых инъекционных контрацептивов (таких, как медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия и норэтистерона энантат), поскольку эти методы обеспечивают более высокое содержание гормонов в крови, чем другие только прогестиновые гормональные контрацептивы, а также чем комбинированные оральные контрацептивы. Сейчас ведутся исследования по оценке потенциальных взаимодействий между медроксипрогестерона ацетатом пролонгированного действия и конкретными препаратами ПИ и ННРИ. Так, если женщина, которая проходит курс АРВ-терапии, принимает решение начать или продолжить прием гормональных контрацептивов, для предупреждения передачи вируса ВИЧ ей рекомендуется регулярное пользование презервативами, которые помогут также компенсировать возможное снижение эффективности гормонального контрацептива. Доказательные факты: см. Приложение 1.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

Дополнительные комментарии

ВОЗРАСТ

От менархе до 40 лет: Теоретические опасения по поводу применения комбинированных гормональных контрацептивов подростками оказались не обоснованными.

≥ 40 лет: Риск сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с возрастом и может также возрастать при применении комбинированных гормональных контрацептивов. При отсутствии других негативных клинических состояний комбинированные гормональные контрацептивы могут использоваться до наступления менопаузы.

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

< 6 недель после родов: Теоретически не исключено, что при применении стероидных гормонов в первые 6 недель после родов новорожденный может быть подвержен риску воздействия этих препаратов.

от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью): Применение КОК в период кормления грудью уменьшает количество грудного молока, сокращает продолжительность лактации и, таким образом, может неблагоприятно повлиять на рост и развитие ребенка.

ПОСЛЕ РОДОВ

< 21 дня: Теоретически не исключена вероятность связи между применением комбинированных гормональных контрацептивов до 3 недель после родов и риском тромбоза у матери. Свертываемость крови и фибринолиз, как правило, приходят в норму в течение трех недель после родов.

ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Для женщин, имевших внематочную беременность в прошлом, возрастает риск внематочной беременности в будущем. Применение комбинированных гормональных контрацептивов обеспечивает защиту от беременности, в том числе и от внематочной.

ГИПЕРТЕНЗИЯ

Заболевание сосудов: Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбоза, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)

Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников): Некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ЛЭ являются наследственными.

Радикальная хирургия: Степень риска ТГВ/ЛЭ, связанного с большими хирургическими операциями, варьирует в зависимости от продолжительности иммобилизации. До хирургической стерилизации женщины нет необходимости прекращать прием комбинированных гормональных контрацептивов.

ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Варикоз вен: Варикозное расширение вен не является фактором риска развития ТГВ/ЛЭ.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ИНСУЛЬТ

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбоза, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

У женщин с поражениями клапанов сердца применение комбинированных гормональных контрацептивов может еще больше увеличить риск артериального тромбоза; женщины с осложненными поражениями сердца подвержены наибольшему риску.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом. Более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Нерегулярные менструальные кровотечения бывают распространенным явлением среди здоровых женщин.

НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди состояний, сопровождающихся вагинальными кровотечениями, не отмечено тех, которые ухудшились бы в течение кратковременного периода в связи с приемом комбинированных гормональных контрацептивов.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Комбинированные гормональные контрацептивы не усугубляют, а в некоторых случаях даже уменьшают выраженность симптомов эндометриоза.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН

Цервикальный эктропион не является фактором риска развития рака шейки матки, и нет необходимости в установлении каких-либо ограничений для применения комбинированных гормональных контрацептивов.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)

Теоретически не исключено, что применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на прогноз существующего заболевания. До начала лечения женщина может принимать комбинированные гормональные контрацептивы. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Семейный анамнез рака: Женщины с мутациями BRCA1 или BRCA2 имеют гораздо более высокий исходный уровень риска развития рака молочной железы, чем женщины, у которых нет этих мутаций. У многих женщин, в семейном анамнезе которых есть случаи рака молочной железы, такие мутации отсутствуют.

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Использование КОК снижает риск развития рака эндометрия. До начала лечения женщины могут применять КОК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

РАК ЯИЧНИКОВ

Использование КОК снижает риск развития рака яичников. До начала лечения женщины могут применять КОК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ФИБРОМЫ МАТКИ

По всей очевидности, КОК не стимулируют рост фибром матки.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ИППП

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ДИАБЕТ

Хотя применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на усвоение углеводов, основные опасения связаны с заболеваниями сосудов, сопутствующими диабету, и с дополнительным риском артериального тромбоза вследствие применения комбинированных гормональных контрацептивов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

КОК могут вызывать незначительное увеличение риска заболевания желчного пузыря. Есть опасения, что КОК могут также ухудшать состояние текущего заболевания желчного пузыря.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

Возникновение холестаза в связи с беременностью: при наличии в анамнезе холестаза, возникшего во время беременности, можно предполагать, что у некоторых женщин в будущем также может развиться холестаз в связи с использованием КОК.

Возникновение холестаза в связи с использованием КОК: наличии в анамнезе холестаза, связанного с применением КОК, можно предполагать, что у некоторых женщин, предрасположенных к этому заболеванию, в будущем также может развиться холестаз в связи с использованием КОК.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Активный: Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

ЦИРРОЗ

Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Поскольку КОК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени. Помимо этого, использование КОК может способствовать развитию опухолевого процесса.

ТАЛАССЕМИЯ

Имеются эпизодические указания на то, что в странах, где зарегистрирована высокая заболеваемость талассемией, использование КОК не оказывает усугубляющего влияния на состояние женщины.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Применение комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшать кровопотери при менструациях.

Справочная литература по низкодозированным комбинированным оральным контрацептивам

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
6. 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, 5:265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-93.
10. 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, 1:439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1995, 346:1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
16. 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, 56:129-40.
17. 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, 348:505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-8.
22. 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, 48:324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-42.
25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-8.
26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-63.
27. 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, 102:153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:197-205.

29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-80.
32. 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.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-31.
35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-9.
37. 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, 172:125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998, 90:191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995, 346:1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*, 1998, 316:589-92.
43. Emmerich J 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.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec;86(6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-3.
47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-7.
48. Santamaria 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, 86:965-71.
49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-12.
50. Vandenbroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994, 344:1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-7.
52. 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, 347:1503-6.
53. 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, 318:13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002, 73:747-50.
56. Lidgaard 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.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998, 24:55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-84.

59. Cromer BA 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, 94:687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-9.
63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 94:22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976, 83:913-6.
71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
73. 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. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996, 347:1713-27.
74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997, 55:197-203.
75. 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, 88:365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998, 7:359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000, 284:1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19:240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002, 26:23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-9.
83. Ursin G 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, 57:3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with T. vaginalis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
92. Barbone F 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, 163:510-4.

93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-9.
95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-4.
96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit Trichomonas vaginalis? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-23.
102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-40.
103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-16.
104. Crowley T 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.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-8.
108. Fish AN 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.
109. Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-6.
111. Gertig DM 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.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003, 88:1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
114. Han Y 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.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-8.
123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982, 248:1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-7.

127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-9.
128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-3.
131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-6.
133. Lycke E 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.
134. Macaulay ME 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.
135. Magder LS 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.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-4.
137. Masse R et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-8.
140. Oh MK et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-81.
141. Oriel JD et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-8.
144. Pereira LH 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, 131:683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-80.
146. Ripa KT et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-9.
149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-72.
151. Shafer MA et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-6.
152. Smith JS 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, 28:187-94.
153. Staerfeldt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-7.
154. 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, 57:259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-3.
157. Winer RL 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, 157:218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-42.

160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-5.
161. 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, 304:809-13.
162. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
175. Kuanusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989, 3:519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
181. Moss GB 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, 164:588-91.
182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
189. Saracco 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.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
192. Siraprasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998, 12:545-53.
195. Taneapanichskul 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, 37:86-8.

196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
197. Ungchusak K 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, 12:500-7.
198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999 Aug 15;21(5):428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 1999, 21:51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-4.
200. Clemetson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
203. 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, 350:922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-47.
208. 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.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-5.
210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-94.
211. 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, 64:173-6.
212. Back DJ et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-7.
213. Back DJ et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicin interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977, 8:131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977, 85:189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of rifampicin treatment on the metabolic fate of [4-14C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977, 9:415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1980, 15:23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973, 2:2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: à propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975, 2:174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-29.
222. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-50.
224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-4.
225. Nocke-Finck 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, 98:1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chalaine G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975, 4:115-6.
227. 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, 25:255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:315-85.

230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997, 38:702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986, 33:23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998, 50:1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002, 43:697-702.
236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-4.
238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986, 61:453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996, 16:34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-7.
247. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-5.
248. Csemiczky G, Alvensdal 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, 12:101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-9.
250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-9.
252. 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, 11:392-6.
253. Dossater J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984, 4:467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982, 153:48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-10.
259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1973, 95:1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989, 37:86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-52.
265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-5.

266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-4.
267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-51.
268. 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, Anteovon). *Therapia Hungarica*, 1986, 34:167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980, 99:413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 1984, 288:1125-6.
287. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-9.
288. van Puijenbroek EP 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, 47:689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-92.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	3
Беременность.....	3
Возраст	3
Роды	3
Кормление грудью	3
После родов	3
После аборта	3
После внематочной беременности.....	3
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе.....	3
Курение	3
Ожирение.....	3
Невозможность определения артериального давления.....	4
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	4
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	4
Гипертензия	4
Высокое артериальное давление во время беременности в анамнезе	5
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) /легочная эмболия (ЛЭ)	5
Выявленные тромбогенные мутации	5
Тромбоз поверхностных вен.....	5
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	6
Инсульт.....	6
Поражение клапанов сердца	6
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	6
Головные боли	6
Эпилепсия	6
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	7
Депрессивные расстройства	7
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	7
Характер вагинального кровотечения.....	7
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	7
Эндометриоз.....	7
Доброкачественные опухоли яичников	7
Выраженная дисменорея	7
Болезни трофобласта	7
Цервикальный эктропион.....	7
Цервикальная интра-эпителиальная неоплазия (ЦИН)	7
Рак шейки матки.....	7
Заболевания молочных желез.....	8
Рак эндометрия	8
Рак яичников.....	8
Фибромы матки	8
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	8
ИППП	8
ВИЧ/СПИД.....	9
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	9
ВИЧ-инфицированные	9
СПИД.....	9

ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	9
Шистосомоз.....	9
Туберкулез.....	9
Малярия.....	9
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	9
Диабет.....	9
Нарушения функции щитовидной железы	9
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	10
Заболевания желчного пузыря.....	10
Холестаз в анамнезе.....	10
Вирусный гепатит	10
Цирроз.....	10
Опухоли печени	10
АНЕМИИ.....	10
Талассемия.....	10
Серповидно-клеточная анемия.....	10
Железодефицитная анемия.....	10
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	11
Препараты, влияющие на ферменты печени	11
Антибиотики	11
Антиретровирусная терапия (АРВ)	11
Дополнительные комментарии.....	12
Справочная литература по комбинированным инъекционным контрацептивам, контрацептивным пластырям и влагалищным кольцам.....	14

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК)

Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК) действуют путем торможения овуляции за счет высвобождения из препарата естественного эстрогена и прогестогена.¹⁻⁵ Здесь рассматриваются две формулы КИК, назначаемых с интервалом в четыре недели:

1) **Циклофем** = Медроксипрогестерона ацетат 25 мг плюс эстрадиола ципионат 5 мг

2) **Месиджина** = Норэтистерона энантат 50 мг плюс эстрадиола валерат 5 мг

Поскольку эстрогены в составе КИК могут быть более физиологичными и менее мощными по сравнению с синтетическими эстрогенами в составе комбинированных оральных контрацептивов (КОК), характер и степень выраженности побочных эффектов эстрогенов при применении КИК, могут отличаться от тех, которые бывают при приеме КОК. На самом деле, краткосрочные исследования КИК показали, что по сравнению с КОК они оказывают незначительное влияние на артериальное давление, гемостаз и свертываемость крови, метаболизм липидов и функцию печени.⁶⁻⁸ К тому же, при парентеральном введении КИК устраняется эффект частичного метаболизма при первом прохождении гормонов через печень.

Вместе с тем, КИК являются относительно новым методом контрацепции, и эпидемиологических данных об их действии при длительном применении накоплено еще немного. Кроме того, есть опасение, что эффект гормональной нагрузки, который при применении КОК и противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ППП) можно устранить сразу после прекращения приема препаратов, в случае использования инъекционных контрацептивов будет сохраняться еще некоторое время после последней инъекции.

На данный момент, при отсутствии достаточного массива эмпирических данных по действию КИК, Рабочая группа пришла к заключению, что имеющийся фактический материал по использованию КОК применим в отношении КИК во многих, но не во всех случаях. Поэтому при классификации состояний пациентов для КИК Рабочая группа в целом ориентировалась на категории для КОК и ППП и выбирала нечто среднее между ними. Однако при тяжелых формах патологии (например, ишемическая болезнь сердца) классификация состояний была такой же, что и для КОК. Таким образом, указанные категории являются максимально взвешенными оценками, которые можно дать на основе имеющихся фактов, но их следует считать предварительными и впоследствии, по мере получения новых данных, они будут пересматриваться.

КОМБИНИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП)

Комбинированный контрацептивный пластырь представляет собой средство в виде трехслойного квадрата размером в 20 см², который наклеивается на ягодицы, торс, живот или предплечье для трансдермального введения этинилэстрадиола и прогестогена (норелгестромина). Контрацептивное действие пластыря заключается в торможении овуляции.⁹ В данной публикации рассматривается комбинированный контрацептивный пластырь, имеющий формулу:

Evra = 17-дезатил норгестимат (норелгестромин) 150 мкг плюс этинилэстрадиол 20 мкг (обе дозы приближаются к суточному ритму высвобождения гормонов)

Комбинированный контрацептивный пластырь является новым методом контрацепции. На данный момент имеется лишь относительно ограниченная информация о степени безопасности применения комбинированного контрацептивного пластыря среди здоровых женщин и еще меньше – среди женщин, имеющих те или иные специфические медицинские состояния. Кроме того, Рабочая группа не имела возможности изучить эпидемиологические данные о долгосрочных эффектах применения комбинированных контрацептивных пластырей, а все те исследования, результаты которых были доступны, финансировались самим производителем пластырей.

Согласно существующим фактическим данным, комбинированный контрацептивный пластырь обеспечивает относительную безопасность и по своим фармакокинетическим характеристикам сходен с КОК, имеющими аналогичный состав гормонов.⁹⁻¹⁸ Менее чем у 25% женщин, пользующихся

контрацептивным пластырем, были отмечены кратковременные неприятные ощущения в груди и локальные раздражения на коже.¹⁰⁻¹³ Некоторые данные указывают на то, что эффективность пластыря может понижаться у женщин весом 90 кг или выше.¹⁰⁻¹¹ Пока не было проведено исследований в отношении того, насколько трансдермальное введение препарата, позволяющее избежать эффект частичного метаболизма при первом прохождении гормонов через печень, уменьшает проблемы лекарственного взаимодействия и насколько этот метод показан для женщин с заболеваниями печени.

На данный момент, при отсутствии достаточного массива эмпирических данных по действию этого средства, Рабочая группа пришла к заключению, что имеющийся фактический материал по использованию КОК применим и в отношении контрацептивного пластыря. Поэтому при классификации состояний пациентов для пластыря должны быть те же категории, что и для КОК. Таким образом, указанные категории являются максимально взвешенными оценками, которые можно дать на основе имеющихся фактов, но их следует считать предварительными и впоследствии, по мере получения новых данных, они будут пересматриваться.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)

Комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо действует путем высвобождения естественного этинилэстрадиола и прогестогена (этоногестрела) из 54-миллиметрового севиленового кольца. Контрацептивный эффект комбинированного влагалищного кольца достигается за счет торможения овуляции.¹⁹⁻²⁰ В данной публикации рассматривается влагалищное кольцо, имеющее формулу:

NuvaRing = этоногестрел 120 мкг плюс этинилэстрадиол 15 мкг (обе дозы приближаются к суточному ритму высвобождения гормонов).

Комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо является новым методом контрацепции. На данный момент имеется лишь относительно ограниченная информация о степени безопасности применения комбинированного контрацептивного кольца среди здоровых женщин и еще меньше – среди женщин, имеющих те или иные специфические медицинские состояния. Кроме того, Рабочая группа не имела возможности изучить эпидемиологические данные о долгосрочных эффектах применения комбинированных контрацептивных колец, а все те исследования, результаты которых были доступны, финансировались самим производителем колец.

Согласно существующей фактической информации, комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо обеспечивает относительную безопасность и по своим фармакокинетическим характеристикам сходно с КОК, имеющими аналогичный состав гормонов.²⁰⁻²⁵ Данные по их применению здоровыми женщинами свидетельствуют о том, что влагалищное кольцо не влияет на вагинальную флору,²³⁻²⁴ а некоторые наблюдения показывают, что у женщин с небольшими чешуйчатыми внутриэпителиальными повреждениями использование влагалищных колец не привело к ухудшению их состояния.²³ Пока не было проведено исследований в отношении того, насколько применение влагалищного кольца, позволяющее исключить эффект частичного метаболизма при первом прохождении гормонов через печень, уменьшает проблемы лекарственного взаимодействия и насколько этот метод контрацепции показан для женщин с заболеваниями печени.

На данный момент, при отсутствии достаточного массива эмпирических данных по действию этого средства, Рабочая группа пришла к заключению, что имеющийся фактический материал по использованию КОК применим и в отношении влагалищных колец. Поэтому для кольца должны быть установлены те же категории состояний пациентов, что и для КОК. Таким образом, указанные категории являются максимально взвешенными оценками, которые можно дать на основе имеющихся фактов, но их следует считать предварительными и впоследствии, по мере получения новых данных, они будут пересматриваться.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)	КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Применение КИК, КП или ВК не требуется. Тем не менее, случаев отрицательного воздействия КИК, КП или ВК на здоровье женщины, протекание ее беременности или состояние плода при их случайном приеме не зафиксировано.
ВОЗРАСТ*				
а) От менархе до 40 лет	1	1	1	
б) ≥ 40 лет	2	2	2	
РОДЫ				
а) Ранее не рожавшие	1	1	1	
б) Рожавшие	1	1	1	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*				
а) < 6 недель после родов	4	4	4	
б) от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью)	3	3	3	
с) ≥ 6 месяцев после родов	2	2	2	
ПОСЛЕ РОДОВ* (у женщин, не кормящих грудью)				
а) < 21 дня	3	3	3	
б) ≥ 21 дня	1	1	1	
ПОСЛЕ АБОРТА				
а) Первый триместр	1	1	1	Пояснение: Прием КИК, КП или ВК может начаться сразу после аборта.
б) Второй триместр	1	1	1	
с) Сразу после септического аборта	1	1	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
а) Возраст < 35 лет	2	2	2	
б) Возраст ≥ 35 лет				
(i) <15 сигарет в день	2	3	3	
(ii) ≥15 сигарет в день	3	4	4	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	2	2	Доказательные факты: По некоторым данным, эффективность пластыря может снижаться у женщин весом 90 кг или выше. ¹⁰⁻¹¹

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)		КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Перед началом применения КИК, КП и ВК желательно определить артериальное давление в динамике. Однако в определенных ситуациях определить артериальное давление нет возможности. В условиях, когда высок риск заболеваемости и смертности беременных, КИК, КП и ВК представляют собой один из немногих доступных методов контрацепции. При таких обстоятельствах женщине не следует отказываться в назначении КИК, КП и ВК только потому, что ей нельзя измерить артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	3/4	3/4	3/4	Пояснение: Когда женщина имеет множество основных факторов риска, каждый из которых по отдельности может значительно увеличивать риск сердечно-сосудистых заболеваний, применение КИК, КП и ВК может еще более увеличить этот риск до недопустимого уровня. Однако, увеличение порядка категории при множественных факторах риска не обязательно; например, комбинация двух факторов риска может соответствовать категории 2 и не приведет к переходу в более высокую категорию.
ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы относить женщину к категории гипертоников.				
a) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	3	3	3	Пояснение: Рекомендуется как можно скорее установить причину и степень гипертонии.
b) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление МОЖНО измерить	3	3	3	Пояснение: Женщины, получающие адекватную терапию по поводу гипертонической болезни, подвержены меньшему риску острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению с женщинами, не получающими такого лечения. Хотя статистических данных на этот счет нет, среди женщин, страдающих гипертонией, которые применяют КИК, КП или ВК, риск острого инфаркта миокарда и инсульта также должен быть ниже у тех, которые находятся под соответствующим медицинским контролем.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)	КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) <ul style="list-style-type: none"> (i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 d) Заболевания сосудов				
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	2	2	2	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)* <ul style="list-style-type: none"> a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников) d) Радикальная хирургия <ul style="list-style-type: none"> (i) с длительной иммобилизацией (ii) без длительной иммобилизации e) «Малая» хирургия без иммобилизации 				
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	4	4	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН* <ul style="list-style-type: none"> a) Варикоз вен b) Поверхностный тромбофлебит 				

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)		КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ			
	КИК	КП	ВК				
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	4	4	4				
ИНСУЛЬТ* (инсульт в анамнезе)	4	4	4				
Установленные гиперлипидемии	2/3	2/3	2/3	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. Хотя некоторые виды гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, категория должна определяться с учетом ее вида, степени тяжести и наличия других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.			
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*							
а) без осложнений	2	2	2				
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	4	4				
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ							
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	И	П	И	П	И	П	
а) немигренозные (средние или сильные)	1	2	1	2	1	2	Пояснение: Классификация зависит от точного диагноза сильных головных болей, связанных или не связанных с мигренью. Следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей. Данная классификация предусмотрена для женщин, не имеющих каких-либо иных факторов риска инсульта. Уровень риска инсульта повышается с возрастом, при наличии гипертензии и при курении.
б) мигрень							
(i) без очаговых неврологических симптомов							
Возраст < 35	2	3	2	3	2	3	
Возраст ≥ 35	3	4	3	4	3	4	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	4	4	4	4	4	4	
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1		1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, см. раздел по лекарственному взаимодействию. Некоторые антиконвульсанты снижают эффективность КОК. Насколько применение КИК, КП и ВК сходно в этом отношении с использованием КОК, пока неизвестно.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)		КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	Пояснение: Классификация основывается на доказательных фактах, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определенными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами.
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*				
а) нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	Пояснение: Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии.
б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	1	1	1	
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	2	2	2	Пояснение: В случае подозрений на беременность или сопутствующую патологию (например, злокачественный процесс в органах малого таза) женщину необходимо обследовать, а категория должна быть определена после обследования.
ЭНДОМЕТРИОЗ*	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1	1	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА				
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН*	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРА-ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)*	2	2	2	Доказательные факты: Некоторые наблюдения показывают, что у женщин с небольшими чешуйчатými внутриэпителиальными повреждениями использование влагаліщных колец не привело к ухудшению их состояния. ²³
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	2	2	2	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)	КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*				Пояснение: Следует как можно скорее провести обследование.
a) Недиагностированное образование	2	2	2	
b) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
c) Семейный анамнез рака	1	1	1	
d) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	4	4	4	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3	3	3	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ*	1	1	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ*				
a) Без изменения полости матки	1	1	1	
b) С изменением полости матки	1	1	1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*				
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящее время факторов риска ИППП не установлено)				
(i) с последующей беременностью	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	
b) ВЗОМТ – в настоящее время	1	1	1	
ИППП*				
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
d) Повышенный риск ИППП	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)	КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	1	1	
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ	1	1	1	
СПИД	1	1	1	
Получающие антиретровирусную терапию	2	2	2	Пояснение: Если женщина проходит курс антиретровирусной (АРВ) терапии, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. В силу того, что возможно лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивами и препаратами АРВ, больные СПИДом, получающие АРВ-терапию, классифицируются как категория 2.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
а) Без осложнений	1	1	1	
б) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ*				
а) Нетазовый	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, см. раздел по лекарственным взаимодействиям. Рифампицин во многих случаях уменьшает эффективность КОК. Пока остается неизвестным, насколько КИК, КП или ВК в этом отношении сходны с КОК.
б) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ				
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ*				
а) Во время беременности	1	1	1	
б) Без поражения сосудов				
(i) инсулино-независимые	2	2	2	
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	
с) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	3/4	3/4	3/4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
д) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	3/4	3/4	3/4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния.
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
а) Простой зоб	1	1	1	
б) Гипертиреоз	1	1	1	
с) Гипотиреоз	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)		КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ*				
a) С клиническими симптомами				
(i) после холецистэктомии	2	2	2	
(ii) после медикаментозного лечения	2	3	3	
(iii) в настоящее время	2	3	3	
b) Бессимптомные	2	2	2	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*				
a) Связанные с беременностью	2	2	2	
b) Связанные с применением КОК или КИК	2	3	3	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*				
a) Активный	3/4	4	4	Пояснение: Категория должна определяться с учетом степени тяжести состояния. Пояснение: Женщинам с симптоматическим вирусным гепатитом In КИК, КП и ВЛ не должны назначаться до тех пор, пока не нормализуется функция печени или в течение 3 месяцев с момента исчезновения симптомов, что может наблюдаться раньше.
b) Носительство	1	1	1	
ЦИРРОЗ*				
a) Легкий (компенсированный)	2	3	3	
b) Тяжелый (декомпенсированный)	3	4	4	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*				
a) Доброкачественная (аденома)	3	4	4	
b) Злокачественная (гепатома)	3/4	4	4	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТочНАЯ АНЕМИЯ	2	2	2	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК), КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ ПЛАСТЫРИ (КП) И ВЛАГАЛИЩНЫЕ КОЛЬЦА (ВК)		КИК, контрацептивные пластыри и кольца не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	КИК	КП	ВК	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ				
а) Рифампицин	2	3	3	Пояснение: Хотя взаимодействие рифампицина или некоторых противосудорожных средств с КП или ВК не вредно для здоровья женщины, это может уменьшить эффективность КП или ВП. Женщинам, длительное время принимающим любой из названных препаратов, следует рекомендовать использование других контрацептивов.
б) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	2	3	3	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)				
а) Гризеофульвин	1	2	2	
б) Другие антибиотики	1	1	1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРВ)	2	2	2	Пояснение: Важно отметить, что антиретровирусные препараты (АРВ) способны или уменьшать, или увеличивать биологическую усвояемость стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Некоторые имеющиеся данные (приводимые в Приложении 1) указывают на то, что возможные лекарственные взаимодействия между многими АРВ-препаратами (в частности, некоторыми нуклеозидными ревертазными ингибиторами (ННРИ) и протеазными ингибиторами (ПИ)) и гормональными контрацептивами могут влиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и АРВ-препаратов. Неизвестно, насколько будет ослаблено контрацептивное действие инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (таких, как медроксипрогестерона ацетат продолжительного действия и норэтистерона энантат), поскольку эти методы обеспечивают более высокое содержание гормонов в крови, чем другие прогестогеновые гормональные контрацептивы, а также чем комбинированные оральные контрацептивы. Сейчас ведутся исследования по оценке потенциальных взаимодействий между медроксипрогестерона ацетатом продолжительного действия и конкретными препаратами ПИ и ННРИ. Так, если женщина, которая проходит курс АРВ-терапии, принимает решение начать или продолжить прием гормональных контрацептивов, для предупреждения передачи вируса ВИЧ ей рекомендуется регулярное пользование презервативами, которые помогут также компенсировать возможное снижение эффективности гормонального контрацептива.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

Дополнительные комментарии

ВОЗРАСТ

От менархе до 40 лет: Теоретические опасения по поводу применения комбинированных гормональных контрацептивов подростками были не обоснованы.

≥ 40 лет: Риск сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с возрастом и может также возрастать при применении комбинированных гормональных контрацептивов. При отсутствии других негативных клинических состояний комбинированные гормональные контрацептивы могут использоваться до наступления менопаузы.

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

< 6 недель после родов: Теоретически не исключено, что при применении стероидных гормонов в первые 6 недель после родов новорожденный может быть подвержен риску воздействия этих препаратов.

от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью): Применение комбинированных гормональных контрацептивов в период кормления грудью уменьшает количество грудного молока, сокращает продолжительность лактации и, таким образом, может неблагоприятно повлиять на рост и развитие ребенка.

ПОСЛЕ РОДОВ

< 21 дня: Теоретически не исключена вероятность связи между применением комбинированных гормональных контрацептивов до 3 недель после родов и риском тромбоза у матери. Свертываемость крови и фибринолиз, как правило, приходят в норму в течение трех недель после родов.

ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Для женщин, имевших внематочную беременность в прошлом, возрастает риск внематочной беременности в будущем. Применение комбинированных гормональных контрацептивов обеспечивает защиту от беременности, в том числе и от внематочной.

ГИПЕРТЕНЗИЯ

Заболевание сосудов: Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбоза, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)

Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников): Некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ЛЭ являются наследственными.

Радикальная хирургия: Степень риска ТГВ/ЛЭ, связанного с большими хирургическими операциями, варьирует в зависимости от продолжительности иммобилизации. До хирургической стерилизации женщины нет необходимости прекращать прием комбинированных гормональных контрацептивов.

ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Варикоз вен: Варикозное расширение вен не является фактором риска развития ТГВ/ЛЭ.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбообразования, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ИНСУЛЬТ

Женщинам с сопутствующими заболеваниями сосудов следует избегать повышенного риска артериального тромбообразования, связанного с применением комбинированных гормональных контрацептивов.

ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

У женщин с поражениями клапанов сердца применение комбинированных гормональных контрацептивов может еще больше увеличить риск артериального тромбоза; женщины с осложненными поражениями сердца подвержены наибольшему риску.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом. Более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Нерегулярные менструальные кровотечения бывают распространенным явлением среди здоровых женщин.

НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди состояний, сопровождающихся вагинальными кровотечениями, не отмечено тех, которые ухудшались бы в течение кратковременного периода в связи с приемом комбинированных гормональных контрацептивов.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Комбинированные гормональные контрацептивы не ухудшают, а в некоторых случаях уменьшают симптомы эндометриоза.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН

Цервикальный эктропион не является фактором риска развития рака шейки матки, и нет необходимости в установлении каких-либо ограничений для применения комбинированных гормональных контрацептивов.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)

Теоретически не исключено, что применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на прогноз существующего заболевания. До начала лечения женщина может принимать комбинированные гормональные контрацептивы. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Семейный анамнез рака: Женщины с BRCA1 или BRCA2 мутациями имеют гораздо более высокий исходный уровень риска развития рака молочной железы, чем женщины, у которых нет этих мутаций. У многих женщин, в семейном анамнезе которых есть случаи рака молочной железы, такие мутации отсутствуют.

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Неизвестно, уменьшает ли применение КИК, КП или ВК риск развития рака эндометрия, как в случае приема КОК. До начала лечения женщины могут применять КИК, КП или ВК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

РАК ЯИЧНИКОВ

Неизвестно, уменьшает ли применение КИК, КП или ВК риск развития рака яичников, как в случае приема КОК. До начала лечения женщины могут применять КИК, КП или ВК. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ФИБРОМЫ МАТКИ

КОК не стимулируют рост фибром матки; от КИК, КП или ВК такого действия также не ожидается.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВП снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ИППП

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВП снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

КОК способны уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, но не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта. Насколько КИК, КП или ВП снижают риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела полового тракта.

ДИАБЕТ

Хотя применение комбинированных гормональных контрацептивов может влиять на усвоение углеводов, основные опасения связаны с заболеваниями сосудов, сопутствующими диабету, и с дополнительным риском артериального тромбоза вследствие применения комбинированных гормональных контрацептивов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

КП и ВК, также как и КОК могут вызывать незначительное увеличение риска заболевания желчного пузыря. Есть опасения, что они могут также ухудшать состояние текущего заболевания желчного пузыря. Однако, по результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

Связанный с беременностью: Наличие в анамнезе связанного с беременностью холестаза может предполагать увеличение риска развития холестаза связанного с назначением комбинированной гормональной терапии.

Связанный с приемом КОК или КИК: Наличие в анамнезе холестаза, связанного с приемом КОК или КИК увеличивает риск связанный с использованием КП или ВП. В отличие от КОК, КИК показали минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и отсутствие эффекта частичного метаболизма при первом прохождении через печень.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Активный: По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

ЦИРРОЗ

По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

По результатам наблюдений, КИК, в отличие от КОК, оказывают минимальное воздействие на функцию печени у здоровых женщин и не имеют эффекта частичного метаболизма гормонов при первом прохождении через печень. Однако в силу того, что КИК метаболизируются в печени, теоретически они могут оказывать неблагоприятное влияние на женщин с нарушенной функцией печени.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Применение комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшать кровопотери при менструациях.

Справочная литература по комбинированным инъекционным контрацептивам, контрацептивным пластырям и влагалищным кольцам

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987, 36:441-57.
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, 37:1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 455-66.
7. Kesserü 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, 44:589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-32.
9. Pierson RA 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.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285:2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001, 41:1301-9.
17. Zieman M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002, 77(2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995, 38:821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-42.
22. 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 and Gynecology*, 2002, 186:389-95.
23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100:585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996, 11:2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992, 45:511-8.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	1
Беременность.....	1
Роды.....	2
Кормление грудью.....	2
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе.....	3
Курение.....	3
Ожирение.....	3
Невозможность определения артериального давления.....	3
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	4
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	4
Высокое артериальное давление во время беременности	5
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) / легочная эмболия (ЛЭ)	5
Выявленные тромбогенные мутации.....	5
Тромбоз поверхностных вен.....	5
Инсульт.....	5
Установленные гиперлипидемии	5
Поражение клапанов сердца.....	5
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	6
Головные боли	6
Эпилепсия.....	6
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	6
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	7
Характер вагинального кровотечения.....	7
Эндометриоз.....	7
Доброкачественные опухоли яичников	7
Выраженная дисменорея	7
Болезни трофобласта	7
Цервикальный эктропион.....	7
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	7
Рак шейки матки.....	7
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	8
ИППП	8
ВИЧ/СПИД.....	8
ВИЧ-позитивные	8
СПИД.....	8
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	9
Шистосомоз.....	9
Туберкулез	9
Малярия	9
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	9
Нарушения функции щитовидной железы	9
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	10
Заболевания желчного пузыря	10
Холестаз в анамнезе.....	10
Вирусный гепатит	10
Цирроз печени	10
Опухоли печени	10
АНЕМИИ.....	10
Талассемия.....	10
Серповидно-клеточная анемия.....	10
Железодефицитная анемия.....	10

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	10
Препараты, влияющие на ферменты печени	10
Антибиотики	11
Антиретровирусная терапия (АРВ)	11
Дополнительные комментарии.....	12
Справочная литература по контрацептивам прогестогенового ряда	14

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА

ПТП	=	Противозачаточные таблетки прогестогенового ряда
МП/НЭ	=	Медروксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАПД)/Норэтистерона энантат (НЭЭ)
ЛНИ/ЭНИ	=	Левоноргестреловые имплантаты («Норплант» и «Джаделл») и этоноргестреловые имплантаты («Импланон»)

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	Не применимо			Пояснение. Применения КПР не требуется. В литературе отсутствуют какие-либо указания на отрицательное воздействие КПР на здоровье женщины или плода при случайном употреблении КПР во время беременности. Однако характер влияния МОПАПД на здоровье плода остается неясным.
ВОЗРАСТ*				
a) от менархе до 18 лет	1	2	1	Доказательные факты. Имеющиеся данные (количество которых на настоящий момент ограничено) указывают на снижение минерализации костной ткани при длительном применении МОПАПД у лиц несовершеннолетнего возраста и отсутствие такого побочного эффекта при использовании левоноргестреловых имплантатов. Степень воздействия МОПАПД на максимальный уровень накопления костной массы у лиц несовершеннолетнего возраста не изучалась ¹⁻⁵ .
b) от 18 до 45 лет	1	1	1	Доказательные факты. Результаты исследований показали, что у женщин, использующих в качестве контрацептива МОПАПД, степень минерализации костной ткани была ниже, чем у женщин, не пользующихся таким противозачаточным средством. При этом указанное снижение, как правило, не превышало одного стандартного отклонения от нормы ⁶ . Результаты обследования активных пользователей контрацептива «Норплант» оказались неоднозначными ⁶ . В ходе одного из исследований было установлено, что у лиц, использующих в качестве контрацептива «Импланон» степень минерализации костной ткани оставалась стабильной в течение двух лет ⁷ .

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
с) после 45 лет	1	2	1	Доказательные факты. У женщин в возрасте более 45 лет, использующих в качестве контрацептива МОПАПД, уровень минерализации костной ткани был сниженным в сравнении с таковым у лиц, не пользующихся данным противозачаточным средством. Однако в литературе имеются указания на то, что у женщин, прекративших использование МОПАПД до начала менопаузы, костная масса возрастала. Также, исследования показали, что в группе женщин, находящихся в менопаузе, степень минерализации костной ткани находилась примерно на одинаковом уровне вне зависимости от того, пользовалась ли женщина МОПАПД до наступления менопаузы или нет ⁸⁻¹³ .
РОДЫ а) Ранее не рожавшие б) Рожавшие	1 1	1 1	1 1	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ а) < 6 недель после родов	3	3	3	Пояснение: Существуют определенные опасения относительно влияния стероидных гормонов на здоровье новорожденных в течение первых 6 недель жизни. Однако во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности находятся на высоком уровне. Ситуация при этом усугубляется отсутствием широкого доступа к медицинским услугам. В таких ситуациях, КПР являются одним из немногих средств контрацепции, которые имеются в свободной продаже и могут использоваться кормящими грудью женщинами сразу после родов. Доказательные факты: Результаты исследований показывают, что использование контрацептивов прогестогенового ряда кормящими грудью женщинами в первые 6 недель после родов не оказывает какого-либо отрицательного воздействия ни на качество грудного вскармливания, ни на здоровье и развитие новорожденного. Однако характер влияния препаратов прогестогенового ряда на мозг и печень детей, находящихся на грудном вскармливании, на настоящий момент не изучен ¹⁴⁻³⁸ .

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
b) от 6 недель до 6 месяцев после родов (ребенок находится в основном на грудном вскармливании)	1	1	1	
c) более 6 месяцев после родов	1	1	1	
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД* (у не кормящих грудью женщин)				
a) менее 21 дня после родов	1	1	1	
b) ≥ 21 дня после родов	1	1	1	
ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕРИОД				
a) Первый триместр	1	1	1	Пояснение: Прием КПР допускается начинать сразу после аборта.
b) Второй триместр	1	1	1	Доказательные факты: Ограниченные доказательства свидетельствуют об отсутствии отрицательного эффекта если Норплантат или НЭЭ назначаются сразу после аборта в первом триместре беременности. ³⁹⁻⁴²
c) Сразу после септического аборта	1	1	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	2	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
a) Возраст < 35 лет	1	1	1	
b) Возраст ≥ 35 лет				
(i) < 15 сигарет в день	1	1	1	
(ii) ≥ 15 сигарет/день	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	1	1	1	Доказательные факты: В литературе имеются противоречивые данные относительно воздействия МОПАПД на набор веса и возникновение маточных кровотечений у женщин, страдающих ожирением, в сравнении с женщинами, не имеющими избыточного веса ⁴³⁻⁴⁵ . Результаты исследований показывают, что снижения противозачаточного эффекта при использовании мягких капсул «Норплант» или «Джаделл» у женщин с избыточным весом не наблюдается ⁴⁶⁻⁴⁸ .
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Перед началом использования КПР рекомендуется измерить показатели кровяного давления. Однако, учитывая, что во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности находятся на высоком уровне, женщине не следует отказывать в применении КПР только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как более старший возраст, курение, диабет и гипертония)	2	3	2	Пояснение: Одновременное наличие ряда серьезных рисков может существенно увеличивать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые КПР могут увеличивать риск тромбоза сосудов, хотя степень риска в таком случае значительно ниже в сравнении с риском, возникающим при использовании КОК. Влияние МОПАГД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования препарата.
ГИПЕРТЕНЗИЯ*				
Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.				
а) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	2	2	2	Пояснение: Перед началом использования КПР рекомендуется измерить показатели кровяного давления. Однако, учитывая, что во многих регионах мира показатели заболеваемости беременных и показатели материнской смертности находятся на высоком уровне, женщине не следует отказываться в применении КПР только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
б) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление МОЖНО измерить	1	2	1	Пояснение: Эффективное лечение артериальной гипертонии позволяет снизить риск развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с ситуациями, когда такое лечение не проводится. Несмотря на отсутствие каких-либо сообщений в литературе по данному вопросу, есть все основания полагать, что женщины-пользователи КПР, получающие адекватное лечение по поводу артериальной гипертонии и находящиеся под соответствующим наблюдением врача, подвергаются меньшему риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта в сравнении с пользователями КПР, не получающими необходимой медицинской помощи.
в) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)				Пояснение: Имеющиеся данные (объем которых на настоящий момент является ограниченным) свидетельствуют о том, что в группе женщин, страдающих артериальной гипертонией, использование ПТП или инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда способствовало снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний ⁴⁹ .
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	2	1	
(ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100	2	3	2	
г) Сосудистые заболевания	2	3	2	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ЭНИ		
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (когда измеряемое в настоящее время артериальное давление находится в норме)	1	1	1		
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)*					
а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	2	2	2		
б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	3	3	3		
в) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	1	1	1		
г) Радикальная хирургия					
(i) с длительной иммобилизацией	2	2	2		
(ii) без длительной иммобилизации	1	1	1		
д) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1		
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	2	2	2	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.	
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН					
а) Варикоз вен	1	1	1		
б) Поверхностный тромбофлебит	1	1	1		
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее*	И	П	3	И	П
	2	3		2	3
ИНСУЛЬТ* (инсульт в анамнезе)	1	С	3	1	С
	2	3		2	3
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	2	2	2	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры. Некоторые виды гиперлипидемии являются факторами риска возникновения сосудистых заболеваний.	
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА					
а) без осложнений	1	1	1		
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый	1	1			
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ					

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.						
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение						ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП		МП/НЭ		ЛНИ/ ЭНИ		
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	И	П	И	П	И	П	
a) немигренозные (средние или сильные)	1	1	1	1	1	1	Пояснение: Данная классификация зависит от точности дифференциальной диагностики мигрени и головной боли другой этиологии. Появление сильных головных болей или ощутимых изменений в интенсивности таковых требует проведения соответствующего обследования. Классификация применима в отношении женщин, не подверженных другим факторам риска возникновения инсульта. Факторами риска развития инсульта являются возраст, артериальная гипертензия и курение.
b) мигрень							
(i) без очаговых неврологических симптомов							
Возраст < 35	1	2	2	2	2	2	
Возраст ≥ 35	1	2	2	2	2	2	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	2	3	2	3	2	3	
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1		1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, назначать КПР следует с учетом рекомендаций, приводимых в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Некоторые противосудорожные препараты могут снижать эффективность КПР.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА							
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		1		1		Пояснение: Данная классификация разработана с учетом результатов наблюдения за пациентами, страдающими определенными видами депрессивных расстройств. Данные о влиянии КПР на течение маниакально-депрессивного психоза или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключается возможность лекарственного взаимодействия при одновременном применении некоторых антидепрессантов и гормональных контрацептивов. Доказательные факты: Исследования показали, что КПР не способствует усугублению депрессивных симптомов у женщин с депрессивными состояниями в сравнении с основной группой ⁵⁰⁻⁵³ .

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*				
a) нерегулярные без больших кровопотерь	2	2	2	
b) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	2	2	2	Пояснение: Появление вагинальных кровотечений необычной интенсивности может свидетельствовать о наличии серьезной патологии.
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ* (подозрение на серьезное заболевание)				
До обследования	2	3	3	Пояснение: При подозрении на беременность или наличие серьезной патологии (например, опухоли органов малого таза) необходимо провести соответствующее обследование и пересмотр принадлежности пациентки к той или иной категории.
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1	1	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА				
a) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
b) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	1	2	2	Пояснение: При хроническом течении ВИЧ-инфекции длительное применение МОПАПД (более 5 лет) может увеличивать риск возникновения преинвазивной (внутриэпителиальной) и инвазивной карциномы ⁵⁴ .
РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)*	1	2	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ *				
a) Недиагностированное образование	2	2	2	Пояснение: Женщина должна быть подвергнута обследованию как можно раньше.
b) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
c) Семейный анамнез рака	1	1	1	
d) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	4	4	4	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3	3	3	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ*	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ФИБРОМЫ МАТКИ*				
a) Без изменения полости матки	1	1	1	
b) С изменением полости матки	1	1	1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*				
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)				
(i) с последующей беременностью	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	
b) ВЗОМТ – в настоящее время	1	1	1	
ИППП*				
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	Доказательные факты: Имеющиеся данные (объем которых на настоящий момент является ограниченным) свидетельствуют о том, что вероятность развития хламидийных цервицитов у пользователей МОПАПД, подвергающихся высокому риску заражения ИППП, может увеличиваться. Что касается других ИППП, то здесь либо имеются прямые указания на отсутствие связи между использованием МОПАПД и заражением ИППП, либо не представляется возможным сделать какое-либо заключение в связи с ограниченностью имеющихся данных. Данные о влиянии других КПР отсутствуют ⁵⁵⁻⁶¹ .
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатит)	1	1	1	
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
d) Повышенный риск ИППП	1	1	1	
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	1	1	Доказательные факты: В целом, имеющиеся данные не дают однозначного ответа в отношении того, возрастает ли риск заражения ВИЧ-инфекцией при использовании КПР ⁶²⁻⁷⁸ .
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	1	1	1	Доказательные факты: Результаты исследований не дают однозначного ответа в отношении того, способствует ли использование МОПАПД увеличению риска распространения ВИЧ-инфекции и вируса простого герпеса (HSV) в группе женщин, являющихся носителями ВИЧ-инфекции. ⁷⁹⁻⁸¹
СПИД	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
Получающие антиретровирусную терапию	2	2	2	Пояснение: Если женщина принимает антиретровирусные препараты (АРВ), назначать КПР необходимо в соответствии с рекомендациями, изложенными в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Ввиду возможности лекарственного взаимодействия между гормональными контрацептивами и АРВ, носители ВИЧ-инфекции, применяющие АРВ, относятся к Категории 2.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
a) Без осложнений	1	1	1	Доказательные факты: Некоторые источники указывают, что использование МОПАД при шистосомозе не оказывает отрицательного воздействия на функцию печени ⁸² .
b) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ*				
a) Нетазовый	1	1	1	Пояснение: Если женщина принимает рифампицин, назначать КПР необходимо в соответствии с рекомендациями, изложенными в разделе о взаимодействии лекарственных препаратов. Не исключается возможность снижения эффективности КПР при использовании КПР.
b) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ				
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ*				
a) Во время беременности	1	1	1	
b) Без поражения сосудов				
(i) инсулино-независимые	2	2	2	
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	
c) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	2	3	2	
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	2	3	2	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
a) Простой зоб	1	1	1	
b) Гипертиреоз	1	1	1	
c) Гипотиреоз	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
a) С клиническими симптомами				
(i) после холецистэктомии	2	2	2	
(ii) после медикаментозного лечения	2	2	2	
(iii) в настоящее время	2	2	2	
b) Бессимптомные	2	2	2	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*				
a) Связанный с беременностью	1	1	1	
b) Связанный с применением КПР	2	2	2	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*				
a) Активный	3	3	3	
b) Носительство	1	1	1	
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ*				
a) Легкий (компенсированный)	2	2	2	
b) Тяжелый (декомпенсированный)	3	3	3	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ *				
a) Доброкачественная (аденома)	3	3	3	
b) Злокачественная (гепатома)	3	3	3	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	Доказательные факты: Использование КПР при серповидно-клеточной анемии не оказывало отрицательного влияния на гематологические показатели, а в некоторых случаях даже уменьшало выраженность клинических симптомов ⁸³⁻⁹⁰ .
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	1	1	1	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ				
a) Рифампицин	3	2	3	Пояснение: Несмотря на то, что взаимодействие рифампицина (а также некоторых противосудорожных препаратов) и ПТП и ЛНИ/ЭНИ имплантантов не оказывает вредного влияния на здоровье женщины, тем не менее, в данном случае не исключается возможность снижения противозачаточного эффекта ПТП и ЛНИ/ЭНИ имплантантов. Женщинам, вынужденным принимать вышеуказанные препараты в течение длительного времени, рекомендуется использовать другие средства контрацепции. На настоящий момент остается неясным, позволит ли увеличение дозы гормонов в ПТП преодолеть данный эффект. Доказательные факты: Использование некоторых противосудорожных препаратов приводит к снижению противозачаточного эффекта КПР ⁹¹⁻⁹³ .
b) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3	2	3	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДА (КПР)	КПР не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	ПТП	МП/НЭ	ЛНИ/ ЭНИ	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин) а) Гризеофульвин б) Другие антибиотики	2 1	1 1	2 1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРВ)	2	2	2	<p>Пояснение: Важно отметить, что антиретровирусные препараты (АРВ) способны или уменьшать, или увеличивать биологическую доступность стероидных гормонов, содержащихся в гормональных контрацептивах. Некоторые имеющиеся данные (приводимые в Приложении 1) указывают на то, что возможные лекарственные взаимодействия между многими АРВ-препаратами (в частности, некоторыми нуклеозидными ревертазными ингибиторами (ННРИ) и протеазными ингибиторами (ПИ)) и гормональными контрацептивами могут влиять на безопасность и эффективность как гормональных контрацептивов, так и АРВ-препаратов. Неизвестно, насколько будет ослаблено контрацептивное действие только прогестинных инъекционных контрацептивов (таких, как медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия и норэтистерона энантат), поскольку эти методы обеспечивают более высокое содержание гормонов в крови, чем другие только прогестинные гормональные контрацептивы, а также чем комбинированные оральные контрацептивы. Сейчас ведутся исследования по оценке потенциальных взаимодействий между медроксипрогестерона ацетатом пролонгированного действия и конкретными препаратами ПИ и ННРИ. Так, если женщина, которая проходит курс АРВ-терапии, принимает решение начать или продолжить прием гормональных контрацептивов, для предупреждения передачи вируса ВИЧ ей рекомендуется регулярное пользование презервативами, которые помогут также компенсировать возможное снижение эффективности гормонального контрацептива.</p>

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

Дополнительные комментарии

ВОЗРАСТ

От менархе до 18 лет: Существуют теоретические опасения по поводу того, что использование МОПАПД может приводить к снижению уровня эстрогенов в крови у женщин в возрасте до 18 лет, а также препятствовать набору соответствующей пиковой массы костной ткани.

> 45 лет: Существуют теоретические опасения по поводу того, что использование МОПАПД может приводить к снижению уровня эстрогенов в крови у женщин в возрасте более 45 лет, а также препятствовать полному восстановлению утраченной костной массы после отказа от дальнейшего применения данного средства контрацепции.

ПОСЛЕ РОДОВ

< 21 дня: не кормящие грудью женщины могут начинать прием КПР сразу после родов без какого-либо вреда для своего здоровья.

ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Несмотря на то, что абсолютная частота случаев наступления внематочной беременности при использовании ПТП превышает таковую при применении других КПР, тем не менее, она ниже показателя, характерного для группы женщин, не пользующихся противозачаточными средствами.

ГИПЕРТЕНЗИЯ

Заболевание сосудов: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий при использовании ПТП или ЛНИ/ЭНИ имплантов расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)

Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ

Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и липопротеидов высокой плотности (ЛВП) в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий использования ПТП или ЛНИ/ЭНИ имплантов расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

ИНСУЛЬТ

Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и ЛВП в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Однако риск возникновения таких последствий использования ПТП или ЛНИ/ЭНИ имплантов расценивается как относительно низкий. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом. Более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

Существуют опасения, что сильные головные боли могут возрастать по интенсивности при использовании НЭЭ, МОПАПД или противозачаточных имплантатов. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Нерегулярные менструальные кровотечения бывают распространенным явлением среди здоровых женщин. Использование КПР часто приводит к нарушению регулярности менструальных кровотечений. Вживление имплантата может изменять цикличность менструальных кровотечений, особенно, в течение первых 3-6 месяцев (иногда нарушение менструального цикла может сохраняться в течение более длительного времени). Вероятность возникновения аменореи выше при использовании эстрогестреловых контрацептивов, нежели при применении левоноргестреловых препаратов.

НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Использование КПР может нарушать регулярность менструальных кровотечений и таким образом затушевывать симптомы основной патологии. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)

Теоретически не исключено, что применение контрацептивов прогестогенового ряда может повлиять на прогноз существующего заболевания. До начала лечения женщина может принимать контрацептивы прогестогенового ряда. Как правило, лечение основного заболевания приводит к стерилизации женщины.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль, поэтому прогноз для женщин с текущим или недавним раком молочной железы может ухудшаться при применении комбинированных гормональных контрацептивов.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

До начала лечения женщины могут применять КПР. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

РАК ЯИЧНИКОВ

До начала лечения женщины могут применять КПР. Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ФИБРОМЫ МАТКИ

КОК не стимулируют рост фибром матки.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Позволяют ли КПР подобно КОК уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП неизвестно, но они не обеспечивают защиты от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей.

ИППП

Позволяют ли КПР подобно КОК уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей.

ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

Позволяют ли КПР подобно КОК уменьшить риск ВЗОМТ для женщин с ИППП, пока неизвестно, но они не предохраняют от ВИЧ или ИППП нижнего отдела половых путей.

ДИАБЕТ

Не сосудистые заболевания: КПР могут изменять метаболизм углеводов.

Нефропатия, ретинопатия, нейропатия: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов. Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

Другие заболевания сосудов или диабет продолжительностью более 20 лет: Существуют опасения относительно возможности снижения уровня эстрогенов и HDL в крови женщин, пользующихся КПР, в особенности, МОПАПД и НЭЭ. Последствие МОПАПД и НЭЭ может сохраняться в течение некоторого времени после отказа от использования этих контрацептивов. Некоторые КПР могут увеличивать риск возникновения тромбоза вен, хотя такой риск существенно меньше, чем при использовании КОК.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

Теоретически, наличие в анамнезе холестаза, возникшего в связи с использованием КОК, дает основания ожидать появления холестаза при применении других КПР. Однако каких-либо официальных подтверждений данной теории не существует.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Активный: В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

В силу того, что метаболизм КПР происходит в печени, использование препаратов из данной группы может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье женщин с нарушенной функцией печени. Помимо этого, использование КПР может стимулировать рост опухолей. Хотя риск такого рода аналогичен риску, возникающему при использовании КОК, тем не менее, он несколько ниже, чем во втором случае.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Изменение характера менструальных кровотечений, являющееся следствием применения КПР, оказывает незначительное воздействие на уровень гемоглобина в крови.

Справочная литература по контрацептивам прогестогенового ряда

1. 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, 32:257-9.
2. Cromer BA 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, 129:671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-21.
7. Beerthuizen 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, 15:118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-8.
9. Cundy T, Reid I. Depot medroxyprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994, 308:1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-4.
12. Orr-Walker BJ 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, 49:615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of norgestrel acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-6.
15. Abdulla KA 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, 32:261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108:1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-25.
19. 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, 186:1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-8.
23. Karim M et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-3.
24. Massai R 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.
25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-48.
26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-50.
27. Melis GB et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. [Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep;44(3):339]. *Contraception*, 1991, 44:31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 107-11.
30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-10.

33. Shikary ZK 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 breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper t 380a iud. *Contraception*, 1997, 55:225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1976, 40(237):31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-9.
37. 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, 13:313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-82.
40. 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, 30:431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-14.
43. Connor PD et al. 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.
44. 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.
45. 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.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998, 58:275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. 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, 57:315-24.
50. Cromer BA 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, 94:687-94.
51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001, 14:71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
60. 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, 28:365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
62. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.

66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
76. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
77. 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, 37:86-8.
78. Ungchusak K 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, 12:500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
80. 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, 350:922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
82. 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, 64:173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973, 265:367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Norgestrel Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997, 56:313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993, 41:85-7.
89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-70.
91. Haukkamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986, 33:559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-4.

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (ТНК)

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (ТНК) (включая комбинированные оральные контрацептивные таблетки и контрацептивные таблетки левоноргестрела)		ТНК не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БЕРЕМЕННОСТЬ	Н/П	Пояснение: Хотя этот метод не показан для женщин с установленной или подозреваемой беременностью, случаев отрицательного воздействия ТНК на здоровье женщины, протекание ее беременности или состояние плода при их случайном приеме не зафиксировано.
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	1	
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	
ТЯЖЕЛЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ* (ишемическая болезнь сердца, инсульт, другие тромбоэмболические состояния)	2	
СТЕНОКАРДИЯ*	2	
МИГРЕНЬ*	2	
ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (включая желтуху)*	2	
ПОВТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТНК	1	Пояснение: Повторное применение ТНК является указанием на то, что женщина нуждается в консультации по другим методам контрацепции. Частое многократное применение ТНК может быть вредным для женщины, состояния которой классифицированы как 2, 3 или 4 для применения КОК, КИК или ПТП.
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*	1	

* Дополнительные комментарии

ТЯЖЕЛЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ТПТ, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

СТЕНОКАРДИЯ

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ТПТ, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

МИГРЕНЬ

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ТПТ, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (включая желтуху)

Продолжительность применения ТНК меньше, чем обычная продолжительность регулярного приема КОК или ТПТ, и поэтому они будут иметь меньшее клиническое воздействие.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ

В случае изнасилования никаких ограничений для использования ТНК нет.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	1
Беременность.....	1
Возраст	1
Роды	1
После родов	1
После аборта	1
После внематочной беременности.....	1
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе.....	2
Курение	2
Ожирение.....	2
Невозможность определения артериального давления.....	2
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	2
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	2
Высокое артериальное давление во время беременности в анамнезе	3
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) /легочная эмболия (ЛЭ)	3
Выявленные тромбогенные мутации	3
Тромбоз поверхностных вен.....	3
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	3
Инсульт	3
Установленные гиперлипидемии	4
Поражение клапанов сердца.....	4
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	4
Головные боли	4
Эпилепсия.....	4
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	4
Депрессивные расстройства	4
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	4
Характер вагинального кровотечения.....	4
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	5
Эндометриоз.....	5
Доброкачественные опухоли яичников	5
Выраженная дисменорея	5
Болезни трофобласта	5
Цервикальный эктропион.....	5
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	5
Рак шейки матки.....	5
Заболевания молочных желез.....	5
Рак эндометрия	5
Рак яичников.....	5
Фибромы матки	5
Анатомические аномалии	6
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	6
ИППП	7
ВИЧ/СПИД.....	7
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	7
ВИЧ-позитивные	7
СПИД.....	8
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	8
Шистосомоз.....	8
Туберкулез	8
Малярия.....	8
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	8
Диабет.....	8
Нарушения функции щитовидной железы	8

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
Заболевания желчного пузыря.....	8
Холестаз в анамнезе.....	9
Вирусный гепатит.....	9
Цирроз.....	9
Опухоли печени.....	9
АНЕМИИ.....	9
Талассемия.....	9
Серповидно-клеточная анемия.....	9
Железодефицитная анемия.....	9
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	9
Препараты, влияющие на ферменты печени.....	9
Антибиотики.....	9
Антиретровирусная терапия (АРВ).....	9
Дополнительные комментарии.....	10
Справочная литература по внутриматочным средствам.....	12

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)

Cu-ВМС = медьсодержащие ВМС

ЛНГ-ВМС = левоноргестрел-высвобождающий ВМС (20 мкг/24 часа)

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)	ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	4	4	Пояснение: ВМС не должны применяться во время беременности из-за риска серьезных инфекций тазовых органов и септического самопроизвольного аборта.
ВОЗРАСТ*			
а) От менархе до 20 лет	2	2	
б) ≥ 20 лет	1	1	
РОДЫ*			
а) Ранее не рожавшие	2	2	Доказательные факты: Имеются противоречивые данные в отношении того, связано ли применение ВМС с бесплодием среди нерожавших женщин, хотя по результатам последних тщательных исследований увеличение риска бесплодия маловероятно. ¹⁻⁹
б) Рожавшие	1	1	
ПОСЛЕ РОДОВ* (у кормящих или не кормящих грудью, в том числе после кесарева сечения)			
а) < 48 часов	2	3	Доказательные факты: Зафиксировано увеличение числа случаев выпадения ВМС при их введении с некоторой задержкой после родов по сравнению с тем, когда ВМС вводятся сразу после родов, и при немедленном введении ВМС после родов по сравнению с тем, когда они вводятся через определенный интервал. ¹⁰⁻¹⁶
б) от 48 часов до 4 недель	3	3	
с) ≥ 4 недель	1	1	
д) пуэрперальный сепсис	4	4	
ПОСЛЕ АБОРТА*			
а) Первый триместр	1	1	Пояснение: ВМС можно вводить немедленно после самопроизвольного или индуцированного аборта в первом триместре. Доказательные факты: Уровень риска развития осложнений не зависит от момента введения ВМС – сразу после аборта или по истечении некоторого времени. Случаи выпадения наблюдались чаще, когда ВМС вводились после аборта на втором триместре, чем после аборта на первом триместре. Выбор вводимых после аборта ВМС – ЛНГ-ВМС или Cu-ВМС – не влияет на уровень безопасности или вероятность выпадения. ¹⁷⁻³⁰
б) Второго триместра	2	2	
с) Сразу после септического аборта	4	4	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ*	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (см. раздел После родов, включая Состояние после кесарева сечения)	1	1	
КУРЕНИЕ а) Возраст < 35 лет б) Возраст ≥ 35 лет (i) < 15 сигарет в день (ii) ≥ 15 сигарет в день	1 1 1 1	1 1 1 1	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	1	1	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Н/П	Пояснение: Хотя для обеспечения качественного профилактического обслуживания, возможно, целесообразно измерять артериальное давление, это не имеет прямого отношения к вопросам безопасного и эффективного применения ВМС. Женщине не следует отказываться в применении ВМС только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	1	2	
ГИПЕРТЕНЗИЯ* Для всех категорий гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников.			
а) В анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертензию во время беременности)	1	2	
б) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление МОЖНО измерить	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС		
с) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) (i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 d) Заболевания сосудов	1	1		
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	1	1		
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)* а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время в) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников) д) Радикальная хирургия (i) с длительной иммобилизацией (ii) без длительной иммобилизации е) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	2		
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	1	2		Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН а) Варикоз вен б) Поверхностный тромбофлебит	1	1		
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ*	1	И 2	П 3	
ИНСУЛЬТ* (инсульт в анамнезе)	1	2		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)	ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС		
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	1	2	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.	
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА а) без осложнений б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1 2	1 2	Пояснение: При введении ВМС с целью профилактики эндокардита рекомендуются антибиотики.	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ				
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ* а) немигренозные (средние или сильные) б) мигрень (i) без очаговых неврологических симптомов Возраст < 35 Возраст > 35 (ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	1 1 1 1	И 1 2 2 2 2	П 1 2 2 3	Пояснение: Следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей.
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1		Пояснение: Классификация основывается на доказательных фактах, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определенными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами.
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ* а) нерегулярные без больших кровопотерь б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	1 2	И 1 1	П 1 2	Пояснение: Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьезной сопутствующей патологии. Доказательные факты: Среди женщин с обильными или длительными кровотечениями применение ЛНГ-ВМС оказывало положительный эффект на лечение меноррагии. ³¹⁻³⁵

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение				ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание) До обследования					Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования. Перед обследованием нет необходимости удалять ВМС.
	И	П	И	П	
	4	2	4	2	
ЭНДОМЕТРИОЗ*	2		1		Доказательные факты: При применении ЛНГ-ВМС у женщин с эндометриозом отмечалось уменьшение дисменореи и болей в области малого таза. ^{36,37}
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1		1		
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ*	2		1		
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА*					
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	3		3		
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	4		4		
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1		1		
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)*	1		2		
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	И	П	И	П	
	4	2	4	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*					
а) Недиагностированное образование	1		2		
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1		1		
в) Семейный анамнез рака	1		1		
г) Рак молочной железы:					
(i) в настоящее время	1		4		
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	1		3		
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	И	П	И	П	
	4	2	4	2	
РАК ЯИЧНИКОВ*	3	2	3	2	
ФИБРОМЫ МАТКИ*					Доказательные факты: У женщин с фибромами при применении ЛНГ-ВМС не отмечено признаков ухудшения состояния здоровья. Более того, у некоторых женщин наблюдалось ослабление симптомов и уменьшение размеров фибромы. ³⁸⁻⁴⁴
а) Без изменения полости матки	1		1		
б) С изменением полости матки	4		4		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)	ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ	
	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС		
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ* а) Измененная полость матки (любая врожденная или приобретенная аномалия, изменяющая полость матки таким образом, что это несовместимо с введением ВМС) б) Другие аномалии (включая стеноз шейки матки или разрывы шейки матки), не изменяющие полость матки или не препятствующие введению ВМС	4	4		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)* а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено) (i) с последующей беременностью (ii) без последующей беременности б) ВЗОМТ – в настоящее время	И	П	И	П
	1	1	1	1
	2	2	2	2
	4	2	4	2
	Пояснение для продолжения: Необходимо лечение ВЗОМТ с помощью соответствующих антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их применение. (См. <i>Некоторые практические рекомендации по использованию контрацептивов</i> . ВОЗ: Женева, 2002). Продолжение применения ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. Доказательные факты: Среди женщин, пользующихся ВМС, которые проходили лечение ВЗОМТ, не отмечено различий в течении болезни, обусловленные тем, удалены у них ВМС или оставлены. ⁴⁵⁻⁴⁷			

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение				ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
	И	П	И	П	
ИППП*					
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	4	2	4	2	Пояснение для продолжения: Необходимо лечение ИППП с помощью соответствующих антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их применение. Продолжение применения ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. Доказательные факты: Нет данных в отношении того, насколько введение ВМС женщинам с ИППП увеличивает риск ВЗОМТ, по сравнению с теми, которые ими не пользуются. Среди женщин, которым были введены ВМС, абсолютный риск последующего развития ВЗОМТ у женщин с ИППП на момент введения ВМС был невысоким, но выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения ВМС. ⁴⁸⁻⁵⁴
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	2	2	2	2	
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	2	2	2	2	
d) Повышенный риск ИППП	2/3	2	2/3	2	Пояснение для продолжения: Если женщина в силу своих индивидуальных обстоятельств имеет очень высокую вероятность подвергнуться заражению гонореей или хламидийной инфекцией, ее состояние квалифицируется как категория 3. Доказательные факты: По результатам исследования с использованием алгоритма классификации уровней риска ИППП среди женщин, пользующихся ВМС, осложнения вследствие применения ВМС были отмечены у 11% женщин, подверженных высокому риску ИППП, по сравнению с 5% аналогичных случаев среди женщин, не отнесенных к категории повышенного риска. ⁵⁰
ВИЧ/СПИД					
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	И	П	И	П	Доказательные факты: У женщин, подверженных высокому риску ВИЧ-инфекции, использование медьсодержащих ВМС не повышает риск инфицирования ВИЧ. ⁵⁵⁻⁶⁵
	2	2	2	2	
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	2	2	2	2	Доказательные факты: В отношении пользования ВМС имеются некоторые немногочисленные данные, свидетельствующие об отсутствии повышения риска общих осложнений или осложнений, связанных с инфекцией, при сравнении женщин, инфицированных и не инфицированных вирусом ВИЧ. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных женщин применение ВМС не ведет к повышению риска передачи вируса половым партнером. ^{55, 66-69}

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение				ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
СПИД	2	2	2	2	Пояснение для продолжения: Женщины, больные СПИДом, при использовании ВМС должны быть полностью обследованы на наличие инфекционных заболеваний тазовых органов
Эффективная антиретровирусная терапия	2	2	2	2	
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ					
ШИСТОСОМОЗ					
a) Без осложнений	1		1		
b) Фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1		1		
ТУБЕРКУЛЕЗ*					
	И	П	И	П	
a) Нетазовый(а) Нетазовый	1	1	1	1	
b) Установленный тазовый	4	3	4	3	
МАЛЯРИЯ					
	1		1		
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
ДИАБЕТ*					
a) Во время беременности в анамнезе	1		1		
b) Без поражения сосудов					
(i) инсулино-независимые	1		2		
(ii) инсулино-зависимые	1		2		
c) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	1		2		
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	1		2		
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ					
a) Простой зоб	1		1		
b) Гипертиреоз	1		1		
c) Гипотиреоз	1		1		
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ					
a) С клиническими симптомами					
(i) после холецистэктомии	1		2		
(ii) после медикаментозного лечения	1		2		
(iii) в настоящее время	1		2		
b) Бессимптомные	1		2		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ВМС)		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ И = Инициация, П = Продолжение				ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*					
а) Связанные с беременностью	1		1		
б) Связанные с применением КОК	1		2		
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*					
а) Активный	1		3		
б) Носительство	1		1		
ЦИРРОЗ*					
а) Легкий (компенсированный)	1		2		
б) Тяжелый (декомпенсированный)	1		3		
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*					
а) Доброкачественная (аденома)	1		3		
б) Злокачественная (гепатома)	1		3		
АНЕМИИ					
ТАЛАССЕМИЯ*	2		1		
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ*	2		1		
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	2		1		
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ					
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ					Доказательные факты: По данным одного исследования, рифабутин, который относится к тому же классу препаратов, что и рифампицин, не оказывает влияния на эффективность ЛНГ-ВМС. ⁷⁰
а) Рифампицин	1		1		
б) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	1		1		
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)	1		1		
а) Гризеофульвин	1		1		
б) Другие антибиотики	1		1		
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРВ)	И 2/3	П 2	И 2/3	П 2	Пояснение: СПИД классифицируется как категория 3 при введении ВМС и как категория 2 при продолжении применения ВМС, если женщина не находится на продвинутой стадии АРВ-терапии, в случае чего и при введении, и при продолжении использования ВМС состояние классифицируется как категория 2.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

Дополнительные комментарии

ВОЗРАСТ

От менархе до 20 лет: Не исключен риск выпадения ВМС у нерожавших, а также риск ИППП вследствие особенностей сексуального поведения молодежи.

РОДЫ

Не рожавшие ранее: Нерожавшие имеют повышенный риск выпадения ВМС.

ПОСЛЕ РОДОВ

< 48 часов, от 48 часов до 4 недель, ≥ 4 недель: Вероятность того, что при использовании ЛНГ-ВМС новорожденный может подвергнуться риску воздействия стероидных гормонов в течение первых 6 недель после родов, такая же, как и при применении других контрацептивов прогестогенового ряда.

Пуэрперальный сепсис: Введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

ПОСЛЕ АБОРТА

Сразу после септического аборта: Введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Абсолютный риск внематочной беременности очень низок в силу высокой эффективности ВМС. Однако, если при применении ВМС оплодотворение все-таки происходит, относительная вероятность внематочной беременности сильно повышается.

ГИПЕРТЕНЗИЯ

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)

Некоторые прогестины могут повышать риск развития венозного тромбоза, но в гораздо меньшей степени, чем при применении КОК.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС ИЛИ РАНЕЕ

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

ИНСУЛЬТ

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела (ЛНГ) на липиды. Для медьсодержащих ВМС ограничений нет.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом. Более подробную информацию по этому и другим диагностическим критериям см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Применение ЛНГ-ВМС нередко вызывает изменения в менструальных циклах. Со временем у женщин, пользующихся ЛНГ-ВМС, возрастает вероятность наступления аменореи, поэтому ЛНГ-ВМС иногда могут быть показаны для коррекции сильных кровотечений.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Применение медьсодержащих ВМС может усугубить дисменорею, связанную с этим заболеванием.

ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМНОРЕЯ

Дисменорея может усилиться при применении медьсодержащих ВМС. Применение ЛНГ-ВМС способствует уменьшению дисменореи.

БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА

Существует повышенный риск перфорации, поскольку для лечения таких заболеваний может потребоваться многократное проведение кюретажа матки.

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)

Теоретически существуют некоторые опасения, что применение ЛНГ-ВМС может стимулировать прогрессирование ЦИН.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)

При введении ВМС существует повышенная опасность инфицирования и кровотечения. По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Рак молочной железы: Рак молочной железы представляет собой гормонально чувствительную опухоль. Вероятность прогрессирования заболевания может быть ниже при использовании ЛНГ-ВМС, чем при применении КОК или высокодозовых ПТП.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Не исключен повышенный риск инфицирования, перфорации и кровотечения при введении ВМС. По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

РАК ЯИЧНИКОВ

По-видимому, в период лечения ВМС придется удалить, но с этого времени женщина подвержена риску беременности.

ФИБРОМЫ МАТКИ

Без изменения полости матки: Женщины с сильными или продолжительными кровотечениями должны быть отнесены к этой категории.

С изменением полости матки: Фибромы матки, изменяющие ее полость, могут быть несовместимы с введением и правильным размещением ВМС.

АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ

Измененная полость матки: При наличии анатомической аномалии, которая изменяет полость матки, правильное размещение ВМС может оказаться невозможным.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

ВМС не обеспечивают защиты от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. Для женщин, не подверженных высокому риску ИППП, введение ВМС не представляет серьезной опасности развития ВЗОМТ. Необходимо принимать во внимание такие моменты, как уровень риска ИППП, существующий в настоящее время, и желание женщины забеременеть в будущем.

ИППП

ВМС не обеспечивают защиты 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.

ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ВМС не обеспечивают защиты от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Известный тазовый: Введение ВМС может существенно ухудшить имеющееся состояние.

ДИАБЕТ

Остается неизвестным, может ли то количество левоноргестрела (ЛНГ), которое высвобождается из ВМС, оказывать какое-то влияние на обмен углеводов и липидов или нет. При применении некоторых прогестогенов может повышаться риск тромбоза, хотя и не столь сильно, как при применении КОК.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

Наличие в анамнезе холестаза, связанного с применением КОК, может служить основанием для того, чтобы предполагать возможность развития холестаза и при использовании ЛНГ-ВМС. Неизвестно, существует ли риск холестаза при применении ЛНГ-ВМС.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИ

Активный: Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

ЦИРРОЗ

Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Прогестогены метаболизируются в печени и их применение может неблагоприятно влиять на женщин с нарушениями функции печени. Кроме того, применение может стимулировать рост опухолей. Эта проблема аналогична той, которая возникает при применении КОК, но не столь серьезна, как в последнем случае.

ТАЛАССЕМИЯ

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

СЕРПОВИДНОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Имеются опасения в отношении повышенного риска кровопотерь при применении медьсодержащих ВМС.

Справочная литература по внутриматочным средствам

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-47.
11. 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, 32:119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253-62.
13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloal 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. 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.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-34.
21. 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, 34:121-4.
22. 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 of Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-7.
25. 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, 68:31-4.
26. 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, 108:1168-73.
27. 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, 54:201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*, 1986, 2:387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-71.

31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. 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, 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357:273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-8.
40. Mercorio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-80.
41. 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, 6:192-8.
42. 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, 102:74-9.
43. 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.
44. 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, 44:237-45.
45. 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, 15:143-9.
46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
51. 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, 99:676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-27.
55. 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, 304:809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988, 2:249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.

62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-41.
68. 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, 350:922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.

МЕДЬСОДЕРЖАЩИЕ ВМС ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

МЕДЬСОДЕРЖАЩИЕ ВМС ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (Э-ВМС)

Этот метод высоко эффективен для предотвращения беременности. Медь содержащие ВМС могут быть использованы в течение пяти дней после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной контрацепции (Э-ВМС). Однако в случае, если можно рассчитать время овуляции, Cu-ВМС могут быть при необходимости введены и по истечении пяти дней после полового контакта, но не более чем через пять дней после овуляции.

Медицинские критерии для интервального введения Cu-ВМС также применимы и для введения Cu-ВМС в качестве средства неотложной контрацепции (Э-ВМС).

МЕДЬСОДЕРЖАЩИЕ ВМС ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ		ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БЕРЕМЕННОСТЬ	4	Пояснение: ВМС не показаны в период беременности и не должны применяться из-за риска серьезных инфекций тазовых органов и септического самопроизвольного аборта.
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*		
a) Высокий риск ИППП	3	
b) Низкий риск ИППП	1	

* **Дополнительные комментарии**

ИЗНАСИЛОВАНИЕ

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.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	1
Беременность.....	1
Возраст	1
Роды	1
после родов	1
После аборта	1
После внематочной беременности.....	1
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе.....	1
Курение	1
Ожирение.....	1
Невозможность определения артериального давления.....	2
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	2
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	2
Гипертензия	2
Высокое артериальное давление во время беременности в анамнезе	2
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) /легочная эмболия (ЛЭ)	2
Выявленные тромбогенные мутации	3
Тромбоз поверхностных вен.....	3
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	3
Инсульт	3
Установленные гиперлипидемии	3
Поражение клапанов сердца.....	3
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	3
Головные боли	3
Эпилепсия.....	3
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	4
Депрессивные расстройства	4
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	4
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	4
Эндометриоз.....	4
Доброкачественные опухоли яичников	4
Выраженная дисменорея	4
Болезни трофобласта	4
Цервикальный эктропион.....	4
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	4
Рак шейки матки.....	4
Заболевания молочных желез.....	4
Рак эндометрия	5
Рак яичников.....	5
Фибромы матки	5
Анатомические аномалии	5
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	5
ИППП	5
ВИЧ/СПИД.....	5
Высокий риск ВИЧ-инфицирования*	5
ВИЧ-инфицированные	5
СПИД.....	5
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	6
Шистосомоз.....	6
Туберкулез	6
Малярия.....	6
Синдром токсического шока в анамнезе	6
Инфекции моче-выводящих путей.....	6

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	6
Диабет.....	6
Нарушения функции щитовидной железы	6
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	6
Заболевания желчного пузыря.....	6
Холестаз в анамнезе.....	6
Вирусный гепатит	6
Цирроз.....	7
Опухоли печени	7
АНЕМИИ.....	7
Талассемия.....	7
Серповидноклеточная анемия	7
Железодефицитная анемия.....	7
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	7
Препараты, влияющие на ферменты печени	7
Антибиотики	7
Антиретровирусная терапия	7
Аллергия на латекс	7
Дополнительные комментарии.....	8
Справочная литература по барьерным методам.....	8

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ

П = Мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы

С = Спермицид (вагинальная пленка, таблетки, пенка, гель)

Д = Диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ		Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Ни один из этих методов не показан в качестве средства контрацепции в период беременности. Однако для женщин, которые продолжают быть подвержены высокому риску заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и регулярное использование презервативов в течение беременности.
ВОЗРАСТ				
а) От менархе до 40 лет	1	1	1	
б) ≥ 40 лет	1	1	1	
РОДЫ				
а) Ранее не рожавшие	1	1	1	
б) Рожавшие	1	1	2	Пояснение: У рожавших женщин существует более высокая вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших.
ПОСЛЕ РОДОВ				
а) < 6 недель после родов	1	1	Н/П	Пояснение: Диафрагма и колпачок не показаны до завершения процесса инволюции матки.
б) > 6 месяцев после родов	1	1	1	
ПОСЛЕ АБОРТА				
а) Первый триместр	1	1	1	
б) Второй триместр	1	1	1	Пояснение: Диафрагма и колпачок не показаны в течение 6 недель после аборта на втором триместре беременности.
в) Сразу после септического аборта	1	1	1	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
а) Возраст < 35	1	1	1	
б) Возраст > 35				
(i) <15 сигарет в день	1	1	1	
(ii) ≥15 сигарет в день	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ*	1	1	1	
Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²				

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ		Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П	Н/П	Н/П	Пояснение: Хотя для обеспечения качественного профилактического обслуживания, возможно, целесообразно измерять артериальное давление, это не имеет прямого отношения к вопросам безопасного и эффективного применения барьерных методов. Женщине не следует отказываться в применении барьерных методов только потому, что нет возможности измерить ее артериальное давление.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	1	1	1	
ГИПЕРТЕНЗИЯ				
a) В анамнезе гипертония, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертонию во время беременности)	1	1	1	
b) Адекватно контролируемая гипертония, когда артериальное давление МОЖНО измерить	1	1	1	
c) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)	1	1	1	
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	1	1	1	
(ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100	1	1	1	
d) Заболевания сосудов	1	1	1	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	1	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)				
a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	1	1	1	
b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	1	1	1	
c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	1	1	1	
d) Радикальная хирургия				
(i) с длительной иммобилизацией	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ		Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
(ii) без длительной иммобилизации	1	1	1	
е) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1	
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	1	1	1	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН				
а) Варикоз вен	1	1	1	
б) Поверхностный тромбофлебит	1	1	1	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ	1	1	1	
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)	1	1	1	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	1	1	1	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА*				
а) без осложнений	1	1	1	
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1	1	2	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ				
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ				
а) немигренозные (средние или сильные)	1	1	1	
б) мигрень				
(i) без очаговых неврологических симптомов				
<i>Возраст < 35</i>	1	1	1	
<i>Возраст ≥ 35</i>	1	1	1	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	1	1	1	
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ		Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА				
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	1	1	1	Пояснение: Если подозревается беременность или сопутствующая патология (например, злокачественный процесс в органах малого таза), женщину необходимо полностью обследовать, а категория должна быть определена после обследования.
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1	1	1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА				
а) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
б) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	1	1	1	Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	1	2	1	Пояснение: Применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ				
а) Недиagnosticированное образование	1	1	1	
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ		Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
с) Семейный анамнез рака	1	1	1	
d) Рак молочной железы:				
(i) в настоящее время	1	1	1	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	1	1	1	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ	1	1	1	
ФИБРОМЫ МАТКИ				
a) Без изменения полости матки	1	1	1	
b) С изменением полости матки	1	1	1	
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ	1	1	Н/П	Пояснение: Диафрагму нельзя использовать в некоторых случаях выпадения матки. Применение колпачка не показано для женщин с выраженными анатомическими изменениями шейки матки.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)				
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)				
(i) с последующей беременностью	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	
b) ВЗОМТ – в настоящее время	1	1	1	
ИППП				
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
d) Повышенный риск ИППП	1	1	1	
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*	1	4	3	Доказательные факты: Многократное применение спермицида ноноксинол-9 или большие дозы этого препарата могут вызывать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией. ¹
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ	1	4	3	
СПИД	1	4	3	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ	Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
а) Без осложнений	1	1	1	
б) Фиброз печени	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ				
а) Нетазовый	1	1	1	
б) Установленный тазовый	1	1	1	
МАЛЯРИЯ				
СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ*				
	1	1	3	
ИНФЕКЦИИ МОЧЕ-ВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ*				
	1	1	2	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ДИАБЕТ				
а) Во время беременности в анамнезе	1	1	1	
б) Без поражения сосудов				
(i) инсулино-независимые	1	1	1	
(ii) инсулино-зависимые	1	1	1	
с) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	1	1	1	
д) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	1	1	1	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
а) Простой зоб	1	1	1	
б) Гипертиреоз	1	1	1	
с) Гипотиреоз	1	1	1	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
а) С клиническими симптомами				
(i) после холецистэктомии	1	1	1	
(ii) после медикаментозного лечения	1	1	1	
(iii) в настоящее время	1	1	1	
б) Бессимптомные	1	1	1	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ				
а) Связанные с беременностью	1	1	1	
б) Связанные с применением КОК ранее	1	1	1	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ				
а) Активный	1	1	1	
б) Носительство	1	1	1	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ	Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.			
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду 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 неудачных исходов при несоблюдении правил их применения.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	П	С	Д	
ЦИРРОЗ				
а) Легкий (компенсированный)	1	1	1	
б) Тяжелый (декомпенсированный)	1	1	1	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ				
а) Доброкачественная (аденома)	1	1	1	
б) Злокачественная (гепатома)	1	1	1	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ				
а) Рифампицин	1	1	1	
б) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	1	1	1	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)				
а) Гризеофульвин	1	1	1	
б) Другие антибиотики	1	1	1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	1	1	1	
АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС	3	1	3	Пояснение: Это не относится к пластиковым презервативам/диафрагмам.

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

ОЖИРЕНИЕ

При сильном ожирении введение диафрагмы или колпачка может быть проблематичным.

ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Опасность инфицирования мочевыводящих путей при использовании диафрагмы может быть сопряжена с повышенным риском для женщины, страдающей подострым бактериальным эндокардитом.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)

Многokратное применение нoноксинола-9 или большие дозы этого препарата могут вызывать раздражение влагалища и шейки матки или их абразию.

ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

Категория 3 для применения диафрагмы установлена из-за возможных проблем, связанных со спермицидами, а не с самой диафрагмой.

СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ

Синдром токсического шока был отмечен после применения противозачаточной губки и диафрагмы.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Применение диафрагмы и спермицидов может повлечь за собой повышение риска инфекций мочевыводящих путей.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО БАРЬЕРНЫМ МЕТОДАМ

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Методы планирования семьи, основанные на отслеживании фертильности (МОФ), предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла либо путем наблюдения за признаками фертильности (такими, как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета дней цикла. В фертильный период методы МОФ могут использоваться в сочетании с воздержанием или барьерными методами. В случае применения барьерных методов см. раздел, посвященный барьерным методам.

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 того, что они будут иметь неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, которые отдают предпочтение именно таким способам контрацепции (А – метод приемлем). Однако в некоторых обстоятельствах при их использовании могут возникнуть дополнительные сложности. Наличие таких обстоятельств предполагает, что (1) применение этих методов следует отложить до того момента, пока проблемы не будут устранены или решены (D – рекомендуется отсрочка), либо (2) необходима специальная консультация, и, как правило, в любом случае требуется помощь более квалифицированного врача для обеспечения правильного использования этих методов (С – необходима особая осторожность).

Определения

СМ	Методы, основанные на симптомах	Методы МОФ, основанные на отслеживании признаков фертильности (например, наличие цервикальной секреции и базальная температура), такие, как «метод шеечной слизи», «симпто-термальный метод» и «метод двух дней».
КМ	Календарные методы	Методы МОФ, основанные на подсчете фертильных дней по календарю, такие, как «календарный ритмический метод» и «метод стандартных дней».
А	Метод приемлем	В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного метода МОФ не существует.
С	Необходима особая осторожность	Метод используется в обычном порядке, но с дополнительной подготовкой и мерами предосторожности. Применительно к методам МОФ, это, как правило, означает, что, возможно, женщине потребуется специальная консультация для обеспечения правильного использования этого метода в данных обстоятельствах.
D	Рекомендуется отсрочка	Применение этого метода следует отложить до проведения надлежащей диагностики и/или принятия соответствующих мер по устранению патологического состояния. Женщине следует предложить временно использовать альтернативные методы контрацепции.
Н/П	Не применимо	

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ		Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что методы предохранения от беременности, 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.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
	СМ	КМ	
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	Н/П		Пояснение: Применение методов МОФ не показано в период беременности.
ПЕРИОД ЖИЗНИ			Пояснение: В период после менархе и с приближением менопаузы часто бывают нарушения менструального цикла, что может затруднить применение методов МОФ.
a) После менархе	C	C	
b) Приближение менопаузы	C	C	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ*			
a) < 6 недель после родов	D	D	
b) ≥ 6 недель после родов	C	D	
c) После начала менструации	C	C	
ПОСЛЕ РОДОВ* (у женщин, не кормящих грудью)			
a) < 4 недель	D	D	
b) ≥ 4 недель	A	D	
ПОСЛЕ АБОРТА*	C	D	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА			
НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ*	D	D	
ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ*	D	A	
ПРОЧЕЕ			
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ И/ИЛИ ПРИЗНАКИ ФЕРТИЛЬНОСТИ*	C/D	C/D	
ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ*			
a) Хронические заболевания	C	A	
b) Острые заболевания	D	A	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

В период кормления грудью методы МОФ могут быть менее эффективными, чем в другое время.

< 6 недель после родов: В первые 6 месяцев после родов у женщин, которые кормят грудью и у которых отсутствует менструация, функция яичников чаще всего ослаблена и недостаточна для появления выраженных признаков фертильности или гормональных изменений. Однако по истечении некоторого времени и по мере постепенного перехода младенца с грудного молока на другие продукты питания вероятность восстановления фертильности повышается.

После начала менструации: Когда женщина обнаруживает признаки фертильности (в частности, цервикальную секрецию), она может использовать метод, основанный на симптомах. В случае, если после родов у нее уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарным методом. До этого женщине, которая планирует впоследствии применять метод МОФ, следует рекомендовать барьерный метод.

ПОСЛЕ РОДОВ

< 4 недель: У женщин, которые не кормят грудью, в течение первых 4 недель после родов функция яичников, как правило, ослаблена и недостаточна для того, чтобы вызывать необходимость в применении того или иного метода МОФ либо продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения. Но, несмотря на то, что риск наступления беременности очень невысок, следует предложить метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период.

≥ 4 недель: На этом этапе послеродового периода у не кормящих грудью женщин функция яичников уже, как правило, в достаточной степени восстанавливается для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения; и со временем вероятность этого все более возрастает. Если у женщины после родов уже 3 раза были менструации, они могут пользоваться календарными методами отслеживания фертильности. До этого времени женщине должен быть рекомендован метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период.

ПОСЛЕ АБОРТА

У женщин после аборта яичники обычно функционируют в достаточной мере для того, чтобы продуцировать явные признаки фертильности или гормональные изменения; и со временем эта способность быстро восстанавливается. Женщины могут начинать пользоваться календарными методами отслеживания фертильности уже с того момента, когда у них была хотя бы одна менструация после аборта (например, женщины, у которых до наступления беременности продолжительность менструального цикла составляла, как правило, от 26 до 32 дней, могут применять «метод стандартных дней»). До этого времени женщине следует рекомендовать методы контрацепции, пригодные для применения в постабортный период.

НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В подобной ситуации методы МОФ являются ненадежными. Поэтому таким пациентам следует рекомендовать применение барьерных методов до восстановления регулярности вагинальных кровотечений и возможности надлежащего использования МОФ. Пациент нуждается в обследовании и, возможно, в лечении – в зависимости от диагноза.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ

Поскольку наличие влагалищных выделений затрудняет распознавание цервикальной секреции, прежде чем рекомендовать пациентке методы отслеживания фертильности по цервикальной секреции, следует провести ее обследование и при необходимости лечение.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ И/ИЛИ ПРИЗНАКИ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Прием определенных видов препаратов, регулирующих эмоциональное состояние, таких, как литиевые, трициклические антидепрессанты и седативные средства, а также некоторых антибиотиков и противовоспалительных лекарств может оказывать влияние на регулярность менструального цикла или признаки фертильности. Следует тщательно изучить ситуацию и предложить использование барьерных методов до установления степени воздействия таких препаратов или прекращения их приема.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ

Повышенная температура может затруднить интерпретацию базальной температуры, но никакого эффекта на цервикальную секрецию она не оказывает. В связи с этим применение метода контрацепции, основанного на измерении температуры, следует отложить до тех пор, пока не пройдет острая стадия заболевания. Методы, основанные на измерении температуры, не подходят для женщин с постоянно повышенной температурой. Кроме того, некоторые хронические заболевания влияют на регулярность менструального цикла, затрудняя использование календарных методов отслеживания фертильности.

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

Метод, основанный на использовании явления лактационной аменореи, не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что метод предохранения от беременности, основанный на явлении лактационной аменореи, может оказаться неприемлемым ввиду относительно высокого процента неудачных исходов при применении данного метода.

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 в планировании семьи. Упомянутые руководящие принципы включают комплекс из трех критериев, удовлетворение которых полностью гарантирует предупреждение незапланированной беременности: **(1) У женщины отсутствует менструальный цикл (аменорея); (2) Женщина имеет ребенка, который находится полностью или почти полностью на грудном вскармливании, и (3) Женщина находится в послеродовом периоде, который составляет менее 6 месяцев.**

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

ВИЧ-инфекция

Грудное вскармливание должно всячески поддерживаться и поощряться во всех случаях, когда лабораторные анализы указывают на отсутствие ВИЧ-инфекции у матери, а также тогда, когда ВИЧ-статус матери точно не установлен. Если мать является носителем ВИЧ-инфекции и существует возможность замены грудного вскармливания более приемлемым, доступным с точки зрения финансовых затрат, постоянным и безопасным источником питания для ребенка, то в этом случае рекомендуется избегать кормления грудью. В особых случаях допускается применять грудное вскармливание только в течение первых месяцев жизни ребенка; при этом переход на альтернативный метод вскармливания необходимо осуществить как можно раньше. Женщины, являющиеся носительницами ВИЧ-инфекции, должны получать необходимую консультацию относительно возможных рисков и ожидаемой пользы от применения того или иного метода вскармливания. Им также должна оказываться помощь в выборе метода вскармливания, который является наиболее оптимальным при существующих обстоятельствах. Такие женщины должны находиться под наблюдением врача и получать необходимую помощь, включая помощь в выборе и практическом применении соответствующего метода контрацепции, а также в обеспечении ребенка сбалансированным и полноценным питанием.

Прием лекарственных препаратов в период грудного вскармливания

В целях предупреждения неблагоприятного воздействия на здоровье ребенка, метод грудного вскармливания не рекомендуется использовать женщинам, принимающим такие лекарственные препараты как антимагнетоболиты, бромкриптин, некоторые антикоагулянты, кортикостероиды (при высоких дозировках), циклоспорин, эрготамин, литий, психотропные и радиоактивные препараты, резерпин.

Патологические состояния/дефекты развития новорожденных

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

ПРЕРВАНЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ

ПРЕРВАНЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ

Прерванный половой акт не обеспечивает защиты от заражения ВИЧ/СПИДом. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе в период беременности или после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

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

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

Метод прерванного полового акта может рекомендоваться в случаях, когда:

- половые партнеры имеют достаточно высокую мотивацию и способны эффективно пользоваться данным методом;
- религиозные или философские принципы и убеждения, которых придерживается данная пара, не допускают использования 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;
- частота половых сношений является невысокой.

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

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

А. Хирургическая стерилизация женщин	2
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	2
Беременность.....	2
Молодой возраст	2
Роды	2
Кормление грудью	2
После родов	2
После аборта	3
После внематочной беременности.....	3
Курение	3
Ожирение.....	3
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	3
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	3
Гипертензия	3
Высокое артериальное давление во время беременности в анамнезе	4
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) /легочная эмболия (ЛЭ)	4
Выявленные тромбогенные мутации	4
Тромбоз поверхностных вен.....	4
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ране*.....	4
Инсульт.....	4
Установленные гиперлипидемии	5
Поражение клапанов сердца.....	5
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	5
Головные боли	5
Эпилепсия.....	5
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	5
Депрессивные расстройства	5
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА	5
Характер вагинального кровотечения.....	5
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	5
Эндометриоз.....	5
Доброкачественные опухоли яичников	5
Выраженная дисменорея	5
Болезни трофобласта	6
Цервикальный эктропион.....	6
Цервикальная интра-эпителиальная неоплазия (ЦИН)	6
Рак шейки матки.....	6
Заболевания молочных желез.....	6
Рак эндометрия	6
Рак яичников.....	6
Фибромы матки	6
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	6
ИППП	7
ВИЧ/СПИД	7
ВИЧ-позитивные	7
СПИД.....	7
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	7
Шистосомоз.....	7
Туберкулез	7
Малярия.....	7
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	7
Диабет	7
Нарушения функции щитовидной железы	7

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
Заболевания желчного пузыря.....	8
Холестаз в анамнезе.....	8
Вирусный гепатит.....	8
Цирроз печени.....	8
Опухоли печени.....	8
АНЕМИИ.....	8
Талассемия.....	8
Серповидно-клеточная анемия.....	8
Железодефицитная анемия.....	8
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ... 8	8
Местные инфекции.....	8
Нарушение свертываемости крови.....	8
Болезни органов дыхания.....	9
Системная инфекция или гастроэнтерит.....	9
Неподвижность матки в результате перенесенной операции или инфекции.....	9
Грыжа брюшной стенки или пупочная грыжа.....	9
Диафрагмальная грыжа.....	9
Болезни почек.....	9
Тяжелая степень истощения.....	9
Хирургическое вмешательство на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе.....	9
Стерилизация одновременно с хирургическим вмешательством на органах брюшной полости.....	9
Стерилизация одновременно с кесаревым сечением.....	9
В. Хирургическая стерилизация мужчин.....	10
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.....	10
Молодой возраст.....	10
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	10
Нарушения коагуляции.....	10
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	10
Депрессивные расстройства.....	10
ВИЧ/СПИД.....	10
Высокий риск ВИЧ-инфицирования.....	10
ВИЧ - инфицирование.....	10
СПИД.....	10
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	10
Диабет.....	10
АНЕМИИ.....	10
Серповидно-клеточная анемия.....	10
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ ТОЛЬКО К МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ.....	10
Местные инфекции.....	10
Травма мошонки в анамнезе.....	10
Системная инфекция или гастроэнтерит.....	10
Объемное варикоцеле.....	10
Объемное гидроцеле.....	10
Филяриаз; элфантиаз.....	11
Недиагностированное внутримошоночное образование.....	11
Крипторхизм.....	11
Паховая грыжа.....	11
Дополнительные комментарии.....	12
Справочная литература по хирургической стерилизации.....	14

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой потере фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы каждый клиент принимал решение в пользу данного метода на основе полной добровольности и информированности. В особенности, данное положение касается лиц молодого возраста, не рожавших женщин, мужчин, еще не имеющих детей, а также лиц, страдающих психическими заболеваниями (включая депрессивные расстройства). Врач должен проводить комплексную беседу с каждым пациентом, ставя его/ее в известность в отношении необратимости стерилизации и наличия альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Особое внимание должно уделяться лицам молодого возраста. Решение при этом должно приниматься с учетом местного законодательства и норм, регулирующих проведение стерилизации.

Трансцервикальные методы женской стерилизации в настоящем документе не рассматриваются.

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 необходимо соблюдать особую осторожность), «D» (стерилизацию рекомендуется отсрочить до наступления благоприятного момента) или «S» (для проведения стерилизации требуется наличие специальных условий). Для некоторых из этих состояний и обстоятельств теоретические опасения или доказанные риски могут перевешивать потенциальную пользу от стерилизации (в особенности, женской стерилизации). В тех ситуациях, когда риск, связанный с проведением стерилизации, превышает ожидаемые выгоды, рекомендуется выбор альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Решение в таких случаях должно приниматься на индивидуальной основе с учетом рисков и потенциальных выгод стерилизации, рисков, связанных с наступлением нежеланной беременности, а также доступности и приемлемости альтернативных методов контрацепции.

Приводимая ниже классификация состояний (4 категории) разработана на основе результатов всестороннего анализа эпидемиологических и клинических доказательных фактов, 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 инфекции.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

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

А. Хирургическая стерилизация женщин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
БЕРЕМЕННОСТЬ	D	
МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ*	C	<p>Пояснение: Молодые женщины, как и все лица женского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.</p> <p>Доказательные факты: Исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее сожалели о таком шаге. Также, молодой возраст пациента, обратившегося в клинику с просьбой о проведении стерилизации, позволяет почти наверняка предсказать, что такой пациент будет раскаиваться в принятом решении позднее.¹⁻¹⁹</p>
РОДЫ*		
a) Не рожавшие	A	
b) Рожавшие	A	
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	A	
ПОСЛЕ РОДОВ*		
a) < 7 дней	A	
от 7 до 42 дней	D	
≥ 42 дней	A	
b) Преэклампсия/ эклампсия		
(i) легкая преэклампсия	A	
(ii) тяжелая преэклампсия/ эклампсия	D	
c) Затянувшееся состояние разрыва плодного пузыря: ≥ 24 часов	D	
d) Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде	D	
e) Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде	D	
f) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов	D	
g) Разрыв или прободение матки	S	<p>Пояснение: Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв стенки матки и произвести перевязку маточных труб (при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для здоровья женщины).</p>

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ПОСЛЕ АБОРТА *		
a) Неосложненный аборт	A	
b) Послеабортный сепсис или лихорадка	D	
c) Интенсивное послеабортное кровотечение	D	
d) Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта	D	
e) Прободевание матки	S	Пояснение: Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв маточной стенки и произвести перевязку маточных труб (при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для здоровья женщины).
f) Острая гематометра	D	
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	A	
КУРЕНИЕ		
a) Возраст < 35 лет	A	
b) Возраст ≥ 35 лет		
(i) <15 сигарет в день	A	
(ii) ≥15 сигарет в день	A	
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	C	Пояснение: Проведение стерилизации у женщин с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельности швов. Помимо этого, у таких пациенток наблюдается нарушение респираторных функций и к ним чаще всего приходится применять общую анестезию. Доказательные факты: Процент осложнений при проведении стерилизации у женщин с избыточным весом был выше нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих ожирением. ²⁰⁻²³
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	S	
ГИПЕРТЕНЗИЯ Для всех категорий гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В случае же, когда существует множество факторов риска, опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократного измерения артериального давления недостаточно для того, чтобы относить женщину к категории гипертоников.		

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
a) Адекватно контролируемая гипертензия c) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное) (i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99 (ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 d) Заболевания сосудов	C C S S	Пояснение: Если у женщины имеется повышенное артериальное давление, то перед выполнением стерилизации его необходимо привести в норму. При неконтролируемой гипертензии имеется повышенный риск возникновения анестезиологических осложнений и сердечной аритмии. В таких ситуациях особенно важно внимательно следить за артериальным давлением во время операции.
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	A	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)* a) ТГВ/ЛЭ в анамнезе b) ТГВ/ЛЭ в настоящее время c) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников) d) Радикальная хирургия (i) с длительной иммобилизацией (ii) без длительной иммобилизации e) «Малая» хирургия без иммобилизации	A D A D A A	Пояснение: В целях снижения риска ТГВ/ЛЭ пациенту рекомендуется вставать с постели после операции как можно раньше.
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	A	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН a) Варикоз вен b) Поверхностный тромбофлебит	A A	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ* a) Ишемическая болезнь сердца в текущем периоде b) Ишемическая болезнь сердца в анамнезе	D C	
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)	C	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН	Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	A	Пояснение: Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры.
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА		
a) без осложнений	C	Пояснение: Перед операцией пациентке назначается профилактический курс антибиотикотерапии.
b) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	S	Пояснение: Пациента 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.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ		
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*		
a) немигренозные (средние или сильные)	A	
b) мигрень		
(i) без очаговых неврологических симптомов		
Возраст < 35	A	
Возраст ≥ 35	A	
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами, в любом возрасте	A	
ЭПИЛЕПСИЯ	C	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА		
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ		
a) нерегулярные без больших кровопотерь	A	
b) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	B	
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание) До обследования	D	Пояснение: Перед операцией необходимо провести диагностику причин данного состояния.
ЭНДОМЕТРИОЗ	S	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	A	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	A	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА		
a) Доброкачественные гестационные болезни трофобласта	A	
b) Злокачественные гестационные болезни трофобласта	D	
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	A	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРА-ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)*	A	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (в ожидании лечения)	D	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*		
a) Недиагностированное образование	A	
b) Доброкачественное заболевание молочной железы	A	
c) Семейный анамнез рака	A	
d) Рак молочной железы:		
(i) в настоящее время	C	
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	A	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	D	
РАК ЯИЧНИКОВ*	D	
ФИБРОМЫ МАТКИ*		
a) Без изменения полости матки	C	
b) С изменением полости матки	C	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*		
a) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)		Пояснение: Необходимо провести тщательное обследование органов малого таза с тем, чтобы исключить рецидив или хроническое течение инфекционного заболевания и определить степень подвижности матки.
(i) с последующей беременностью	A	
(ii) без последующей беременности	C	
b) ВЗОМТ – в настоящее время	D	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ИППП*		
a) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	D	Пояснение: Стерилизация может быть произведена только в том случае, если лечение полностью устраняет симптомы заболевания.
b) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	A	
c) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	A	
d) Повышенный риск ИППП	A	
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	A	Пояснение: Регулярный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекции, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами.
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	A	
СПИД	S	Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ		
ШИСТОСОМОЗ		
a) Без осложнений	A	Пояснение: Может потребоваться оценка функционального состояния печени.
b) Фиброз печени	C	
ТУБЕРКУЛЕЗ		
a) Нетазовый	A	
b) Установленный тазовый	S	
МАЛЯРИЯ	A	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ДИАБЕТ*		
a) Во время беременности	A	Пояснение: Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля. Пояснение: В таких случаях возможно снижение скорости заживления и присутствует высокий риск нагноения раны. Рекомендуется назначение профилактического курса антибиотикотерапии. Доказательные факты: Процент осложнений при проведении стерилизации на фоне диабета был выше нежели при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих диабетом. ²²
b) Без поражения сосудов		
(i) инсулино-независимые	C	
(ii) инсулино-зависимые	C	
c) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	S	
d) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	S	
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		
a) Простой зоб	A	
b) Гипертиреоз	S	
c) Гипотиреоз	C	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ		
a) С клиническими симптомами		
(i) после холецистэктомии	A	
(ii) после медикаментозного лечения	A	
(iii) в настоящее время	D	
b) Бессимптомные	A	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ		
a) Связанный с беременностью	A	
b) Связанный с применением КОК	A	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ*		
a) Активный	D	Пояснение: При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекции, включая общие меры предосторожности.
b) Носительство	A	
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ		
a) Легкий (компенсированный)	C	Пояснение: Требуется коррекция функции печени и показателей свертываемости крови. Необходима оценка функционального состояния печени.
b) Тяжелый (декомпенсированный)	S	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ		
a) Доброкачественная (аденома)	C	Пояснение: Требуется коррекция функции печени и показателей свертываемости крови. Необходима оценка функционального состояния печени.
b) Злокачественная (гепатома)	C	
АНЕМИИ		
ТАЛАССЕМИЯ	C	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ *	C	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ		
a) Гемоглобин < 7г/дл	D	Пояснение: Необходимо провести диагностику основного заболевания. При проведении стерилизации на фоне анемии необходимо следить за уровнем гемоглобина в крови, как до операции, так и в послеоперационном периоде. При недостаточности периферийного кровообращения возможно замедление скорости заживления ран.
b) Гемоглобин $\geq 7 < 10$ г/дл	C	
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ		
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ		
Инфекция кожи в области живота	D	Пояснение: Существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде.
НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ*	S	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН		Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ* а) Острые заболевания (бронхит, пневмония) б) Хронические заболевания (i) астма (ii) бронхит (iii) эмфизема (iv) легочная инфекция	D S S S S	Пояснение: Операцию следует отложить до полного излечения респираторного заболевания. В противном случае существует повышенный риск развития анестезиологических и других осложнений перед операцией, во время операции и в послеоперационном периоде.
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	D	
НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ*	S	
ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИЛИ ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА	S	Пояснение: По возможности, операцию по поводу грыжи и перевязку маточных труб следует проводить одновременно.
ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА*	C	
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК*	C	
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ*	C	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ИЛИ ТАЗОВОЙ ПОЛОСТИ В АНАМНЕЗЕ		Пояснение: Наличие хирургического вмешательства на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе повышало риск развития осложнений после стерилизации. ^{21, 22, 24-26}
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ а) Плановая операция б) Неотложное состояние (без предварительной консультации) с) Инфекция	C D D	
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ*	A	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

В. Хирургическая стерилизация мужчин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН	Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ	C	Пояснение: Молодые мужчины, как и все лица мужского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере фертильности, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции. Доказательные факты: Мужчины, подвергшиеся вазэктомии в молодом возрасте, чаще обращались к врачу с просьбой восстановить проходимость семенных протоков нежели мужчины, которым вазэктомия была произведена в более позднем возрасте. ¹⁸
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ		
НАРУШЕНИЯ КОАГУЛЯЦИИ*	S	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	A	Пояснение: Нет необходимости а рутинном скрининге. Соответствующие процедуры по предупреждению распространения инфекции, включая универсальные меры предосторожности должны соблюдаться при всех хирургических процедурах. После проведения стерилизации рекомендуется использование презерватива в течение определенного времени.
ВИЧ - ИНФИЦИРОВАНИЕ	A	
СПИД	S	Пояснение: Наличие заболеваний, связанных со СПИД может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
ДИАБЕТ*	C	
АНЕМИИ		
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	A	
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ ТОЛЬКО К МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ		
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ*		
a) инфекция кожного покрова мошонки	D	
b) острая ИППП	D	
c) баланит	D	
d) эпидидимит или орхит	D	
ТРАВМА МОШОНКИ В АНАМНЕЗЕ	C	
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	D	
ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ*	C	
ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ*	C	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН	Стерилизация не защищает от ИППП/ВИЧ. Если не исключен риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе после родов), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов – как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.	
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ / ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ФАКТЫ
ФИЛЯРИАЗ; ЭЛЕФАНТИАЗ*	D	
НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ВНУТРИМОШОНОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ*	D	
КРИПТОРХИЗМ	C	Пояснение: Если крипторхизм носит двусторонний характер и фертильность пациента является доказанной, то в таком случае необходимо проведение обширной операции в целях обнаружения семенных протоков, что, соответственно, переводит процедуру стерилизации в категорию «S». Если крипторхизм является односторонним и фертильность пациента доказана, вазэктомия проводится со стороны нормального яичка с последующим выполнением спермограммы в соответствии с обычной процедурой. Если процесс образования спермы не прекращается, то в этом случае может возникнуть необходимость в проведении более обширной операции в целях поиска другого семенного протока, что, соответственно, переводит процедуру стерилизации в категорию «S».
ПАХОВАЯ ГРЫЖА*	S	

* См. также дополнительные комментарии в конце таблицы

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

А. Хирургическая стерилизация женщин

РОДЫ

Не рожавшие женщины: 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.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

< 7 дней после родов: Стерилизация может быть выполнена немедленно после родов без вреда для здоровья женщины.

от 7 до 42 дней: Выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с высоким риском послеоперационных осложнений.

Преэклампсия /эклампсия: Существует повышенный риск развития анестезиологических осложнений.

Затянувшийся безводный промежуток (более 24 часов): Существует повышенный риск развития послеоперационных осложнений.

Пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде: Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов: Возможно, что женщина перенесла значительную потерю крови и у нее развилась анемия. Процедура может быть более болезненной.

Разрыв или прободение матки: Не исключено, что женщина перенесла значительную потерю крови или повреждение органов брюшной полости.

Послеабортный период

Послеабортный сепсис или лихорадка: Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

Интенсивное послеабортное кровотечение: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови. Стерилизация может быть более болезненной для женщины.

Прободение матки: Не исключено, что женщина перенесла значительную потерю крови или повреждение органов брюшной полости.

Острая гематометра: У женщины может развиться анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При одновременном присутствии нескольких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ

Женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

РАК ЯИЧНИКОВ

Как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины.

ФИБРОМЫ МАТКИ

В зависимости от размера и локализации фибромы, могут возникнуть трудности с определением местоположения маточных труб и восстановлением подвижности матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

ВЗОМТ могут приводить к повышенному риску инфицирования или образования спаек в послеоперационном периоде.

ИППП

Существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде.

ДИАБЕТ

Существует риск развития гипогликемии или кетоацидоза.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Женщина может подвергаться повышенному риску осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства.

СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ

Существует повышенный риск легочных, сердечных или неврологических осложнений, а также нагноения раны в послеоперационном периоде.

НАРУШЕНИЕ КОАГУЛЯЦИОННЫХ СВОЙСТВ КРОВИ

Женщины с нарушениями коагуляционных свойств крови подвергаются повышенному риску развития гематологических осложнений в результате хирургического вмешательства.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

При проведении лапароскопии возможно острое нарушение функций сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга.

СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ

Существует риск развития инфекции в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания организма или осложнений анестезиологического характера.

НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ

Сниженная подвижность матки, фаллопиевых труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или минилапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА

При проведении лапароскопии возможно острое нарушение функций сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Возможно нарушение свертываемости крови. Женщина может подвергаться повышенному риску инфицирования и гиповолемического шока. Болезни почек могут приводить к возникновению фоновой анемии, нарушению электролитного баланса, метаболизма лекарственных препаратов и экскреторной функции.

ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ

Существует повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления ран в послеоперационном периоде.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ

Выполнение стерилизации одновременно с кесаревым сечением не увеличивает риск развития осложнений у пациентов с хирургически стабильным состоянием.

В. Хирургическая стерилизация мужчин

НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ

Нарушение свертываемости крови ведет к повышенному риску развития послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфицирования.

ДИАБЕТ

Диабет является фактором повышенного риска нагноения раны в послеоперационном периоде. При появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить курс антибиотикотерапии.

МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ

Существует повышенный риск развития инфекции в послеоперационном периоде.

ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ

Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномомментное удаление варикоцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ

Могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномомментное удаление гидроцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

ФИЛЯРИАЗ; ЭЛЕФАНТИАЗ

Поражение мошонки элефантиазом может практически исключить возможность пальпаторного исследования семенного канатика и яичек.

НЕДИАГНОСТИРОВАННОЕ ВНУТРИМОШОНОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Такое образование может указывать на наличие первичной патологии, вызвавшей его появление.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА

Вазэктомия может быть произведена одновременно с ликвидацией паховой грыжи.

Справочная литература по хирургической стерилизации

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986, 145:4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986, 31:1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation--assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985, 44:248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996, 54:159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986, 18:238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:1073-9.
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, 42:526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988, 20:222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992, 38:223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991, 36:44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16:41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003, 101:677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991, 55:927-33.
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, 138:307-12.
21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984, 148:322-7.
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, 129:623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979, 54:54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986, 34:505-12.

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ	1
Беременность.....	1
Возраст	1
Роды	1
Кормление грудью	1
После родов.....	1
После аборта	1
После внематочной беременности.....	1
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе.....	1
Курение	2
Ожирение.....	2
Невозможность определения артериального давления.....	2
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	2
Множественные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	2
Гипертензия	2
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) /легочная эмболия (ЛЭ)	3
Выявленные тромбогенные мутации	3
Тромбоз поверхностных вен.....	3
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	3
Инсульт	3
Поражение клапанов сердца	4
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	4
Головные боли	4
Эпилепсия	4
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	4
Депрессивные расстройства	4
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА.....	4
Характер вагинального кровотечения.....	4
Необъяснимые вагинальные кровотечения.....	4
Эндометриоз.....	4
Доброкачественные опухоли яичников.....	4
Выраженная дисменорея	4
Болезни трофобласта	5
Цервикальный эктропион.....	5
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	5
Заболевания молочных желез.....	5
Рак эндометрия	5
Рак яичников.....	5
Фибромы матки	5
Анатомические аномалии	6
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	6
ИППП	6
ВИЧ/СПИД.....	6
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	6
ВИЧ-позитивные	6
СПИД.....	6
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	6
Шистосомоз.....	6
Туберкулез	6
Малярия	6
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	7
Диабет.....	7
Нарушения функции щитовидной железы.....	7

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	7
Заболевания желчного пузыря.....	7
Холестаз в анамнезе.....	7
Вирусный гепатит.....	7
Цирроз.....	7
Опухоли печени.....	7
АНЕМИИ.....	8
Талассемия.....	8
Серповидно-клеточная анемия.....	8
Железодефицитная анемия.....	8
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	8
Препараты, влияющие на ферменты печени.....	8
Антибиотики.....	8
Антиретровирусная терапия.....	8

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ								
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
И = Инициация, П = Продолжение								
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ								
БЕРЕМЕННОСТЬ	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	4	4
ВОЗРАСТ	От менархе до <40 лет = 1 ≥40 = 2	От менархе до <40 лет = 1 ≥40 = 2	От менархе до <18 лет = 1 18-45 = 1 >45 = 1	От менархе до <18 лет = 2 18-45 = 1 >45 = 2	От менархе до <18 лет = 1 18-45=1 >45 = 1	От менархе до <18 лет = 1 18-45=1 >45 = 1	От менархе до <20 = 2 ≥20 = 1	От менархе до <20 = 2 ≥20 = 1
РОДЫ								
a) Ранее не рожавшие	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Рожавшие	1	1	1	1	1	1	1	1
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ								
a) < 6 недель после родов	4	4	4	3*	3*	3*		
b) от 6 недель до 6 месяцев после родов (в основном кормление грудью)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 месяцев после родов	2	2	2	1	1	1		
ПОСЛЕ РОДОВ (у не кормящих грудью женщин)								
a) < 21 дня	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 дня	1	1	1	1	1	1		
ПОСЛЕ РОДОВ (у кормящих или не кормящих грудью женщин) в том числе после кесарева сечения								
a) < 48 часов							2	3
b) ≥ 48 часов до 4 недель							3	3
c) ≥ 4 недель							1	1
d) Пуэрперальный сепсис							4	4
ПОСЛЕ АБОРТА								
a) Первый триместр	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Второй триместр	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Сразу после септического аборта	1	1	1	1	1	1	4	4
ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	1	1	1	2	1	1	1	1
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (включая Состояние после кесарева сечения) (см. также раздел После родов)	1	1	1	1	1	1	1	1

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ								
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
И = Инициация, П = Продолжение								
КУРЕНИЕ								
а) Возраст < 35	2*	2	2	1	1	1	1	1
б) Возраст ≥ 35								
(i) <15 сигарет в день	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 сигарет в день	4*	3	4	1	1	1	1	1
ОЖИРЕНИЕ Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	2	2	1	1	1	1	1
НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*	Н/П*
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ								
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (такие, как немолодой возраст, курение, диабет и гипертензия)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
ГИПЕРТЕНЗИЯ								
а) В анамнезе гипертензия, при которой артериальное давление НЕ МОЖЕТ быть измерено (включая гипертензию во время беременности)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	1
б) Адекватно контролируемая гипертензия, когда артериальное давление МОЖНО измерить	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
в) Повышенное артериальное давление (правильно измеренное)								
(i) систолическое 140-159 или диастолическое 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) систолическое >160 или диастолическое >100	4	4	4	2	3	2	1	2
д) Заболевание сосудов	4	4	4	2	3	2	1	2

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ									
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАПД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты		Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
И = Инициация, П = Продолжение									
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (когда артериальное давление можно измерить и в данный момент оно находится в норме)	2	2	2	1	1	1		1	1
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГОЧНАЯ ЭМБОЛИЯ (ЛЭ)									
а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	4	4	4	2	2	2		1	2
б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	4	4	4	3	3	3		1	3
в) Семейный анамнез ТГВ/ЛЭ (у ближайших родственников)	2	2	2	1	1	1		1	1
г) Радикальная хирургия									
(i) с длительной иммобилизацией	4	4	4	2	2	2		1	2
(ii) без длительной иммобилизации	2	2	2	1	1	1		1	1
д) «Малая» хирургия без иммобилизации	1	1	1	1	1	1		1	1
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например, фактор V Лейдена; протромбиновая мутация; недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4*	4*	4*	2*	2*	2*		1*	2*
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН									
а) Варикоз вен	1	1	1	1	1	1		1	1
б) Поверхностный тромбофлебит	2	2	2	1	1	1		1	1
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СЕЙЧАС И РАНЕЕ	4	4	4	И П 2 3	3	И П 2 3		1	И П 2 3
ИНСУЛЬТ (инсульт в анамнезе)	4	4	4	И П 2 3	3	И П 2 3		1	2
УСТАНОВЛЕННЫЕ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ (для безопасного применения методов контрацепции скрининг НЕ обязателен)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*		1*	2*

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ																
СОСТОЯНИЕ	КОК		КИК		КП/ ВК		ПТП		МОПАД НЭЭ		ЛНГ/ ЭТГ имплантанты		Су-ВМС	ЛНГ-ВМС		
И = Инициация, П = Продолжение																
ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА																
а) Без осложнений	2		2		2		1		1		1		1			
б) С осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4		4		4		1		1		1		2*	2*		
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ																
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	И	П	И	П	И	П	И	П	И	П	И	П		И	П	
а) Немигренозные (средние или сильные)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	
б) Мигрень (i) без очаговых неврологических симптомов																
<i>Возраст <35</i>	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
<i>Возраст ≥35</i>	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
(ii) с очаговыми неврологическими симптомами (в любом возрасте)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*	
ЭПИЛЕПСИЯ	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА																
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
ИНФЕКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ТРАКТА																
ХАРАКТЕР ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ															И	П
а) Нерегулярные без больших кровопотерь	1		1		1		2		2		2		1		1	1
б) Обильные или длительные кровотечения (включая регулярные и нерегулярные)	1*		1*		1*		2*		2*		2*		2*		1*	2*
НЕОБЪЯСНИМЫЕ ВАГИНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (подозрение на серьезное заболевание)																
До обследования	2*		2*		2*		2*		3*		3*				И	П
													4*	2*	4*	2*
ЭНДОМЕТРИОЗ	1		1		1		1		1		1		2		1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (включая кисты)	1		1		1		1		1		1		1		1	
ВЫРАЖЕННАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1		1		1		1		1		1		2		1	

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ										
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС		
И = Инициация, П = Продолжение										
БОЛЕЗНИ ТРОФОБЛАСТА										
а) Доброкачественная гестационная болезнь трофобласта	1	1	1	1	1	1	3	3		
б) Злокачественная гестационная болезнь трофобласта	1	1	1	1	1	1	4	4		
ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭКТРОПИОН	1	1	1	1	1	1	1	1		
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (ЦИН)	2	2	2	1	2	2	1	2		
РАК ШЕЙКИ МАТКИ (в ожидании лечения)	2	2	2	1	2	2	И	П	И	П
							4	2	4	2
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ										
а) Недиагностированное образование	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2		
б) Доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	1	1	1	1	1		
с) Семейный анамнез рака	1	1	1	1	1	1	1	1		
д) Рак молочной железы										
(i) в настоящее время	4	4	4	4	4	4	1	4		
(ii) в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3	3	3	3	3	3	1	3		
РАК ЭНДОМЕТРИЯ							И	П	И	П
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
РАК ЯИЧНИКОВ							И	П	И	П
	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
ФИБРОМЫ МАТКИ										
а) Без изменения полости матки	1	1	1	1	1	1	1	1		
б) С изменением полости матки	1	1	1	1	1	1	4	4		

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ											
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС		
И = Инициация, П = Продолжение											
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ											
а) С изменением полости матки								4	4		
б) Без изменения полости матки								2	2		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)											
а) ВЗОМТ в анамнезе (предполагая, что в настоящем факторов риска ИППП не установлено)											
							И	П	И	П	
(i) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
(ii) без последующей беременности	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
б) ВЗОМТ – в настоящее время	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
ИППП											
а) Гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
б) Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
в) Вагинит (включая вагинальный трихомоноз и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
г) Повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2	
ВИЧ/СПИД											
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ	1	1	1	1	1		И 2	П 2	И 2	П 2	
ВИЧ-ПОЗИТИВНЫЕ	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
СПИД	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	
Эффективная антиретровирусная терапия	Смотри Антиретровирусная терапия ниже							2	2	2	2
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ											
ШИСТОСОМОЗ											
а) Без осложнений	1	1	1	1	1	1		1		1	
б) Фиброз печени	1	1	1	1	1	1		1		1	
ТУБЕРКУЛЕЗ											
а) Нетазовый	1*	1*	1*	1*	1*	1*	И 1	П 1	И 1	П 1	
б) Установленный тазовый	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	1	1	1		1		1	

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ								
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
И = Инициация, П = Продолжение								
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ								
ДИАБЕТ								
а) Во время беременности в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1	1
б) Без поражения сосудов								
(i) инсулино-независимые	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) инсулино-зависимые	2	2	2	2	2	2	1	2
в) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
г) Другие сосудистые осложнения или диабет продолжительностью >20 лет	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ								
а) Простой зоб	1	1	1	1	1	1	1	1
б) Гипертиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
в) Гипотиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ								
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ								
а) С клиническими симптомами								
(i) после холецистэктомии	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) после медикаментозного лечения	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) в настоящее время	3	2	3	2	2	2	1	2
б) Бессимптомные	2	2	2	2	2	2	1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ								
а) Связанный с беременностью	2	2	2	1	1	1	1	1
б) Связанный с применением КОК	3	2	3	2	2	2	1	2
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ								
а) Активный	4	3/4*	4	3	3	3	1	3
б) Носительство	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦИРРОЗ								
а) Легкий (компенсированный)	3	2	3	2	2	2	1	2
б) Тяжелый (декомпенсированный)	4	3	4	3	3	3	1	3
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ								
а) Доброкачественная (аденома)	4	3	4	3	3	3	1	3
б) Злокачественная (гепатома)	4	3/4*	4	3	3	3	1	3

СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ										
СОСТОЯНИЕ	КОК	КИК	КП/ ВК	ПТП	МОПАД НЭЭ	ЛНГ/ ЭТГ имплантанты	Cu-ВМС		ЛНГ-ВМС	
И = Инициация, П = Продолжение										
АНЕМИИ										
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	1	1	1	2		1	
СЕРПОВИДНО- КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	2	2	2	1	1	1	2		1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	1	1	1	2		1	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ										
ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФЕРМЕНТЫ ПЕЧЕНИ										
а) Рифампицин	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1		1	
б) Некоторые противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3*	2*	3*	3*	2	3	1		1	
АНТИБИОТИКИ (исключая рифампицин)										
а) Гризеофульвин	2	1	2	2	1	2	1		1	
б) Другие антибиотики	1	1	1	1	1	1	1		1	
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3 1	2	2/3*	2

* Пояснения к данной классификации см. в таблицах в тексте.

Приложение 1.

КОК и антиретровирусная терапия

Некоторые данные, полученные в результате небольших (и в основном неопубликованных) исследований, указывают на возможность изменения фармакокинетических свойств однократной дозы КОК под воздействием различных антиретровирусных препаратов. Однако, никаких исследований, направленных на изучение клинических проявлений взаимодействия КОК и антиретровирусных препаратов, не проводилось, и клиническое значение вышеупомянутого изменения фармакокинетики (в особенности, в тех случаях, когда исследование прекращалось до момента достижения устойчивой концентрации КОК в крови) остается неясным. В приводимой ниже таблице содержится краткая сводка имеющихся на настоящий момент доказательных фактов, касающихся воздействия антиретровирусных препаратов на уровень стероидных контрацептивных веществ в крови, а также влияния гормональных контрацептивов на содержание антиретровирусных препаратов в крови.

Таблица 1. Изменение фармакокинетических свойств в результате лекарственного взаимодействия КОК и антиретровирусных препаратов

Антиретровирусная терапия	Содержание стероидных контрацептивов в крови	Содержание антиретровирусных препаратов в крови
<i>Ингибиторы протеазы</i>		
Нелфинавир (Nelfinavir)	↓	Данные отсутствуют
Ритонавир (Ritonavir)	↓	Данные отсутствуют
Лопинавир/ритонавир (Lopinavir/ritonavir)	↓	Данные отсутствуют
Атазанавир (Atazanavir)	↑	Данные отсутствуют
Ампренавир (Amprenavir)	↑	
Индинавир (Indinavir)	↑	Данные отсутствуют
Саквинавир (Saquinavir)	Данные отсутствуют	Без изменений
<i>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы</i>		
Невирапин (Nevirapine)	↓	Без изменений
Эфавиренз (Efavirenz)	↑	Без изменений
Делавирдин (Delavirdine)	? ↑	Данные отсутствуют

Список литературы

Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.

Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.

Tackett D et al. Atazanavir: A Summary of Two Pharmacokinetic Drug Interaction Studies in Healthy Subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).

Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving For-tovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Available on line at <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).

Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information. 2002.

Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.

Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information. 2003.

Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfiravine prescribing information. 2003.

Glaxo Smith Kline. Amprenavir prescribing information, 2002.

Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information. 2001.

DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information. 2001.

Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir prescribing information. 2003

Приложение 2.

Список участников

**Участники совещания Экспертной рабочей группы, проводившегося
с целью пересмотра медицинских критериев допустимости
использования методов контрацепции.**

Всемирная организация здравоохранения, Женева, 21-24 октября 2003 г.

Dr Halida Akhter
Управляющий директор
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Willard Cates
Президент
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Tsungai Chipato
Кафедра акушерства и гинекологии
Университет Зимбабве
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto
Кафедра репродуктивной биологии
Национальный институт питания
Сальвадор
Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000 Mexico, D.F.
Mexico

Dr Juan Diaz
Медицинский советник по странам
Латинской Америки и Карибского региона
The Population Council
Cidade Universitaria
Caixa postal 6509
13084-970 Campinas SP
Sao Paulo
Brazil

Dr Soledad Diaz
Совет по планированию семьи
Чилийский институт репродуктивной медицины
José Victorino Latarria 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr Lindsay Edouard
Главный специалист по репродуктивному
здоровью
Отдел по техническим вопросам и политике
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
United States of America

Dr Anna Glasier
Family Planning and Well Woman Services
18 Dean Terrace
Edinburgh EH4 1NL
United Kingdom

Dr John Guillebaud
White Leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt
Кафедра акушерства и гинекологии
Karolinska Institute
Box 140
S- 171 76 Stockholm
Sweden

Dr Ezzeldin Othman Hassan
Египетский национальный фонд по охране
репродуктивного здоровья
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypt

Dr Mihai Horga
Директорат по планированию семьи и
социальной помощи
Министерство здравоохранения и охраны
семейного здоровья
1-3 Cristian Popisteanu St.
70109 Bucharest
Romania

Dr Douglas Huber
Управление в здравоохранении
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
United States of America

Dr Carlos Huezco
Международная федерация планирования
семьи (IPPF),
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr Roy Jacobstein
Engender Health
440 Ninth Avenue,
New York NY 1001
United States of America

Dr Victoria Jennings
Институт репродуктивного здоровья
Медицинский центр при Джорджтаунском
университете
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Avenue, NW
Washington D.C. 20007
United States of America

Dr Liliana Kapetanovic-Milosevic
Отделение фармако-токсико-клинических
обследований
Agence Française de Sécurité Sanitaires des
Produits de Santé
143/147, Boulevard Anatole France
93285 Saint Denis Cedex
France

Dr Robert Leke
Центр исследований ВОЗ в области репродукции
человека,
Факультет медико-биологических наук
University of Yaoundé 1, BP 1935
Cameroon

Dr Enriquito R. Lu
Программа STARH/FP
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503
Jl Kuningan Barat 26, Jakarta 12710
Indonesia

Dr Trent MacKay
Отделение контрацепции и репродуктивного
здоровья
NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
United States of America

Dr Maurizio Macaluso
Women's Health and Fertility Branch
CDC Koger Rhodes Building
Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik
Чилийский институт репродуктивной медицины
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Suneeta Mittal
Исполнительный директор
главного отдела акушерства и гинекологии WHO
CCR in Human Reproduction
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, 110 029
India

Dr Helen Rander-Rees
Отдел репродуктивного здоровья
Отделение акушерства и гинекологии
Baragwanath Hospital
PO Betsham 2013
Johannesburg
South Africa

Mr Ward Rinehart
Университет им. Джона Хопкинса
Центр коммуникационных программ
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

Dr Roberto Rivera
Family Health International
P. O. Box 13950, Research Triangle Park
NC 27709
United States of America

Dr. Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

Dr Pramilla Senanayake
Международная федерация планирования
семьи,
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr James Shelton
Отдел народонаселения
Бюро науки и технологий
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
United States of America

Dr Connie Smith
Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic
St Charles Hospital, Exmoor Street,
London, W10 6DZ
United Kingdom

Mr Irving Sivin
Центр биомедицинских исследований
Совет по народонаселению
One Dag Hammarskjold Plaza
New York N.Y. 10017
United States of America

Dr Bulbul Sood
Специалист по руководству программами CEDPA
50 M Shantipath, Gate No 3,
Niti Marg, Chanakyapuri,
New Delhi-110021
India

Dr Marcel Vekemans
IntraHealth International
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
United States of America

Dr Edith Weisberg
Сиднейский центр исследований в области
репродуктивного здоровья
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

Dr Wu Shangchun
Национальный институт исследований в области
планирования семьи
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
People's Republic of China

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

Dr Kate Curtis
Отдел репродуктивного здоровья
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Ms Anshu Mohllajee
Отдел репродуктивного здоровья
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Jennifer Smith
1 bis Montée de Garillan
69005 Lyon
France

СЕКРЕТАРИАТ

Ms Kathryn Church, RHR
Dr MaryLyn Gaffied, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Ms Cath Hamill, RHR
Mrs Gloria Lamptey, RHR
Dr Herbert Peterson, RHR
Dr Paul Van Look, RHR
Dr Effy Vayena, RHR

НАБЛЮДАТЕЛИ

Dr Vanessa E. Cullins
Вице-президент по медицинским вопросам
Американская федерация планирования семьи
434 West 33rd Street
New York, Y. 10001
United States of America

Dr Fatiha Terki
Международная федерация планирования
семьи,
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

